

LA RESISTENCIA AL CAMBIO O LA PARADOJA NEURÓTICA

Francesco Mancini

Centro Terapia Cognitiva, Via Marcoantonio Colonna, 60, 00192 - Roma

E-mail: mancini@apc.it

From the point of view of general or basic psychology the phenomenon of resistance is considered in this article as a paradox. Why people can't change? Why they maintain dysfunctional behaviours or irrational beliefs? The concepts as pragmatic reasoning and psychological balance are used as appropriate tools to understand these phenomena.

Key words: change, resistance, pragmatic reasoning, psychological balance.

INTRODUCCIÓN

Una analogía entre el nivel técnico-científico de la medicina a principios del siglo XIX y el de la psicoterapia actual ha sido propuesta desde varios puntos de vista. De esta analogía se derivaría que el futuro de la psicoterapia depende en gran medida del desarrollo de dos líneas de investigación.

La primera hace referencia a los resultados de la psicoterapia. Investigaciones capaces de responder a preguntas del tipo: ¿qué intervenciones resultan eficaces y para qué tipo de psicopatologías? ¿cuáles son los ingredientes eficaces?

La segunda línea de investigación se refiere a los mecanismos que generan y mantienen los trastornos. En este caso los modelos utilizados en psicoterapia, incluida la cognitiva, se apartan de los modelos médicos. Mientras estos últimos se basan sobre sólidos conocimientos de anatomía y de fisiología, los modelos psicoterapéuticos **no** se asientan sobre conocimientos de psicología general, a pesar de gozar actualmente de notable solidez.

En este artículo pretendo utilizar los datos y los modelos de la psicología básica para enfocar un problema de explicación crucial para cualquier teoría clínica y que todavía hoy, al menos en el ámbito cognitivo, ha recibido sólo explicaciones parciales e insatisfactorias. Se trata del problema conocido como “paradoja neurótica” o resistencia al cambio: ¿cómo es posible que una persona persista en una conducta que le es nociva y causa de infelicidad? ¿Qué es lo que determina esta persistencia

inadaptable e irracional? ¿Qué es lo que resiste al cambio? (Castelfranchi, 1999). El problema de la resistencia se plantea a partir de las actitudes que no cambian a pesar de que las informaciones de que dispone la persona, sus instrumentos cognitivos y sus motivaciones hagan posible y adecuado un cambio (Mancini, 1998).

La psicopatología ofrece una amplia casuística de resistencia al cambio que parece claramente paradójica. Los pacientes fóbicos, por ejemplo, continúan reaccionando con miedo y evitando situaciones a pesar de haberlas enfrentado y superado miles de veces sin sufrir ningún daño. Los pacientes depresivos después de años de un pérdida o fracaso, todavía sufren y no consiguen dirigir sus intereses hacia ninguna otra actividad que podría resultarles gratificante. Los pacientes con trastorno de la personalidad por evitación continúan empobreciendo su propia vida con tal de no afrontar el riesgo al fracaso, rechazo o frustración, a pesar de que este riesgo sea inexistente o mínimo, o, en el peor de los casos, aceptable. Incluso es frecuente hallar conductas paradójicas entre las normales. En el caso de paradojas patológicas, sin embargo, la impresión de hallarse ante un absurdo es decididamente más neta porque el cambio parece, encima, al alcance de la mano y porque los costes de la resistencia, en términos de renuncia y sufrimiento, son muy elevados.

El conjunto de los casos de resistencia al cambio puede subdividirse en dos grandes grupos. En el primero entran los conflictos prácticos y los conflictos acráticos (debidos a falta de motivación) que no consideraré en este artículo. En el segundo entran las actitudes que dependen de creencias que permanecen sistemáticamente inalterables, dolorosas y nocivas para la persona, a pesar de que la persona disponga de informaciones y posea las competencias cognitivas que le permitirían llegar a conclusiones distintas.

En el cognitivismo clínico se proponen tres tipos de explicación:

1) Principio de coherencia:

- La selección, codificación e integración de las informaciones favorece la coherencia interna antes que la veracidad de los esquemas cognitivos.
- El límite se halla en buscar activamente informaciones nuevas y contraejemplos capaces de poner sus esquemas en tela de juicio

2) Beneficios secundarios:

- La persona conserva y alimenta la creencia patógena porque considera que saca algún tipo de beneficio.
- El límite se halla en las paradojas del autoengaño. ¿Cómo es posible que se nos induzca intencionalmente a creer y reforzar una creencia que se sabe que es falsa?

3) Mecanismos funcionales:

- El hecho mismo de creer implica efectos capaces de confirmar la propia creencia. Por ejemplo, la expectativa de ser juzgado mal puede traducirse en una actitud inhibida o incluso hostil que puede suscitar una respuesta crítica y burlona por parte de los demás, capaz de confirmar la expectativa

inicial.

- El límite de este tipo de explicación es, ante todo, que no parece absolutamente plausible que los efectos no deseados impidan la confrontación con cualquier contraejemplo. El punto crítico más importante es, sin embargo, que a los fines de la confirmación o desconfirmación, no es tanto la disponibilidad más o menos selectiva de los hechos en sí la que cuenta, sino, más bien, el modo en que las personas se confrontan con la realidad.

Para resolver el problema de explicación suscitado por la persistencia de creencias débilmente justificadas, además de dolorosas y nocivas, conviene concentrar la atención sobre un aspecto crucial de la dinámica cognitiva, es decir del proceso de control ingenuo de validez de las creencias. Los estudios de psicología cognitiva sobre el control de las hipótesis se han desarrollado a partir de la idea de que sería normal dirigir este proceso al reconocimiento de la verdad y que esto se realizaría, gracias a la búsqueda sistemática de la falsificación de las propias creencias. Los seres humanos se parecerían, hasta en condiciones de vida cotidiana, a científicos popperianos que, deseosos de establecer el valor de veracidad de las propias hipótesis, las someten a duros intentos de confutación.

Un experimento originario de Wason en el que se estudia el proceso de control ingenuo de las hipótesis propone una tarea de selección de cuatro cartas sobre cada una de las cuales se hallan impresas por un lado la letra A o K y por la otra los números 2 ó 7. La tarea consiste en indicar las cartas a las que se debe dar la vuelta para controlar si la hipótesis planteada por el experimentador: “cuando por un lado aparece la letra A, por el otro debe aparecer el número 2” es verdadera o falsa. Para controlar de modo válido la hipótesis se debe dar la vuelta a las cartas A y 7, puesto que es el único camino para descubrir todos los posibles contraejemplos (A por un lado y 7 por el otro, o bien 7 por un lado y A por el otro). El 90% de los sujetos del experimento controla la hipótesis buscando solamente los ejemplos (la carta A, mirando si lleva escrito por detrás el número 2; o bien la carta con el 2, mirando si lleva escrito por detrás la letra A).

De los resultados de Wason se puede concluir que los procesos de control de la hipótesis no son, en primer lugar, estrategias orientadas al reconocimiento de la verdad. El control natural de la hipótesis, en efecto, no se produce a través de intentos sistemáticos de falsificación que, según la lógica de la investigación científica, son necesarios para extremar el criterio de verdad de los conocimientos.

Estudios posteriores ponen de manifiesto que ante contenidos específicos (concretos, realísticos y familiares) los sujetos controlan las propias hipótesis buscando contraejemplos capaces de contradecirlas. Las explicaciones basadas sobre el contenido, sin embargo, no consiguen dar cuenta de manera exhaustiva de la alternancia entre procedimientos confirmatorios y popperianos. Para conseguir una explicación de la alternancia es necesario tener en cuenta la “utilidad percibida”.

Algunos autores (de Jong, Mayer y van den Hout, 1997; de Jong, Haenen,

Schmidt y Mayer, 1998) recogen evidencias empíricas a favor de la hipótesis según la cual los seres humanos en un contexto general de amenaza ante hipótesis tranquilizantes (como, por ejemplo: “Perro ladrador, poco mordedor”) manifiestan mucho interés en la búsqueda de contraejemplos, dado que son fundamentales para la supervivencia. Por el contrario, si se encuentran ante la posibilidad de controlar situaciones de peligro (por ejemplo: “Si suena una alarma es que hay un incendio”) los sujetos tienden a confirmar la regla, dado que ignorar por una sola vez un peligro potencial puede encima resultar fatal para la supervivencia. Parece pues que el control de las personas sobre la validez de las propias creencias se produce a través de estrategias confirmatorias, esto es buscando ejemplos, tanto a través de falsificadores potenciales y por tanto con estrategias epistemológicamente más correctas. La elección entre ambas estrategias parece depender de distintos factores, la disponibilidad de tiempo y recursos, la accesibilidad de las informaciones, e incluso y sobre todo la utilidad percibida de las conclusiones.

Las personas serían, pues, razonadores pragmáticos (Cosmides, 1989; Friedrich, 1993) más interesados en la supresión y la minimización de errores cruciales que en el control dirigido a establecer la verdad, dispuestos a someter a discusión la coherencia de los conocimientos propios si se muestra útil y a dar crédito a hipótesis desagradables y dolorosas siempre que parezca prudencialmente útil.

Ahora bien, ¿de qué modo el razonador pragmático controla la validez de sus propias hipótesis? Trope y Liberman (1996), a partir de sólidas bases empíricas y experimentales, ofrecen un modelo pragmático del modo en que los individuos controlan normalmente las hipótesis, partiendo de la premisa que el proceso de control de las hipótesis se articula en varias fases (Kruglanski, 1996):

- 1) generación de la hipótesis,
- 2) control de las hipótesis,
 - 2.1) recogida de información
 - 2.2) inferencias

En la fase de generación la persona formula la hipótesis focal que depende:

- de los objetivos del razonador (razonador pragmático),
- de su accesibilidad cognitiva que depende, a su vez, de su estado emocional (Bower, 1981) y de sus hábitos (Higgins y Bargh, 1987),
- de su credibilidad inicial

Generalmente la hipótesis inicial es la más deseable (Kunda, 1990; Pyszczynski y Greenberg, 1987; Trope y Liberman, 1996), porque:

- más agradable
- más accesible cognitivamente,
- más probable *a priori* puesto que las personas buscan activamente llevarlas a cabo (Miller y Ross, 1975).

La hipótesis focal es negativa, como en la mayor parte de las creencias patógenas, si:

- a causa de experiencias desfavorables resulta más probable y destacada que la hipótesis deseable (Higgins, 1987; Tversky y Kahneman, 1981),
- el sujeto considera poder prevenir o remediar el daño temido (Dwek y Legget, 1987; Heider, 1958; Trope y Neter, 1994),
- se está más orientado hacia la evitación de resultados negativos que hacia la consecución de resultados positivos (Atkinson y Raynor, 1974),
- existe una impresión crónica de inadecuación hacia las propias responsabilidades (Higgins, 1987),
- existe un elevado temor sistemático de fracaso y desaprobación social (Atkinson y Raynor, 1974).

Es posible que se generen igualmente hipótesis alternativas. El tipo de hipótesis alternativas generadas depende de criterios análogos a los puestos de manifiesto a propósito de la hipótesis focal (Trope y Liberman, 1996).

Me gustaría poner de manifiesto, a través de un ejemplo clínico, cómo se pueden llevar a cabo las condiciones a fin que la hipótesis focal sea la desfavorable. En los pacientes obsesivos la hipótesis focal es generalmente la desfavorable, por ejemplo, que haber tocado un cierto objeto pueda ser causa de contagio. La focalización de esta hipótesis depende de la accesibilidad de la propia creencia, accesibilidad que es considerable, dado que las rumiaciones sobre la posibilidad de contagio son continuas. La credibilidad inicial de la hipótesis de contagio es alta puesto que se sostiene sobre numerosos indicios recogidos por el paciente en el transcurso de su trastorno. El paciente cree poder prevenir el contagio con los rituales de lavado. El paciente obsesivo se siente crónicamente amenazado de no hallarse a la altura de sus propias responsabilidades y, consiguientemente, siente el deber de focalizarse sobre la hipótesis peor, para no tener que echarse en cara el día de mañana haber sido irresponsable.

El proceso de control de las hipótesis puede producirse de forma diagnóstica o pseudodiagnóstica (Trope y Liberman, 1996).

En el proceso diagnóstico se toman en cuenta no sólo la hipótesis focal, sino también otras alternativas:

- Se buscan datos dirimentes, es decir compatibles o sólo con la hipótesis focal o sólo con la alternativa: Un ejemplo de dato dirimente es el resultado de una prueba médica que no tenga ni falsos positivos, ni falsos negativos. El resultado positivo es, por tanto, posible sólo si existe la enfermedad (Klayman y Ha, 1987; Trope, 1975; Trope y Bassok, 1982).
- Se exploran las implicaciones de los datos recogidos tanto respecto a la hipótesis focal como a la alternativa. Por ejemplo, la actitud fría y desapegada de un amigo se sopesa tanto respecto a la hipótesis focal de que el amigo esté enemistado con nosotros, como respecto a la hipótesis alternativa de que se halle preocupado por sus asuntos personales (Ginossar y Trope, 1980, 1987; Trope y Ginossar, 1987).

En el proceso pseudo-diagnóstico (Fischhoff y Beyt-Marom, 1983; Trope y Liberman, 1993) sólo se toma en cuenta la hipótesis focal:

- Se buscan datos congruentes con la hipótesis focal, como, por ejemplo, atender únicamente a los síntomas característicos de la enfermedad hipotetizada. Se utilizan diversos tipos de heurísticos como la relevancia (Kahneman y Tversky, 1973), la combinación de hipótesis (Evans y Lynch, 1973; Higgins y Bargh, 1987) y pruebas positivas (Klayman y Ha, 1987).
- Las implicaciones de los datos recogidos se exploran sólo respecto a la hipótesis focal y no se toma en consideración la posibilidad de que exista otra enfermedad capaz de generar tales síntomas (Klar, 1990).

Para que el proceso sea diagnóstico (Trope y Liberman, 1996):

- 1) La persona debe considerar elevados los costes de las conclusiones erróneas, como sucedería a quien, por ejemplo, teme ignorar equivocadamente los síntomas de una enfermedad grave (Kruglansky y Mayseless, 1988; Neuberg, 1989).
- 2) La persona debe considerar bajos los costes dirigidos a obtener nuevas informaciones, como quien sabe que tiene tiempo para hacer los análisis clínicos apropiados y que se trata de análisis incruentos e indoloros (McDonald y Brodsky, 1995),
- 3) El nivel de incertidumbre de la hipótesis debe ser más bien elevado, dado que no se inicia un proceso de diagnóstico si se está razonablemente seguro del estado de la cuestión (Hilton et al., 1991). Por ejemplo un paciente paranoico, sintiéndose bastante convencido *a priori* de que le persiguen, difícilmente tomará en cuenta hipótesis más benévolas, cuando deba controlar si uno de los presentes se está burlando de él.
- 4) Las hipótesis alternativas deben ser cognitivamente accesibles. Puede suceder, simplemente, que el paciente las ignore o que, sencillamente, no le pasen por la cabeza.

Para hacerse una idea de cómo puede llegar a confirmarse una creencia patógena a través de un proceso pseudo-diagnóstico puede servir un ejemplo de un paciente paranoico al que llamaremos Giulio. Giulio es profesor universitario de una universidad italiana, convencido de que sus estudiantes se burlan de él, considerándolo erróneamente homosexual. Un día se presenta muy enfadado a la terapia diciendo que al entrar en el aula había visto en la pizarra la relación de alumnos de los estudiantes que se apuntaban voluntariamente para unas prácticas de otra asignatura. Entre los nombres destacaba uno “*Finocchio*”, palabra que en italiano corresponde al nombre de una planta, el hinojo, pero que se utiliza figuradamente para designar a una persona de orientación homosexual, equivalente al despectivo “marica”. Para Julio esto era la confirmación de su creencia de ser objeto de burla por parte de los estudiantes. Al entrar en la clase había focalizado la hipótesis de ser

objeto de burla, y no se le había ocurrido considerar otras hipótesis alternativas, como que se tratara de un apellido, que es lo que era realmente, como en castellano lo son “Hinojo o Hinojosa”. Había seleccionado solamente los datos que le parecían congruentes con la hipótesis focalizada de la burla y había inferido que “*Finocchio*” resultaba congruente con ella.

Se daban efectivamente las condiciones para focalizar la hipótesis desfavorable y para el pseudo-diagnóstico más que para el diagnóstico. El proceso diagnóstico no significa, sin embargo, que se rechacen de plano las creencias débilmente justificadas. Para explicar esta cuestión piénsese que una conclusión puede ser válida, tanto porque es correctamente aceptada, como porque es correctamente rechazada (Friedrich, 1993; Trope y Liberman, 1996). La conclusión puede ser no válida porque se acepta erróneamente, caso en el que se habla de error por comisión, o porque se rechaza equivocadamente, caso en el que se trata de un error por omisión. Ambos errores tienen un coste para el sujeto. Si el coste del error de omisión es mayor que el del error de comisión, entonces las personas exigen un nivel más elevado de credibilidad, y por tanto mayor número de pruebas, para rechazar la hipótesis más que para confirmarla.

Por el contrario, si el coste del error de comisión es mayor que el del error de omisión, entonces las personas exigen un nivel de credibilidad más elevado y más pruebas, por tanto, para aceptar la hipótesis más que para rechazarla.

Imaginemos, por ejemplo, el caso de un juez que parte de la hipótesis que el imputado es culpable y que considere mucho más grave dejar a un culpable en libertad que a un inocente en prisión, escuchará evidentemente tanto los argumentos del fiscal como de la defensa, pero exigirá a ésta última, pruebas mucho más numerosas y convincentes que las que pedirá a la acusación. El resultado es que el juez llegará mucho más rápidamente a convencerse de la culpabilidad del imputado que no de su inocencia.

En consecuencia, ni siquiera el proceso diagnóstico ofrece garantías de un control adecuado de las creencias y es compatible, por tanto con la persistencia de creencias débilmente justificadas. Basta con que el coste subjetivo ligado al error de omisión de una creencia débilmente justificada sea más elevado que el coste de mantenerla erróneamente.

Puede resultar útil volver al ejemplo de Giulio para poner de manifiesto de qué modo las variaciones de los costes atribuidos al error de omisión y de comisión de la creencia patógena implique resultados distintos en el proceso diagnóstico. Con la intención de hacerle considerar hipótesis alternativas tomé el listín telefónico de Roma y le hice ver la cantidad de personas que aparecían con el apellido *Finocchio*. Estuve de acuerdo en la plausibilidad de la hipótesis alternativa que le proponía, pero con todo ello no le ayudó a cambiar de idea. Admitía que la palabra “*Finocchio*”, escrita en la pizarra, no fuera un mensaje ofensivo dirigido a él, sino simplemente el apellido de uno de los estudiantes. Admitía que era un apellido

relativamente frecuente entre los habitantes de Roma. Pero esto no le bastaba para cambiar de pensamiento.

Le pregunté en este caso qué es lo que habría sucedido si me hubiese creído y al hacerlo se hubiera equivocado. Me contestó que suponer erróneamente no ser objeto de burla lo exponía al riesgo de ser burlado precisamente por la propia ingenuidad. Le pregunté entonces qué coste estaba dispuesto a pagar, en cambio, si continuaba creyendo que se burlaban de él sin que fuera verdad. Para explicarme mejor le dije que, en mi opinión, se comportaba como el comandante de un fuerte que temía la llegada de los enemigos por el flanco oriental y que por ello había dispuesto todas sus tropas en las almenas de aquel lado. Pero qué habría sucedido si el enemigo atacaba por el flanco contrario. Me contestó que el coste sería la ruptura del matrimonio. La mujer a la que él quería mucho, estaba desesperada por sus delirios y lo había amenazado varias veces de dejarlo. Al cabo de una semana volvió y me explicó el siguiente suceso. Habían ido al restaurante con su mujer dos días atrás y estaban sentados uno frente al otro, cuando le pareció notar que uno de los comensales de la mesa que quedaba a espaldas de la mujer le miraba con una sonrisa burlona y sarcástica, lo que le hizo poner furibundo. Mientras rumiaba sobre la insolencia de la gente notó en el rostro de su mujer una expresión sombría y triste. Le preguntó con cierta mala pata, qué le pasaba. La mujer levantó la cabeza y mirándole a los ojos le respondió: “*¿Pero te das cuenta de la cara que pones?*”. En este momento Giulio recordó la imagen de la fortaleza y de los costes de un eventual error de comisión de la creencia de ser objeto de burla. Estos le parecieron bastante más graves que los del error inverso. De repente se dio cuenta de que el otro comensal no se estaba efectivamente burlando de él, sino que estaba atento a la conversación de su mesa. Esta conciencia perduró el resto de la noche.

El caso de María, una paciente con un temor obsesivo de contagio del cáncer, ilustra igualmente las consecuencias que el cambio de los costes que, según la persona, pueden tener los errores de comisión o de omisión sobre la persistencia de las creencias. María tenía miedo a contagiarse de cáncer, pero temía sobre todo la posibilidad de tener que reprocharse no haber estado suficientemente atenta y prudente en la prevención del riesgo. Consiguientemente focalizaba de modo sistemático la hipótesis de poder contagiarse, considerando inconsistentes todas las pruebas a favor de la hipótesis alternativa. Un día se le diagnosticó un melanoma metastásico al marido, que hizo necesario el ingreso en un hospital oncológico. La paciente acompañó angustiadísma al marido en la primera visita, pero a partir del día siguiente cambió completamente de actitud, ya no pensaba en la hipótesis del contagio del cáncer. El coste de mantener erróneamente la creencia se había vuelto superior al coste de rechazarla erróneamente. El riesgo de no estar injustificadamente junto al marido enfermo resultaba para ella superior al de bajar erróneamente la guardia frente a la posibilidad de contagiarse de cáncer.

El modelo pragmático de Trope y Liberman presenta diversas ventajas sobre

las teorías que sitúan el principio regulador del control de las hipótesis en la detección de la verdad y el mantenimiento de la coherencia interna. Es más importante, como se ve, la capacidad de explicar la alternancia entre estrategias confirmatorias y falsacionistas. Respecto a las teorías que explican la persistencia de creencias débilmente justificadas recurriendo a la noción de beneficio secundario presenta, además, la ventaja de poner de manifiesto cómo los objetivos del sujeto intervienen en el proceso de control de las hipótesis y, por tanto, sobre sus creencias, sin caer en las paradojas de la teoría estándar del autoengaño (Mele, 1999; Miceli, 1999).

La teoría estándar supone que el sujeto actúa *intencionalmente* a fin de inducirse a creer lo que en su opinión es preferible creer. En la perspectiva pragmática, en cambio, a la activación de objetivos siguen, *mecánicamente*, conductas adecuadas, estados emocionales e incluso variaciones cognitivas como por ejemplo la atención selectiva, la recuperación mnésica y, sobre todo, el modo de controlar las propias hipótesis.

Si se busca un objetivo entonces se produce la activación adecuada para conseguirlo, lo que implica igualmente los diversos procesos cognitivos entre ellos el control de las hipótesis. El proceso de control de las hipótesis es, pues, primariamente una estrategia útil para conseguir los objetivos.

Una última ventaja importante desde el punto de vista clínico del modelo de Trope y Liberman es la capacidad de identificar las condiciones en las que persisten creencias poco justificadas, dolorosas, inútiles o, encima, nocivas, como las patológicas. Tales condiciones, como se ha visto, son fundamentalmente de dos tipos:

- cognitivas (accesibilidad de la hipótesis y credibilidad inicial)
- motivacionales (coste atribuido al error y, sobre todo, asimetría de los costes entre el error de comisión y el de omisión).

Queda preguntarse, sin embargo, si efectivamente tales condiciones se producen también en el caso de los sujetos con una patología. La respuesta parece sustancialmente positiva. En efecto, respecto a las condiciones cognitivas, la confrontación entre sujetos normales y patológicos demuestra una mayor accesibilidad y credibilidad de las creencias patógenas en estos últimos, a través de la utilización de métodos característicos de la psicología cognitiva (autocaracterizaciones, cuestionarios, tiempos de reacción, tareas con estímulos ambiguos, *Emotional Stroop Test*, etc.) Por ejemplo en los pacientes depresivos las creencias respecto a los fracasos propios son más creíbles y accesibles de lo que sucede en sujetos normales y otros tipos de pacientes (Panzarella et al., 1999).

Respecto a las condiciones motivacionales, aun a pesar de no contar con estudios sistemáticos en su apoyo, existen sólidas observaciones el papel de la asimetría entre los costes de omisión y los de comisión.

Giulio, que no considera como suficiente un importante contraejemplo porque teme que el error de omisión lo pueda exponer a burlas ulteriores, rechaza en cambio

la hipótesis paranoica cuando percibe con claridad que el coste del error de comisión es superior al de omisión. La paciente obsesiva que rechaza la hipótesis del contagio en el momento en que se le hace evidente el coste mayor del error de comisión que el de omisión errónea de una creencia de peligro, sigue la misma dirección.

Como confirmación ulterior de que tales condiciones cognitivas y motivacionales, intervienen en los procesos de mantenimiento de las creencias patológicas, existen pruebas empíricas relativas al uso de procedimientos pseudodiagnósticos para el control de creencias patógenas: estudios sobre la atención selectiva, la recuperación mnésica, la búsqueda de ejemplos en tareas de selección, los procesos inferenciales (errores cognitivos de Beck) (Salkovskis, 1997; Clark, 1997).

Lo que, sin embargo, no ha considerado la literatura cognitivista clínica es la posibilidad de que el control de las creencias patógenas se produzca igualmente en el ámbito diagnóstico. En realidad la observación clínica sugiere que los pacientes controlan la validez de sus creencias también de forma diagnostica (test de seguridad de Weiss y Sampson, durante una reestructuración cognitiva en psicoterapia, en el caso de los obsesivos) y que dicho control fracasa en su exactitud sin duda a causa de la asimetría entre costes del error de omisión y el de comisión, como se pone de manifiesto en los ejemplos anteriores.

ORIENTACIONES PARA LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Es posible ofrecer al menos tres sugerencias para la intervención terapéutica:

Generación de hipótesis alternativas. Procedimiento ya usado ampliamente en la psicoterapia cognitiva que el modelo de resistencia al cambio presentado aquí fundamenta con mayor más claridad.

Atención especial a la decodificación de las señales ambiguas incluso a la luz de las hipótesis alternativas. Estudios recientes (Smeets, de Jong y Mayer, 2000) sugieren que los pacientes tienen la capacidad de reconocer correctamente informaciones claras y no ambiguas, siendo capaces de sacar las conclusiones correctas. Mientras que los datos ambiguos son usados injustificadamente como confirmatorios.

Identificación de los costes de un error eventual de comisión o falsa aceptación. Esta sugerencia es más bien original y se deduce lógicamente del modelo presentado. Su posible validez se apoya en los ejemplos presentados, pero no la sostiene ninguna investigación por el momento.

CONCLUSIONES

La explicación de la paradoja neurótica y, en particular, de la persistencia de creencias débilmente justificadas, dolorosas y nocivas tiene una importancia crucial para cualquier teoría clínica. Las explicaciones propuestas en el campo del cognitivismo clínico son parciales y limitadas. Datos y modelos de la psicología cognitiva básica permiten explicaciones más sólidas y satisfactorias. Si considera-

mos los procesos cognitivos como instrumentos útiles para prevenir o minimizar errores cruciales y utilizados por personas con recursos cognitivos limitados entonces es posible identificar las condiciones en las que los procesos de control de las hipótesis pueden confirmar sistemáticamente creencias débilmente justificadas, dolorosas y nocivas como las patológicas. Es posible igualmente identificar las condiciones que conviene intentar modificar si se quiere ayudar al paciente a superar la resistencia al cambio.

El problema de la resistencia se plantea a partir de las actitudes que no cambian a pesar de que las informaciones de que dispone la persona, sus instrumentos cognitivos y sus motivaciones hagan posible y adecuado un cambio. En este artículo se utilizan los datos y los modelos de la psicología básica para enfocar un problema de explicación crucial para cualquier teoría clínica. Se trata del problema conocido como “paradoja neurótica” o resistencia al cambio: ¿cómo es posible que una persona persista en una conducta que le es nociva y causa de infelicidad? ¿Qué es lo que determina esta persistencia inadaptable e irracional? ¿Qué es lo que resiste al cambio?

Palabras clave: *resistencia, cambio, paradoja neurótica, razonamiento pragmático, balance psicológico*

Traducción : Manuel Villegas Besora

Referencias bibliográficas

- ATKINSON, J.W. & RAYNOR, J.O. (1974). *Motivation and achievement*. Washington, DC: Winston.
- BOWER, G.H. (1981). Mood and Memory, *American Psychologist*, 31, 129-148.
- CASTELFRANCHI, C. (1999). La fallacia dello psicologo. Per una teoria degli atti finalistici non intenzionali, *Sistemi Intelligenti*, 3, 435-468.
- CLARK, D.M.(1997). *Panic disorder and social phobia*, in Clark, D.M., Fairburn C.G., *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*, Oxford University Press.
- COSMIDES, L. (1989). The logic of social exchange: Has natural selection shaped how human reason? Studies with the Wason selection task. *Cognition*, 31, 187-276.
- DE JONG, P.J., HAENEN, M.A., SCHMIDT, A., & MAYER, B. (1998). Hypochondriasis: the role of fear- confirming reasoning, *Behaviour Research and Therapy*,36, 65-74.
- DE JONG, P.J., MAYER, B. & VAN DEN HOUT, M. (1997). Conditional reasoning and phobic fear: evidence for a fear-confirming reasoning pattern. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 507-516.
- DWECK, C.S. & LEGGET, E.L. (1987). A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychological Review*, 95, 256-273.
- EVANS, J. ST. B.T., & LYNCH, J.S. (1973). Matching bias in the selection task. *British Journal of Psychology*, 64, 391-397.
- FISCHHOFF, B., & BEYT-MAROM, R. (1983). Hypothesis evaluation from a Bayesian perspective. *Psychological Review*, 90, 239-260.
- FRIEDRICH, J. (1993). Primary error detection and minimization (PED-MIN) strategies in social cognition: A reinterpretation of confirmation bias phenomena. *Psychological Review*, 100, 298-319.

- GINOSSAR, Z., & TROPE, Y. (1980). The effects of base-rates and individuating information on judgements about another person. *Journal of Experimental Social Psychology*, 16, 228-242.
- GINOSSAR, Z., & TROPE, Y. (1987). Problem solving in judgment under uncertainty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 464-476.
- HEIDER, F. (1958). *The Psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- HIGGINS, E.T., & BARGH, J.A. (1987). Social Cognition and social perception. *Annual Review of Psychology*, 38, 369-425.
- HIGGINS, E.T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- HILTON ET AL., (1991). Attention allocation and impression formation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 548-559.
- KAHNEMAN, D. & TVERSKY, A. (1973). On the psychology of prediction. *Psychological Review*, 80, 237-251.
- KLAR, Y. (1990). Linking structures and sensitivity to judgment relevant information in statistical and logical tasks. *Journal pf Personality and Social Psychology*, 59, 841-858.
- CLAYMAN, J. & HA, Y.-W. (1987). Confirmation, disconfirmation, and information in hypothesis-testing. *Psychological Review*, 94, 211-228.
- KRUGLANSKI, A.W. (1989). *Lay epistemics and human knowledge*. New York: Plenum.
- KRUGLANSKY, A.W. & MAYSELESS, O. (1988). Contextual effects in hypothesis testing: The role of competing alternatives and epistemic motivations. *Social Cognition*, 6, 1-20.
- KUNDA, Z. (1990). The case for motivated reasoning. *Psychological Bulletin*, 108, 480-498.
- MAGRI T. (1991). *Il dilemma delle teorie filosofiche delle emozioni*, in Magri T. e Mancini F. (a cura di), *Emozione e conoscenza*, Editori Riuniti.
- MANCINI, F. (1998). La mente ipocondriaca ed i suoi paradossi, *Sistemi Intelligenti*, 10, 85-108.
- MCDONALD, J. & BRODSKY, B. (1995). *The effects of test cost and cognitive economy on hypothesis-testing strategies*. Unpublished manuscript, Lehman College, City Universiy of New York.
- MELE, A.R. (1999). Autoinganno e controllo delle ipotesi. *Sistemi Intelligenti*, 3, 503-519.
- MICELI, M. (1999). Problemi dell'autoinganno e "soluzioni" della psicologia cognitiva, *Sistemi Intelligenti*, 3, 405-421.
- MILLER, D.T. & ROSS, M. (1975). Self.serving biases in the attribution of causality: Fact or fiction? *Psychological Bulletin*, 82, 213-225.
- NEUBERG, S.L. (1989). The goal of forming accurate impression during social interaction: Attenuating the impact of negative expectancies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 374-386.
- PANZARELLA, C., ALLOY, L.B., ABRAMSON, L.Y. & KLEIN K. (1999). *Cognitive contributions to mental illness and mental health*, in Durso, R.S., Nickerson, R.W., Schvaneveeldt, R.W., Dumais, S.T., Lindsay, D.S. & Che, M.T.H. (a cura di), *Handbook of Applied Cognition*, John Wiley & Sons Ltd.
- PYSZCZYNSKI, T., & GREENBERG, J. (1987). In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, 20, 297-340. New York: Academic Press.
- SALKOVSKIS, P.M. (1997). *Obsessive-compulsive disorder*, in Clark, D.M., Fairburn C.G., *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*, Oxford University Press.
- SMEETS, G., DE JONG, P AND MAYER, B. (2000). If you suffer from a headache, then you have a brain tumor: domain-specific reasoning 'bias' and hypochondriasis, *Behaviour Research and Therapy*, 38, 763-776.
- TROPE, Y. (1975). Seeking information about one's own ability as a determinant of choice among tasks. *Journal of Perssonality and Social Psychology*, 32, 1004-1013.
- TROPE, Y. & BASSOK, M. (1982). Confirmatory and diagnosing strategies in social information gathering. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 22-34.
- TROPE, Y., & GINOSSAR, Z. (1987). On the use of statistical and nonstatistical knowledge: A problem solving approach. In D. Bar-Tal & A. Kruglanski (Eds.), *The social psychology of knowledge*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- TROPE, Y. & LIBERMAN, A. (1993) Trait conceptions in identification of behavior and inference about person. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19, 553-562.
- TROPE, Y. & LIBERMAN, A. (1996). *Social hypothesis testing: cognitive and motivational mechanism*, in E. Higgins e A. Kruglanski (a cura di), *Social Psychology: Handbook of basic principles*, New York, Guilford Press.
- TROPE, Y. & NETER, E. (1994). Reconciling competing motives in self-evaluation: The role of self-control in feedback seeking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 646-657.
- TVERSKY, A. & KAHNEMAN, D. (1981). The framing of decision and the psychology of choice. *Science*, 211, 453-458.