

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Psicología
División de Estudios Profesionales

**La aportación del debiasing y los estudios actuales de
las distorsiones cognitivas a los modelos de
Reestructuración Cognitiva**

Tesis para obtener el título de licenciado en Psicología

Presenta:

Enrique Maximiliano Hinojosa Chañicuen



Directora de Tesis:

Mariana Gutiérrez Lara

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX., 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatorias

A mis padres~

ÍNDICE

Resumen	5
Abstract.....	6
Capítulo I. Validez clínica de las Terapias de Reestructuración Cognitiva, fundamentos, principios, problemas epistemológicos y críticas	7
¿Cuál es la base clínica de la cognición?.....	7
La Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis (TREC).....	9
La Terapia Cognitiva de Beck (TC).....	12
Conceptos, ideas y observaciones alrededor de las terapias de reestructuración cognitiva	19
Observaciones, prejuicios y referentes actuales a las terapias de reestructuración cognitiva	21
Prejuicios epistemológicos en la actualidad.....	21
Confusión sobre las consideraciones constructivistas de Ellis.....	22
Críticas hacia el modelo Cognitivo de las terapias.....	24
Desconocimiento de los porqués y la funcionalidad de los mecanismos.....	24
Independencia del marco teórico y apertura histórica frente a otras disciplinas	26
Capítulo II. <i>Debiasing</i> y el estudio de la irracionalidad. Aportaciones emergentes para el mundo y la salud	28
¿Por qué “ <i>Debiasing</i> ”?.....	28
Investigaciones generales y hallazgos	31
Sesgos	31
Sistemas de pensamiento	39
Pensamiento limitado en la práctica de la salud.	41
Heurísticos	44
Dificultades en el uso del conocimiento.....	50
Capítulo III. Estrategias y propuestas del <i>Debiasing</i> hacia el ámbito clínico	51
Principios aplicados del <i>debiasing</i>	51
Estrategias, prácticas de cambio y reeducación personal del <i>debiasing</i>	53
Aprendizaje y efectividad en la toma de decisiones.....	54
Estrategias cognitivas personales	56
Estrategias ambientales alrededor del surgimiento de las decisiones.....	63

Necesidad de cuidado personal	69
Autocuidado	70
Estrategias individuales	71
Autocuidado general	73
Capítulo IV. Propuesta de Intervención.....	75
Justificación	75
Limitaciones	77
Método	78
Objetivos	78
Participantes	78
Criterios de inclusión	79
Evaluación del taller	79
Escenario.....	80
Conclusiones	80
Discusión.....	80
Referencias	82
Anexo: Manual de procedimientos para el taller: Las distorsiones cognitivas del profesionalista de la salud, y el manejo vivencial de la irracionalidad	93
Introducción.....	94
Datos generales del manual.....	95
SESIÓN 1: Introducción del taller. Conceptos y evaluación inicial.....	97
SESIÓN 2. Distorsiones, sesgos y errores de pensamiento. Sentido crítico y necesidades actuales.	104
SESIÓN 3. Ejemplos de sesgos y heurísticos en clínica; estrategias personales y ambientales.	112
SESIÓN 4. Estrategias específicas para la toma de decisiones y mejora del juicio.	131
SESIÓN 5. Finalización del taller, autocuidado y evaluación.	144
Anexos del taller.	151

Resumen

La investigación actual en el área de sesgos y distorsiones cognitivas es vasta y continúa desarrollándose particularmente dentro de la economía conductual; para las terapias de reestructuración cognitiva que se enfocan en el manejo racional y sistemático de dichos problemas de pensamiento, lo anterior sugiere la posibilidad de emplear parte de sus investigaciones para complementar y explicar el funcionamiento de los diferentes mecanismos que imperan en todas las personas.

Desde el abordaje de dichas investigaciones y para su posible inclusión en el área clínica, se considera necesario generar una propuesta de taller dirigida hacia los profesionistas de la salud tales como psicólogos, médicos, terapeutas y psiquiatras que busquen actualizarse profesionalmente o adquirir capacitación, con el fin de proporcionarles herramientas que les ayuden a identificar y generar estrategias ante los diferentes errores de pensamiento que pueden presentarse en sus actividades cotidianas.

Dicha propuesta está basada en un marco teórico que destaque la situación general de las terapias, así como de las diferentes estrategias que han sido elaboradas dentro de la economía conductual para entender y reducir los sesgos, cuyo nombre en investigación se conoce como "*debiasing*".

Palabras clave: Economía conductual, *debiasing*, psicología clínica, salud, estrategias, terapias cognitivas, sesgos, distorsiones.

Abstract

Current research in the area of cognitive biases and distortions is extensive and continues to develop particularly within behavioral economics; for cognitive restructuring therapies that focus on the rational and systematic management of such thinking problems, the above suggests the possibility of using part of their research to complement and explain the operation of the different mechanisms that prevail in all people.

From the approach of said investigations and for their possible inclusion in the clinical area, it is considered necessary to generate a workshop proposal aimed at health professionals such as psychologists, physicians, therapists and psychiatrists seeking to update professionally or acquire training in order to provide them with tools that help them identify and generate strategies for the different errors of thought that may arise in their daily activities.

This proposal is based on a theoretical framework that highlights the general situation of therapies as well as the different strategies that have been developed within behavioral economics to understand and reduce biases, whose research name is known as "debiasing".

Keywords: Behavioral economics, debiasing, clinical psychology, health, strategies, cognitive therapies, biases, distortions.

Validez clínica de las Terapias de Reestructuración Cognitiva, fundamentos, principios, problemas epistemológicos y críticas

¿Cuál es la base clínica de la cognición?

La cognición es un término amplio que abarca diferentes procesos implicados en el contenido del pensamiento (Kovacs y Beck, 1978), su importancia en el campo de la psicología y otras disciplinas científicas ha motivado una amplia cantidad de investigaciones y discusiones centradas en el entendimiento del comportamiento humano, su relación con el procesamiento de la información, la percepción, la interpretación o el recuerdo (Beck, 1991) ha originado también la creación de modelos cognitivos los cuales la consideran como el elemento determinante de la conducta (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012), e inclusive con un papel de primacía sobre las demás variables (Clark, Beck y Alford, 1999).

Los modelos terapéuticos que están basados en el enfoque de la cognición observaron que ésta se interrelaciona con variables de tipo emocional, conductual e interpersonal (Alford y Beck, 1997), las cuales están guiadas por la atribución de interpretaciones que le brindamos a los eventos que nos ocurren. Estos modelos se pueden ubicar dentro del campo de las terapias cognitivo-conductuales; las categorías propuestas por Mahoney y Arnkoff (1978) para diferenciar estas terapias se conocen como: las técnicas de reestructuración cognitiva, las técnicas para el manejo de situaciones y las técnicas de solución de problemas.

Debido al interés particular del presente escrito en los errores de pensamiento o distorsiones en general, se abordarán únicamente las terapias de reestructuración cognitiva. Estas “se centran en el significado, analizan la racionalidad de los pensamientos o creencias y enseñan al paciente a pensar de manera racional o realista, atacando los errores o distorsiones que pueden estar produciéndose en el procesamiento de la información” (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012, pág. 67). En esta categoría se incluyen: la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962) y la Terapia Cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), las cuales constituyen sus ejemplos más genuinos y que, de acuerdo con Cabezas y Lega (2006) tienen una base común, por ser ambos modelos psicoterapéuticos representativos del enfoque cognitivo, cuyas comparaciones teóricas según Dryden y Ellis (1988) mantienen una relación con el abordaje de los procesos clínicos en la terapia.

En el modelo de Ellis (1962) se destaca que el centro de la ansiedad y la depresión es el pensamiento o filosofía grandiosa, los pensamientos rígidos y dogmáticos de la persona. Mientras que en el modelo de Beck (1979) las inferencias o equivalentes a las distorsiones cognitivas son destacadas como la causa de emociones, conductas y consecuencias motivacionales negativas.

A continuación, se revisarán algunas de las características, ideas y visiones filosóficas que constituyeron la formación de dichas terapias para comprender su particular interés en los terrenos de la cognición y su posible relación con otras disciplinas.

La Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis (TREC)

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) se considera como una de las formas de consejería y de psicoterapia más influyentes dentro del campo clínico, la cuál ha sido aplicada por los profesionistas de la salud mental en países como Estados Unidos, Italia, Alemania, Holanda, Australia, Inglaterra, Francia y México (Oblitas, 2008).

De acuerdo con Toro (2014), Ellis partió de las afirmaciones de Marco Aurelio y Epicteto, filósofos estoicos quienes concluían en sus legados que se siente tal como se piensa, esta idea fue desarrollada posteriormente con ideas tomadas de otros filósofos como Spinoza, Kant, Dewey y Russell, al complementarla con la creación permanente de los pensamientos y sentimientos, un cúmulo de experiencias derivadas del aprendizaje y la construcción de ideas.

Desde este principio, las emociones son generadas en la mente, mediante la evaluación que se hace de la realidad. Cuando las evaluaciones se basan en premisas y creencias irracionales, las emociones y las conductas resultantes se vuelven desadaptativas (Oblitas, 2008). Por ello, Ellis (1976) sugiere que los seres humanos tienen dos tendencias biológicas importantes: la tendencia a pensar irracionalmente, y la capacidad de cambiar esas creencias si así lo desean.

De acuerdo con Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) aunque no hay una teoría clara que indique la adquisición de los problemas psicológicos, si existe una

propuesta que indica cómo se perpetúan o se mantienen las creencias irracionales:

- Insight 1: “La perturbación humana viene determinada por las creencias irracionales que se activan ante las situaciones vitales negativas. Sin embargo, si la persona que padece un trastorno emocional considera que se debe a los acontecimientos negativos que le ocurren, tratará de cambiar las situaciones, pero no las creencias que se le han activado y son las responsables reales de su malestar”.
- Insight 2: “Si las personas siguen reafirmando sus creencias rígidas y extremas éstas se mantendrán. Aunque se reconozca la influencia de sus creencias irracionales en el malestar emocional, si la persona dedica su esfuerzo a encontrar el origen de ellas en lugar de tratar de cambiarlas, éstas se mantendrán”.
- Insight 3: “Sólo trabajando de forma constante en el presente y en el futuro las creencias irracionales y practicando creencias racionales alternativas se conseguirá cambiar” (pág. 332).

Al incorporar estas ideas en el ámbito científico se estableció que: la TRE dependía de la evidencia empírica y de la deducción lógica de las hipótesis basa en hechos (Ellis, 1973), idea basada en una tradición filosófica conocida como positivismo lógico la cual toma como punto de partida a la ciencia como una metodología principal de todas las formas de actividad intelectual.

Para ello, Ellis esquematizó un modelo terapéutico conocido como “A-B-C”, en donde:

- A: es el estímulo activador, este puede ser interno (pensamiento, sensación, etc.), o externo (algún acontecimiento ajeno al individuo).
- B: es el sistema cognitivo del individuo (creencias y/o filosofía de vida), que le permite interpretar A.
- C: son las consecuencias o reacción resultante de B sobre A y puede ser emotivo, cognitivo o conductual.

Planteando entonces que C no es consecuencia de A sino que B es aquello que lo determina y permite al individuo trabajar sobre este sistema de creencias para obtener distintos resultados (Hernández, 2013).

Esta forma de tratamiento derivado del razonamiento invita al paciente a confrontar sus diferentes ideas dentro de terapia (Ruíz., Díaz, y Villalobos, 2012). El acompañamiento es realizado por los terapeutas, quienes interpretan lo que suponen para el cliente, identificando sus propias creencias y filosofías básicas irracionales, así como las consecuencias autodestructivas que les producen el mantenerlas (Ellis y Grieger, 1981), además se les brindan herramientas que les ayudan a conocer sus emociones y conductas desadaptativas o sintomáticas, a asumir la responsabilidad que tienen en la creación de pensamientos, a aceptarse con sus síntomas y también a buscar y reconocer genuinamente las fuentes filosóficas de sus ideas (Oblitas, 2008).

La técnica principal empleada para aliviar las perturbaciones emocionales se conoce como debate empírico, (Oblitas, 2008), la cual utiliza las leyes de la lógica, para demostrar que las filosofías de la vida poco realistas producen síntomas como fobias, obsesiones y desórdenes psicosomáticos, y que solamente si la persona cambia estas filosofías logrará mejorar y vivir más feliz (Ellis y Grieger, 1981).

Las técnicas que dispone el terapeuta bajo el modelo de TREC abarcan: (a) método socrático, (b) debate filosófico, (c) imaginación racional emotiva, (d) autoanálisis racional, (e) imaginación terapéutica e imaginación aversiva, (f) imágenes racionales emotivas, (g) reestructuración racional sistemática, (h) debatir creencias irracionales, (i) autoexamen racional, (j) inversión del rol racional, (k) proselitismo racional, (l) reforzar el pensamiento racional, (m) adoctrinamiento racional (Oblitas, 2008).

La Terapia Cognitiva de Beck (TC)

De acuerdo con Beck (2000) la Terapia Cognitiva (TC) se trata de un sistema de psicoterapia que cuenta con una teoría unificada de la personalidad y la psicopatología, y cuenta con importantes comprobaciones empíricas.

“Distintos estudios controlados han demostrado su eficacia en el tratamiento de depresiones mayores, el trastorno de ansiedad generalizado, el trastorno de pánico, las fobias sociales, la drogadicción, los trastornos de alimentación, los problemas de pareja y la depresión en pacientes internados (...) También se aplica a todo el mundo, ya sea como tratamiento único, o junto con

otros, para el abordaje de otros trastornos como el obsesivo-compulsivo, el estrés postraumático, los trastornos de personalidad, la depresión recurrente, el dolor crónico, la hipocondría y la esquizofrenia” (Beck, 1995, pág. 18).

De manera similar a las propuestas de Ellis, en la TC se trabajan también con aquellos constructos e interpretaciones de la realidad que tienen influencia en el bienestar mental de los pacientes (Caro, 2015), de forma tal que se puedan identificar los pensamientos automáticos, ilógicos y faltos de empirismo, mismos que se presenten de manera automática en una situación o acontecimiento interno o externo (Hernández, 2013).

En el enfoque de Beck se destaca como objetivo, el aprender nuevas formas de conocimiento que permitan adquirir nuevas conductas más apropiadas o útiles a través de un proceso que sigue una secuencia que comienza desde ideas superficiales (pensamientos automáticos, que son más flexibles y examinables) a otras más profundas (creencias intermedias y centrales, que son más difíciles de modificar), Beck (2000). Tal planteamiento dentro de ese modelo adopta una estructura parecida a la TREC en la cual ubica la “situación interna o externa” (S), el “pensamiento automático” (P. A) que surge de las creencias y de los esquemas y el “Resultante” (R), que puede ser conductual, emocional, cognitivo o fisiológico (Hernández, 2013).

Las terapias cognitivas que se derivan del modelo de Beck basan su tratamiento en la formulación cognitiva de un trastorno específico, siendo el

trastorno depresivo uno de los más característicos en los estudios por Beck (González., Barreto y Salamanca, 2017).

Beck (2000) resume la existencia del modelo con 10 principios básicos que concretizan la base de la terapia cognitiva:

Se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas, planteada en términos cognitivos.

1. Requiere una amplia alianza terapéutica.
2. Enfatiza la participación y la colaboración activa.
3. Está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados.
4. Inicialmente destaca el presente.
5. Es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas.
6. Tiende a ser limitada en tiempo.
7. Tiene sesiones estructuradas.
8. Ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia.
9. Se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo, y la conducta.
10. Se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas, planteada en términos cognitivos.

Como parte del planteamiento teórico-metodológico del procesamiento de información, Beck menciona y clasifica errores comunes en este proceso llamándoles “distorsiones cognitivas” (Beck, 2000) las cuales le permiten al paciente organizar y reconocer su forma habitual de procesar los estímulos.

De acuerdo a Bartolomé (2006) las distorsiones cognitivas en el modelo de Beck, abarcan:

Exigencias o demandas irracionales. De acuerdo con esta distorsión, el mundo, el contexto, las personas y los eventos que ocurren deberían ser distintos de como son. Esta imposición está determinada por deseos personales, por conveniencia o porque resultan displacenteras para la persona.

Magnificación. Consiste en aumentar o exagerar los defectos y errores personales o ajenos, así como en darles una excesiva importancia, convirtiendo en catástrofe cualquier inconveniente, dificultad, o molestia.

Indefensión. Consiste en asumir un estado de indefensión ante los problemas de la vida cotidiana, sean estos reales o imaginarios, de tal manera que siempre se es víctima del contexto y de la falta de sensibilidad del mundo externo. El generador del sufrimiento deriva de la creencia de que se es incapaz de enfrentarlo y de tratar de resolverlo si se tiene solución; o de aceptarlo si no la tiene

Condenas. Consiste en limitar las características positivas y negativas que tiene una persona debido a un error ajeno, acción o señal particular, condenando su integridad en general y negando la posibilidad de observar todas sus cualidades.

Pensamiento dicotómico, polarizado o de alto contraste. Esta distorsión se caracteriza por la tendencia a omitir los términos medios, limitando la forma de interpretar los eventos en dos polos o dicotomías para denominar una creencia.

Sobregeneralización. Consiste en suponer que algo que haya ocurrido en el pasado ocurrirá de manera reiterativa en todas las ocasiones incluso si fue un evento fortuito o aleatorio. Generalizando las circunstancias, omitiendo las diferencias en el presente y los posibles cambios en el futuro.

Filtro mental o abstracción selectiva. Consiste en fijarse sólo en aquellos aspectos de la realidad que concuerdan con nuestra distorsión, mientras se ignoran o se descartan los aspectos que desafían la distorsión. En el capítulo siguiente se hablará de esta distorsión conocida también como sesgo de confirmación.

Ignorar o descalificar lo positivo. De manera similar al filtro mental consiste en descalificar o ignorar aquellos aspectos, cualidades o hechos positivos que resten la capacidad para poder evaluar adecuadamente una situación.

Conclusiones arbitrarias o inferencias arbitrarias. Consiste en generar y asumir conclusiones sobre la valoración que se tiene de las circunstancias o las personas sin tener evidencia suficiente que las sustente. Esta distorsión reconoce dos tipos de arbitrariedad:

El error del adivino o predicción catastrófica. Consiste en creer que se puede adivinar el futuro en eventos impredecibles, en los cuales existe adicionalmente una predicción frecuentemente negativa o trágica.

Lectura de la mente o violación mental. Consiste en asumir premeditadamente los pensamientos o sentimientos de otras personas sin tener pruebas suficientes.

Razonamiento emocional. Se caracteriza por creer que la realidad está condicionada a la sensación emocional que se siente en ese momento, de tal manera que a una situación o evento se les atribuirá un carácter positivo o negativo dependiendo de las emociones que le produzcan a la persona.

Así mismo, Francisca (2016) también señala la existencia de otros tipos de distorsiones:

Personalización. La distorsión consiste en atribuir que la aparición de un determinado evento fue por culpa de uno mismo o de otras personas, aún sin evidencia contrastante que lo señale. Las personas tienden a interpretar que son responsables de un evento por las características del entorno.

Falacia de Control. Esta distorsión se presenta de dos maneras. La primera aparece cuando una persona se autopercibe como impotente y controlada por lo que considera que las otras personas son responsables de su fracaso y dolor. La segunda, cuando la persona se siente responsable de la

felicidad del resto y considera que cualquier negligencia de su parte puede causarle soledad y el rechazo de los demás”.

Falacia de recompensa divina. Consiste en creer que al hacer actos positivos en general, les deberían ocurrir forzosamente eventos o actos positivos.

Estas distorsiones son identificadas y reestructuradas por el terapeuta junto con el paciente desde las primeras preguntas de la sesión (Beck, 1995), las cuales son trabajadas principalmente mediante el debate de dichas creencias cuyo proceso según Pollini, Micheff, y Pedrowicz (2009, pág. 73) tiene las siguientes características:

Las creencias disfuncionales se trabajan como último blanco terapéutico tras el manejo de las distorsiones cognitivas.

Se utiliza sobre todo el método de verificación de hipótesis, con base en la evidencia real, para contrastar las creencias disfuncionales (con el apoyo de técnicas conductuales).

Puede haber dificultad en detectar las creencias disfuncionales reales del paciente, y no las inducidas por el terapeuta, para ello aconsejan un método inicial centrado en las distorsiones cognitivas.

Para entender la manera en la que se desarrollan las distorsiones dentro de las terapias es necesario tener en cuenta algunos de los conceptos que conciernen de manera semejante a las ideas de los autores de reestructuración cognitiva, los cuáles se mostrarán en el próximo apartado.

Conceptos, ideas y observaciones alrededor de las terapias de reestructuración cognitiva

Al recorrer los principios que se manejan en las terapias de Beck y Ellis, se pueden destacar de manera general algunos conceptos que recalcan la relación intrínseca entre sus diferentes visiones. Para Pollini, Micheff, y Pedrowicz (2009) ambas terapias manejan un esquema basado en el pensamiento, el afecto y la conducta, en donde las cogniciones juegan un papel clave para el tratamiento de los trastornos psicológicos, así como un enfoque de aprendizaje y autoayuda en donde el paciente aprende habilidades cognitivo-conductuales para manejar sus propias dificultades; también se le da relevancia a las tareas que se le asignan al paciente entre cada sesión, así como a la relación terapéutica que se vaya desarrollando.

Aunque los conceptos que manejan han sido desarrollados por el marco teórico de sus respectivos autores, las ideas principales a los que estos refieren comparten el sentido clínico dentro de las terapias de reestructuración cognitiva, y pueden ser identificados en otras disciplinas científicas e incluso empleados dentro del uso cotidiano, podemos identificar de manera general conceptos como:

Creencias. Son cualquier idea verbal o gráfica (cogniciones) consideradas como el paradigma personal del paciente acerca de sí mismo y del mundo (Toro y Ochoa, 2010), estas incluyen todas las observaciones e interpretaciones, que tienen un marco de referencia personal a nivel conceptual (Beck et al., 1979).

Creencias irracionales. Son cogniciones evaluativas inconsistentes en su lógica, de carácter absolutista y dogmático, expresadas de forma imperativa usando términos como “*debería de*” y “*tendría que*”, están frecuentemente sobreaprendidas, ensayadas desde la infancia y basadas en ideas grandiosas o narcisistas sobre uno mismo, de los demás o sobre el mundo (Caballo, Andrés y Bas, 1997).

Maultsby (1975) señala tres de los criterios que cumplen estas creencias o esquemas irracionales: “1) no responden a los principios de la lógica porque se basan en interpretaciones incorrectas y son inconsistentes con la evidencia empírica, 2) son automáticos, y el individuo no es consciente del papel mediador que ejercen sobre sus pensamientos, sentimientos y conducta y 3) obstaculizan la consecución de las metas y propósitos básicos” (pág. 324).

Distorsiones Cognitivas. Barmgoltz, Levy y Polemos (2007) las definen como errores en el procesamiento de la información que traen como consecuencia una estructuración de las experiencias de un modo primitivo, negativo, categórico, absolutista y extremo.

Pensamientos automáticos. Dentro del modelo de Beck, los pensamientos automáticos se refieren a cogniciones superficiales relativamente estables, transitorias y específicas para cada situación; suelen ser rápidos y parecen actuar como reflejos, representan las conclusiones formadas por las personas a partir del aprendizaje y la experiencia, se puede acceder a ellos a través de la introspección y el autoinforme (Freeman y Oster, 1997).

Esquemas. Los esquemas son las estructuras cognitivas en las que se basa toda la gama de pensamientos con las cuales interpretamos la realidad que nos rodea (Hernández, 2013), en otras palabras, son aquellas agrupaciones del conocimiento que se forman y sirven de base para formar nuevos conocimientos y estructuras (García, 2014).

A pesar de que estos conceptos se mantienen vigentes dentro del trabajo terapéutico, las terapias han ido adaptándose a las exigencias actuales que conciernen a los enfoques cognitivos, los cuáles valen la pena resaltar a continuación.

Observaciones, prejuicios y referentes actuales a las terapias de reestructuración cognitiva

El desarrollo histórico de las terapias ha facilitado una perspectiva que integra y amplía diferentes aspectos de la conducta en pro de entender la complejidad del comportamiento humano (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012), y aunque el enfoque va actualizándose es necesario enfatizar algunos señalamientos que aún se realizan respecto a los alcances e ideas de las terapias de reestructuración cognitiva.

Prejuicios epistemológicos en la actualidad

Botero (2010) realiza una crítica a la denominación de “reestructuración cognitiva” pues de acuerdo con él, dicha denominación “contribuyó a desdibujar enormemente la esencia de estas terapias cognitivas y a hacerle pensar a los lectores que las terapias cognitivas son solo técnicas de la terapia o modificación de la conducta” (p. 75)

Uno de los principales prejuicios actuales de acuerdo con él, consiste en la asociación de los modelos de Beck y Ellis, únicamente como herramientas del repertorio cognitivo-conductual, sin ser consideradas como terapias con su propia metodología, marco teórico y abordaje terapéutico; este prejuicio también se puede encontrar en la clasificación clásica que hicieron Mahoney y Arnkoff en 1978 al identificarlas con el nombre de “técnicas”.

Otro prejuicio ubicado por Botero (2010) radica en concluir que el pensamiento posee una relación causal directa con diferentes trastornos como la depresión, las Terapias Cognitivas no se enfocan en los procesos cognitivos básicos ni pretenden explicarlos como la psicología cognitiva, sin embargo, están enfocadas en las creencias del sistema cognitivo el cuál actúa como un estímulo desencadenante y reforzador de una posible patología (Villegas, 1990).

Confusión sobre las consideraciones constructivistas de Ellis

De acuerdo con Villegas (1990), algo que destaca en las terapias cognitivas (de reestructuración cognitiva) es que la realidad se maneja de una manera independiente, siempre está presente y se puede contar con ella. Esta postura que reconoce la existencia de una realidad objetiva y de una realidad 'psicológica', que busca confrontar permanentemente a la segunda con la primera, recibe el nombre de *realismo*, una característica del realismo es reconocer que los seres humanos construimos nuestras creencias y pensamientos en interacción con esa realidad, sin embargo, existen diferentes implicaciones alrededor de las intervenciones que se han desarrollado respecto a otras terapias y también por la confusión epistemológica alrededor del concepto de Constructivismo.

Según Toro (2014) el constructivismo en su forma radical, a diferencia del llamado trivial, se caracteriza por la ausencia de pasividad en la construcción del conocimiento, y la aceptación de la función de la cognición que sirve para organizar el mundo, más no para descubrir la realidad ontológica, lo que significa un paradigma contrapuesto al realismo.

No obstante, Albert Ellis concluyó que su terapia en realidad era de corte constructivista, en Ellis (1997) menciona: “abandoné esta postura (Positivismo-Lógico) de los años setenta y en la actualidad soy en algún sentido construccionista y postmodernista” (p. 94). Enfatizando junto con ello que para la TREC las creencias racionales e irracionales no existen en sí mismas, sino que están unidas a los objetivos humanos, los cuáles son en su mayoría elegidos.

A pesar de las críticas recibidas y sobre las dudas en su postura frente al constructivismo, Ellis aún se mantiene como un referente de la TREC cuyos principios en psicoterapia se sustentan en una visión científica, contextual no lineal, de método hipotético deductivo y con énfasis filosófico-humanista (Grieger, 1990; Caballo, Andrés y Bas, 1997). Sin embargo, las confusiones del concepto podrían resultar difusas en la actualidad por las semejanzas que poseen las terapias de reestructuración respecto a las terapias más actuales denominadas de “tercera generación” que además de incluir factores cognitivos, hacen un énfasis en el contexto de la persona (Hayes, 2004).

Críticas hacia el modelo Cognitivo de las terapias

A pesar de la evidencia y eficacia por las que se destacan las terapias de Beck y Ellis, aún permanecen en la actualidad algunas críticas. Las bases teóricas en las que descansan sus principios se desarrollaron casi a la par con la revolución cognitiva, mismas que aún distan de ser perfectas y no pueden proporcionar una respuesta clara a diversas interrogantes, ya sea por la limitación epistemológica dentro del modelo o porque los objetivos que priman dentro de este no se han interesado en proporcionar dichas respuestas. A continuación, se exponen algunas críticas para ilustrar y justificar.

Desconocimiento de los porqués y la funcionalidad de los mecanismos

Rachman (1997) recopila diferentes puntos que señalan aspectos vulnerables dentro de la funcionalidad de la terapia en el modelo cognitivo.

a) No se ha demostrado el papel “causal” de las cogniciones; estas podrían ser un simple correlato o una dimensión más entre otras (sentimientos, conductas, respuestas fisiológicas).

b) Se desconoce si la reducción de las cogniciones es clave o no, el mecanismo crítico de acción de la terapia cognitiva.

c) Aquellas terapias no centradas en modificar las cogniciones negativas consiguen el mismo cambio en estas que la terapia cognitiva.

d) No es posible modificar las cogniciones de una persona en todos los casos.

e) El cambio cognitivo no siempre supone un cambio emocional.

f) El papel de las emociones es minusvalorado; estas influyen mucho en cómo las personas estructuran cognitivamente sus experiencias.

Algunas de las premisas señaladas requieren de un análisis específico adaptado a diferentes situaciones dentro la terapia y pueden señalarse discrepancias con otros teóricos y terapeutas, sin embargo, de acuerdo a la literatura consultada se suele reiterar la importancia de los puntos a y b, pues a pesar de la eficacia del modelo en términos de resultados no se puede proporcionar una explicación a partir de la misma terapia para explicar varios de los mecanismos con los que se trabaja, el éxito obtenido en la terapia también podría ser explicado por cambios en el procesamiento de la información o por la utilización de habilidades compensatorias para afrontar diversas situaciones y cogniciones (Vázquez y Cameron, 1997).

Una respuesta proporcionada por Botero (2010) es que el énfasis en lo cognitivo es tan sólo una forma de elección de los autores para los modelos de reestructuración, con el objetivo de adentrarse al estudio de la problemática humana resaltando más la cognición que el ambiente, las emociones (afectos), los comportamientos y las reacciones físicas. “No se va a considerar que lo cognitivo sea la causa de, va a primar lo cognitivo por la óptica teórica desde la cual nos acercamos al fenómeno, porque esa fue la puerta que decidimos elegir” (p. 77).

Esto no quiere decir que el modelo no pueda relacionarse con otras variables pues en terapia también se tienen en cuenta múltiples aspectos como

los señalados arriba para el tratamiento personalizado de sus pacientes, más bien, no parece haber una profundización teórica en los mismos pues no se les considera un requisito para lograr a cabo sus objetivos, lo cual pareciera limitar la capacidad para proporcionar una respuesta sólida que explique los mecanismos subyacentes con los que se trabaja.

Cabe destacar que, a pesar de las múltiples definiciones que se emplean durante la terapia, según Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) algunos autores encuentran una falta de definición e imprecisión empleadas desde dicho enfoque en conceptos como “cognición”, en la indiferenciación entre contenidos cognitivos y procesos cognitivos (como distorsiones cognitivas, estilos de afrontamiento) o al referirse a estructuras cognitivas (como esquemas o creencias irracionales).

Independencia del marco teórico y apertura histórica frente a otras disciplinas

Como segundo punto a resaltar dentro de las críticas encontradas hacia la terapia está la relación que sus autores han tenido para sustentar su desarrollo teórico y algunas de las limitaciones respecto a los campos de conocimiento actuales.

Desde sus orígenes históricos se suele confundir la idea de que las terapias de reestructuración surgieron también por los hallazgos de la psicología cognitiva cuando en realidad estas fueron desarrolladas, como lo indica Mahoney (1995), poco antes o prácticamente al mismo tiempo de su aparición, con una aproximación entre los años 1955 y 1965 para el desarrollo de las ciencias

cognitivas, mientras que la revolución cognitiva en psicología fue reconocida por 1970.

Caro (2013) realizó un análisis de las referencias que emplearon Beck y Ellis de los trabajos de las aportaciones de la psicología cognitiva de esa época, destacando con otros autores, la escasez de los trabajos relacionados para sus terapias, en las cuáles sólo se utilizaron unas cuantas citas por parte de Ellis y un par de referencias por parte de Beck. La importancia de esta relación vuelve a hacer un énfasis en el hecho de que no parece existir un interés en proporcionar respuestas teóricas con varios de los mecanismos que se trabajan pues para esta autora, no se desarrolla o se le da importancia a la memoria, a cómo accede el individuo, el paciente, a la información que le aporta al terapeuta, a la formación de conceptos, categorías e imágenes, a cómo comprende las cosas, a sus procesos de razonamiento, y de resolución de problemas, etc., aspectos claves en el terreno de la cognición.

Las implicaciones históricas, científicas y académicas ante este tipo de acercamientos ponen a prueba la noción de reconocer si es realmente posible, bajo una noción integradora de conocimiento científico, asegurar un diálogo que permita beneficiar a los modelos de Ellis y Beck con otras disciplinas; aun así se debe destacar que el hecho de que ambos modelos sean producto de la crítica es un aspecto positivo, ya que es el reflejo de la gran actividad que los caracteriza, así como del interés que suscitan Ruíz, Díaz y Villalobos (2012),

Por último, Caro (2013) también señala refiriéndose a la terapia cognitiva, que:

“siempre ha dejado bien claro su interés por ser la terapia de elección, o la terapia más adecuada para diversos trastornos por sus características particulares, integrarla de esta manera con campos antitéticos puede ser problemático” ... Si la terapia cognitiva pierde sus límites, su delimitación, de esta manera, ¿qué es, pues, la terapia cognitiva?” (p. 59).

***Debiasing* y el estudio de la irracionalidad. Aportaciones emergentes para el mundo y la salud**

¿Por qué “*Debiasing*”?

Debiasing es un concepto del idioma inglés cuya traducción al español sería “evitar o corregir el sesgo”, Wilson y Brekke (1994), se refieren al sesgo cognitivo como "contaminación mental" y al *debiasing* como "corrección mental". Arnott (2006) lo define como un procedimiento para reducir o eliminar sesgos mediante estrategias cognitivas de quienes toman decisiones.

Es empleado principalmente dentro de las investigaciones que abordan directamente el estudio de los sesgos o prejuicios humanos en diversas áreas con el objetivo de reducirlo mediante diferentes estrategias y métodos, las cuales se han desarrollado principalmente en el campo de la economía conductual. Soll, Milkman y Payne, (2014) destacan el uso del concepto “*debiasing*” con dos enfoques, el primero es traducido como “modificar a quien toma decisiones”, busca proporcionar a las personas cierta combinación de conocimientos y

herramientas para ayudarlos a superar sus limitaciones y disposiciones. Esta aproximación se encuentra inspirada en la investigación clásica que señala los beneficios de la educación, así como en estrategias de pensamiento, reglas de juego, y el uso de decisiones formales que pueden ser enseñadas a las personas. El segundo enfoque que tradujeron como “modificar el ambiente”, busca modificar el marco donde los juicios son hechos de una forma que aliente a usar mejores estrategias o sacar mayor provecho de las estrategias de decisión que las personas aplican de forma natural.

Dan Ariely una figura reconocida alrededor de la economía conductual menciona que uno de los supuestos principales para esta disciplina es el hecho de considerar a las personas como seres natural y previsiblemente irracionales, es decir, que tenemos una tendencia a ser irracionales de la misma manera, él aclara bajo este principio que: “comprender el modo en que somos previsiblemente irracionales proporciona un punto de partida para mejorar nuestra capacidad de decisión cambiando para mejor nuestra forma de vida” (Ariely, 2008, p. 17).

Este principio de la economía conductual tiene una relación estrecha con los modelos de racionalidad propuestos desde los años 50’s, mismos en los que la psicología cognitiva con la denominada “revolución cognitiva” comenzó a establecer diferentes investigaciones utilizando los paradigmas del procesamiento de la información, manteniéndose a la par de las terapias de reestructuración nacidas también por los mismos años.

De acuerdo con Pascale y Pascale (2011), la figura que comienza este proceso fue Herbert Simon (1972) quien acuñó el término que hoy se conoce como “racionalidad limitada” (*bounded rationality*), concepto fundamentado a través de la economía que señalaba que los modelos de elección racional que imperaban en ese momento eran poco realistas para representar los límites del juicio humano. Sus aseveraciones inspiraron, según Pascale y Pascale (2011), a distintos estudios sobre los juicios y decisiones económicas hechos por psicólogos cognitivos, quienes tomaron como base la maximización de las utilidades y los principios probabilísticos bayesianos como objetivo.

El reconocimiento de la irracionalidad entre los procesos cognitivos resultó entonces una característica común entre la economía conductual, los psicólogos cognitivos y las terapias de Beck y Ellis.

En el caso de las terapias de reestructuración cognitiva resulta relevante enfatizar nuevamente la ausencia de comunicación que han mantenido con esas investigaciones pese a la cantidad de información recabada desde ese entonces en múltiples campos del estudio de la irracionalidad como en los errores de pensamiento, el *debiasing*, los heurísticos o las distorsiones cognitivas. En opinión de Quintanilla (2002) existe “una psicología de la salud y del bienestar desde la que conviene tener bien presentes los acontecimientos económicos y su influencia sobre la conducta social” al ignorar la influencia de los procesos económicos (refiriéndose a la economía conductual) sobre la conducta social se pierde la oportunidad de estudiar algunos de los mecanismos más comunes y relevantes del comportamiento humano” (p. 97).

Pero antes de indagar en las dificultades para la integración y el uso de conocimiento es necesario señalar algunas de las aportaciones principales reconocidas alrededor del *debiasing*.

Investigaciones generales y hallazgos

Ruiz (2017) realizó una revisión general sobre las tendencias y tópicos de investigación evaluados en el estudio del *debiasing* desde el año 2005 al 2015, resaltando dentro de los principales antecedentes los estudios de Fischhoff; Arkes y Larrick cuyos enfoques de investigación se concentran en distintos sesgos y atribuciones, sus costos y beneficios, algunas propuestas de estrategias ante diferentes escenarios, así como el intento de orientar sus hallazgos de forma metódica para tomar mejores decisiones y disminuir sus errores. Sin embargo, el contenido de las investigaciones lleva varias décadas de estudio y la cantidad de información sería considerablemente extensiva para el propósito de la tesis, por lo que se nombrarán algunas de las investigaciones más destacables de los últimos años en el campo del *debiasing*, cuyos autores hayan relacionado con el sentido clínico de la salud, o que establezcan semejanzas y diferencias respecto a los modelos de las terapias.

Sesgos

Ludolph y Schulz (2017) realizaron una investigación que sistemáticamente sintetizó, categorizó y analizó la existencia del *debiasing* en el dominio de la salud, destacando alrededor de 87 experimentos y 68 textos completos enfocados en los temas de la salud, que estuvieran inmersos en contextos clínicos y proporcionaran estrategias de pensamiento tanto a

profesionales de la salud como a pacientes. Los sesgos principales en los que se concentraron las investigaciones destacadas bajo tales criterios fueron:

Efecto de encuadre (Framing effect). "Los principios psicológicos que gobiernan la percepción de los problemas de decisión y la evaluación de probabilidades y resultados producen cambios predecibles de preferencia cuando el mismo problema se enmarca de diferentes maneras".

Ejemplo. Según la OMS (en los reportes del *Foro Consultivo Científico y Tecnológico 2018*) la incidencia en depresión a nivel mundial era del 17%, sin embargo, el mensaje podría resultar más tranquilizador al mencionar que el 83% de las personas a nivel mundial estaban libres de depresión, siendo que es el mismo mensaje, pero invertido en las tasas del porcentaje.

Sesgo optimista (Optimistic bias). "Según la creencia popular, las personas tienden a pensar que son invulnerables. Esperan que otros sean víctimas de la desgracia, no ellos mismos. Tales ideas implican no solo una visión esperanzadora de la vida, sino un error de juicio que puede calificarse de optimismo poco realista".

Ejemplo. De acuerdo con Sharot (2011) se tienden a subestimar las posibilidades de adquirir un divorcio, tener un accidente automovilístico o padecer cáncer. También se suele esperar vivir más de lo que las medidas objetivas justificarían, a sobreestimar el éxito en el mercado laboral y a creer que los hijos serán especialmente talentosos.

Ignorar la tasa base, también conocido como negligencia del denominador y razonamiento pseudo diagnóstico (Base rate neglect). Se refiere a la tendencia de las personas a prestar demasiada atención a los numeradores en las proporciones (es decir, el número de veces que ha ocurrido un evento objetivo) y la insuficiente atención a los denominadores (es decir, las oportunidades generales para que suceda).

Ejemplo. Alguien que desarrolle un miedo irracional a morir en un accidente de avión podría ignorar el hecho de que es 86 veces más probable morir en un accidente automovilístico según el Consejo Nacional de Prevención de Riesgos (National Safety Council).

Sesgo retrospectivo (Hindsight bias). Señala que reportar el resultado de un evento produce un aumento injustificado en su previsibilidad percibida, ya que parecía haber sido más probable de lo que realmente era.

Ejemplo. Arkes (2013) menciona que las causas de muerte resultan difusas y frecuentemente incorrectas para los médicos cuando se les relatan los mismos síntomas si no han recibido el informe de la autopsia, pero en cambio resultan obvias una vez que se obtienen los datos e incluso pueden creer que su diagnóstico era muy sencillo desde un principio. Podría pensarse como algo evidente una vez que pasó, aunque no fuera realmente previsible.

Exceso de seguridad (Overconfidence). Es la sobrevaloración de un individuo sobre sus propias habilidades, conocimientos o juicios.

Ejemplo. De acuerdo con un estudio de Berner y Graber (2008) se refleja un estudio en el que “los médicos que decían estar “completamente seguros” de su diagnóstico estaban equivocados en el 40% de los casos, según el resultado de las autopsias.

Sesgo de anclaje (Anchoring bias). Indica que las personas realizan estimaciones partiendo de un valor inicial que se ajusta para obtener la respuesta final. Este valor inicial, o punto de inicio, puede ser sugerido por la formulación del problema, o puede ser el resultado de un cálculo parcial.

Ejemplo. Para el estudio de este sesgo Fariña, Arce y Novo (2002), encontraron que la mayoría de las sentencias realizadas dentro de las Audiencias Provinciales y Juzgados de lo Penal de la Comunidad Autónoma Gallega encontraban como “culpables” a los acusados siempre que se pedía una petición de la fiscalía o, si se trataba de una apelación, en la decisión judicial previa. Es decir, al pensar con antelación en la culpabilidad implícita dictada por los procesos, se consideraban las interpretaciones de los jueces sólo a partir de la culpa al establecerla como punto de partida.

Un segundo ejemplo a nivel sensorial son las ilusiones ópticas que sugieren engañosamente que el tamaño de un objeto es mayor o menor dependiendo del acomodo y forma de otro objeto colocado a un lado de este, lo cual genera la ilusión al comparar los tamaños “anclando” una imagen con otra (Ariely, 2008).

Sesgo de disponibilidad (Availability bias). Se produce en situaciones donde las personas evalúan la frecuencia de una clase o la probabilidad de un evento por la facilidad con la que se pueden recordar las instancias o los sucesos.

Ejemplo. Según Vázquez (1985) el estado de ánimo puede afectar al tipo de información que pueden acceder fácilmente, en el caso de las personas que no están deprimidas, se tiende a sobreestimar la verdadera probabilidad de aparición de sucesos favorables y ha subestimar la aparición de sucesos desfavorables. La facilidad con la que tienen acceso la información en ese momento afecta el juicio para considerar una interpretación racional.

Sesgo de impacto (Impact bias). Este sesgo indica que las personas sobreestiman la intensidad y la duración de sus reacciones emocionales ante eventos futuros, incluso cuando reconocen de antemano cuáles serán las implicaciones que pueda llegar a tener la aparición de ese evento.

Ejemplo. La investigación de e.g., Mellers and McGraw, (2001 citados en Niedenthal y Ric, 2017) sugiere que las personas sobreestiman cuán infelices estarán después de muchos meses luego de un rompimiento amoroso; o que las mujeres tienden a sobreestimar cuán infelices estarán si recibieran un resultado indeseado en un test de embarazo” (p. 155).

Sesgo de confirmación que incluye sesgos relacionados, como pruebas de hipótesis positivas, satisfacción de búsqueda, cierre prematuro (Confirmation bias). Es la tendencia a percibir más apoyo hacia las creencias personales de lo que realmente existe en la evidencia en cuestión, e incluso

ignorar, descartar, o reinterpretar selectivamente la evidencia que los contradice (Lilienfeld, Ammirati y Landfield, 2009). De acuerdo con la investigación documental de Ruiz (2017) este es el sesgo cognitivo más estudiado y señalado en los estudios sobre distorsiones cognitivas a nivel social.

Según McGonigal (2012) “Cuando defines un acto que te cuesta mucho como algo que deberás hacer para ser mejor persona, empiezas a encontrar razonamientos para justificar por qué no deberías hacerlo” (p. 129).

Ejemplo. El esfuerzo personal de adoptar nuevos hábitos como mejorar la alimentación o realizar deporte podría conducir a pensar que ambas cosas están sobrevaloradas y no son necesarias, pues hay mucha gente que ha vivido muchos años pese a no tener dichos hábitos.

Generalmente tendemos a brindar una explicación a cada evento que sucede que permita confirmar o dar un porqué de la versión incluso dentro de la ciencia, la política y la salud.

Ejemplo. “La estadística arroja muchas observaciones que parecen pedir explicaciones causales, pero que ellas mismas no nos guían hacia tales explicaciones. Muchas cosas que suceden en el mundo son debidas al azar, incluidos los accidentes de los muestreos. Las explicaciones causales de acontecimientos aleatorios son inevitablemente falsas” (Kahneman 2012, p. 159). Por ejemplo: A partir de los sismos constantes producidos en México algunas personas comenzaron a creer que tenían la capacidad de pronosticar su posible aparición pues emitían predicciones ambiguas de posibles fechas de aparición,

cuando fallaban se les restaba importancia, pero cuando acertaban en una fecha cercana optaban por pensar que podían anticipar cualquier evento de la misma naturaleza.

El sesgo descubierto por Kruger y Dunning (1999), también conocido como efecto Dunning-Kruger, que sugiere que “las personas tienden a tener puntos de vista demasiado favorables sobre sus habilidades en muchos dominios sociales e intelectuales” (...) No solo estas personas llegan a conclusiones erróneas y hacen desafortunadas elecciones, sino que su incompetencia les roba la capacidad metacognitiva para realizarlas” (p. 1121).

Los sesgos mencionados tienden a encontrarse repetidas veces en la literatura, según Pascale, y Pascale (2011) varios de los sesgos “no actúan aisladamente...muchas de las veces no resultan tarea sencilla desenmarañar cuál es el que se encuentra operando. Justamente lo que los caracteriza y por lo que han sido investigados desde distintas disciplinas es por su carácter persistente y sistemático” (p. 206).

Existen muchos más sesgos reportados en los estudios del *debiasing* pero se eligió tomar de ejemplo el cuadro de Ludolph y Schulz (2017) porque su investigación enfatiza y organiza los sesgos más reportados generalmente en contextos clínicos. Una clasificación más delimitada de cada uno, y sus diferentes variantes se puede encontrar en la clasificación de Arnott (2006) cuyas categorías están divididas por:

- Sesgos de memoria. Retrospectivo, imaginabilidad, recuerdo, búsqueda, similitud, testimonio.
- Sesgos estadísticos. Tasa base, oportunidad, conjunción, correlación, disyunción, muestra, subconjunto.
- Sesgos de confianza. Integridad, control, confirmación, deseo, exceso de confianza, redundancia, selectividad, éxito, prueba.
- Sesgos de ajuste. Anclaje y ajuste, conservadurismo, referencia, regresión.
- Sesgos de presentación. Enmarcado, lineal, modo, orden, escala.
- Sesgos de situación / situacionales. Atenuación, complejidad, escalada, hábito, inconsistencia, regla.

Finalmente, otro tipo de sesgos destacados en la literatura propuestos por Díaz (2011) específicamente al explorar los prejuicios en profesionistas de la psicología, son el sesgo reduccionista, el sesgo universalista, y el sesgo de benevolencia. Mismos que, aunque no poseen el mismo rigor estadístico que los mencionados anteriormente valdría la pena explorar dentro del terreno de los prejuicios y el contexto social, terrenos que forman parte del *debiasing* en cuanto se manifiesta la necesidad de pensar satisfactoriamente ante un posible error de pensamiento.

Sesgo reduccionista. Consiste en asumir que los problemas psicológicos pueden ser identificados y reducidos a entes propios del organismo o conflictos intra-psíquicos, descartando “conceptos y perspectivas socio-culturales. Esto

contribuye a una perspectiva a-social y a-histórica de los problemas que afrontamos.

Sesgo universalista. Se basa en la creencia de que los problemas psicológicos pueden ser explicados (únicamente) por procesos comunes a todos los seres humanos. Así, al enfocarnos en los denominadores mínimos comunes tampoco admitimos que estas diferencias en el comportamiento puedan ser causadas por factores sociales o culturales.

Sesgos de Benevolencia. Se basa en la creencia de que, como profesionales de la salud mental, nuestras intenciones son buenas y por lo tanto no poseemos los mismos prejuicios sociales y culturales que el resto de las personas.

Sistemas de pensamiento

Como se ha mencionado con anterioridad, las terapias de reestructuración cognitiva no se han enfocado en responder a los interrogantes que imperan sobre los mecanismos que subyacen dentro de una distorsión (o sesgo cognitivo); Kahneman (2003), uno de los teóricos más influyentes alrededor de la economía conductual es conocido por intentar responder a varias de estas interrogantes indirectamente a través del estudio de la economía y la psicología.

Kahneman menciona que “la psicología aporta conceptos integradores y generalizaciones de nivel intermedio, que se ganan la credibilidad gracias a su capacidad de explicar aparentemente fenómenos distintos en dominios diversos” (p. 183). Asimismo, también lanza una crítica a los modelos normativos en

economía, qué a pesar de ser más “elegantes” y precisos” “son simplemente otra forma de decir que los modelos racionales no son realistas desde una perspectiva psicológica” (p. 182), gran parte de sus investigaciones en colaboración con psicólogos y economistas han logrado esquematizar parte de los modelos más recurrentes para entender los mecanismos por los que parten los sesgos en la cognición, en la toma de decisiones y en diversas áreas a través de la economía conductual.

Uno de los modelos más populares es el “sistema 1 y sistema 2”, cuyos términos originalmente propuestos por los psicólogos Keith Stanovich y Richard West (Kahneman 2012), fueron retomados más tarde por Kahneman, quien menciona que el procesamiento de la cognición opera fundamentalmente a través de dos sistemas, mientras que el sistema 1 opera de manera rápida y automática, con poco o ningún esfuerzo y sin sensación de control voluntario. En cuanto al sistema 2, éste centra la atención en las actividades mentales que demandan esfuerzo, incluidos los cálculos complejos. “Las operaciones del sistema 2 están asociadas a la experiencia subjetiva de actuar, elegir y concentrarse” (Kahneman, 2012 p. 35) siendo este el más complicado de acceder puesto que requiere esfuerzo y su uso es limitado (Palacio y Parra, 2012).

Para diferenciar e identificar cuáles son los procesos que atañen a ambos sistemas Kahneman (2003) menciona que el uso del “esfuerzo” realizado hacia una tarea es un buen indicador de un determinado proceso mental.

La siguiente es una de las figuras que dicho autor empleó para ilustrar su modelo, en la cual se incluye a la percepción como sistema cognitivo que se diferencia del sistema 1 porque en este último también se “trabajan con conceptos acumulados, así como con preceptos, y pueden ser evocadas por medio del lenguaje” (Kahneman 2003, p. 186).

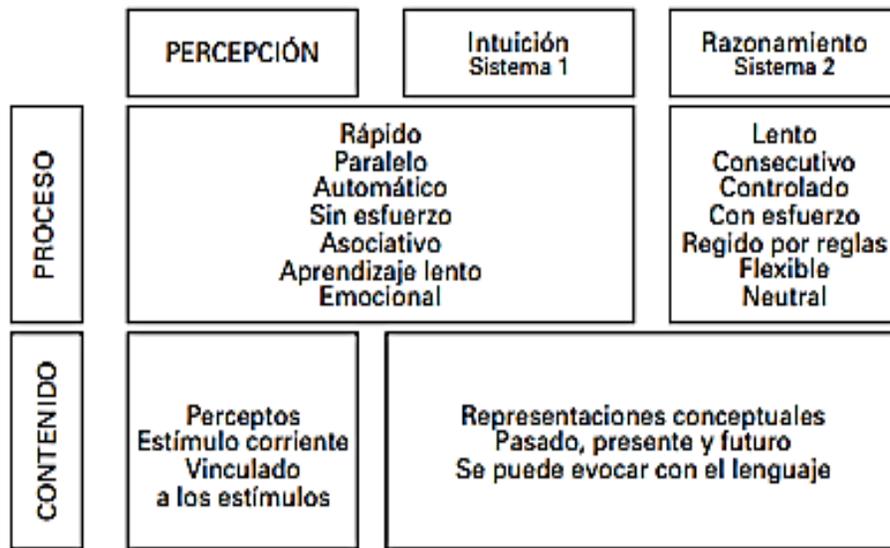


Figura 1. Tres Sistemas Cognitivos

Esta propuesta puede proporcionar una base consistente en el terreno de la economía conductual para entender los fallos en el pensamiento derivados de los sesgos o distorsiones en el terreno de la cognición, dentro y fuera del área clínica, cuyo proceso se ejemplificará a continuación partiendo de la práctica de la salud.

Pensamiento limitado en la práctica de la salud.

El sistema automático de nuestro cerebro toma el mando en cuestiones mundanas de la rutina diaria, y esto incluye el trabajo en el ámbito laboral de la

salud (Campos, 2017), una posible explicación de ello es que aquellas tareas que necesitan un desenvolvimiento específico en una actividad en la que se usa el sistema 2 tienen un límite, según Kahneman (2003) la capacidad total para el esfuerzo mental es limitada, aquellos procesos mentales que conllevan esfuerzo tienden a chocar entre sí, tomando el mando en diferentes situaciones. Esta dificultad por mantener una línea de pensamiento coherente requiere también, la mayor parte del tiempo, autocontrol y disciplina de tal manera que el esfuerzo prolongado va debilitando la capacidad de autocontrol para emitir y realizar juicios en general (Kahneman, 2012).

Por ejemplo, según las conclusiones de Kahneman (2012) la gente que se encuentra cognitivamente ocupada tenderá a realizar más elecciones egoístas, a usar un lenguaje sexista y a emitir juicios superficiales en situaciones sociales, Mcgonigal (2012) menciona también que “necesitamos cuestionarnos la suposición de que la falta de fuerza de voluntad siempre viene de la debilidad humana. En algunos casos, somos víctimas de nuestro autocontrol”, es decir, que también somos proclives a pensar y a efectuar conclusiones basados en la cantidad de recursos mentales que se posean ante diferentes situaciones, los cuales pueden agotarse dependiendo del esfuerzo mental que se realice (p. 124).

De acuerdo con Betta, Morales, Rodríguez y Guerra, (2007) en los “desgastes” asociados en la práctica clínica de la psicología se destaca la presencia de conceptos como el síndrome de burnout, el estrés traumático secundario, la presencia de síntomas ansiosos y depresivos el abuso de sustancias y los problemas en las relaciones interpersonales derivando también en

un aumento de licencias médicas, ausentismo laboral y en una disminución de la productividad en los profesionales.

Por otro lado, la capacidad de autorregularse puede ser difícil de llevar a cabo por parte del profesionalista, “la autocrítica es una de las funciones del sistema 2; pero en el contexto de las actitudes, el sistema 2 es más un apologista de las emociones del sistema 1 que un crítico de esas emociones; que las aprueba más que las refrena” (Kahneman, 2012, p. 140). Apoyando esta aseveración Borrell et al. (2006), en su estudio sobre los errores clínicos y los efectos adversos en médicos señalan que “los médicos perciben los errores clínicos y los acontecimientos adversos como sucesos relativamente frecuentes, y sin embargo, casi un tercio de los médicos negaba algún error o evento adverso importante en su vida profesional, “ello supone una falta de visión realista o, lo que es más probable, un miedo a reconocer los errores” (p. 31).

Por último, cabe destacar que la capacidad para pensar y actuar de manera racional en este modelo no está ligada necesariamente con ser inteligente, Kahneman (2012) menciona que una mayor inteligencia no hace a las personas inmunes a los sesgos, un pensamiento superficial, impulsivo o incontrolado será producto de un fallo en la capacidad para regularse, en lugar de atribuirse a la inteligencia, por lo tanto, cualquier profesional podría realizarlo.

Heurísticos

Siguiendo con el mismo modelo, y complementando una explicación para la toma de decisiones, así como con los pensamientos recurrentes que se presentan al evaluar una situación es necesario hacer mención de los heurísticos.

“Los procedimientos *heurísticos* (...) (de “*heuriskó*”, yo hallo, descubro, en griego) son procedimientos que proveen ayuda en la solución de un problema, pero no de manera justificada. Son juicios intuitivos, que se basan en el conocimiento parcial, en la experiencia o en suposiciones que a veces son correctas y otras veces erradas, no existe una seguridad absoluta y lógica, sobre los mismos” (Cortada de Kohan, 2008 p. 69.)

Siendo otra de las líneas centrales en los estudios de la cognición, los heurísticos constituyen una parte elemental de la investigación en economía conductual, pues permiten comprender una extensión explicativa del “sistema 1”, cuya perspectiva toma en consideración que no existe siempre una respuesta correcta o racional para el medio y que esta puede presentarse de manera natural en las personas. Inclusive “algunos psicólogos han sugerido que la evidencia de los distintos estudios sobre la racionalidad humana muestra que los sujetos cognoscentes hacen uso de heurísticas porque no cuenta con otros mecanismos disponibles para resolver problemas de razonamiento” (García, 2009, p. 64).

Uno de los autores reconocidos en el campo de los heurísticos, Gigerenzer, señala que la naturaleza del heurístico no consiste en interpretar la realidad como un espejo, sino en tomar en consideración aspectos necesarios sobre el prejuicio

personal y el error aleatorio en la naturaleza para poder tomar mejores decisiones (Gigerenzer y Gaissmaier, 2011), de tal forma que ante una situación específica, relativamente compleja o que requiera una intervención inmediata es posible elegir maneras sencillas de proceder que sirvan como guía para evitar caer en prejuicios y resolver un problema.

Aunque su postura en ocasiones contrariaba a las propuestas de Kahneman y este mismo consideraba a la realidad psicológica de los heurísticos que estudiaba (respecto a los suyos) como “poco convincente e impugnable” (Kahneman, 2012, p. 605), se debe señalar la importancia de su postura para brindar una explicación y probablemente una comprensión diferente del error en el pensamiento; la abundancia de heurísticos facilita la percepción y la adopción de decisiones en la vida cotidiana y también permite señalar la necesidad de cometer errores siendo que estos forman parte de un sistema funcional para cualquier persona. En opinión de Gigerenzer: “Un sistema cognitivo necesita manejar un balance entre los sesgos posibles y la posible variabilidad de sus resultados, más que el hecho de intentar eliminar el sesgo” (Gigerenzer y Gaissmaier, 2011, p. 457).

Algunos de los heurísticos más reconocidos en los estudios de Kahneman, son el de representatividad, anclaje y disponibilidad. Vale la pena mencionar que, aunque estos son considerados como heurísticos, dicho autor y gran parte de las investigaciones actuales también los interpretan como sesgos, pues “a veces llevan a errores severos y sistemáticos” (Tversky y Kahneman, 1974, p. 1124).

Estudios como los de Ludolph y Schulz (2017) expuestos con anterioridad, comparten la misma opinión tanto de algunos sesgos como de algunos heurísticos en la medida en que ambos pueden producir errores de pensamiento. Por ejemplo: en el caso del heurístico de representatividad se señala que las personas realizan juicios basados en pensamientos estereotipados (Pascale, y Pascale, 2011), proceso que se utiliza para sintetizar la información que viene del exterior, pero que al mismo tiempo nos vuelve proclives a omitir información valiosa en algunas ocasiones.

Los heurísticos expuestos por Gigerenzer y Gaissmaier (2011) han demostrado en sus experimentos su practicidad y eficiencia, incluso en ámbitos clínicos (Gigerenzer y Marewski, 2012) sobre la toma de decisiones basada en análisis estructurados y profundos bajo la idea central de que en ocasiones “menos es más”, algunos de ellos son:

Heurísticos (Recognition-Bases Decision Making). Este conjunto de heurísticos basa sus juicios únicamente en el reconocimiento de la información ignorando otras señales conocidas, por ejemplo:

Heurístico de reconocimiento. Este señala que ante dos opciones por elegir debemos decidirnos por aquella que podamos reconocer, de tal forma que aquella que nos resulte más familiar tendrá el criterio más alto.

Por ejemplo. El refrán “más vale malo conocido que bueno por conocer”, sugiere dentro de sus limitaciones que es más fácil tomar decisiones sobre lo que ya se conoce, asegurando sin mucho esfuerzo un resultado favorable.

Heurístico de Fluidez. Cuando dos opciones son reconocidas al mismo tiempo, aquella que haya sido reconocida más rápidamente, adquirirá un criterio más alto que nos facilite la elección. Para identificar este heurístico se ha de tomar en cuenta la velocidad en la que recordamos la información sobre una cosa, así como la percepción de la rapidez que tuvimos para acordarnos.

Por ejemplo. Al recordar un dato o manejar una situación aparentemente desconocida, es posible optar por aquella que suscite una sensación más familiar pues en parte habrá un manejo o pista recurrente de la situación que permita resolver o elegir mejor entre las opciones posibles incluso si se desconoce el resultado.

Heurístico Toma-El-Primero (Take The First). *Este menciona que ha de tomarse la primera alternativa que venga a la mente, este es especialmente empleado con profesionales o expertos en juegos como en el basquetbol.*

Por ejemplo. Cuando el tiempo y la situación se encuentran muy limitados y debe tomarse una decisión se puede optar de manera instintiva por aquella “intuición” que guíe la decisión basada en la práctica o experiencias adquiridas previamente.

Heurísticos (One-Reason-Decision). Esta es una categoría que pertenece a aquellos heurísticos que están basados en usar una única pista “inteligente” que deshecha el uso del resto de las opciones, de acuerdo a sus autores, estos heurísticos empleados para realizar inferencias, permiten aproximarse a mejores resultados y pueden encontrarse en diversas áreas.

Por ejemplo. El Heurístico Take-The-Best consiste en buscar una pista que consideremos como más valiosa respecto a otras, para ello debemos detenernos al encontrar la primera pista que pueda ser discriminada por su valor sobre otras, e inferir que la alternativa a la que se le dio su respectivo valor es la correcta. Sin embargo, la confianza que se tiene en este heurístico debe tener en consideración su respectivo grado de complejidad al momento de encontrar el orden y el valor de las pistas. Este heurístico es comúnmente encontrado al hacer uso de diagramas denominados “fast-and-frugal-tree” que evalúan opciones de reconocimiento mediante un “sí o no”, y cuando se tiene contemplada la opción a elegir se propone un marco de acción de acuerdo con el resultado de esas operaciones.

Por ejemplo. Elaborar un diagnóstico diferencial con muchas posibles variables ha resultado ser eficaz y preciso en decisiones médicas para intervenciones de urgencia (Gigerenzer y Marewski, 2012).

Heurísticos Trade-off. Es una categoría de heurísticos que consisten en elegir con base en la cantidad de pistas encontradas, pero ignorando el peso o valor de cada una de ellas, después de ello se deben realizar estrategias compensatorias. Por ejemplo. El heurístico tallying consiste en contar el número de pistas encontradas que favorezcan una alternativa en comparación con otras.

El proceso se divide en 3:

1. Regla de búsqueda: buscar a través de señales en cualquier orden.
2. Regla de detención: detener la búsqueda después de cierto número antes de alcanzar el total de pistas. Si el número de señales positivas es igual

para ambas alternativas, se opta por buscar otra señal. Si no se encuentran más señales, se escoge una al azar.

3. Regla de decisión: decidirse por la alternativa que se ve favorecida por más señales.

Por ejemplo. Ante la ausencia de señales claras para un paciente que sea proclive a suicidarse, se puede optar por contar la cantidad de pistas generales que se detecten en un rango de tiempo para decidir si puede o no mantenerse con vida, si se alcanza a notar un número considerable de señales que indiquen un número similar entre las dos posibilidades (vivir o morir), se debería optar por buscar más. Una vez localizadas, se debe decidir por la señal con más pistas. En este ejemplo al tratarse de un suicidio, un psicólogo o psiquiatra debería ponderar si la diferencia de pistas para ambas opciones es realmente considerable para evitar elegir al azar.

La importancia de estos procesos mentales abarca una gran cantidad de ámbitos. Según Hertwig y Herzog (2009), la inteligencia social obedece también al uso de heurísticos y no requiere cálculos excesivamente complejos, aun cuando el ambiente social tiene muchos otros factores a tomar en cuenta; la razón de ello es que mientras más impredecible se vuelve una situación, más información necesita ser ignorada para predecir el futuro.

Además, en el estudio de Gigerenzer y Marewski (2012) que exploraba el uso de varios de los heurísticos en ámbitos médicos, sus autores concluyen que:

“Confiar en heurísticos como una herramienta para la toma de decisiones médicas puede ayudar a los practicantes para ser más precisos, transparentes y a tomar decisiones rápidas, siempre y cuando dependan de una pequeña tecnología y recursos financieros. Menos información, complejidad, tiempo y tecnología puede ser más eficiente incluso cuando viene de decisiones médicas” (p. 85).

Finalmente, Gigerenzer y Gaissmaier (2011) afirman que a través del modelo de los heurísticos es posible un aprendizaje que permita realizar comparaciones y tomar decisiones, establecer criterios y elegir sin la necesidad de pensar extensamente.

Dificultades en el uso del conocimiento

Un posible prejuicio adicional que precede dentro de las terapias de reestructuración cognitiva según Botero (2010) es el considerar que se pretende crear “máquinas” que procesen el mundo de forma completamente lógica, Hernández (2013) agrega “...es utópico afirmar que las Terapias Cognitivas pretendan convertir a las personas en buenos deductores o inductores (p. 92). Ellis y Dryden (1989) también hacen referencia acerca del concepto de irracionalidad y su fundamento biológico, afirmando que, aunque son modificables hasta cierto punto, nuestras tendencias irracionales parecen ser imposibles de erradicar por completo pues están intrínsecamente vinculadas a nuestra naturaleza biológica (y social). En cambio, la impresión general del *debiasing* apoyado por la economía conductual sería precisamente el mejoramiento del pensamiento y la disminución del error a sabiendas de que no es posible crear “máquinas”. Las limitaciones que tiene la inclusión del conocimiento en diferentes

campos, sugiere un debate filosófico y epistemológico incluso si se trata de disciplinas que aparentemente manejan el terreno de la cognición.

Estrategias y propuestas del *Debiasing* hacia el ámbito clínico

Principios aplicados del *debiasing*

Dentro de los planteamientos actuales surgidos alrededor del *debiasing* Croskerry, Singhal y Mamede (2013) se dieron a la tarea de concentrarse en los orígenes de los sesgos, así como en las estrategias que se pueden desprender de acuerdo con su revisión teórica. Para estos autores existe un consenso general que indica que existen sesgos innatos desarrollados en el pasado evolutivo, y sesgos adquiridos que se establecen tanto en el curso del desarrollo como de sus entornos de trabajo, a su vez destacan que los factores ambientales y contextuales pueden fomentar sesgos particulares en los tomadores de decisiones.

En el caso de los errores clínicos mencionan que no siempre es la falta de conocimiento la que subyace como determinante de una falla, sino su diagnóstico cognitivo, inclusive “hay algunas pruebas experimentales que señalan que cuando los problemas son complejos, los errores se asocian con juicios intuitivos y podrían

ser reparados por el razonamiento analítico” (Croskerry, Singhal y Mamede 2013, p. 58).

Algunas estrategias que identifican y buscan corregir este tipo de errores específicos producidos sobre todo en contextos laborales se conocen también como “Estrategias de fuerza Cognitiva” (Croskerry, 2003). Estas estrategias sugieren que las personas desempeñan actividades que requieren diferentes niveles de complejidad cognitiva, y que una equivocación en niveles avanzados de complejidad (como en la toma de decisiones clínicas, de razonamiento o de diagnóstico), puede conducir a fuertes efectos adversos. Para ello recomiendan que el profesional debe tener conocimiento general sobre los sesgos, heurísticos y sobre las disposiciones cognitivas para poder desarrollar una autoregulación de sus propios errores sobre todo en ocasiones específicas. Los pasos necesarios para poder ejecutar estas estrategias son:

- Adquirir conocimiento sobre un error cognitivo específico.
- Conocer la técnica metacognitiva para combatir ese sesgo.
- Identificar el escenario en el que es probable que ocurra ese error.
- Aplicar una estrategia de fuerza cognitiva específica.
- Evitar o minimizar el error.

Es necesario proporcionar un contexto que permita incurrir en las características de los errores, así como de algunas estrategias reportadas en la literatura para un mejor razonamiento y concientización de la toma de decisiones, por lo que se describirán algunas aportaciones del sobre el *debiasing* en los siguientes apartados.

Estrategias, prácticas de cambio y reeducación personal del *debiasing*

Soll et al. (2014), exponen tres factores determinantes e influyentes al tomar una decisión:

- La fatiga y distracción.
- Las influencias viscerales relacionadas con el estado físico y emocional.
- Las diferencias individuales en la capacidad y el estilo de pensamiento.

Mientras los dos primeros factores varían de acuerdo con el estado en el que se encuentran las personas como en el caso de la emoción y la fatiga, las diferencias individuales se centran en las experiencias y capacidades personales lo cual sugiere que “las personas mejor educadas y más reflexivas superan a las demás cuando hacen ciertos tipos de juicios” (Soll et al. 2014, p. 10).

Bajo las premisas anteriores, las estrategias del *debiasing* en este trabajo se considerarán como aquellas:

- Centradas en el cambio o en la reeducación personal del individuo que se enfrenta a diferentes contextos.
- En el cambio ambiental alrededor del surgimiento de las decisiones.
- Medidas del autocuidado que limitan o merman la calidad de las elecciones y el desempeño en general, enfocadas principalmente en el área de la salud.

Aprendizaje y efectividad en la toma de decisiones

Las intervenciones de Morewedge et al. (2015), en *debiasing* han demostrado que es posible mejorar la toma de decisiones y la disminución de errores de manera sencilla y con efectos significativos.

Uno de los tipos de intervenciones más eficaz es la capacitación específica de dominio en una tarea de decisión, aunque esta dependa de varios factores necesarios para poder llevarse a cabo, por ejemplo: cuando los jueces están 90% seguros de que ocurrirá un evento, la tasa real de ocurrencia suele ser mucho más baja. Pero expertos como los meteorólogos son capaces de predecir con exactitud dentro de su dominio de experiencia cuando reciben capacitación, retroalimentación oportuna e incentivos apropiados (Soll et al., 2014). De acuerdo con Keren (1991) los expertos que manejan temas en los que no han sido capacitados, resultan tener un desempeño igual al de una persona promedio; esto pudiera parecer obvio para el sentido común, pero resulta incluso más intrincado y complejo en diferentes ámbitos, pues frecuentemente podemos ignorar el hecho de que no sabemos realmente sobre un campo de conocimiento que exige un nivel apropiado para llevarse a cabo satisfactoriamente. De acuerdo con Kahneman (2012) para adquirir confianza en un grado de experticia que permita establecer mejores juicios sobre algo deben cumplirse dos principios:

- “Un entorno que sea lo suficientemente regular para ser predecible”
- “Una oportunidad de aprender estas regularidades a través de la práctica prolongada” (Kahneman, 2012, p. 314).

Es más fácil adquirir un grado de certeza confiable y predecible en escenarios estables y relativamente repetitivos que aquellos que encuentran variaciones constantes o grandes fluctuaciones. Profesionistas como “médicos, enfermeras, atletas y bomberos se enfrentan asimismo a situaciones complejas, pero, en lo fundamental, ordenadas”, (Kahneman, 2012, p. 314) en cuanto a la práctica clínica del profesional de la salud, las variaciones del ambiente pueden llegar a ser concisas y reiterativas para poder establecer un entrenamiento que les permita identificar y responder ante diferentes situaciones.

Según las conclusiones de Wilson y Brekke (1994), las personas pueden tener teorías ingenuas para corregir sus sesgos, pero intentar ponerlas en práctica resulta por lo general mejor que no tener ninguna. Recurrir a la teoría para mejorar sus estrategias puede ser necesario si existe el deseo de aprender de los errores, mirar las cosas de una manera diferente, o de favorecer un ambiente que incentive la crítica personal constructiva.

La educación en *debiasing*, podría ayudar tanto al profesional con o sin experiencia a reconocer sus propias limitaciones en el trato con las personas, principalmente cuando algo fuera de su control se presente, para reconocer cuando se está cometiendo un posible error o para evitar un exceso de confianza en temas que no domina. “Las pretensiones de tener intuiciones correctas en una situación impredecible significan cuando menos engañarse, y a veces algo peor” (Kahneman, 2012, p. 315).

Estrategias cognitivas personales

Las estrategias cognitivas del *debiasing* en el compilado de Soll et al. (2014) están centradas en la adquisición de herramientas para poder observar y abordar un problema desde diferentes perspectivas, las cuales señalan diferentes investigaciones sobre la toma de decisiones en las últimas décadas. Algunas de las más relevantes son:

Alternativas generadoras. De acuerdo con Keeney (2012) las “alternativas generadoras” o “focus-valued brainstorming” tienen como objetivo identificar aspectos valiosos de una situación mediante la producción de nuevas ideas encaminadas a resolver un problema, la importancia de esta técnica es brindarles a las personas la capacidad de encontrar diversas formas de pensar ante una determinada situación que requiera abordarse de manera diferente.

Para ello propone 4 pasos específicos que pueden ser aplicados en cualquier situación con un problema:

1. Indicar el problema a resolver.
2. Identificar los objetivos de la solución del problema.
3. Generar individualmente soluciones alternativas.
4. Generar colectivamente soluciones alternativas (en caso de existir un grupo).

Un ejemplo que reportó el mismo autor fue enumerar 29 objetivos distintos para seleccionar el título para un artículo de una revista (por ejemplo, que fuese comunicativo de contenido, comprensible, inteligente, etc.). Al centrarse en estos

objetivos de manera individual, un tomador de decisiones puede adoptar una nueva perspectiva con cada proceso de generación de alternativas, lo que probablemente llevará a la generación de un conjunto diverso de opciones que cubran múltiples categorías de soluciones.

Hay que distinguir en esta categoría, que existe una diferencia entre la necesidad de generar objetivos y la generación natural que se tiene entre las opciones o posibilidades de elección; autores como Ariely (2008) han remarcado la dificultad que suscita generar más opciones de las que se necesitan para realizar una elección, siendo que estas pueden paralizar a las personas para elegir una, o bien, mantener a las personas insatisfechas consigo mismas al comparar innecesariamente una opción mejor que la anterior.

Enriquecer un objetivo con otras posibilidades puede llevar a la resolución de un problema a nivel cotidiano que las personas no puedan contemplar bajo sus propios paradigmas.

Por ejemplo. Una familia que decida ir de viaje puede considerar diferentes objetivos principales como viajar o salir de la monotonía, en cambio si el objetivo es divertirse o “pasarla bien” la realización de actividades podría ser radicalmente distinta restando incluso la importancia a la necesidad de viajar.

Optimismo templado. En cualquier nuevo emprendimiento, las personas a menudo sobreestiman sus posibilidades de éxito (Moore y Healy, 2008). Esto se debe a una tendencia a centrarse de manera demasiado limitada en la evidencia que apoya una hipótesis inicial (a menudo preferida) y en infraponderar la

evidencia contradictoria”. Siendo ésta una de las principales características dentro del sesgo de confirmación y disponibilidad. Kahneman (2012) desarrolló gran parte de sus investigaciones para referirse al comportamiento del sistema 1, en el que se suele saltar a las conclusiones con escasa información sin contemplar que pueda existir más información, el cuál denominó “What You see is all there is” (WYSIATI) para alertar que “nuestro sistema asociativo tiende a decidirse por un modo coherente de activación y suprime la duda y la ambigüedad” (p. 120). Russo y Schoemaker (2013) proponen establecer un enfoque en retrospectiva que invite a imaginar una visión negativa del futuro para identificar y anticipar las posibles causas del fracaso en el futuro.

Por ejemplo. Al planificar un proyecto de vida, el exceso de optimismo podría generar justo el efecto opuesto si no se contemplan firmemente las posibles causas de su fracaso con antelación. Otro ejemplo radica en la frase: “Un optimista es el que inventó el avión. ¿Y un pesimista? El que inventó el paracaídas”

Mejora de la precisión del juicio. En la revisión extensiva que hace Clemen (1989) de diferentes campos de estudio que incluyen a la psicología y la estadística se destaca la capacidad general que tienen las personas para generar juicios de manera altamente precisa. Se dice que al tomar un promedio de los juicios individuales o al aplicar la regla de la mayoría las personas pueden realizar mejores juicios. Esta idea reconocida por los autores como “sabiduría de las multitudes” y establecida también dentro de los heurísticos “trade-off” propuestos

por Gigerenzer y Gaissmaier (2011) ha resultado aplicable en diferentes contextos y puede ser utilizada también para estimar cantidades.

También puede ser usada de manera individual al comparar un juicio sobre algo y pensar arbitrariamente en las razones por las que podría estar equivocado para generar un segundo juicio que permita comparar ambos y aumentar su precisión, esta técnica también se conoce como “*Dialectical Bootstrapping*” (Herzog y Hertwig, 2009).

Ejemplo. Al desconocer el diagnóstico de un paciente lo más recomendable sería preguntar a diferentes expertos en el tema para evaluar su conclusión y tener un análisis más certero, usando el “promedio” de su opinión, eligiendo aquella que se repita o aquella que pueda situarse entre las respuestas dadas.

Ejemplo con una persona. Para decidir el contenido de un mensaje importante se puede evaluar su contenido en diferentes momentos del día y promediar las opiniones personales en lugar de tomar la última (o la primera) opinión que se tomó.

“Este método podría ayudar a compensar la poca capacidad de decisión debido a la fatiga o la presión del tiempo porque los errores no sistemáticos producidos por estos factores tenderán a cancelarse cuando las estimaciones se promedian” (Soll et al., 2014, p. 14). Sin embargo, cada juicio debe realizarse de manera individual antes de estar en contacto con el grupo pues cuando un conjunto de observadores comparte un sesgo, el promedio de esos juicios no hará

que este se reduzca. Si se permite a los observadores influir efectivamente unos con otros, el tamaño de la muestra disminuirá junto con su precisión (Kahneman, 2012), por lo que se recomienda mantener a cada juez o persona involucrada alejada mientras se toma su opinión, motivo imposible de realizar en algunos contextos o espacios públicos.

La recopilación de estudios de Croskerry, Singhal, Mamede, (2013) sugieren diferentes estrategias personales sintetizadas para la mejora de decisiones principalmente en el ámbito clínico. Aunque no tienen el mismo nivel de detalle que las propuestas por Soll et al. (2014), pueden constituir un punto de partida general alrededor del tema del *debiasing*.

Tabla 1.

Estrategias educativas y laborales para el debiasing cognitivo

Estrategia	Comentario	Ejemplos
Lugar de trabajo (Workplace)	<p>Obtenga más información.</p> <p>Los heurísticos y los sesgos a menudo surgen en contextos en donde la información es insuficiente.</p> <p>La precisión diagnóstica está relacionada con la minuciosidad de la adquisición de la pista Elstein , Shulman, Sprafka (1978)</p>	<p>Cuanto mayor sea el número de atributos que se puedan identificar de un problema mayor será la probabilidad de seleccionar la mejor alternativa Umanath, Vessey (1994).</p>

<p>Adquisición de datos estructurados (Structured data acquisition).</p>	<p>Forzar la adquisición deliberada de datos puede evitar los "diagnósticos débiles" (Campbell, 1998; Silen 1979) al garantizar que se consideren los síntomas menos obvios.</p>	<p>Tradicionalmente, la adquisición de datos se ha realizado mediante el establecimiento de una lista de diagnóstico diferencial y, más recientemente, mediante el uso de una herramienta de lista de verificación de diagnóstico diferencial (Diagnostic Checklist. 2011. http://pie.med.utoronto.ca/dc/)</p>
<p>Desviación afectiva (Affective <i>debiasing</i>)</p>	<p>Prácticamente toda la toma de decisiones implica cierto grado de influencia afectiva.</p> <p>Muchos de los sesgos afectivos están conectados. Los tomadores de decisiones a menudo no son conscientes de las influencias afectivas en la toma de decisiones (Whaley, Geller 2007; (Vohs, Baumeister , Loewenstein, 2007)</p>	<p>Croskerry, Abbass, y Wu, (2010) Recomiendan disponer de una descripción general de los sesgos afectivos y sus recomendaciones para la eliminación de fallas.</p> <p>La combinación de sesgos como el de impacto, el de encuadre o de confirmación trabajan mediante las influencias afectivas que son ignoradas o subestimadas.</p>
<p>Metacognición, desacoplamiento, reflexión, atención plena (Metacognition, decoupling, reflection, mindfulness)</p>	<p>Realizar una desconexión deliberada o desacoplamiento de los juicios intuitivos y la participación en los procesos analíticos para verificar las impresiones iniciales (Croskerry, Singhal, Mamede, 2013)</p>	<p>En los estudios de Mamede, Penaforte, Schmidt, (2008) se demostró que reflexionar deliberadamente sobre los diagnósticos iniciales condujo a realizar mejores diagnósticos en casos difíciles.</p>

Ralentización de las estrategias (Slowing down strategies)	La precisión se ve afectada cuando los diagnósticos se hacen demasiado pronto y mejoran con la ralentización.	Planificar un tiempo muerto en la sala de operaciones conduce a una mejora del juicio y la atención en momentos críticos de las cirugías (Moulton, Regehr, Mylopoulos et al., 2007); (Moulton , Regeh, Lingard, et al., 2010).
Sé más escéptico (Be more sceptical)	Una tendencia en el pensamiento humano es creer en lugar de no creer. El procesamiento del tipo 1 se produce al ver algo más predecible y coherente de lo que es.	Una técnica de la mejora de la precisión del juicio titulada " <i>Dialectical Bootstrapping</i> " (Herzog y Hertwig, 2009) es un ejemplo de la necesidad de pensar que se puede estar equivocado para contrarrestar o afinar un juicio.
Recalibración (Recalibration)	Cuando el tomador de decisiones anticipa riesgos adicionales, la recalibración puede reducir el error.	Cuando se anticipa un sesgo (por ejemplo, comorbilidades médicas en pacientes psiquiátricos), el 45% de los tomadores de decisiones pueden recalibrar su decisión.
La estrategia de decisión grupal (Group decision strategy)	Buscar opiniones de otros en situaciones complejas puede ser valioso. La sabiduría de la multitud, a veces, es mayor que un tomador racional de decisiones individuales (Surowiecki, 2005).	La racionalidad de un grupo ha demostrado superar la racionalidad individual en estudios con juegos experimentales (Bornstein, Yaniv, 1998).
Responsabilidad	Cuando las personas	En un estudio los

personal (Personal accountability)	saben que sus decisiones serán examinadas y se les asigna más responsabilidad, su rendimiento puede mejorar.	participantes que sabían que estarían justificando sus respuestas obtuvieron mejores resultados que los participantes que pensaron que sus respuestas fueron anónimas (Tetlock, Kim, 1987).
---	--	---

Nota 1. Extracto de la Tabla: “*Educational and workplace strategies for cognitive debiasing*” adaptado de: “*Cognitive debiasing 2: Impediments to and strategies for change*” de Croskerry, P., Geeta S., y Mamede, S. (2013), p. 67.

Estrategias ambientales alrededor del surgimiento de las decisiones

La segunda categoría de las estrategias alrededor del *debiasing* se refiere al contexto en el que se desarrollan y se van modificando las decisiones. Según Soll et. al (2014), una aproximación diferente para eliminar el sesgo es “cambiar el entorno en el que se tomará una decisión de manera que sea probable que reduzca la incidencia de sesgo” (p. 17).

La importancia de establecer un ambiente que favorezca el juicio y la capacidad para tomar decisiones se vuelve una necesidad al reconocer las limitaciones cognitivas con las que contamos cuando somos vulnerables a una situación. Para Pronin, Gilovich, y Ross (2004) las personas tienen un punto ciego en sus propios sesgos, incluso cuando ellos detectan frecuentemente esos mismos sesgos de forma correcta en otros.

Las dificultades para percatarse del estado personal de un juicio o decisiones provienen de diferentes sesgos, uno de los principales mencionados

anteriormente es el sesgo de confirmación, el cual demanda una predisposición a confirmar nuestras propias creencias, e incluso a limitar la capacidad para autorregularse como en el ejemplo de Dunning Krueger (1999) en el capítulo anterior.

Según Soll et al. (2014) “las modificaciones a los entornos de decisión pueden ser un enfoque más prometedor para aumentar la preparación para la toma de decisiones” (p. 17) brindando diferentes herramientas para prepararse y anticipar una decisión. Algunas de sus estrategias son:

Incentivos. Proporcionar incentivos a la gente bajo determinadas circunstancias podría brindarles un motivo para pasar de un sistema 1 a un sistema 2 actuando deliberadamente. Un incentivo para realizar adecuadamente una tarea también aumenta la aplicación y precisión del conocimiento idiosincrático (Arkes, Dawes, y Christensen, 1986).

Una forma de incentivar el comportamiento y el uso de los recursos mentales se puede dar a través de la “responsabilidad” que se le da a las acciones que se realizan, cuando la responsabilidad por cumplir con una tarea exige una alta demanda, la motivación por evitar equivocarse también puede aumentar (Lerner y Tetlock, 1999).

Por ejemplo. Las personas que piensan o saben que son observadas pueden ser más exactos en la forma en la que se desempeñan, pueden invertir más esfuerzo en resolver un problema y es más probable que lleguen a una solución.

Valores predeterminados. Cuando se establece en el contexto un valor predeterminado que brinda la posibilidad de hacer una elección la incidencia con la que se elige dicha opción puede aumentar considerablemente.

Por ejemplo. En los países donde la donación de órganos es el valor predeterminado y los ciudadanos deben optar por no donar, las tasas de donación son aproximadamente 90 puntos porcentuales más altas que en los países (como los Estados Unidos) donde los ciudadanos deben optar por convertirse en donantes (Johnson y Goldstein, 2003).

Brindarles la oportunidad a las personas para optar por un valor positivo predeterminado que sea necesario en sus vidas podría acrecentar sus posibilidades para vivir mejor. Esta técnica funciona porque aprovecha la inercia para elegir una opción, y puede obligar a participar a quienes posponen las cosas, están preocupados, o se mantienen ajenos a una situación.

Mensajes de planificación. Incitar a la elaboración detallada de un plan que determine la hora, el lugar y cómo se realizará dicha acción resulta mucho más eficaz para combatir tanto el olvido como la procrastinación. Soll et al. (2014) menciona que las pautas de planificación se han utilizado con éxito para aumentar resultados importantes, incluidos el ejercicio los plazos de entrega y el tratamiento de vacunación contra la gripe.

Por ejemplo. Ariely (2008), propuso a un grupo de estudiantes que debían entregar diferentes trabajos escolares en una fecha que ellos eligieran, a otro grupo con fechas previamente delimitadas y a otro sin fechas límite, las mejores

notas y la entrega de trabajos resultaron más favorables en aquellos grupos que estaban delimitados por las fechas, las notas fueron moderadamente buenas cuando los estudiante tuvieron la oportunidad de elegir, y con un desempeño más bajo cuando no tenían límite de entrega.

Interrupciones planeadas. Generar interrupciones programadas durante una actividad puede fomentar un uso deliberado y reflexivo del pensamiento que no ocurriría si la actividad se presenta de manera ininterrumpida.

Por ejemplo. Realizar algunas pausas en actividades que resultan placenteras (como el consumo de chocolates o en apuestas) permite un aumento del control en su consumo, así como una mejora de los tiempos de decisión y el recuerdo (Cheema y Soman, 2008).

Elija por adelantado. Se refiere a tomar una decisión anticipadamente de tal manera que ante una situación esperada se produzca una respuesta fija basada en la reflexión y no en la improvisación, esto permite a las personas interpretar de manera diferente un evento, así como evitar decisiones sesgadas.

Como segundo beneficio, esta estrategia fomenta el empleo de pensamientos más abstractos, simples, ordenados, y relevantes (Trope y Liberman, 2003).

Por ejemplo. Al ir de compras se puede tener la idea de gastar estrictamente lo necesario para ahorrar dinero y tiempo, para ello se puede pensar anticipadamente que habrá más distractores como otros productos o vendedores que intenten persuadir a las personas, por lo que se puede optar por una

respuesta fija como caminar más rápido para ignorar dichos productos y usar alguna muletilla como “no me interesa, gracias” cuando un vendedor se acerque.

Pre-compromiso. Consiste en elegir pensando en el futuro, de manera que las elecciones que se hagan en el presente no puedan ser deshechas o acompañen una penalización en caso de que se quieran arrepentir. Esta estrategia es particularmente valiosa en ambientes donde los problemas de autocontrol orillan a las personas a realizar elecciones a corto plazo, en contra de sus intereses a largo plazo.

Por ejemplo. Se puede elegir ser inmovilizado o encerrado para evitar el contacto con las drogas y superar el síndrome de abstinencia. Otro ejemplo, un buffet obliga a los consumidores a elegir el consumo de alimento necesario acorde al precio previamente establecido el cuál llevará por sí mismo una penalización en caso de no aprovechar o desperdiciar la comida.

Agrupar la tentación. Esta estrategia se basa en establecer un compromiso entre realizar una actividad gratificante y un comportamiento que fomente beneficios a largo plazo para la persona. De tal forma que ante la presencia de uno se debe llevar el otro a cabo de manera simultánea.

Por ejemplo. Establecer que el número de horas destinadas a un juego o actividad placentera corresponderá de manera proporcional a realizar una tarea o comportamiento necesario. Por cada 2 de horas de juego, una hora de estudio, estableciendo un compromiso previamente.

Encuadrar los mensajes apropiadamente. La manera en la que se exponen los mensajes determinará la influencia que estos pueden llegar a tener, esta estrategia parte de las teorías planteadas por Kahnmann y Tyversky, y sugiere que existe una tendencia a evitar la pérdida más que optar por la ganancia aun cuando ambas tengan el mismo valor. Según Rothman y Salovey (1997), los mensajes orientados en transmitir la pérdida suelen tener más influencia para promover comportamientos de detección de enfermedades, y los mensajes enmarcados en la ganancia son superiores para promover comportamientos de prevención de enfermedades.

Por ejemplo. Un mensaje orientado en promover la detección de cáncer de colon puede tener más éxito al enfocarse en evitar posibles pérdidas (por ejemplo, "Ayudar a prevenir el cáncer" en lugar de "ayuda a mantener un colon saludable"), mientras que un mensaje para promover el ejercicio puede ser más efectivo al centrarse en obtener los beneficios (por ejemplo, "la esperanza de vida aumenta").

Transmitir normas sociales. Se basa en la premisa de que "los individuos tienen una tendencia a seguir o imitar los comportamientos típicos observados o descritos de otros (Cialdini, Kallgren y Reno, 1991). Esta estrategia sugiere que se puede generar una influencia deseada si el mensaje que se logra transmitir se concentra en una conducta popular y alcanzable acorde a la aceptación del grupo social en general.

Por ejemplo. Según los resultados de Alcott (2011) los residentes a los que se les proporcionó información mediante facturas sobre el uso de energía que

tenían sus vecinos, lograron reducir su consumo de energía en un 2% pues al tener acceso a otros datos podían comparar su propia conducta y someterse a una norma social.

Necesidad de cuidado personal

A pesar del reconocimiento de estrategias en la literatura para el manejo de decisiones a nivel personal y ambiental, los estudios experimentales en *debiasing* se encuentran delimitados en proporcionar los resultados y la eficacia de las estrategias para afrontar diferentes situaciones; no suelen mencionarse como tal procedimientos orientados al cuidado personal aún a sabiendas de que el desgaste constante del sistema 2 y la toma de decisiones impulsivas o incontroladas, se produce en cierta medida por la fatiga, la privación o la deuda del sueño, el cansancio de quien toma la decisión (Croskerry, 2014) e incluso el estrés (Cote y García, 2016).

Existen diferentes estudios que identifican un mejoramiento de la toma de decisiones o juicios más claros basados en ciertas conductas de autocuidado, por ello se considerará importante incluir algunas herramientas de autocuidado siendo que estas constituyen, junto con el ambiente y el afrontamiento personal de la información, requisitos necesarios para combatir los sesgos.

Es preciso reiterar la labor de los psicólogos clínicos o terapeutas como una de las profesiones en riesgo de desgastarse de variadas maneras (Cazabat, 2002; Figley, 1999; McCann y Pearlman, 1990; Moreno-Jiménez, Garrosa, Morante,

Rodríguez, y Losada 2004; Sabo, 2006 citados en Betta, Morales., Rodríguez, y Guerra, 2007).

En el mismo sentido Fierro (2000) destaca que el psicoterapeuta debe cuidar de sí mismo con conductas dirigidas a la propia persona, a través del autoconocimiento y de procesos cognitivos relacionados con pensar en uno mismo y que puedan propiciarle experiencias de bienestar o satisfacción los cuales se obtienen mediante comportamientos dirigidos a la salud mental.

Se mencionarán algunas investigaciones derivadas dentro del autocuidado como medida preventiva adicional para la toma de decisiones.

Autocuidado

Según Durruty, (citado en Betta, 2007) El autocuidado es definido como: “las competencias del psicoterapeuta para promover su salud, su bienestar emocional y su calidad de vida, y para detectar, enfrentar y resolver las condiciones particulares de desgaste asociadas a su ejercicio profesional” (p.12). Una persona encargada del cuidado de la salud debe ser capaz de reconocerse como un ser vulnerable en riesgo de ser afectada emocionalmente por su trabajo y su dedicación para poder encontrar las mejores herramientas para su cuidado personal Oltra (2013).

Las estrategias que acompañan este concepto pueden categorizarse en muchas dimensiones pues abarcan ámbitos profesionales, organizacionales, familiares y sociales en general, pero sólo se hablará de las estrategias

individuales siendo que estas pueden ser controladas o reconocidas al menos por el propio individuo.

Estrategias individuales

Arón y Llanos (2004) mencionan una serie de estrategias basadas en el autocuidado de los profesionales que trabajan con víctimas de violencia y el posible desarrollo del burnout las cuales han demostrado ser importantes para el cuidado individual. Sólo se mencionarán aquellas pertinentes para el tema del autocuidado para la toma de decisiones.

Registro oportuno y visibilización de los malestares. Se refiere a incorporar el hábito de registrar los malestares tanto físicos como psicológicos, esto permite desarrollar las pautas necesarias para identificar y desarrollar estrategias de autocuidado.

Detectar la frecuencia en la debemos descansar, cuando tenemos hambre, cuando debemos ir al baño, cuando estamos irritables o intolerantes ante la frustración, etc.

Vaciamiento. Se trata compartir la carga emocional que puede darse al escuchar relatos, noticias o problemas de otras personas que puedan considerarse impactantes. Es frecuente que el impacto emocional de algunos eventos traumáticos sea tan fuerte que deje al profesional sin posibilidad de registrar o elaborar otros contenidos hasta que pueda compartir o “vaciar” su carga emocional.

Mantenimiento de áreas personales libres de contaminación. Se refiere a la necesidad de tener espacios de oxigenación, en que la persona pueda realizar en actividades absolutamente alejadas de las temáticas de trabajo. Pueden ser actividades de recreación, intereses específicos, cualquier espacio que implique una descontaminación y la posibilidad de distensión del estrés.

Evitar la saturación de las redes personales de apoyo. Es una medida importante de autocuidado referida a no contaminar las redes personales, como la pareja, los hijos o los amigos con contenidos demasiado estresantes o impactantes. Es recomendable hacerlo moderadamente o consultar a un profesional.

Formación profesional y convivencia. Se refiere a la necesidad de seguir formándose como profesionista en aquellas perspectivas teóricas y modelos que entregan destrezas instrumentales adecuadas para el tipo de trabajo y el tipo de consultantes. Una fuente importante de desgaste profesional es la sensación de ineficiencia y de incompetencia.

Complementando este punto Betta, Morales, Rodríguez, y Guerra (2007) mencionan la necesidad de mantener un contacto cercano con los compañeros de trabajo en el caso de los psicólogos clínicos pues las medidas de autocuidado como tener espontaneidad dentro del grupo, realizar actividades recreativas con los compañeros, hablar de las experiencias personales en el trabajo y supervisar los casos son estrategias que podrían estar privando o delimitando la práctica profesional.

Autocuidado general

Como detalle adicional McGonigal (2012) hace una revisión de los mecanismos del autocontrol de la conducta, mismos que se relacionan con la capacidad del sistema 2 para evaluar y tomar decisiones, para ello recurre a diferentes investigaciones basadas en el autocuidado personal, y por ende resulta necesario incluir algunos de sus consejos principales:

Autoconocimiento y registro científico. Fomentar el conocimiento personal en los momentos en los que se pierde el control ante una situación es un punto clave para poder identificar y extender nuestros límites, y para ello es necesario un registro ordenado por escrito que indique y descarte las posibles circunstancias en las que no fuimos capaces de responder adecuadamente, “el autoconocimiento es la base del autocontrol” (p. 17).

Variabilidad del ritmo cardíaco. Según McGonigal, la única medida fisiológica para la respuesta de pausa y reflexión (propias del sistema 2) se conoce como variabilidad del ritmo cardíaco, la cual sirve también como un indicador de la predicción de adicciones o el afrontamiento de tareas estresantes, para ello propone algunas actividades relacionadas a su control. Como ejercicio práctico sugiere intentar respirar más despacio, entre 10 y 15 respiraciones al menos durante algunos minutos para regular el estrés y tener mejor autocontrol.

Meditación, y ejercicio. La autora sugiere el empleo de la meditación asidua pues se reportan mejoras en la atención, autocontrol, consciencia de la vida cotidiana, incremento en la materia gris, mayor riego sanguíneo en la corteza

prefrontal, reducción de estrés y disminución de algunas adicciones. De la misma manera, la práctica moderada de ejercicio para cada persona, aunque sea de corto tiempo y las salidas al aire libre, resultan en una mejora similar de control personal.

Dormir temprano. Otra actividad consiste en conseguir dormir el tiempo suficiente evitando postergar el sueño necesario, pues las funciones del autocontrol se ven directamente afectadas por la falta de sueño. También menciona que “Una sola noche de sueño reparador hace que las funciones cerebrales vuelvan a un estado óptimo” (p. 76).

Mantener niveles altos de glucosa. Se recomienda mantener presentes los niveles de azúcar en las actividades, pues de acuerdo a las múltiples investigaciones alrededor del estudio de la falta de glucosa en la toma de decisiones (p. 350-352), el autocontrol depende en gran medida de la cantidad de azúcar que dispone el organismo con el uso continuo del sistema 2, en parte porque este disminuye con cada actividad que lo requiere. Sin embargo, aconseja no aumentar desmesuradamente la cantidad, pues a nivel fisiológico el cerebro detecta la presencia excesiva de azúcar volviéndose ineficaz para administrarla y suprimiendo la capacidad para controlarse.

Como comentario adicional menciona que:
“cuando en una situación difícil nos falta voluntad, es tentador echarnos la culpa tachándonos de flojos, vagos o antojadizos. Pero con frecuencia se debe

simplemente a que el cerebro y el cuerpo no se encuentran en el estado idóneo para ejercer el autocontrol” (p. 85).

El autocuidado y la toma de decisiones no necesariamente aseguran una mejor decisión; ambientes en donde se requieren altos niveles de atención prolongada, estrés y emociones fuertes también son necesarios para tomar adecuadamente una decisión en algunos contextos. Tal y como se ha mencionado en el capítulo 2, el manejo de las decisiones puede resultar benéfico tanto empleando el sistema 1 (decisiones inmediatas, sin esfuerzo), como el sistema 2 (decisiones controladas y demandantes) sin embargo, asegurar un estado óptimo en general brinda a las personas la capacidad de elegir conscientemente sobre ambos espectros de decisión.

Propuesta de Intervención

Justificación

La Terapia Racional Emotivo Conductual y la Terapia Cognitiva son modelos representativos del enfoque cognitivo en psicoterapia, los cuales se centran en analizar la irracionalidad de los pensamientos o creencias y han demostrado ser eficaces en el ámbito de la salud mental. Sin embargo, la formación de los profesionistas encargados de llevar a cabo esta labor no los exenta de cometer errores, malinterpretaciones o decisiones inadecuadas que puedan tener repercusiones relevantes en el ámbito clínico, de acuerdo con Ellis y Dryen (1989) los psicoterapeutas que deberían ser un buen modelo de

racionalidad para sus pacientes a menudo actúan irracionalmente en su vida personal y profesional. Las distorsiones cognitivas que están relacionadas con estos errores han sido estudiadas únicamente por la economía conductual a través de distintas investigaciones que están orientadas en producir estrategias para intentar controlarlos y entenderlos cuyo nombre se conoce en su estudio como *debiasing*.

Se considera necesario realizar una propuesta de taller que pueda sintetizar algunas de las aportaciones y explicaciones en el campo de las distorsiones cognitivas, tanto de las terapias de reestructuración cognitiva como del *debiasing* en la economía conductual, las cuáles pueden beneficiar a los profesionistas de la salud tales como estudiantes, médicos, psicoterapeutas y psiquiatras para reconocer sus propias limitaciones ante los diferentes errores cognitivos y que les permita también generar estrategias para intervenir en ellos tanto a nivel personal como profesional.

La transformación creciente de la sociedad demanda la necesidad de comprender o enfatizar la vulnerabilidad que se tiene ante la información, la cultura, y el ambiente pues son factores que pueden influir en la vida profesional del psicólogo y son inherentemente complicados de tratar incluso, estando en terapia. Ariely (2008) menciona que cuando una voz externa nos demanda una orden la mayoría de nosotros nos apresuramos a prestarle atención, una regulación externa como un taller podría ser necesaria para incentivar a las personas a tomar mejores decisiones y controlar los diferentes sesgos que puedan presentarse como profesionistas. Un contexto clínico requiere mayor

responsabilidad social en el manejo de la salud psicológica pues forma parte del servicio público que se busca otorgar a la sociedad y los únicos espacios en los que pueden abordarse formalmente las problemáticas relacionadas con estos temas corresponden a los contextos clínicos.

Limitaciones

Esta propuesta de taller no ha sido estudiada antes por lo que su efectividad es desconocida, según Morewedge et al. (2015), los científicos y responsables políticos han concentrado el uso del *debiasing* en la modificación del ambiente a través de incentivos o en la elicitación de la información, pero hasta el momento, no se tiene conocimiento de que hayan sido incorporados a un taller orientado en un contexto clínico de aprendizaje.

Por otro lado, las investigaciones consultadas no indican específicamente la manera en la que las estrategias son llevadas a cabo; los recursos y la forma de enseñanza de los temas dentro del taller son propuestas generadas de manera arbitraria debido a la ausencia metodológica para llevarlas a la práctica por lo que aún se requeriría de su respectiva exploración y validez. Tampoco existen instrumentos validados que permitan evaluar adecuadamente la efectividad del taller por lo que se propone el uso de una rúbrica, un cuestionario de conocimientos y un cuestionario sobre la opinión general del contenido los cuáles se aplicarán a lo largo de las sesiones.

Los temas que se verán en el taller dependen del grado en el que los participantes estén dispuestos a la autoobservación, pues como lo mencionan

Wilson, y Brekke (1994), la corrección mental depende principalmente de la motivación de las mismas personas para reconocer que pueden estar equivocadas, valoración que puede ser difícil de medir durante las sesiones.

La duración del taller está limitada a 5 sesiones de dos horas cada una, por lo que la práctica y el aprendizaje de la teoría están destinados para desarrollarse en el uso cotidiano y profesional tras el término del mismo, y se esperaría que los participantes obtengan una aproximación general de conocimiento sobre tema y sobre sí mismos.

Método

Objetivos

Brindar al estudiante, egresado o profesionista diferentes herramientas teóricas y prácticas del manual de procedimientos: “Las distorsiones cognitivas del profesionista de la salud, y el manejo vivencial de la irracionalidad” (Ver anexo 1) que le permitan adquirir conocimiento en el campo de las distorsiones cognitivas o errores de pensamiento tanto a nivel personal como profesional.

Fomentar y fortalecer en los participantes la capacidad para autorregularse, tomar mejores decisiones y reconocer algunas de sus limitaciones cognitivas mediante estrategias aplicadas al ambiente, al manejo de información y al cuidado personal.

Participantes

Egresados o profesionistas titulados de la carrera de psicología, psiquiatría o medicina.

Criterios de inclusión

Los participantes deben tener entre 20 y 45 años.

Deben haber concluido la licenciatura en psicología, psiquiatría o medicina y preferentemente tengan interés o deseen orientarse al área de la salud o hacia las ciencias cognitivas y del comportamiento.

Es necesario que tengan al menos un año estudiando en la carrera puesto que el manejo de temas o conceptos puede ser difícil de entender si no están familiarizados previamente con ellos.

Deben tener disponibilidad de tiempo para cubrir dos horas en un horario fijo durante 5 días en la semana.

Evaluación del taller

No existen instrumentos previos para poder evaluar la efectividad del taller, por ello la manera de evaluación se realizará a través de un cuestionario con información que abarque diferentes puntos clave que se verán a lo largo del taller, los cuáles se aplicarán desde la primera sesión y al término de la quinta y última sesión para contrastar si existió aprendizaje de por medio (Ver anexo 2).

Para la evaluación de los participantes se llenará una rúbrica que puntúe su rendimiento de lo largo de las sesiones (Ver anexo 5).

Finalmente, se les dará un cuestionario de satisfacción que le brinde al instructor retroalimentación por parte de los participantes sobre el taller, su desempeño y sobre posibles implementaciones en el futuro (Ver anexo 3).

Escenario

Debe aplicarse en un espacio cerrado, que permita la movilización dentro para favorecer la comunicación con cada uno de los participantes entre sí, con dimensiones de al menos 6 x 8 metros cuadrados.

Conclusiones

Los intentos para aplicar los hallazgos concernientes de las investigaciones de la economía conductual y de la psicología cognitiva en general al área de la salud son extensos, pero no existe en la actualidad una aproximación que pretenda integrar sus descubrimientos a otras terapias de la salud enfocadas en las distorsiones cognitivas.

La información recabada incluye hallazgos particulares en diferentes escenarios, pero se requiere más investigación y ejemplos orientados al desempeño del profesionalista para poder realizar una propuesta de taller con una metodología más precisa y efectiva.

Tanto el taller, como el manual desarrollados a partir de esta tesis constituyen un primer intento para conducir la manera en la que pueden ser tratados y entendidos los errores cognitivos a partir de la información disponible.

Discusión

Como se mencionó en el primer capítulo, las terapias de Beck y Ellis han mantenido cierta independencia desde su aparición con otro tipo de disciplinas surgidas a lo largo de la psicología y han podido desarrollar con éxito un modelo funcional y eficaz en el tratamiento de diversos trastornos, síntomas o malestares

psicológicos partiendo desde una perspectiva eminentemente cognitiva, sin embargo, aún existen diversas interrogantes y limitantes dentro del mismo modelo que no han podido responderse.

La relación actual con las nuevas visiones terapéuticas y con los avances realizados en las últimas décadas dentro de la psicología económica conductual, pueden facilitar una entrada que permita incluir algunas de estas respuestas para extender más el campo teórico de las terapias de reestructuración, y que tanto la terapia, el terapeuta y el paciente se puedan ver beneficiados por el trabajo de las investigaciones actuales, pues ambas tienen un interés vigente dentro de los campos de la cognición, particularmente con el fallo del pensamiento humano.

Aunque la distinción entre los objetivos de la terapia se vuelve evidente: “Lo que buscan las Terapias Cognitivas es un cuestionamiento de aquellas creencias asociadas a un fuerte sufrimiento o malestar. En ningún momento se pretende convertir a las personas en "procesadoras perfectas", ya que ello no es posible” (Botero, p. 92), la búsqueda de un entendimiento cognitivo se vuelve particularmente necesaria para entender las limitaciones humanas que conducen al error, ya sea para evitarlo, cuestionarlo, mejorarlo en términos de decisiones prácticas, o incluso a vivir con él. Por otro lado, la necesidad ética de reconocer los fallos del pensamiento por parte del terapeuta se vuelve imprescindible pues, como se ha mencionado en el segundo capítulo, somos proclives a sostener juicios, qué, más allá de causarnos malestar, pueden evitar que valoremos incorrectamente una situación que puede ser corregida en múltiples casos.

El *debiasing* constituye un esfuerzo de muchos científicos que lleva varias décadas de estudio cuyas estrategias no han sido incorporadas a la práctica cotidiana, exceptuando su uso en la política, en algunas empresas, en el marketing o en publicidad; probablemente el espacio necesario para que puedan comenzar a implementarse para el beneficio personal sea en el ámbito de la salud.

Referencias

- Alford, B.A. & Beck, A.T. (1997). *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Allcott, H. (2011). Social norms and energy conservation. *Journal of Public Economics*, 95, 1082-1095.
- Ariely, D. (2008). *Las trampas del deseo*. España: Editorial Planeta.
- Arkes, H., Dawes, R. & Christensen, C. (1986). Factors Influencing the Use of a Decision Rule in a Probabilistic Task. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 37(1), 93-110. doi:10.1016/0749-5978(86)90046-4
- Arkes, H. (2013). The Consequences of the Hindsight Bias in Medical Decision Making. *Current Directions in Psychological Science*, 22(5), 356-360. doi: 10.1177/0963721413489988.
- Arnott, D. (2006). Cognitive biases and decision support systems development: A design science approach. *Information Systems Journal*, 16(1), 55-78. doi:10.1111/j.1365- 2575.2006.00208.x

- Arón, A.M. & Llanos, M.T. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 20(1-2), 5-15.
- Bados, A. & García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Baringoltz, S., Levy, R. & Polemos, E. (2007). *Terapia Cognitiva del dicho al hecho*. Buenos Aires: Polemos.
- Schwartz, B. (2005). *Porqué más es menos. La tiranía de abundancia*. Madrid: Taurus.
- Bartolomé, E. (2006). *Educación emocional en veinte lecciones*. México: Paidós
- Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy. A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Beck, J. (1995). *Terapia Cognitiva Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Berner, E.S. & Graber, M.L. (2008). Overconfidence as a Cause of Diagnostic Error in Medicine. *The American Journal of Medicine*, 121(5) 2-23. doi: 10.1016/j.amjmed.2008.01.001.
- Betta, R., Morales, G., Rodríguez, K. & Guerra C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 3(9), 9-19.

- Big Think. (2018, febrero 6). *Why saying "I don't know" is a key to success | Poker champion Annie Duke* [Archivo de video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=55sST2N8TJwyt=73s>.
- Borrell-Carrió, F., Páez, C., Sunol, R., Orrego, C. & Gil, N., Martí, M. (2006). Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 38, 25-32. doi: 10.1157/13090027
- Botero, A. (2010). Las terapias cognitivas: mitos y aspectos controvertidos. *Revista de psicología Universidad Antioquia*, 2(1), 74-93.
- Caballo, V., Andrés V. & Bas F., (1997). Fobia social. En V. Caballo, (comp.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Cabezas, H. & Lega, L. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Educación*. 30(2), 101-109.
- Campos, R. (2017). *Economía y Psicología. Apuntes sobre economía conductual para entender problemas económicos actuales*. México: Fondo de Cultura Económica, Colegio de México.
- Caro L., (2013). Lo cognitivo en psicoterapias cognitivas una reflexión crítica. *Boletín de Psicología*, 107, 37-69.
- Cheema, A. & Soman, D. (2008). The effect of partitions on controlling consumption. *Journal of Marketing Research*, 45(6), 665-675.
- Cialdini, R.B., Kallgren, C.A. & Reno, R.R.(1991). A focus theory of normative conduct: A theoretical refinement and reevaluation of the role of norms in human behavior. *Advances in experimental social psychology*, 24, 201-232.
- Clark, D., Beck, A. y Alford, B. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Therapy and Therapy of Depression*. New York: John Wiley y Sons.

- Clemen, R.T. (1989). Combining forecasts: A review and annotated bibliography. *International Journal of Forecasting*, 5(4), 559-583.
- Cortada de Kohan, N. (2008). Los sesgos cognitivos en la toma de decisiones. *International Journal of Psychological Research*. 1(1), 68-73
- Cote, L.P. & García, A.M. (2016). Estrés como factor limitante en el proceso de toma de decisiones: una revisión desde las diferencias de género. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 19-28. doi:dx.doi.org/10.12804/apl34.1.2016.02
- Croskerry, P. (2003). Cognitive forcing strategies in clinical decision making. *Annals Emergency Medicine*; 41(1),110–20.
- Croskerry, P. (2014). ED cognition: Any decision by anyone at any time. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 16(1), 13-19. doi:10.2310/8000.2013.131053
- Croskerry, P., Singhal, G. & Mamede, S. (2013). Cognitive debiasing 1: Origins of bias and theory of debiasing. *BMJ Quality y Safety*. 22(2). 58-64. doi:10.1136/bmjqs-2012-001712.
- Croskerry, P., Singhal, G. & Mamede, S. (2013). Cognitive debiasing 2: Impediments to and strategies for change. *BMJ Quality y Safety*. 22(2), 65-72. doi:10.1136/bmjqs-2012-001713.
- Díaz, C. (2011). Exploración de prejuicios en los psicólogos: El primer paso hacia la competencia sociocultural. *Papeles del Psicólogo*. 32(3), 274-281
- Dryden, W. & Ellis, A. (1988). Rational-Emotive Therapy. In K. S. Dobson (Dir.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford.
- Kruger, J. & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121-1134.

- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1976). The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology*, 32(2), 145-168.
- Ellis, A. & Dryden, W. (1989) *Practica de la Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1981). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Ellis, A. (1997). El estado de la cuestión en la Terapia-Racional-Emotiva-Conductual. En I. Caro (comp.) *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Esbec, E. & Echeburúa, E. (2016). Mala praxis en psicología clínica y forense a la luz de los tribunales de justicia españoles: Un análisis exploratorio. *Psicología Conductual* 24(1), 179-196.
- Esguerra, G. (2015). Economía conductual, principios generales e implicaciones. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 15(1), 67-72.
- Fariña, F., Arce, R. & Novo, M. (2002). Heurístico de anclaje en las decisiones judiciales. *Psicothema*, 14(1), 39-46.
- Fierro, A. (2000) El cuidado de sí mismo y la personalidad sana. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(76), 35-47
- Francisca, P. (2016). *Creencias: Una mirada desde las diferentes corrientes psicológicas*. Salta: Universidad católica de Salta Eucasa.
- Freeman, A. & Oster, C. (1997). Terapia cognitiva de la depresión. En V. Caballo, (comp.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- García, F. (2015). Fundamentos, características y eficacia de la Psicoterapia Analítica Funcional. *Análisis y Modificación de Conducta*, 41(163-164), 1-28.

- García, J. (2009). *Epistemología y Psicología Cognitiva*. México: CEFPSVLT.
- Gigerenzer, G. & Gaissmaier, W. (2011). Heuristic Decision Making. *Annual Review of Psychology*, 62(1), 451–82. doi: 2011.62:451-482.
- Gigerenzer, G. & Marewski, J. (2012). Heuristic decision making in medicine. *Clinical Research*, 14(1), 77-89.
- Grieger, R. (1990). De un modelo lineal a uno contextual de los ABC de la RET. En A. Ellis & G. Russell (comp.) *Manual de Terapia Racional-Emotiva*, vol. 2. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Guerra, C., Platz, A., Nahmias, A. & Rojas, N. (2011). Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43 (2), 319-328.
- Guerra, C., Fuenzalida, A. & Hernández, C. (2009). Effects of a Cognitive-Behavioral Treatment on the Increase of Self-Care Behaviors and Decrease of Secondary Traumatic Stress on Clinical Psychologists. *Terapia psicológica*, 27(1), 73-81. doi: 10.4067/S0718-48082009000100007
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behaviour Therapy*, 35(4), 639–665
- Hernandez, I., Arenas, L., Martinez, P. & Menjibar, A. (2003). Autocuidado en Profesionistas de la Salud y Profesionistas Universitarios. *Acta Universitaria*, 13(3), 26-32.
- Hernandez, N. (2013). Revisión de la situación actual de la Terapia Cognitivo Conductual. *Revista psicología.com*. 17(5), 1-12.
- Hertwig, R. & Herzog S.M. (2009). Fast and frugal heuristics: tools of social rationality. *Social Cognition*, 27(5), 661-698.

Herzog, S.M. & Hertwig, R. (2009). The wisdom of many in one mind: Improving individual judgments with dialectical bootstrapping. *Psychological Science*, 20(2), 231-237.

Johnson, E. J., & Goldstein, D. (2003). Do defaults save lives? *Science*, 1338-1339.

Keren, G. (1991). Calibration and probability judgements: Conceptual and methodological issues. *Acta Psychologica*, 77(3), 217-273

Kovacs, M. & Beck, A.T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *The American Journal of Psychiatry*, 135(5), 525-533.

Kruger, J. & Dunning D. (1999). Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121-1134. doi:10.1037/0022-3514.77.6.1121

Kahneman, D. (2003). Mapas de racionalidad limitada: Psicología para una economía conductual. *Revista Asturiana de Economía*, 28, 181–225.

Kahneman, D. (2012). *Pensar rápido, pensar despacio*. México: Debate Psicología.

Keeney, R. L. (2012). Value-focused brainstorming. *Decision Analysis*, 9(4), 303-313.

Keren, G. (1991). Calibration and probability judgements: Conceptual and methodological issues. *Acta Psychologica*, 77(3), 217-273.

Koriat, A., Lichtenstein, S. & Fischhoff, B. (1980). Reasons For Confidence. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*, 6(2), 107-118. doi:10.1037/0278-7393.6.2.107

Larrick, R., Mannes, A. & Soll, J. (2014). The Wisdom of Select Crowds. *Journal of personality and social psychology*, 107(2), 276–299. doi:107.276-299. 10.1037/a0036677

- Lerner, J.S. & Tetlock, P.E. (1999). Accounting for the effects of accountability. *Psychological Bulletin*, 125(2), 255-275.
- Levitt, S. & Dubner, S. (2006). *Freakonomics*. Barcelona: Ediciones B.
- Levitt, S. & Dubner, S. (2014). *Think like a freak*. Estados Unidos: HarperCollinsPublishers.
- Lilienfeld, S.O., Ammirati, R., & Lanfield, K. (2009), Giving debiasing away: Can psychological research on correcting cognitive errors promote human welfare? *Perspectives on Psychological Science*, 4(4), 390-398. doi: 10.1111/j.1745-6924.2009.01144.x
- Ludolph, R. y Schulz, P. J. (2017). Debiasing Health-Related Judgments and Decision Making: A Systematic Review. *Medical Decision Making*, 38(1), 3-13. doi: 10.1177/0272989X17716672
- Mahoney, M.J. (1995). *Cognitive and constructive psychotherapies: theory, research and practice*. NY: Springer.
- Mahoney, M.J. & Arnoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S.J. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Nueva York: Wiley.
- Mairal, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación. *Clínica y Salud*. 20(2), 109-117.
- Martínez, P., Miró, E. & Sánchez, A. (2016). Beneficios clínicos globales de la terapia cognitivo conductual para el insomnio y de la terapia basada en conciencia plena aplicadas a la fibromialgia: revisión sistemática y metaanálisis. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 24(3), 459-480.
- Mellers, B.A. & McGraw, A.P. (2001). Anticipated Emotions as Guides to Choice. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 210–214. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00151>

- Mcgonigal, K. (2012). *Autocontrol*. Barcelona: book4pocket.
- Moore, D. A., & Healy, P. J. (2008). The trouble with overconfidence. *Psychological Review*, 115(2), 502-517.
- Morewedge, C., Yoon, H., Scopelliti, I., Symborski, C., Korris, J. & Kassam, K. (2015). Debiasing Decisions: Improved Decision Making With a Single Training Intervention. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 2(1) 129–140.
- NCYTU (Enero del 2018). Salud mental en México. N. 007. *Foro Consultivo Científico y Tecnológico*. Recuperado de:
https://www.foroconsultivo.org.mx/INCYTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf
- Niedenthal, P.M. & Ric, F. (2017). *Psychology of Emotion*. New York: Roudledge.
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias Contemporáneas*. México: Cengage Learning.
- Oltra, S. (2013). El autocuidado, una responsabilidad ética. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. 9(1), 85-90.
- Palacio, R. & Parra, D. (2012). Economía Experimental: Un panorama general. *Revista LEBRET*, 4, 277-294.
- Pascale, R. & Pascale, G. (2011). Teoría de las finanzas, sus supuestos, neoclasicismo y psicología cognitiva. Uruguay: XXXI *Jornadas Nacionales de Administración Financiera*. 188-223.
- Pollini, G., Micheff, M. & Pedrowicz, M., (2009). Estudio exploratorio: Uso del debate cognitivo en Terapia Cognitiva- Conductual. *Revista de Psicologia da IMED*, 1(1), 72-81. doi: 10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n1p72-81

- Pronin, E., Gilovich, T. & Ross, L. (2004). Objectivity in the eye of the beholder: Divergent perceptions of bias in self versus others. *Psychological Review*, 111(3), 781-799.
- Quintanilla, I., (2002). Daniel Kahneman y la Psicología Económica. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 18(1), 95-108.
- Rachman, S. (1997). The evolution of cognitive-behaviour therapy. En D.M. Clark y C.G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive-behaviour therapy*. 3-24. Oxford: Oxford University Press.
- Rothman, A. J., & Updegraff, J. A. (2010). Specifying when and how gain-and loss-framed messages motivate healthy behavior: An integrated approach. In G. Keren (Ed.), *Perspectives on framing*. London: Psychology Press.
- Ruiz, D., (2017). *Revisión documental sobre debiasing (2005-2015)*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Antioquia, Medellín.
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitiva Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Russo, J.E. & Schoemaker, P.J.H. (2013). Overconfidence. In M. Augier y D. J. Teece (Eds.). *The Palgrave Encyclopedia of Strategic Management*. 1-9 doi: 10.1057/9781137294678.0505
- Safrán, J. & Segal, Z. (1991). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Sharot, T. (2011) The optimism bias. *Current Biology*, 21(23), 41-45.
- Simon, H.A. (1972). Theories of Bounded Rationality. En C. B. McGuire, y R. Radner (Eds.), *Decision and Organization*. 161-176. Amsterdam: North-Holland.

- Soler, J., Elices, M. & Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 35-49.
- TEDx Talks. (2017, enero 26). *How do smart people make smart decisions? | Gerd Gigerenzer | TEDxNorrköping* [Archivo de video]. Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=-Lg7G8TMe_Ayt=111s
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*, 185(4157), 1124-1131.
- Toro, R. (2014). Ellis y el Constructivismo: una perspectiva crítica sobre la Terapia Racional Emotivo Conductual. *Tesis Psicológica*, 9(1), 204-213.
- Toro, R. & Ochoa, D. (2010). Los perfiles cognitivos psicopatológicos en la formulación cognitiva de caso. *Revista colombiana de Psicología*, 19(1), 97-110.
- Trope, Y. & Liberman, N. (2003). Temporal construal. *Psychological Review*, 110(3), 403-421.
- Vázquez, C. (1985). Limitaciones y sesgos en el procesamiento de la información: más allá de la teoría del hombre como científico. *Estudios de Psicología*, 23-24, 111-133.
- Villegas, B. (1990). El cambio cognitivo. *Revista de Psicoterapia*, 51-80, 1(2).
- Weber, U. & Johnson, E. (2009). Mindful Judgment and Decision Making. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 53-85.
- Wilson, T.D. & Brekke, N. (1994). Mental contamination and mental correction: Unwanted influences on judgments and evaluations. *Psychological Bulletin*, 116(1), 117-142.

Anexo 1.

Manual de procedimientos para el taller: Las distorsiones cognitivas del profesionalista de la salud, y el manejo vivencial de la irracionalidad

México, Ciudad de México.

Introducción

La investigación actual en el área de sesgos cognitivos o distorsiones de pensamiento es vasta y continúa desarrollándose hasta la fecha dentro de la economía conductual, sin embargo, su relación con el área clínica mantiene cierto grado de independencia respecto a las investigaciones y los avances en el tema, mismos que pueden ser una herramienta crucial para los mismos terapeutas, los pacientes, y las personas implicadas en los ámbitos clínicos.

Para el abordaje de estas investigaciones y su posible inclusión en el área clínica se considera necesario generar una propuesta de taller basada en un marco teórico que destaque algunas de las aportaciones generales de las terapias de reestructuración cognitiva de Albert Ellis y Aaron Beck enfocadas en el tema de los sesgos y de las diferentes investigaciones que la economía conductual ha proporcionado para responder y complementar algunas de las interrogantes sobre

los mecanismos que surgen en los errores de pensamiento enfocados prioritariamente en ámbitos de la salud.

El objetivo de este documento es proporcionar al lector e impartidor del taller: “Las distorsiones cognitivas del profesionalista de la salud y el manejo vivencial de la irracionalidad” los lineamientos y procedimientos que deberán llevarse a cabo en la medida de lo posible durante la práctica para el desarrollo exitoso del mismo.

A través del manual se proporcionarán contenidos y diferentes ejemplos extraídos de la tesis: “La aportación del *debiasing* y los estudios actuales de las distorsiones cognitivas a los modelos de Reestructuración cognitiva”, para señalar los aspectos teóricos necesarios para que el lector sea capaz de explicar e intervenir a lo largo de los contenidos y actividades propuestas. Su contenido comprende los objetivos de cada clase, las actividades a desarrollar, sus respectivos procedimientos, su duración, el contenido teórico, y los materiales.

Datos generales del manual

Nombre del taller

Las distorsiones cognitivas del profesionalista de la salud, y el manejo vivencial de la irracionalidad.

Objetivos/Objetivos

- Brindar al estudiante, egresado o profesionalista diferentes herramientas que le permitan adquirir conocimiento en el campo de las distorsiones cognitivas o errores de pensamiento tanto a nivel personal como profesional.

- Fomentar y fortalecer en los participantes la capacidad para autorregularse, tomar mejores decisiones y reconocer algunas de sus limitaciones cognitivas mediante estrategias aplicadas al ambiente, al manejo de información y al cuidado personal.

Contenido

- Conceptos y evaluación inicial.
- Distorsiones, sesgos y errores de pensamiento. Sentido crítico y necesidades actuales.
- Ejemplos de sesgos y heurísticos en clínica; estrategias para abordar problemas y contextos.
- Estrategias específicas para la toma de decisiones y mejora del juicio.
- Finalización del taller, autocuidado y reevaluación.

Sesiones

El programa de capacitación está programado para llevarse a cabo a través de 5 sesiones con una duración de 2 horas, su aplicación por semana puede variar dependiendo de los recursos disponibles para su impartición, pero es viable impartir una sesión diariamente durante 5 días.

Evaluación

La manera de evaluación se realizará a través de un cuestionario con información que abarque diferentes puntos clave que se verán a lo largo del taller, los cuáles se aplicarán desde la primera sesión y al término de la quinta y última sesión para contrastar si existió aprendizaje de por medio. (Ver anexo 2).

Para la evaluación de los participantes se llenará una rúbrica que puntúe el rendimiento de cada una de las sesiones. (Ver anexo 5).

Finalmente, se les dará un cuestionario de satisfacción que le brinde al instructor retroalimentación por parte de los participantes sobre el taller, su desempeño y sobre posibles implementaciones en el futuro. (Ver anexo 3).

Material adicional

- Hoja de información: “Distorsiones Cognitivas” (Ver anexo 4).
- Cuestionario: “Taller: Las distorsiones cognitivas del profesionalista de la salud, y el manejo vivencial de la irracionalidad. (Evaluación de conocimientos)”
- Cuestionario: Las distorsiones cognitivas del profesionalista de la salud, y el manejo vivencial de la irracionalidad (Evaluación de la opinión del taller).
- Rúbrica de desempeño.

SESIÓN 1: Introducción del taller. Conceptos y evaluación inicial

Objetivos de la sesión

A lo largo de la sesión, los participantes:

- Conocerán los objetivos y alcances generales del taller.
- Darán a conocer sus expectativas al moderador y a sus compañeros respecto del curso.
- Responderán el cuestionario “Evaluación de conocimientos”.
- Conocerán brevemente cuáles son los conceptos relacionados al estudio de las distorsiones cognitivas.

Duración del módulo

1 hora 45 min.

Preparativos y material

•Pizarrón • Marcadores • Diapositivas de PowerPoint que indiquen los objetivos del taller. •Conjunto de hojas con el cuestionario •Hojas Blancas por separado (por si necesitan anotar algo los participantes). •Paquete de Plumas negras

Procedimiento paso a paso

PASO 1: (Entre 15 y 20 minutos, contando los 10 minutos de retraso para el inicio de la sesión). Como moderador, preséntese al grupo una vez que hayan llegado la mayoría de los participantes disponibles (arriba de 8) y/o que el tiempo que transcurra a partir de la hora acordada tenga un máximo de 10 minutos.

La presentación deberá empezar con un saludo amistoso y se les dará la bienvenida al taller diciendo el nombre completo del taller “las distorsiones cognitivas del profesionalista de la salud, y el manejo vivencial de la irracionalidad” seguido de su nombre, la institución de donde proviene, su experiencia profesional y la razón principal por la que decidió impartir el taller.

PASO 2: (Duración de 15 minutos). Se invitará a que cada uno de los integrantes se presente con los mismos criterios con los que se presentó en el paso 1, con la diferencia de que deberán decir cuál es el motivo por el que decidieron tomarlo y se les pedirá que incluyan una expectativa que tengan respecto al curso.

PASO 3: (Duración 15 minutos). Se les darán a conocer los alcances que tiene el taller y los objetivos que busca cubrir, para ello se les explicará:

-Que es una propuesta que busca esclarecer parte del estado general de diversas investigaciones encargadas de estudiar los sesgos cognitivos y de las decisiones sesgadas en los profesionistas de la salud.

-Que tiene la finalidad de incorporar o dar a conocer distintas herramientas que han sido propuestas principalmente dentro de la investigación de la economía conductual, para la intervención en algunos de los errores de pensamiento o distorsiones más frecuentes a nivel profesional o individual en el terreno cognitivo.

-Tiene la finalidad adicional de volver más conscientes a los profesionistas sobre sí mismos y sobre otras personas no sólo para enfrentar algunos de sus sesgos, sino para reconocer cuán proclives son todos los seres humanos de ser influenciados en sus juicios y decisiones; que una gran cantidad de estos resultan frecuentemente inevitables, y qué el descuido personal puede ser causa directa de incidentes en otras áreas.

Se deberá escribir en el pizarrón o en pantalla digital la duración de cada sesión (una hora y media), y la cantidad de sesiones que se cubrirán en el curso (5) anotando los 5 subtemas en los que se divide el curso sin dar detalles explícitos sobre cada uno.

- Conceptos generales y evaluación inicial.
- Distorsiones, sesgos y errores de pensamiento. Sentido crítico y necesidades actuales.

- Ejemplos de sesgos y heurísticos en clínica; estrategias personales y ambientales.
- Estrategias específicas para la toma de decisiones y mejora del juicio.
- Finalización del taller, autocuidado y re-evaluación.

Nota. Pueden emplearse diapositivas para exponer los objetivos junto con ejemplos, se puede hacer una paráfrasis de cada punto pero debe cubrirse la idea de cada uno de los objetivos.

PASO 4: (Duración de 25 minutos). Se les explicará que, para saber cuál es el nivel de conocimiento que tienen respecto a los temas y la teoría que se verán en el taller, se les repartirán las “hojas de evaluación” (incluidas dentro del “Anexo-sesión 5”) que será necesario llenar durante la misma sesión en una duración menor a 20 minutos, una vez dicho esto se pasará a sus respectivos lugares a entregarles las hojas explicando que no es necesario escribir si no conocen la respuesta a alguna pregunta; en caso de que no tengan pluma, el moderador deberá proporcionarles una.

Nota. El moderador deberá estar atento para cubrir las dudas que puedan tener los participantes durante el llenado, sin proporcionarles ninguna respuesta concreta de la evaluación. También deberá guardar las hojas y revisar la calidad de las respuestas para contrastarlas con la última sesión.

PASO 5: (Duración de 1 a 5 minutos aprox.). Una vez concluido el tiempo límite de 25 minutos se le preguntará al grupo sobre la cantidad de

personas que han respondido y concluido la evaluación; en caso de que aún falte una cuarta parte o más se les darán 3 minutos adicionales, si no se les pedirá a todos que entreguen las hojas con los resultados que alcanzaron a llenar y se les dará las gracias al recibir las hojas.

PASO 6: (Duración de 15 minutos). Se les mencionará que inicialmente es necesario definir qué es un pensamiento automático, un pensamiento irracional y una distorsión cognitiva.

Para ello se les darán las siguientes definiciones, mencionando que tanto el concepto de distorsiones cognitivas como el de pensamiento irracional son extraídas de los conceptos que se manejan en las terapias de reestructuración cognitiva como las de Albert Ellis y Aaron Beck las cuales trabajan con las cogniciones de los pacientes:

Pensamientos automáticos: Los pensamientos automáticos se refieren a cogniciones superficiales relativamente estables, transitorias y específicas para cada situación; suelen ser rápidos y parecen actuar como reflejos, representan las conclusiones formadas por las personas a partir del aprendizaje y la experiencia, se puede acceder a ellos a través de la introspección y el autoinforme (Freeman y Oster, 1997).

Creencias irracionales: Son cogniciones evaluativas inconsistentes en su lógica, de carácter absolutista y dogmático, expresadas de forma imperativa usando términos como “*debería de*” y “*tendría que*”, están frecuentemente

sobreaprendidas, ensayadas desde la infancia y basadas en ideas grandiosas o narcisistas sobre uno mismo, de los demás o sobre el mundo (Caballo, Andrés y Bas, 1997). Este término se está particularmente derivado del modelo terapéutico de Ellis llamado Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC).

De acuerdo a Maultsby, (1975):

1) No responden a los principios de la lógica porque se basan en interpretaciones incorrectas y son inconsistentes con la evidencia empírica,

2) Son automáticos, y el individuo no es consciente del papel mediador que ejercen sobre sus pensamientos, sentimientos y conducta

3) Obstaculizan la consecución de las metas y propósitos básicos.

Distorsiones Cognitivas: Barmgoltz, Levy y Polemos (2007) las define como errores en el procesamiento de la información que traen como consecuencia una estructuración de las experiencias de un modo primitivo, negativo, categórico, absolutista y extremo. Este término es usado principalmente modelo terapéutico de Beck conocido como Terapia Cognitiva (TC).

PASO 7: (Duración de máximo 2 minutos). Se les explicará que tanto una creencia irracional como una distorsión cognitiva pueden ser entendidas como lo mismo, pero son empleados como conceptos centrales en cada una de las terapias, los cuales están delimitados de manera distinta. Se les mencionará que se verán algunos ejemplos de las distorsiones hasta la siguiente clase.

Nota: Se puede hacer uso directo del pizarrón para explicar las definiciones, mediante rotafolios, o por medio de pantalla digital, también se puede explicar de manera oral pero sin alterar textualmente las definiciones.

PASO 8: (Duración de 15 minutos). Se les invitará a participar preguntando si comprenden la diferencia entre cada uno para ello, se les invitará a alzar la mano y a decir un ejemplo tanto de pensamientos automáticos, por un lado, como de creencias irracionales o distorsiones cognitivas, hasta que hayan participado 5 a 7 personas.

Nota: Si hay muy poca participación esperar unos segundos y pasar al paso 8.

PASO 9: (Duración de 3 minutos). Se reafirmará la diferencia entre los conceptos preguntando “¿un pensamiento automático puede tener necesariamente una creencia irracional o una distorsión cognitiva?” y se esperará la respuesta

En caso de que respondan que sí se les explicará la respuesta en la nota siguiente, si responden que no de todas formas se hará un énfasis mencionando la respuesta de la nota.

Nota: La respuesta es no, mientras los pensamientos automáticos ocurren todos los días, estos pueden ser lógicos y estar basados en aprendizaje previo lo cuál puede tener efectos positivos o negativos expresados mediante sus creencias o distorsiones.

PASO 10: (Duración de 5 minutos). Se dará por concluida la clase, se responderán dudas y se les invitará a seguir asistiendo.

Nota: Es importante que al término de cada sesión, el encargado de dar el taller emplee la “rúbrica de evaluación” que está en la parte de los anexos para comenzar a evaluar el desempeño de los participantes al término de cada una de las sesiones.

SESIÓN 2. Distorsiones, sesgos y errores de pensamiento. Sentido crítico y necesidades actuales.

Objetivos de la sesión

A lo largo de la sesión, los participantes:

- Aprenderán o repasarán conceptos básicos acerca de los sesgos cognitivos.
- Reconocerán cuáles son los principios por los que se rigen las distorsiones en las terapias de reestructuración y en los estudios de economía conductual.
- Trabajarán con el modelo A-B-C de Albert Ellis.
- Se observarán algunas de las críticas principales a las terapias de reestructuración cognitiva.

Resumen del módulo

Se realizará una exploración de los conceptos básicos del tema; de los mecanismos que imperan en la formación de las distorsiones cognitivas de

acuerdo a la economía conductual; así como de ciertos límites en la cognición mediante distintos ejemplos.

Duración del módulo

2 horas.

Material

• Rotafolios • Marcadores • Pizarrón • Diapositivas de PowerPoint • Plumones para pizarrón • Video de Youtube • USB • Proyector • Número de hojas con el contenido “Distorsiones Cognitivas” de acuerdo con el número de participantes inscritos

Procedimiento paso a paso

PASO 1: (5 minutos). El moderador le dará la bienvenida al grupo y les preguntará qué es lo que vieron la sesión pasada.

PASO 2: (20 minutos). Se les repartirá la hoja “Distorsiones Cognitivas” para que puedan observar cuáles son las principales distorsiones que son observadas en terapia, las cuales incluyen sus propias creencias irracionales de las cuáles se habló la clase pasada. Se les dirá que cada persona es más proclive a caer en cada una, pero todos somos susceptibles a percibir el mundo a través de ellas. Luego se les dará 5 minutos para que lo lean detenidamente.

PASO 3: (10 minutos). El instructor mencionará una vez pasado el tiempo dos de sus principales distorsiones y se dará un ejemplo. Luego se les invitará a compartir algún ejemplo suyo con alguna de las distorsiones.

PASO 4: (20 minutos). El moderador explicará cuál es la idea central en los modelos de reestructuración cognitiva y sus objetivos concretos. Esto lo utilizará como punto de partida para comenzar a desarrollar una integración para entender el tema de las distorsiones, lo cual será necesario resaltar antes de iniciar con la información, una forma de hacerlo es mencionarles literalmente: “para comenzar a entender la idea central de la sesión, es necesario que les explique sobre las terapias más populares para el tratamiento de distorsiones cognitivas...”. Una vez dicho esto deberá cubrir la siguiente información:

Los autores más populares en las terapias de reestructuración cognitiva son Beck, y Ellis, la terapia de Ellis (Terapia Racional Emotiva Conductual-TREC) menciona que: las emociones son generadas en la mente, a través de la evaluación que se hace de la realidad. Cuando las evaluaciones se basan en premisas y creencias irracionales, las emociones resultantes son tensionantes y surgen conductas desadaptativas.

Este modelo es llevado a cabo en el paciente como forma de tratamiento derivado del razonamiento y de la confrontación de diferentes ideas que suceden principalmente dentro de terapia, su acompañamiento es realizado por los terapeutas, quienes “interpretan lo que suponen para el cliente, sus propias ideas o creencias y filosofías básicas, irracionales y las consecuencias autodestructivas

que les producen el mantenerlas. Les ayudan a conocer sus emociones y conductas desadaptativas o sintomáticas, a asumir la responsabilidad total de que éstos son autocreados y autosustentados, a aceptarse con sus síntomas y también a buscar y reconocer genuinamente las fuentes filosóficas de sus síntomas

Las filosofías de la vida poco realistas producen síntomas autodestructivos, tales como fobias, obsesiones y desórdenes psicósomáticos, y que solamente si el cliente cambia estas filosofías logrará mejorar y vivir más feliz” (Ellis y Grieger, 1981, p. 228).

En cuanto a Beck (Terapia Cognitiva):

También se trabajan también las emociones perturbadoras para el sujeto a partir de su base cognitiva” basándose en supuestos derivados de la interpretación personal y de su sistema de creencias, de tal forma que se puedan identificar los pensamientos automáticos, poco adaptativos, lógicos y faltos de empirismo, que se presenten de manera automática en una situación o acontecimiento interno o externo.

Destaca como objetivo, el aprender “nuevas formas de conocimiento que permitan adquirir nuevas conductas más apropiadas o útiles a través de un proceso que sigue una secuencia que va desde lo más “superficial (pensamientos automáticos, que son más flexibles y examinables) a lo más profundo” (creencias intermedias y centrales, que son más difíciles de modificar).

“En todas las terapias cognitivas que derivan del modelo de Beck, el tratamiento se basa en la formulación cognitiva de un trastorno específico, y su aplicación a la conceptualización o comprensión de cada paciente” (Beck, 1995 p. 19). Lo cual se realiza a través de los pensamientos automáticos que cada uno genera de forma inmediata, los cuales no suelen cuestionarse, y se tratan como una verdad absoluta que suelen conducir al error.

Como parte del planteamiento teórico-metodológico del procesamiento de información, Beck menciona y clasifica errores comunes en este proceso llamándoles “distorsiones cognitivas” las cuales le permiten al paciente organizar y reconocer la forma en la que cómo acostumbra a procesar los estímulos.

Notas: Se puede exponer mediante diapositivas, rotafolios, pizarrón o de manera oral. Es recomendable comenzar explicando a Ellis y terminar con Beck, para poder abstraer ordenadamente el hecho de que se trabaja con distorsiones en el paso 3.

PASO 5: (20 minutos). Se les dará un ejemplo del tema, para ello se les debe mencionar como base el ‘modelo ABC’ propuesto por Albert Ellis, el cuál sintetiza parte de la filosofía y metodología que explicó en el paso anterior, en donde:

- A: es el estímulo activador, este puede ser interno (pensamiento, sensación, etc.), o externo (algún acontecimiento ajeno al individuo).
- B: es el sistema cognitivo del individuo (creencias y/o filosofía de vida), que le permite interpretar A.

- C: son las consecuencias o reacción resultante de B sobre A y puede ser emotivo, cognitivo o conductual.

Ejemplo:

A: (estímulo activador). Comienza a sonar la alerta sísmica.

B: (creencias y/o filosofía de vida). Si volviera a sonar la alerta sísmica es porque va a ocurrir una tragedia.

C: (Emotiva): Mi emoción a partir de ese pensamiento es reaccionar con terror.

(Cognitiva): “Yo sabía que la tragedia de la vida iniciaba en el año 2020 porque es un número entero que tiene dos 20 en él, no quiero morir”.

(Conductual): Salir corriendo, gritar, arremeter contra una ventana.

Se les debe explicar que en este ejemplo hipotético, las creencias formadas en la parte B (creencias y/o filosofía de vida) fueron las que desencadenaron parte de la respuesta en C.

Nota: el instructor puede poner cualquier ejemplo que desee.

PASO 6: (15 minutos). Una vez dicho un ejemplo se les pedirá que al menos 5 personas den un ejemplo usando el modelo A-B-C. Para ello se les darán 3 minutos para formular su caso.

PASO 7: (5 minutos). Se explicará cuál es el mecanismo central para entender los pensamientos distorsionados planteados desde la economía conductual y se explicará un poco de su historia general para comprender la

diferencia en sus objetivos respecto a las terapias de Beck y Ellis. Para ello se debe mencionar de inicio que, entre las críticas o límites que tienen estas terapias para algunos teóricos está el hecho de que:

- No se ha demostrado el papel “causal” de las cogniciones; estas podrían ser un simple correlato o una dimensión más entre otras (sentimientos, conductas, respuestas fisiológicas).
- No se sabe si la reducción de las cogniciones es o no el mecanismo crítico de acción de la terapia cognitiva.
- No siempre es posible modificar las cogniciones de una persona.
- El cambio cognitivo no siempre supone un cambio emocional.

PASO 8: (20 minutos). Se mencionará que, aunque este tipo de terapias no se concentraron en explicar algunas de estas críticas, las investigaciones en economía conductual pueden proporcionar en la actualidad una respuesta a varias de ellas, y también aportar nueva información para entender al campo de las distorsiones o sesgos cognitivos en general.

Se debe explicar que uno de los motivos por el que no se han logrado incorporar tales respuestas radica en que las principales terapias cognitivas (de reestructuración) surgieron poco antes o prácticamente al mismo tiempo que los principales logros de la psicología cognitiva en los años 50's y 60's y se desarrollaron de manera independiente, sin embargo, hoy en día hay modelos que pueden explicar cómo funciona la cognición para entender las distorsiones:

Uno de los modelos más populares es mediante el sistema 1 y el sistema 2 cuyos términos originalmente propuestos por los psicólogos Keith Stanovich y Richard West” (Kahneman, 2012), fueron retomados más tarde por Kahneman quien propuso que el procesamiento de la cognición opera fundamentalmente a través de dos sistemas, el sistema 1 opera de manera rápida y automática, con poco o ningún esfuerzo y sin sensación de control voluntario. Mientras que el sistema 2 centra la atención en las actividades mentales esforzadas que lo demandan, incluidos los cálculos complejos, las operaciones de este sistema están asociadas a la experiencia subjetiva de actuar, elegir y concentrarse (Kahneman, 2012) siendo este el más complicado de acceder puesto que requiere un esfuerzo y su uso es limitado (Palacio y Parra, 2012).

Se puede hacer uso del *Grafico 1. Tres Sistemas Cognitivos Kahneman (2003)*, para explicarlo y proporcionar algunos ejemplos cotidianos.

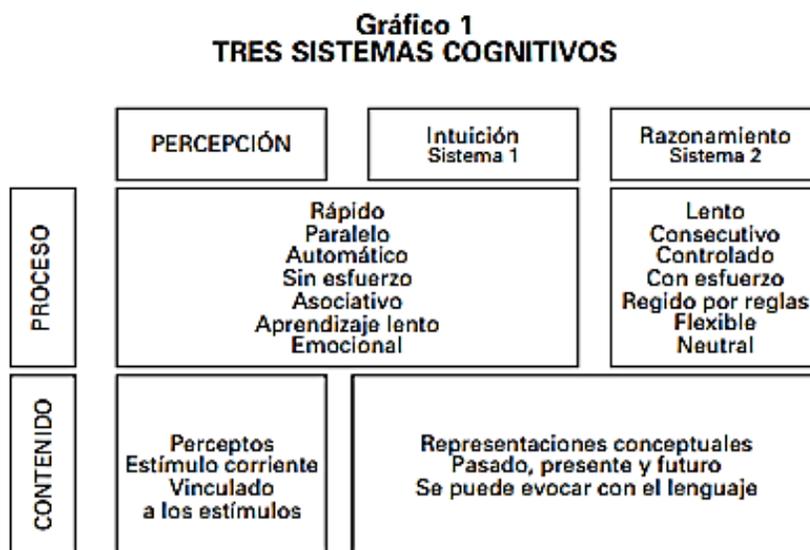


Figura 1. Tres Sistemas Cognitivos

PASO 9: (9 minutos). Se les mencionará que una actividad en general puede emplear ambos sistemas dependiendo del énfasis en el que se le atribuya el esfuerzo, por ejemplo: al leer un libro se puede hacer énfasis en el esfuerzo deliberado por intentar entender el contenido o por entender a detalle una historia, o bien se pueden pasar de largo los detalles y abstraer en un sentido más sencillo las palabras que vienen de él. Ambos son necesarios en diferentes sentidos y pueden ser usados para resolver mejor una situación o aprender de la experiencia, pero eso se verá más adelante.

Nota. Se pueden dar tantos ejemplos como desee el instructor, también se dará la oportunidad de hablar a los participantes si alguno quiera dar un ejemplo.

PASO 10: (1 minuto). Se concluirá la sesión por ese día y se despedirá a todos invitándolos a asistir la próxima sesión,

Nota: se les puede mencionar que en la siguiente sesión se le dará mayor profundidad al tema, se verán diferentes sesgos o errores en ámbitos clínicos, así como diversas estrategias propuestas alrededor de la literatura para intervenir en ellos.

SESIÓN 3. Ejemplos de sesgos y heurísticos en clínica; estrategias personales y ambientales.

Objetivos de la sesión

A lo largo de la sesión, los participantes:

- Reconocerán la importancia del realismo epistemológico y la necesidad de identificar los límites cognitivos personales para la toma de decisiones.
- Analizarán algunos ejemplos de la vida cotidiana relacionados a los mecanismos básicos que imperan en el profesional mediante errores más frecuentes en ámbitos clínicos.
- Repasarán y profundizarán un poco más en el tema de la capacitación específica de dominio en los expertos, así como de los principales sesgos alrededor de estos.
- Obtendrán información acerca de los heurísticos, ejemplos de su uso en ambientes clínicos.
- Adquirirán nuevas estrategias sintetizadas, propuestas por Croskerry, Singhal, Mamede, (2013) para una mejora de los juicios en contextos de trabajo.

Resumen del módulo

Se indagará en los temas de sesgos cognitivos en ámbitos clínicos y en la importancia de capacitarse en algunos dominios, así como en el uso de heurísticos exitosos en áreas clínicas. También se les facilitarán estrategias breves para la mejora de juicios en el trabajo.

Duración del módulo

1 hora 45 min.

Preparativos y material

• rotafolios • marcadores • pizarrón • presentación con diapositivas de PowerPoint • Plumones para pizarrón • USB • Proyector

Nota. En esta sesión el uso de una presentación digital, con un proyector será indispensable para el seguimiento de los temas.

Procedimiento paso a paso

PASO 1: (15 minutos). Se les dará la bienvenida a todos los presentes y se iniciará la sesión hablándoles sobre la importancia del realismo filosófico para comprender mejor el estudio de las distorsiones cognitivas y la necesidad de entender los errores bajo la visión de la economía conductual y de las terapias de segunda generación.

Para darle continuidad a las ideas se debe señalar nuevamente como repaso:

- Que las terapias de reestructuración tienen como base la cognición para evaluar o interpretar racionalmente los eventos distorsionados que determinan las emociones.
- Para explicar parte de la irracionalidad estos mecanismos, surgen las ideas de Kahneman (sistema 1 y sistema 2).

Se debe explicar que el modelo epistemológico con el que trabajan los puntos anteriores se conoce como realismo, el cual consiste en reconocer la existencia de una realidad objetiva y de una realidad "psicológica", y de confrontar

permanentemente a la segunda con la primera. La importancia de esto a diferencia de otros campos de conocimiento radica en que para tener la oportunidad de intervenir de forma más precisa en los errores de pensamiento es necesario aproximarse al mundo reconociendo que hay una realidad más objetiva que la propia para reconocer nuestras respectivas limitaciones acorde a la percepción que tenemos del mundo.

PASO 2: (15 minutos). Se sugiere mostrar el video de Youtube “Why saying “I don't know” is a key to success | Poker champion Annie Duke” (2008). Para ilustrar el paso anterior.

PASO 3: (5 minutos). Se les preguntará a los participantes su opinión acerca del video y se les hablará de la necesidad de identificar nuestras propias limitaciones descubiertas desde la economía conductual para comenzar a ilustrar ciertos errores de pensamiento y poder realizar mejores decisiones. Principalmente desde el hecho de reconocer los momentos en donde “no sabemos”.

Nota: La importancia de decir “no sé” es la idea central en la que se centra el video.

PASO 4. (30 minutos): Una vez explicado esto se agregan los siguientes puntos:

De acuerdo con Kahneman (2012) para adquirir confianza en un grado de experticia que permita establecer mejores juicios sobre algo deben cumplirse dos principios:

- “Un entorno que sea lo suficientemente regular para ser predecible”
- “Una oportunidad de aprender estas regularidades a través de la práctica prolongada”.

Nota: Se les puede preguntar directamente por ejemplos de entornos regulares en donde sea posible desempeñarse.

En el caso de la práctica clínica se debe señalar que hay entornos que permiten cumplir con los dos principios señalados para desarrollarse, es decir, un entorno predecible y en el que se puedan realizar prácticas prolongadas. Sin embargo, no siempre suele ser así en todas las áreas lo cual nos vuelve más proclives a desarrollar más sesgos de los que pensamos, principalmente cuando creemos que sabemos de ciertos temas.

Como ejemplos se puede mencionar: Que en el temblor del 19 de septiembre del 2017, una gran mayoría de psicólogos en otras áreas (e incluso dentro de clínica) pretendían proporcionar sus servicios de atención telefónica sin una capacitación previa para hacerlo, lo cual podía ser potencialmente perjudicial, pues aunque un psicólogo estudia sobre diferentes temas y áreas a lo largo de su formación, la práctica sobre temas específicos necesitan tener una capacitación adecuada antes de llevarse a cabo (como el ser capaz de atender u orientar a otras personas en situaciones de crisis por teléfono). Hay áreas a dominar que son más específicas de las que podríamos pensar, lo cual nos hace proclives a creer que sabemos más de lo que imaginamos, este tipo de sesgo dentro de la

economía conductual es conocido como 'exceso de confianza' el cuál se verá más adelante.

Como detalle adicional se debe mencionar que frecuentemente desconocemos los efectos de algunas acciones en las cuales no estamos capacitados aún si las intenciones son positivas en otro tipo de contextos, por ejemplo:

Tras los altos índices de contaminación que surgieron en la ciudad de México hace algunos años, se propuso un plan para limitar el uso de los automóviles y para ello se propuso que las terminaciones de sus placas sólo podían emplearse en ciertos días de la semana de tal manera que esto disminuyera el uso cotidiano de carros para incentivar el uso del transporte público, sin embargo el efecto que tuvo fue un aumento creciente de la compra de automóviles para que los conductores pudieran circular en días diferentes. (Ejemplo sacado de Levitt y Dubner, 2014).

En este caso el impacto de un programa de políticas públicas puede realizarse esperando un cambio positivo desde el principio, pero esto no garantiza que el resultado sea favorable si se desconoce el área que se está tratando o simplemente si el futuro resulta menos predecible de lo que se puede llegar a creer.

Otro ejemplo de esta naturaleza es el de las guarderías en Israel, en el que se estableció que los padres que recogieran tarde a sus hijos en las guarderías debían de pagar una multa de hasta dos dólares en caso de tardar hasta media

hora, sin embargo, esto ocasionó que los padres empezaran a recoger más tarde a sus hijos porque les resultaba más barato que una cuidadora y tranquilizaban sus conciencias (Ejemplo sacado de Levitt y Dubner, 2006).

Como reflexión se puede agregar que inevitablemente tendrán que tomar decisiones en las que no estamos capacitados o no sabemos lo que pasará, pero es necesario reconocer cuando en realidad tenemos desconocimiento de algunos temas, procesos, práctica o conocimientos en los que estamos realmente limitados.

Se puede mencionar adicionalmente que de acuerdo con Levitt y Dubner (2014), autores de algunos libros de economía conductual, "Pensar a lo grande es por definición un ejercicio de imprecisión o incluso de especulación". (p. 90).

Nota. El instructor puede dar al menos dos ejemplos adicionales si lo desea.

PASO 5. (25 minutos): Se les informará sobre los sesgos más reportados dentro de la economía conductual; después de mencionar cada sesgo y su respectivo ejemplo se les puede pedir otro ejemplo adicional.

De acuerdo con las investigaciones realizadas en el campo de la salud según Ludoph y Shultz (2017) son los siguientes:

Framing effect (Efecto de encuadre): "Los principios psicológicos que gobiernan la percepción de los problemas de decisión y la evaluación de

probabilidades y resultados producen cambios predecibles de preferencia cuando el mismo problema se enmarca de diferentes maneras".

Ejemplo: Según la OMS (en los reportes del Foro Consultivo Científico y Tecnológico 2018) la incidencia en depresión a nivel mundial era del 17%, sin embargo el mensaje podría resultar más tranquilizador al mencionar que el 83% de las personas a nivel mundial estaban libres de depresión, siendo que es el mismo mensaje pero invertido en las tasas del porcentaje.

Optimistic bias: (Sesgo optimista) Según la creencia popular, las personas tienden a pensar que son invulnerables. Esperan que otros sean víctimas de la desgracia, no ellos mismos. Tales ideas implican no solo una visión esperanzadora de la vida, sino un error de juicio que puede calificarse de optimismo poco realista.

Ejemplo: De acuerdo con Sharot (2011) se tienden a subestimar las posibilidades de adquirir un divorcio, tener un accidente automovilístico o padecer cáncer. También se suele esperar vivir más de lo que las medidas objetivas justificarían, a sobreestimar el éxito en el mercado laboral y a creer que los hijos serán especialmente talentosos.

Base rate neglect, (Abandono de la tasa base, también conocido como negligencia del denominador y razonamiento pseudo diagnóstico): se refiere a la tendencia de las personas a prestar demasiada atención a los numeradores en las proporciones (es decir, el número de veces que ha ocurrido un evento objetivo) y

la insuficiente atención a los denominadores (es decir, las oportunidades generales para que suceda).

Ejemplo: Alguien que desarrolle un miedo irracional a morir en un accidente de avión podría ignorar el hecho de que es 86 veces más probable morir en un accidente automovilístico según el Consejo Nacional de Prevención de Riesgos (National Safety Council).

Hindsight bias (Sesgo retrospectivo): Reportar el resultado de un evento produce un aumento injustificado en su previsibilidad percibida, ya que parecía haber sido más probable de lo que realmente era.

Ejemplo: Arkes (2013) menciona que las causas de muerte resultan difusas y frecuentemente incorrectas para los médicos cuando se les relatan los mismos síntomas si no han recibido el informe de la autopsia, pero en cambio resultan obvias una vez que se obtienen los datos e incluso pueden creer que su diagnóstico era muy sencillo desde un principio. Podría pensarse como algo evidente una vez que pasó aunque no fuera realmente previsible.

Overconfidence (Exceso de seguridad): Es la sobrevaloración de un individuo de sus propias habilidades, conocimiento o juicio.

Ejemplo: De acuerdo al trabajo de Berner y Graber (2008) se refleja un estudio en el que “los médicos que decían estar “completamente seguros” de su diagnóstico estaban equivocados en el 40% de los casos, según el resultado de las autopsias”.

Anchoring bias (Sesgo de anclaje): Se presenta cuando las personas realizan estimaciones partiendo de un valor inicial que se ajusta para obtener la respuesta final. El valor inicial, o punto de inicio, puede ser sugerido por la formulación del problema, o puede ser el resultado de un cálculo parcial.

Ejemplo: para el estudio de este sesgo Fariña, Arce y Novo (2002), encontraron que la mayoría de las sentencias realizadas dentro de las Audiencias Provinciales y Juzgados de lo Penal de la Comunidad Autónoma Gallega encontraban como “culpables” a los acusados siempre que se pedía una petición de la fiscalía o, si se trataba de una apelación, en la decisión judicial previa. Es decir, al pensar con antelación en la culpabilidad implícita dictada por los procesos, se consideraban las interpretaciones de los jueces sólo a partir de la culpa al establecerla como punto de partida.

Un segundo ejemplo a nivel sensorial son las ilusiones ópticas que sugieren engañosamente que el tamaño de un objeto es mayor o menor dependiendo del acomodo y forma de otro objeto colocado a un lado de este, lo cual genera la ilusión al comparar los tamaños “anclando” una imagen con otra. (Ariely, 2008,)

Availability bias (sesgos de disponibilidad): Son situaciones en las que las personas evalúan la frecuencia de una clase o la probabilidad de un evento por la facilidad con la que se pueden recordar las instancias o los sucesos”.

Ejemplo: Según, Vázquez, (1985) el estado de ánimo puede afectar al tipo de información que pueden acceder fácilmente, en el caso de las personas deprimidas, estas tienden a sobreestimar la verdadera probabilidad de aparición

de sucesos favorables y ha subestimar la aparición de sucesos desfavorables. La facilidad con la que tienen acceso la información en ese momento afecta el juicio para considerar una interpretación racional.

Impact bias (Sesgo de impacto): "... las personas sobreestiman la intensidad y la duración de sus reacciones emocionales ante eventos futuros, incluso cuando saben qué es lo que probablemente conlleve el evento futuro y no se encuentran en un estado emocional particularmente "caliente" o "frío" en el momento de realizar su pronóstico. "

Ejemplo: La investigación de Mellers and McGraw, (2001) sugiere que las personas sobreestiman cuán infelices estarán después de muchos meses luego de un rompimiento amoroso; o que las mujeres tienden a sobreestimar cuán infelices estarán si recibieran un resultado indeseado en un test de embarazo

Confirmation bias (Sesgo de confirmación que incluye sesgos relacionados, como pruebas de hipótesis positivas, satisfacción de búsqueda, cierre prematuro): Es la tendencia a percibir más apoyo para las creencias [anteriores] de lo que realmente existe en la evidencia en cuestión", e incluso "ignorar, descartar, o selectivamente a reinterpretar la evidencia que los contradice" Este es el sesgo cognitivo más estudiado y señalado en los estudios sobre distorsiones cognitivas a nivel social.

Generalmente tendemos a brindar una explicación a cada evento que sucede que permita confirmar o dar un porqué de la versión incluso dentro de la ciencia, la política y la salud. Por ejemplo: "La estadística arroja muchas

observaciones que parecen pedir explicaciones causales, pero que ellas mismas no nos guían hacia tales explicaciones. Muchas cosas que suceden en el mundo son debidas al azar, incluidos los accidentes de los muestreos. Las explicaciones causales de acontecimientos aleatorios son inevitablemente falsas”. (Kahneman, 2012).

Por ejemplo: A partir de los sismos constantes producidos en México algunas personas comenzaron a creer que tenían la capacidad de pronosticar su posible aparición pues emitían predicciones ambiguas de posibles fechas de aparición, cuando fallaban se les restaba importancia, pero cuando acertaban en una fecha cercana optaban por pensar que podían anticipar cualquier evento de la misma naturaleza.

El sesgo descubierto por Dunning y Krueger (1999), también conocido como efecto Dunning-Krueger, que sugiere que “las personas tienden a tener puntos de vista demasiado favorables sobre sus habilidades en muchos dominios sociales e intelectuales” (...) No solo estas personas llegan a conclusiones erróneas y hacen desafortunadas elecciones, sino que su incompetencia les roba la capacidad metacognitiva para realizarlas”,

Nota: Para explicar este paso y hacerlo a una velocidad moderada, es necesario explicar su contenido con el uso forzoso de una presentación digital, proyector y pizarrón. Los ejemplos son opcionales si se pueden proporcionar muchos otros, si los participantes desean dar algunos ejemplos mientras se dan explican los suyos, enriquecerá la sesión.

PASO 6. (20 minutos): Se les hablará sobre el tema de heurísticos mencionando inicialmente que no siempre es necesario, para algunos autores, mantenerse conscientes de cada decisión e información a su alrededor (que vieron previamente en la sesión 2), los procedimientos que se usan para resolver algunos contextos con resultados exitosos en dominios de la salud son de uso automático y se conocen como heurísticos:

Son procedimientos que proveen ayuda en la solución de un problema, pero no de manera justificada. Son juicios intuitivos, que se basan en el conocimiento parcial, en la experiencia o en suposiciones que a veces son correctas y otras veces erradas, no existe una seguridad absoluta y lógica, sobre los mismos.

Algunos ejemplos son: Heurísticos (Recognition-Bases Decision Making): Una clase de heurísticos que basan sus juicios únicamente en el reconocimiento de la información ignorando otras señales. Por ejemplo:

Heurístico de reconocimiento: Este señala que ante dos opciones por elegir debemos decidirnos por aquella que podamos reconocer, de tal forma que aquella que nos resulte más familiar tendrá el criterio más alto.

Por ejemplo: El refrán “más vale malo conocido que bueno por conocer”, sugiere dentro de sus limitaciones que es más fácil tomar decisiones sobre lo que ya se conoce, asegurando sin mucho esfuerzo un resultado favorable.

Heurístico de Fluidez: Cuando dos opciones son reconocidas al mismo tiempo, aquella que haya sido reconocida más rápidamente, adquirirá un criterio

más alto que nos facilite la elección. Para identificar este heurístico se ha de tomar en cuenta la velocidad en la que recordamos la información sobre una cosa, así como la percepción de la rapidez que tuvimos para acordarnos.

Por ejemplo: Al recordar un dato o manejar una situación aparentemente desconocida, es posible optar por aquella que suscite una sensación más familiar pues en parte habrá un manejo o pista recurrente de la situación que permita resolver o elegir mejor entre las opciones posibles incluso si se desconoce el resultado.

Heurístico Toma-El-Primero (Take The First): el cual dice que ha de tomarse la primera alternativa que venga a la mente, este es especialmente empleado con profesionales o expertos en juegos como en el basquetbol.

Por ejemplo: cuando el tiempo y la situación se encuentran muy limitados y debe tomarse una decisión se puede optar de manera instintiva por aquella “intuición” que guíe la decisión basada en la práctica o experiencias adquiridas previamente.

Heurísticos (One-Reason-Decision): Esta es una categoría que pertenece a aquellos heurísticos que están basados en usar una única pista “inteligente” que deshecha el uso del resto de las opciones, de acuerdo a sus autores, estos heurísticos empleados para realizar inferencias, permiten aproximarse a mejores resultados y pueden encontrarse en diversas áreas.

Heurístico Take-The-Best: consiste en buscar una pista que consideremos como más valiosa respecto a otras, para ello debemos detenernos al encontrar la

primera pista que pueda discriminada por su valor sobre otras, e inferir que la alternativa a la que se le dio su respectivo valor, es la correcta. Sin embargo, la confianza que se tiene en este heurístico debe tener en consideración su respectivo grado de complejidad al momento de encontrar el orden y el valor de las pistas. Este heurístico es comúnmente encontrado al hacer uso de diagramas denominados “fast-and-frugal-tree” que evalúan opciones de reconocimiento mediante un “sí o no”, y cuando se tiene contemplada la opción a elegir se propone un marco de acción de acuerdo con el resultado de esas operaciones.

Por ejemplo: Elaborar un diagnóstico diferencial con muchas posibles variables ha resultado ser eficaz y preciso en decisiones médicas para intervenciones de urgencia (Gigerenzer y Marewski, 2012).

Heurísticos Trade-off: Es una categoría de heurísticos que consisten en elegir con base en la cantidad de pistas encontradas, pero ignorando el peso o valor de cada una de ellas, después de ello se deben realizar estrategias compensatorias. Por ejemplo:

Heurístico Tallyng: consiste en contar el número de pistas encontradas que favorezcan una alternativa en comparación con otras.

El proceso se divide en 3:

1. Regla de búsqueda: buscar a través de señales en cualquier orden.
2. Regla de detención: detener la búsqueda después de cierto número antes de alcanzar el total de pistas. Si el número de señales positivas es igual

para ambas alternativas, se opta por buscar otra señal. Si no se encuentran más señales, se escoge una al azar.

3. Regla de decisión: decidirse por la alternativa que se ve favorecida por más señales.

Por ejemplo: Ante la ausencia de señales claras para un paciente que sea proclive a suicidarse, se puede optar por contar la cantidad de pistas generales que se detecten en un rango de tiempo para decidir si puede o no mantenerse con vida, si se alcanza a notar un número considerable de señales que indiquen un número similar entre las dos posibilidades (vivir o morir), se debería optar por buscar más. Una vez localizadas, se debe decidir por la señal con más pistas. En este ejemplo al tratarse de un suicidio, un psicólogo o psiquiatra debería ponderar si la diferencia de pistas para ambas opciones es realmente considerable para evitar elegir al azar.

Nota: Para más información en caso de que quieran profundizar en el tema se les puede recomendar que vean el video: “How do smart people make Smart decisions” en Youtube o en TedxTalks.

PASO 5. (10 minutos): Se les darán consejos sintetizados de la tabla *Educational and workplace strategies for cognitive debiasing* de (Croskerry, Singhal, Mamede, 2013) que se puede mostrar en una presentación o archivo en Word para la mejora de decisiones principalmente en el ámbito clínico, los cuales se les puede sugerir que los anoten si así lo desean:

PASO 7. (Menos de un minuto): Se les mencionará que se verán estrategias más elaboradas por diferentes autores en la siguiente sesión y se les dará la despedida.

Tabla 1.

Estrategias educativas y laborales para el debiasing cognitivo

Estrategia	Comentario	Ejemplos
Lugar de trabajo (Workplace)	<p>Obtenga más información.</p> <p>Las heurísticas y los sesgos a menudo surgen en contextos en donde la información es insuficiente.</p> <p>La precisión diagnóstica está relacionada con la minuciosidad de la adquisición de la pista Elstein , Shulman, Sprafka (1978)</p>	<p>Cuanto mayor sea el número de atributos que se puedan identificar de un problema mayor será la probabilidad de seleccionar la mejor alternativa Umanath, Vessey (1994).</p>
Adquisición de datos estructurados (Structured data acquisition).	<p>Forzar la adquisición deliberada de datos puede evitar los "diagnósticos débiles" (Campbell, 1998; Silen 1979) al garantizar que se consideren los síntomas menos obvios.</p>	<p>Tradicionalmente, la adquisición de datos se ha realizado mediante el establecimiento de una lista de diagnóstico diferencial y, más recientemente, mediante el uso de una herramienta de lista de verificación de diagnóstico diferencial (Diagnostic Checklist. 2011. http://pie.med.utoronto.ca/dc/)</p>
Desviación afectiva (Affective debiasing)	<p>Prácticamente toda la toma de decisiones implica cierto grado de influencia</p>	<p>Croskerry, Abbass, y Wu, (2010) Recomiendan disponer de una descripción general de los sesgos</p>

	afectiva.	afectivos y sus recomendaciones para la eliminación de fallas.
	Muchos de los sesgos afectivos están conectados. Los tomadores de decisiones a menudo no son conscientes de las influencias afectivas en la toma de decisiones (Whaley, Geller 2007; (Vohs, Baumeister, Loewenstein, 2007)	La combinación de sesgos como el de impacto, el de encuadre o de confirmación trabajan mediante las influencias afectivas que son ignoradas o subestimadas.
Metacognición, desacoplamiento, reflexión, atención plena (Metacognition, decoupling, reflection, mindfulness)	Realizar una desconexión deliberada o desacoplamiento de los juicios intuitivos y la participación en los procesos analíticos para verificar las impresiones iniciales (Croskerry, Singhal, Mamede, 2013)	En los estudios de Mamede , Penaforte ,Schmidt, (2008) se demostró que reflexionar deliberadamente sobre los diagnósticos iniciales condujo a realizar mejores diagnósticos en casos difíciles.
Ralentización de las estrategias (Slowing down strategies)	La precisión se ve afectada cuando los diagnósticos se hacen demasiado pronto y mejoran con la ralentización.	Planificar un tiempo muerto en la sala de operaciones conduce a una mejora del juicio y la atención en momentos críticos de las cirugías (Moulton, Regehr, Mylopoulos et al., 2007); (Moulton, Regeh, Lingard, et al., 2010).
Sé más escéptico (Be more sceptical)	Una tendencia en el pensamiento humano es creer en lugar de no creer. El procesamiento del tipo 1 se produce al ver algo más predecible y coherente de lo que es.	Una técnica de la mejora de la precisión del juicio titulada “Dialectical Bootstrapping” (Herzog y Hertwig, 2009) es un ejemplo de la necesidad de pensar que se puede estar equivocado para

		contrarrestar o afinar un juicio.
Recalibración (Recalibration)	Cuando el tomador de decisiones anticipa riesgos adicionales, la recalibración puede reducir el error.	Cuando se anticipa un sesgo (por ejemplo, comorbilidades médicas en pacientes psiquiátricos), el 45% de los tomadores de decisiones pueden recalibrar su decisión.
La estrategia de decisión grupal (Group decision strategy)	Buscar opiniones de otros en situaciones complejas puede ser valioso. La sabiduría de la multitud, a veces, es mayor que un tomador racional de decisiones individuales (Surowiecki, 2005).	La racionalidad de un grupo ha demostrado superar la racionalidad individual en estudios con juegos experimentales (Bornstein, Yaniv, 1998).
Responsabilidad personal (Personal accountability)	Cuando las personas saben que sus decisiones serán examinadas y se les asigna más responsabilidad, su rendimiento puede mejorar.	En un estudio los participantes que sabían que estarían justificando sus respuestas obtuvieron mejores resultados que los participantes que pensaron que sus respuestas fueron anónimas (Tetlock, Kim, 1987).

Nota 1. Extracto de la Tabla: “*Educational and workplace strategies for cognitive debiasing*” adaptado de: “*Cognitive debiasing 2: Impediments to and strategies for change*” de Croskerry, P., Geeta S., y Mamede, S. (2013), p. 67.

SESIÓN 4. Estrategias específicas para la toma de decisiones y mejora del juicio.

Objetivos de la sesión

Al finalizar la sesión, los participantes:

a) Conocerán estrategias centradas en la adquisición de herramientas para poder observar y abordar un problema desde diferentes perspectivas.

b) Adquirirán estrategias que les permitan identificar posibles distorsiones que sean producidas por el ambiente o contexto, y que les facilite una mejora en la toma de decisiones y en los juicios.

c) Se generarán algunas dinámicas relacionadas con las estrategias que se verán durante el la sesión.

Resumen del módulo

Se abarcarán diferentes estrategias por teóricos de la economía conductual para la una mejora del juicio y toma de decisiones, junto con diferentes dinámicas que los incentiven a participar durante la sesión.

Duración del módulo

2 horas.

Preparativos y material

• rotafolios • marcadores • pizarrón • presentación con diapositivas de PowerPoint • Plumones para pizarrón • USB • Proyector • hojas en blanco de acuerdo al número de participantes (una por cada uno).

Procedimiento paso a paso

PASO 1. (20 minutos): Se les dará la bienvenida al taller y se les hablará sobre las estrategias propuestas por Soll, Jack y Milkman, Katherine y Payne, John (2014) diciéndoles que estas constituyen parte de la aportación que los teóricos de la economía conductual han recolectado poder observar y abordar un problema desde diferentes perspectivas.

PASO 2 (30 minutos): Se les dará una hoja en blanco en la cual deberán anotar su nombre. Al término de cada ejemplo y explicación de una estrategia se les debe pedir que piensen en un ejemplo simple en el que podrían aplicarla y lo escriban en la hoja.

Las estrategias a mostrar son:

Alternativas generadoras

Tener un buen conjunto de alternativas entre las cuales elegir es al menos tan importante como elegir con prudencia. Las personas generan más alternativas cuando sus objetivos de decisión se consideran uno a la vez en lugar de todos de una vez. En los experimentos de Keeney (2012) se concluye que:

Enriquecer un objetivo con otras posibilidades de elección puede llevar a la resolución de un problema a nivel cotidiano que las personas no puedan contemplar bajo sus propios paradigmas.

Al centrarse en diferentes objetivos de manera secuencial, un tomador de decisiones puede adoptar una nueva perspectiva con cada intento que realice tras generar alternativas, lo cual probablemente llevará a la generación de un conjunto diverso de opciones que cubran múltiples categorías de soluciones.

Por ejemplo: Una familia que decida ir de viaje puede considerar como objetivo principal “viajar”, en cambio, si el objetivo es divertirse o “pasarla bien” la realización de actividades podría ser radicalmente distinta restando importancia a la necesidad de viajar o de hacerlo de forma diferente.

La principal herramienta en esta estrategia radica en observar detenidamente los objetivos para los que están destinadas varias de las acciones empleadas para una decisión y fomentar una manera creativa o diferente de resolver algo que se asumía por naturaleza.

Es necesario aclarar que tener muchas opciones no siempre resulta la mejor de las soluciones y que esta estrategia debe emplearse para buscar diferentes maneras de formular una visión sobre la forma de abordar un problema. Schwartz (2005) señala que tener un exceso de opciones puede paralizar a una persona a tomar una decisión o tomarla equivocadamente, y que el hecho de comparar constantemente una opción con otra genera sentimientos de insatisfacción.

Optimismo templado

En cualquier nuevo emprendimiento, las personas a menudo sobreestiman sus posibilidades de éxito (Moore y Healy, 2008). Esto se debe a una tendencia a centrarse de manera demasiado limitada en la evidencia que apoya una hipótesis inicial (a menudo preferida) y en infraponderar la evidencia contradictoria". Siendo esta una de las principales características dentro del sesgo de confirmación y disponibilidad. Kahneman (2012) desarrolló gran parte de sus investigaciones para referirse al comportamiento del sistema 1, en el que se suele saltar a las conclusiones con escasa información sin contemplar que pueda existir más información, el cuál denominó "What You see is all there is" (WYSIATI) para alertar que "nuestro sistema asociativo tiende a decidirse por un modo coherente de activación y suprime la duda y la ambigüedad" (p. 120).

Para combatirlo la propuesta consiste en "pensar en lo contrario" mediante la articulación de razones por las que una respuesta inicial podría ser incorrecta, o por las que una idea de proyecto podría fallar "(Koriat, Lichtenstein, y Fischhoff, 1980). Russo y Schoemaker (2013) proponen establecer un enfoque en retrospectiva que invite a imaginar una visión negativa del futuro para identificar y anticipar las posibles causas del fracaso en el futuro.

Por ejemplo: Al planificar un plan o proyecto de vida, el exceso de optimismo podría generar justo el efecto opuesto si no se contemplan firmemente las posibles causas de su fracaso con antelación.

Este ejemplo puede combinarse con las “alternativas generadoras”, de tal manera que se pueden establecer objetivos nuevos pero negativos y realistas que permitan establecer nuevas formas de prevención o una diferente aceptación ante el fracaso sin caer necesariamente en el pesimismo.

Mejora de la precisión del juicio

Cuando muchas personas emiten juicios, una manera bastante efectiva de combinarlos (para establecer un juicio más preciso) es ponderarlos por igual, tomando un promedio simple o aplicar la regla de mayoría (Clemen, 1989).

Esta idea reconocida por los autores como “sabiduría de las multitudes” y establecida también dentro de los heurísticos propuestos por Gigerenzer y Gaissmaier (2011) ha resultado aplicable en diferentes contextos y puede ser utilizada también para estimar cantidades, el promedio proporciona beneficios cada vez que las suposiciones individuales se unen a la verdad (es decir, con algunas conjeturas en ambos lados), por lo que los errores altos y bajos se anularán (Larrick, Mannes y Soll, 2012). Además, también puede ser usada con una sola persona, y puede llevarse a cabo al estimar un juicio sobre algo en diferentes momentos para que la persona pueda “recuperar de la memoria muestras de evidencia algo diferentes y brindar respuestas diferentes”.

Ejemplo: Al desconocer el diagnóstico de un paciente lo más recomendable sería preguntar a diferentes expertos en el tema para evaluar su conclusión y tener un análisis más certero, usando el “promedio” de su opinión, eligiendo aquella que se repita o aquella que pueda situarse entre las respuestas dadas.

Ejemplo de una sola persona: Para decidir el contenido de un mensaje importante se puede evaluar su contenido en diferentes momentos del día y promediar las opiniones personales en lugar de tomar la última (o la primera) opinión que se tomó.

“Este método podría ayudar a compensar la poca capacidad de decisión debido a la fatiga o la presión del tiempo porque los errores no sistemáticos producidos por estos factores tenderán a cancelarse cuando las estimaciones se promedian”. (Soll, et al, 2014), Sin embargo, hay que recalcar sus límites pues “si los observadores comparten un sesgo, la agregación de juicios no lo reducirá. Si se permite a los observadores influir efectivamente unos con otros, el tamaño de la muestra se reduce, y con él la precisión de la estimación del grupo”. (Kahneman 2012, p. 116), por lo que se recomienda mantener a cada juez o persona involucrada alejada mientras se toma su opinión, motivo imposible de llevar a cabo en algunos contextos públicos.

PASO 3. (20 minutos): Se les pedirá que se dividan en equipos de 3 participantes y compartan entre sí, las estrategias de las han formulado hasta el momento, así como aquellas más relevantes para cada uno, se les darán 10

minutos aproximadamente para que puedan formularla y una vez hecho esto se les pedirá que compartan al menos tres de sus ejemplos a los demás.

PASO 4. (25 minutos): Ahora se les mencionará que se les darán a conocer otras estrategias comprobadas empíricamente que están orientadas al ambiente o contexto en el que pueden desarrollarse los sesgos, los puntos principales a tratar son:

Según Soll, et al (2014) “Las modificaciones a los entornos de decisión pueden ser un enfoque más prometedor para aumentar la preparación para la toma de decisiones. La importancia de establecer un ambiente que favorezca el juicio y la capacidad para tomar decisiones se vuelve una necesidad al reconocer las limitaciones cognitivas con las que contamos cuando somos vulnerables a una situación. Para Pronin, Gilovich, y Ross, (2004), las personas tienen un punto ciego para sus propios sesgos, incluso cuando ellos detectan frecuentemente esos mismos sesgos de forma correcta en otros.

Incentivos

Proporcionar incentivos a la gente bajo determinadas circunstancias podría brindarles un motivo para pasar de un sistema 1 a un sistema 2 actuando deliberadamente. Un incentivo para realizar adecuadamente una tarea también aumenta la aplicación y precisión del conocimiento idiosincrático (Arkes, Dawes, y Christensen, 1986).

Una forma de incentivar el comportamiento y el uso de los recursos mentales se puede dar a través de la “responsabilidad” que se les da a las

acciones que se realizan, cuando la responsabilidad por cumplir con una tarea exige una alta demanda, la motivación por evitar equivocarse también puede aumentar (Lerner y Tetlock, 1999).

Por ejemplo: Las personas que piensan o saben que son observadas pueden ser más exactos en la forma en la que se desempeñan, pueden invertir más esfuerzo en resolver un problema y es más probable que lleguen a una solución.

Valores predeterminados

Cuando se establece en el contexto un valor predeterminado que brinda la posibilidad de hacer una elección la incidencia con la que se elige dicha opción puede aumentar considerablemente.

Por ejemplo: en los países donde la donación de órganos aparece como una opción seleccionada por *default* y los ciudadanos deben tomar la decisión de no hacerlo, las tasas de donación son aproximadamente 90 puntos porcentuales más altas que en los países como Estados Unidos en donde los ciudadanos deben optar por convertirse en donantes (Johnson y Goldstein, 2003).

Brindarles la oportunidad a las personas para optar elegir un valor positivo predeterminado que sea necesario en sus vidas podría acrecentar sus posibilidades para vivir mejor. Esta técnica funciona porque aprovecha la inercia para elegir una opción, y puede obligar a participar a quienes posponen las cosas, están preocupados, o se mantienen ajenos a una situación.

Mensajes de planificación

Incitar a la elaboración detallada de un plan que determine la hora, el lugar y cómo se realizará dicha acción resulta mucho más eficaz para combatir tanto el olvido como la procrastinación. Soll, et al (2014) menciona que las pautas de planificación se han utilizado con éxito para aumentar resultados importantes, incluidos el ejercicio los plazos de entrega y el tratamiento de vacunación contra la gripe.

Por ejemplo: Ariely (2008), propuso a un grupo de estudiantes que debían entregar diferentes trabajos escolares en una fecha que ellos eligieran, a otro grupo con fechas previamente delimitadas y a otro sin fechas límite, las mejores notas y la entrega de trabajos resultaron más favorables en aquellos grupos que estaban delimitados por las fechas, las notas fueron moderadamente buenas cuando los estudiante tuvieron la oportunidad de elegir, y con un desempeño más bajo cuando no tenían límite de entrega.

Interrupciones planeadas

Generar interrupciones programadas durante una actividad puede fomentar un uso deliberado y reflexivo del pensamiento que no ocurriría si la actividad se presenta de manera ininterrumpida.

Por ejemplo: realizar algunas pausas en actividades que resultan placenteras (como el consumo de chocolates o en apuestas) permite un aumento del control en su consumo, así como una mejora de los tiempos de decisión y el recuerdo (Cheema y Soman, 2008).

Elija por adelantado

Se refiere a tomar una decisión anticipadamente de tal manera que ante una situación esperada se produzca una respuesta fija basada en la reflexión y no en la improvisación esto permite a las personas interpretar de manera diferente un evento, así como evitar decisiones sesgadas.

Como segundo beneficio, esta estrategia fomenta el empleo de pensamientos más abstractos, simples, ordenados, y relevantes (Trope y Liberman, 2003).

Por ejemplo: Al ir de compras se puede tener la idea de gastar estrictamente lo necesario para ahorrar dinero y tiempo, para ello se puede pensar anticipadamente que habrá más distractores como otros productos o vendedores que intenten persuadir a las personas, por lo que se puede optar por una respuesta fija como caminar más rápido para ignorar dichos productos y usar alguna muletilla como “no me interesa, gracias” cuando un vendedor se acerque.

Pre-compromiso.

Consiste en elegir pensando en el futuro, de manera que las elecciones que se hagan en el presente no puedan ser deshechas o acompañen una penalización en caso de que se quieran arrepentir. Esta estrategia es particularmente valiosa en ambientes donde los problemas de autocontrol orillan a las personas a realizar elecciones a corto plazo, en contra de sus intereses a largo plazo.

Por ejemplo: Se puede elegir ser inmovilizado o encerrado para evitar el contacto con las drogas y superar el síndrome de abstinencia.

Otro ejemplo, un buffet obliga a los consumidores a elegir el consumo de alimento necesario acorde al precio previamente establecido el cuál llevará por si mismo una penalización en caso de no aprovechar o desperdiciar la comida.

Agrupar la tentación.

Esta estrategia se basa en establecer un compromiso entre realizar una actividad gratificante y un comportamiento que fomente beneficios a largo plazo para la persona. De tal forma que ante la presencia de uno se debe llevar el otro a cabo de manera simultánea.

Por ejemplo: Establecer que el número de horas destinadas a un juego o actividad placentera corresponderá de manera proporcional a realizar una tarea o comportamiento necesario. Por cada 2 de horas de juego, una hora de estudio, estableciendo un compromiso previamente.

Encuadrar los mensajes apropiadamente.

La manera en la que se exponen los mensajes determinará la influencia que estos pueden llegar a tener, esta estrategia parte de las teorías planteadas por Kahnmann y Tyversky, y sugiere que existe una tendencia a evitar la pérdida más que optar por la ganancia aun cuando ambas tengan el mismo valor. Según Rothman y Salovey (1997) los mensajes orientados en transmitir la pérdida suelen tener más influencia para promover comportamientos de detección de

enfermedades, y los mensajes enmarcados en la ganancia son superiores para promover comportamientos de prevención de enfermedades

Por ejemplo. Un mensaje orientado en promover la detección de cáncer de colon puede tener más éxito al enfocarse en evitar posibles pérdidas (por ejemplo, "Ayudar a prevenir el cáncer" en lugar de "ayuda a mantener un colon saludable"), mientras que un mensaje para promover el ejercicio puede ser más efectivo al centrarse en obtener los beneficios (por ejemplo, "la esperanza de vida aumenta").

Transmitir normas sociales.

Se basa en la premisa de que los individuos tienen una tendencia a seguir o imitar los comportamientos típicos observados o descritos de otros (Cialdini, Kallgren y Reno, 1991). Esta estrategia sugiere que se puede generar una influencia deseada si el mensaje que se logra transmitir se concentra en una conducta popular y alcanzable acorde a la aceptación del grupo social en general.

Por ejemplo: Según los resultados de Alcott (2011) los residentes a los que se les proporcionó información mediante facturas sobre el uso de energía que tenían sus vecinos, lograron reducir su consumo de energía en un 2% pues al tener acceso a otros datos podían comparar su propia conducta y someterse a una norma social.

PASO 5. (14 minutos): Se les invitará a elegir con los equipos que formaron antes 2 o 3 de las estrategias que se vieron y plantear como podrían

implementarlas en un contexto real o ficticio con 2 ejemplos adicionales. Luego de 10 minutos se les invitará a que compartan sus ejemplos formulados al grupo.

PASO 6. (10 minutos): Se les mencionará que para la última sesión se verán algunas estrategias de autocuidado básicas en la próxima sesión que se relacionan con el funcionamiento del sistema 2, para justificar el uso del autocuidado, se debe cubrir lo siguiente.

Es posible tener una mejora de la toma de decisiones o juicios más claros cuando las personas son capaces de realizar conductas de autocuidado, por ello se considerará importante incluir algunas herramientas de autocuidado siendo que estas constituyen, junto con el ambiente y el afrontamiento personal de la información, requisitos necesarios para combatir los sesgos que puedan deberse a la fatiga, estrés o irritabilidad.

Es preciso reiterar la labor de los psicólogos clínicos o terapeutas como una de las profesiones en riesgo de desgastarse de variadas maneras (Cazabat, 2002; Figley, 1999; McCann y Pearlman, 1990; Moreno-Jiménez, Garrosa, Morante, Rodríguez, y Losada 2004; Sabo, 2006 citados en Betta., Morales., Rodríguez, y Guerra, 2007).

Oltra (2013), advierte sobre necesidad de que “la persona sea capaz de reconocerse como un ser vulnerable, en riesgo de ser afectada emocionalmente por su trabajo y su dedicación, y en ello sea capaz también de encontrar las mejores herramientas para su cuidado personal”

PASO 7. (1 minutos): Se les preguntará su opinión acerca de las estrategias vistas durante la clase y se les mencionará que la próxima será la última sesión, también se les dará la despedida.

SESIÓN 5. Finalización del taller, autocuidado y evaluación.

Objetivos de la sesión

- Al finalizar la sesión, los participantes:
- Conocerán medidas de autocuidado personales para la mejora de juicios y toma de decisiones, así como su importancia en el ámbito profesional.
- Responderán nuevamente la hoja de evaluación para explorar lo aprendido a lo largo de las sesiones.
- Responderán la hoja de retroalimentación acerca del taller
- Se generará un diálogo con el grupo para buscar retroalimentación sobre lo aprendido en la sesión, así como algunas recomendaciones a nivel personal, basadas en lo visto dentro del taller.

Resumen del módulo

Se trata de una actividad dirigida por el moderador que requiere una amplia interacción.

Duración del módulo

1:30 horas aproximadamente.

Preparativos y material

- Pizarrón
- Marcadores
- Diapositivas de PowerPoint que indiquen los objetivos del taller.
- Conjunto de hojas con el cuestionario Taller: Las distorsiones cognitivas del profesional de la salud, y el manejo vivencial de la irracionalidad. (Evaluación de conocimientos).
- Conjunto de hojas con el cuestionario Las distorsiones cognitivas del profesional de la salud, y el manejo vivencial de la irracionalidad (Evaluación de la opinión del taller).
- Hojas Blancas por separado (por si necesitan anotar algo los participantes).
- Paquete de Plumas negras

Procedimiento paso a paso

PASO 1. (20 minutos): Se les dará la bienvenida y se retomará el tema del autocuidado cuya justificación se vio al finalizar la sesión pasada. Para este paso se deberá cubrir la siguiente información:

El tema del autocuidado no necesariamente está implicado en la mejora del juicio o en la toma de decisiones, en realidad no existen muchas herramientas propuestas por los teóricos de la economía del comportamiento, pero sí existen algunas medidas, que han demostrado su eficacia en algunos aspectos y otras que suelen emplearse cotidianamente ante diferentes situaciones de violencia o

estrés. Por ejemplo, Arón y Llanos (2004) mencionan una serie de estrategias basadas en el autocuidado de los profesionales que trabajan con víctimas de violencia y el posible desarrollo del burnout.

Algunas medidas a considerar seriamente son:

Registro oportuno y visibilización de los malestares

Se refiere a incorporar el hábito de registrar los malestares tanto físicos como psicológicos, esto permite desarrollar las pautas necesarias para identificar y desarrollar estrategias de autocuidado.

Detectar la frecuencia en la debemos descansar, cuando tenemos hambre, cuando debemos ir al baño, cuando estamos irritables o intolerantes ante la frustración, etc.

Vaciamiento

Se trata compartir la carga emocional que puede darse al escuchar relatos, noticias o problemas de otras personas que puedan considerarse impactantes. Es frecuente que el impacto emocional de algunos eventos traumáticos sea tan fuerte que deje al profesional sin posibilidad de registrar o elaborar otros contenidos hasta que pueda compartir o “vaciar” su carga emocional.

Mantención de áreas personales libres de contaminación

Se refiere a la necesidad de tener espacios de oxigenación, en que la persona pueda realizar en actividades absolutamente alejadas de las temáticas de trabajo. Pueden ser actividades de recreación, intereses específicos, cualquier

espacio que implique una descontaminación y la posibilidad de distensión del estrés.

Evitar la saturación de las redes personales de apoyo

Es una medida importante de autocuidado referida a no contaminar las redes personales, como la pareja, los hijos o los amigos con contenidos demasiado estresantes o impactantes. Es recomendable hacerlo moderadamente o consultar a un profesional.

Formación profesional y convivencia

Se refiere a la necesidad de seguir formándose como profesionista en aquellas perspectivas teóricas y modelos que entregan destrezas instrumentales adecuadas para el tipo de trabajo y el tipo de consultantes. Una fuente importante de desgaste profesional es la sensación de ineficiencia y de incompetencia.

Complementando este punto Betta, Morales, Rodríguez, y Guerra (2007) mencionan la necesidad de mantener un contacto cercano con los compañeros de trabajo en el caso de los psicólogos clínicos pues las medidas de autocuidado como tener espontaneidad dentro del grupo, realizar actividades recreativas con los compañeros, hablar de las experiencias personales en el trabajo y supervisar los casos son estrategias que podrían estar privando o delimitando la práctica profesional.

PASO 2. (25 minutos): Se les mencionarán algunas formas de autocuidado general, a través de algunas actividades concretas. Se les explicará que estas actividades son benéficas para el funcionamiento del sistema 2.

Autoconocimiento y registro científico: De manera análoga al consejo proporcionado más arriba de “Registro oportuno y visibilización de los malestares” el primer consejo clave para fomentar el conocimiento personal ante una situación sencilla o compleja, consiste en llevar a cabo un registro de lo que sucede, recordemos que, según las ideas propuestas por Kahneman para que exista un grado de confianza en un aprendizaje en un dominio específico, se necesita “un entorno que sea lo suficientemente regular para ser predecible”, esta actividad es indispensable incluso dentro de algunas terapias clínicas (incluidas las de reestructuración cognitiva).

Un ejemplo según McGonigal (2012) es que “las personas que más fuerza de voluntad creen tener, son las más propensas a perder el control cuando se sienten tentadas”, “el autoconocimiento es la base del autocontrol”

Variabilidad del ritmo cardiaco:

Según McGonigal, la única medida fisiológica para la respuesta de pausa y reflexión (propias del sistema 2) se conoce como variabilidad del ritmo cardiaco, la cual sirve también como un indicador de la predicción de adicciones o en el afrontamiento de tareas estresantes.

Como ejercicio práctico para su control sugiere intentar respirar más despacio, entre 10 y 15 respiraciones al menos durante algunos minutos para regular el estrés y aumentar el autocontrol.

Meditación, y ejercicio:

El empleo de la meditación asidua ha reportado en general mejoras en la atención, autocontrol, consciencia de la vida cotidiana, incremento en la materia gris, mayor riego sanguíneo en la corteza prefrontal, reducción de estrés y disminución de algunas adicciones. De la misma manera, la práctica moderada de ejercicio para cada persona, aunque sea de corto tiempo y las salidas al aire libre, resultan en una mejora similar de control personal.

Dormir temprano:

Otra actividad consiste en conseguir dormir el tiempo suficiente evitando postergar el sueño necesario, pues las funciones del autocontrol se ven directamente afectadas por la falta de sueño. “Una sola noche de sueño reparador hace que las funciones cerebrales vuelvan a un estado óptimo”.

Mantener niveles de azúcar:

Se recomienda mantener presentes los niveles de azúcar en las actividades, pues de acuerdo a las múltiples investigaciones alrededor del estudio de la falta de glucosa en la toma de decisiones el autocontrol depende en gran medida de la cantidad de azúcar que dispone el organismo con el uso continuo del

sistema 2, se ha reportado que este disminuye con cada actividad que lo requiere. Sin embargo, se aconseja no aumentar desmesuradamente la cantidad, pues a nivel fisiológico el cerebro detecta la presencia excesiva de azúcar volviéndose ineficaz para administrarla y suprimiendo la capacidad para controlarse.

Se les explicará al final del contenido que: el seguimiento de las estrategias dentro del taller es una tarea altamente exigente y no se esperaría que siguieran cada una de las cosas que se ven en él, pero al igual que la estrategia de “alternativas generadoras”, tener un buen conjunto de alternativas entre las cuales elegir es al menos tan importante como elegir con prudencia y eso es parte de lo que se vio en el taller, está en su decisión elegir aquello que consideren conveniente o en lo que deseen profundizar.

PASO 3. (25 minutos): Se les proporcionarán nuevamente las hojas de evaluación “Las distorsiones cognitivas del profesionalista de la salud, y el manejo vivencial de la irracionalidad. (Evaluación de conocimientos)” que se mencionaron en la sesión 1 y se les pedirá que las respondan nuevamente en la medida de lo posible para valorar sus conocimientos sobre los temas.

PASO 4. (10 minutos): Se les proporcionarán las hojas “Las distorsiones cognitivas del profesionalista de la salud, y el manejo vivencial de la irracionalidad (Evaluación de la opinión del taller)”, en la medida en la que concluyan las hojas asignadas en el paso anterior. Las cuales deberán responder en la brevedad y entregar directamente con el moderador

Nota: Antes de proseguir con el paso 5 es preferible que la mayoría de las personas hayan concluido de llenar las hojas de los pasos anteriores.

PASO 5. (25 minutos): Una vez contestadas las hojas de evaluación de conocimientos y del taller. Se les invitará a que compartan sus opiniones respecto al taller en general y algo de lo que se lleven al término del mismo. Se les dará una felicitación y las gracias al término de las actividades.

PASO 6. (20 minutos) El moderador debe dar su opinión sobre su misma participación dentro del taller y sobre los participantes, las cuáles fue recabando junto con la rúbrica al término de cada sesión.

Anexo 2.

Taller: Las distorsiones cognitivas del profesionalista de la salud, y el manejo vivencial de la irracionalidad (evaluación de conocimientos).

Nombre: _____

Fecha (Día, mes, año): ____ / ____ / ____ Estado: _____

Responde a las preguntas que figuran a continuación, y entregue la hoja de evaluación una vez completada.

¿Qué es una distorsión cognitiva, una creencia irracional y un pensamiento automático?

Menciona al menos 5 de las distorsiones cognitivas más frecuentes en las terapias de reestructuración cognitiva:

¿Cuál es la diferencia entre los modelos de Aaron Beck y Albert Ellis?

¿Qué campo de estudio ha desarrollado gran parte de sus investigaciones en el tema de los sesgos cognitivos y la toma de decisiones además de las terapias de reestructuración cognitiva?

- a) Economía conductual
- b) Tecnologías de la Información
- c) Biología

¿Cuáles son las distorsiones cognitivas más frecuentes producidas en ámbitos profesionales del área clínica? Menciona al menos 2.

¿Qué mecanismos propuestos por Keith Stanovich y Richard West retomados por Kahneman y colaboradores proporcionan una explicación para los atajos mentales, la impulsividad o el pensamiento premeditado y lento?

¿Cuál es la utilidad de un heurístico?

- a) Abstracter cantidades pequeñas de información en grupos.
- b) Elaborar análisis detallados de una situación para evitar prejuicios.
- c) Disminuir la complejidad de la información, optimizar la memoria y regular las emociones.
- d) Tomar atajos de decisión simples a través de pistas o de aprendizajes previos.

¿Qué aportación tuvieron las teorías cognitivas formuladas con la llamada “revolución cognitiva” a las terapias clínicas que trabajan con la cognición?

Menciona algunas de las críticas o limitaciones de las terapias de reestructuración cognitiva:

Las terapias de segunda generación parten de un enfoque epistemológico denominado principalmente como:

- a) Materialismo
- b) Constructivismo
- c) Realismo
- d) Neoestructuralismo

¿En qué consiste el “sesgo retrospectivo” (hindsight bias), puedes mencionar algún ejemplo?

¿Qué medidas de autocuidado son básicas para el mantenimiento general del sistema 2 y las decisiones?

- a) Actitud positiva y curiosidad del entorno.
- b) Aprendizaje constante, videojuegos y relaciones estables.
- c) Buena alimentación, pasear y dormir.

Menciona tres problemas de la vida cotidiana que requieran prioritariamente el uso del “sistema 1” para encontrar una respuesta.

- 1.
- 2.
- 3.

¿Qué criterios se necesitan para reconocer que es posible adquirir un grado de experticia que permita a las personas aprender, predecir y emplear juicios más fiables en un contexto/ambiente?

- a) Un contexto estable y práctica repetitiva o prolongada.
- b) Disciplina, interacción dinámica con el medio, motivación.
- c) Técnicas de aprendizaje, hábitos saludables, esfuerzo.
- d) Relaciones sociales variadas, conocimiento teórico, recursos suficientes.

¿Qué estrategias personales utilizas cuando no puedes resolver un problema?

Anexo 3.

Las distorsiones cognitivas del profesionalista de la salud, y el manejo vivencial de la irracionalidad (evaluación de la opinión del taller).

Nombre: _____

Fecha (Día, mes, año): ____ / ____ / ____ Estado: _____

Responde a las preguntas que figuran a continuación, y entregue la hoja de evaluación una vez completada.

1. ¿Cuán probable es que pueda poner en práctica las enseñanzas aprendidas en este taller de capacitación? (señale con un círculo una de las respuestas)

Muy probable Probable Algo probable Improbable

2. Enumere tres conocimientos/competencias/actitudes que haya aprendido, que podría poner en práctica.

3. El material del taller fue pertinente e informativo. (Señale con un círculo una de las respuestas) Completamente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Completamente en desacuerdo

4. ¿Qué opinión le merece la distribución entre presentaciones, discusiones y ejercicios? (señale con un círculo una de las respuestas)

Excelente Buena Regular Mala

5. ¿Cómo considera el tiempo asignado a las presentaciones de los temas? (señale con un círculo una de las respuestas)

Suficiente Relativamente suficiente Relativamente insuficiente Insuficiente

6. ¿Cómo considera el tiempo asignado a las discusiones en grupo, las preguntas y las respuestas? (señale con un círculo una de las respuestas)

Suficiente Relativamente suficiente Relativamente insuficiente Insuficiente

7. ¿Cómo considera el tiempo asignado al trabajo en grupo? (señale con un círculo una de las respuestas)

Suficiente Relativamente suficiente Relativamente insuficiente Insuficiente

8. La organización general favoreció una buena experiencia de aprendizaje. (Señale con un círculo una de las respuestas)

Completamente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo

Completamente en desacuerdo

9. Recomendaría esta capacitación a mis colegas. (Señale con un círculo una de las respuestas)

Completamente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Completamente en desacuerdo

10. ¿Qué acortaría/eliminaría, si acaso, del programa actual?

11. Mis expectativas fueron satisfechas. (Señale con un círculo una de las respuestas y escriba las observaciones que considere pertinentes)

Completamente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo
Completamente en desacuerdo

19. ¿Qué opinión le merece el taller de capacitación en general? (señale con un círculo una de las respuestas)

Excelente Bueno Regular Malo

20. Algún comentario adicional.

¡Gracias por su tiempo!

Anexo 4.

Nombre: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

Distorsiones Cognitivas

Las siguientes distorsiones cognitivas en el modelo de Beck, abarcan:

Exigencias o demandas irracionales. De acuerdo con esta distorsión, el mundo, el contexto, las personas y los eventos que ocurren deberían ser distintos de como son. Esta imposición está determinada por deseos personales, por conveniencia o porque resultan displacenteras para la persona.

Magnificación. Consiste en aumentar o exagerar los defectos y errores personales o ajenos, así como en darles una excesiva importancia, convirtiendo en catástrofe cualquier inconveniente, dificultad, o molestia.

Indefensión. Consiste en asumir un estado de indefensión ante los problemas de la vida cotidiana, sean estos reales o imaginarios, de tal manera que siempre se es víctima del contexto y de la falta de sensibilidad del mundo externo. El generador del sufrimiento deriva de la creencia de que se es incapaz de

enfrentarlo y de tratar de resolverlo si se tiene solución; o de aceptarlo si no la tiene

Condenas. Consiste en limitar las características positivas y negativas que tiene una persona debido a un error ajeno, acción o seña particular, condenando su integridad en general y negando la posibilidad observar todas sus cualidades.

Pensamiento dicotómico, polarizado o de alto contraste. Esta distorsión se caracteriza por la tendencia a omitir los términos medios, limitando la forma de interpretar los eventos en dos polos o dicotomías para denominar una creencia.

Sobregeneralización. Consiste en suponer que algo que haya ocurrido en el pasado ocurrirá de manera reiterativa en todas las ocasiones incluso si fue un evento fortuito o aleatorio. Generalizando las circunstancias, omitiendo las diferencias en el presente y los posibles cambios en el futuro.

Filtro mental o abstracción selectiva. Consiste en fijarse sólo en aquellos aspectos de la realidad que concuerdan con nuestra distorsión, mientras se ignoran o se descartan los aspectos que desafían la distorsión. En el capítulo siguiente se hablará de esta distorsión conocida también como sesgo de confirmación.

Ignorar o descalificar lo positivo. De manera similar al filtro mental consiste en descalificar o ignorar aquellos aspectos, cualidades o hechos positivos que resten la capacidad para poder evaluar adecuadamente una situación.

Conclusiones arbitrarias o inferencias arbitrarias. Consiste en generar y asumir conclusiones sobre la valoración que se tiene de las circunstancias o las personas sin tener evidencia suficiente que las sustente. Esta distorsión reconoce dos tipos de arbitrariedad:

El error del adivino o predicción catastrófica. Consiste en creer que se puede adivinar el futuro en eventos impredecibles, en los cuales existe adicionalmente una predicción frecuentemente negativa o trágica.

Lectura de la mente o violación mental. Consiste en asumir premeditadamente los pensamientos o sentimientos de otras personas sin tener pruebas suficientes.

Razonamiento emocional. Se caracteriza por creer que la realidad está condicionada a la sensación emocional que se siente en ese momento, de tal manera que a una situación o evento se les atribuirá un carácter positivo o negativo dependiendo de las emociones que le produzcan a la persona.

Personalización. La distorsión consiste atribuir que la aparición de un determinado evento fue por culpa de uno mismo o de otras personas, aún sin evidencia contrastante que lo señale. Las personas tienden a interpretar que son responsables de un evento por las características del entorno.

Falacia de Control. Esta distorsión se presenta de dos maneras. La primera aparece cuando una persona se autopercibe como impotente y controlada por lo que considera que las otras personas son responsables de su fracaso y dolor. La segunda, cuando la persona se siente responsable de la

felicidad del resto y considera que cualquier negligencia de su parte puede causarle soledad y el rechazo de los demás”.

Falacia de recompensa divina. Consiste en creer que al hacer actos positivos en general, les deberían ocurrir forzosamente eventos o actos positivos.

Anexo 5.

Rúbrica de Evaluación. Taller: Las distorsiones cognitivas del profesionalista de la salud, y el manejo vivencial de la irracionalidad.

Participante: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Criterios de Evaluación	Rúbrica de Evaluación de participantes.				
	Puntuaciones				
	Sesión	Excelente (4 o 5 criterios)	Bueno (3 o 2 criterios)	Malo/deficiente (1 o 0 criterios)	Total
Control de Interés					
<p>El/la participante se presenta puntualmente a la hora acordada dentro del taller.</p> <p>Mantiene su atención constante a lo que dice el instructor y a los compañeros, además evita distracciones.</p> <p>Se le nota activo durante toda la sesión y guarda respeto por las opiniones de sus compañeros.</p> <p>Mantiene un gusto por las actividades</p>	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
Participación					
<p>Participa con frecuencia para expresar su opinión.</p> <p>La calidad del contenido en sus participaciones es relevante para el tema que se expone.</p>	1				
	2				
	3				

Se desempeña adecuadamente en las actividades de la sesión.	4				
Hace preguntas en general, no parece quedarse con dudas.	5				
Comprensión del tema	Sesión	Excelente (3 o 4 criterios)	Bueno (2 criterios)	Malo/deficiente (1 o 0 criterios)	Total
Denota conocimientos generales de los temas de la sesión (observables en sus participaciones, en las actividades o en su desempeño). Entiende los ejemplos expuestos en la sesión o brinda otros nuevos. La información le resulta comprensible o asimilable.	1				
	2				
	3				
	4				
	5				