

¿EXISTE LA TERAPIA COGNITIVA? UNA REFLEXIÓN SOBRE LOS MODELOS DE PSICOTERAPIA CENTRADOS EN EL TRABAJO CON ELEMENTOS DE CONOCIMIENTO

DOES COGNITIVE THERAPY EXIST? A REFLECTION ABOUT PSYCHOTHERAPY MODELS FOCUSED ON WORKING WITH KNOWLEDGE ELEMENTS

Jesús García-Martínez

Universidad de Sevilla

Cómo Referenciar este artículo/How to reference this article:

García-Martínez, J. (2014). ¿Existe la terapia cognitiva? Una reflexión sobre los modelos de psicoterapia centrados en el trabajo con elementos de conocimiento. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 5-30.

Resumen:

En este trabajo se revisan las características de los distintos modelos de terapia que trabajan con elementos cognitivos y del conocimiento, haciendo especial énfasis en las terapias cognitivas típicas y en el constructivismo, aunque se incluyen también modelos relacionados con terapias de modificación del sesgo cognitivo y terapias de tercera generación. Se estudian las características de esos modelos en el marco general de la psicoterapia, atendiendo a criterios de concepción del sujeto, concepción de la terapia, comprensión del problema, criterios de investigación y bases epistemológicas de los modelos. El artículo cierra con una revisión de distintos aspectos de la cognición, su accesibilidad a la conciencia, la diversidad de niveles, su vínculo con la emoción, procesos, estructura, métodos de estudio y su carácter cultural y compartido.

Palabras clave: *cognición, constructivismo, terapias cognitivas, epistemología*

Abstract:

In this article the characteristics of different models of therapy that work with cognitive and knowledge elements are revisited. Emphasis is focused on standard cognitive therapies as well as in constructivist approaches, but we also included models of cognitive bias modification and third generation therapies. The characteristics of these models are analyzed in the general framework of psychotherapy, attending to the criteria of conception of subject, therapy, and problems, research criteria and epistemological basis. The article ends with a summary related with different aspects of cognition: accessibility to consciousness, levels of cognition, links with emotion, processes, structure, methods of research and its cultural and shared nature.

Keywords: *cognition, constructivism, cognitive therapies, epistemology.*

Fecha de recepción v1: 01/10/14. Fecha de recepción v2: 17/11/14. Fecha de aceptación: 18/12/14.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: jgm@us.es

Dirección postal: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. C/ Camilo José Cela s/n, 41018 Sevilla (España)

© 2014 Revista de Psicoterapia



1. Una introducción etimológica.

La palabra “*cognitivo/a*” procede del término latino “*cognoscere*”, que significa conocer o interiorizar algo. A su vez, “*cognoscere*” está compuesto por el prefijo flexivo “*co*” y el verbo “*gnosceré*”, lo que implica “llegar a conocer, acceder al conocimiento”. Por tanto, conocer es un proceso de acceso a lo que se conoce. Es importante tener en cuenta la etimología porque su interpretación concreta puede llevar a entender como cognitivas diversas entidades o procedimientos. Para empezar, la terapia cognitiva sería un tipo de terapia relacionada con el modo en que se accede al conocimiento. El problema entonces es cómo se accede al conocimiento. De la respuesta a esta pregunta surgen diversos modos de hacer práctica terapéutica.

2. Tipos de terapia que trabajan con la cognición.

2.1. Las terapias cognitivas típicas.

Las terapias cognitivas típicas son aquellos tipos de intervención terapéutica que están relacionados con la idea central de que la elaboración de la información cumple un gran papel en el modo en que se regula nuestra acción, de manera que la emoción y la conducta están mediadas por la cognición.

Las intervenciones de carácter cognitivo se han transformado con el tiempo en uno de los componentes básicos del conjunto de terapias de orientación cognitivo-conductual, junto con las técnicas y estrategias de basadas en criterios de contingencia en el análisis funcional (puramente conductistas). El elemento central es el propio modelo cognitivo: el supuesto de que es la elaboración mental (el modo en que se representa la realidad) el aspecto básico tanto de la patología como del tratamiento y, por tanto, es a cambiar dicha representación a lo que se dedican los esfuerzos más importantes. En la práctica, la piedra de toque de estos modelos han sido los contenidos, más que la estructura cognitiva.

Los dos modelos básicos dentro de esta orientación son la terapia cognitiva (Beck, Emery y Greenberg, 1985; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Garcia-Martínez, 1994) y la terapia racional-emotiva (Ellis 1962, 1994; Ellis y Dryden, 1989). Aunque no son idénticas, sí son semejantes en su formato general, por lo que el análisis se centrará en la terapia cognitiva. Para ambas, el marco de referencia es la psicología del procesamiento de la información, de modo que el malestar, la psicopatología y la psicoterapia están ligados al modo en que filtramos, agrupamos y transformamos la información que nos llega de nuestro entorno. El sentido del mundo dependerá de los contenidos que emerjan como resultado de ese procesamiento. Las técnicas terapéuticas están destinadas prioritariamente a modificar las pautas de procesamiento que se llevan a cabo. La metáfora de referencia es el procesamiento de la información: los buenos o correctos procesadores no tendrán problemas, los malos o erróneos procesadores, sí. La eliminación racional de las implicaciones negativas del procesamiento erróneo de la información supone bien

demostrar que las premisas de las que se parte son falsas, o bien negar la conclusión que se obtiene, para deducir después que la premisa es falsa. Dicho de otro modo, la estrategia es centrarse en comprobar que no hay evidencia que defienda la postura de la que se parte. Su objeto de trabajo son creencias o errores cognitivos, es decir fundamentalmente contenidos del conocimiento que se agrupan en estructuras básicas de conocimiento, llamadas esquemas.

En la que fue su primera exposición del modelo, Beck, (1967) distinguía tres tipos de cogniciones importantes de cara a la patología y la terapia: las *cogniciones automáticas*, los *esquemas* y las *distorsiones cognitivas*. Estos tres tipos de cogniciones se relacionan entre sí en un proceso cognitivo que es responsable de la patología (una vez se ha dado la asociación con las circunstancias vitales estresantes).

Las *cogniciones automáticas* son el nivel más superficial de las cogniciones, pueden ser tanto pensamientos (verbalizaciones) como imágenes que se producen espontáneamente, por lo que pueden no ser reconocidas si no se atiende intencionadamente a ellas. Estas cogniciones automáticas son la manifestación del significado que el paciente da a la situación, y no son una valoración objetiva de esta, sino que hacen una interpretación sesgada de los hechos, produciendo inmediatamente respuestas conductuales y afectivas a la situación. Las respuestas serán desadaptativas si son producidas por un esquema inadecuado para la situación. Cada trastorno se caracteriza por una serie de cogniciones determinadas: la depresión está relacionada con una visión negativa del yo y el mundo, la ansiedad con una percepción del mundo como un lugar amenazante, etc.

Los esquemas son patrones internos estables que representan diversos aspectos de la realidad. Los utilizamos para dar sentido a esta, lo que nos permite convertir los datos en cogniciones (Beck et al., 1979; Garcia-Martínez, 1994). Gracias a ellos etiquetamos, clasificamos y damos sentido a la realidad, vinculando la nueva información a la que ya teníamos. Los esquemas se activan si son relevantes para la situación en la que nos encontramos, las patologías pueden surgir cuando activamos esquemas que no son pertinentes en la situación (como cuando se activa el esquema de peligro dentro de un ascensor). Tienen una estructura jerárquica, de modo que algunos son más centrales que otros. Los esquemas interesantes en terapia son los que tienen contenido autorreferencial, información relevante para el concepto de sí mismo. Siguen los patrones de cualquier otro esquema (saliencia, accesibilidad), pero son siempre egosintónicos, es decir, el sujeto asume que definen su identidad (Beck et al., 1979; Segal, 1988).

Los individuos con patologías ponen en marcha esquemas inadecuados que sesgan la interpretación de los hechos, es decir, dejan de representar la información de forma fidedigna. Los esquemas se desarrollan a lo largo nuestra vida, en función de las experiencias con que nos encontramos, de manera que los individuos con patologías han generado durante toda su existencia una tendencia a aplicar impropriamente determinados esquemas a ciertos hechos. Cada patología estará asociada a la activación de un tipo u otro de esquemas, es decir, a contenidos

cognitivos ligados a diferentes vías de percibir, describir e interpretar el mundo.

Las *distorsiones cognitivas* son el vínculo entre los esquemas disfuncionales y las cogniciones automáticas. Las distorsiones consisten en una serie de errores lógicos que aparecen en las interpretaciones que las personas con patologías hacen de la realidad. Cuando una nueva información, neutra o ambigua, tiene que ser procesada se le aplica un esquema negativo para hacer la situación coherente con el esquema se efectúa una *distorsión* en la manera de evaluar la situación, y esta distorsión se manifiesta en la forma de una *cognición automática*. Mientras que el tipo de esquemas disfuncionales puede ser ilimitado, nos encontramos con que las distorsiones sólo adoptan ciertas formas y con que determinados tipos de distorsiones suelen ser más frecuentes en las personas con determinadas psicopatologías. El trabajo con los distintos tipos de sesgos (sobregeneralización, maximización, minimización, arbitrariedad, polarización, abstracción selectiva, personalización, etc.) es una parte esencial de la terapia cognitiva típica, ya que en la medida que los sesgos sean eliminados y el procesamiento de la información será más real, producirá menos problemas.

El modelo de psicopatología está focalizado en el contenido de las cogniciones, pero defiende la existencia de una interacción continua entre estas, las emociones, las conductas y los estados fisiológicos, por lo que todos estos componentes han de ser atendidos a la hora de conceptualizar el trastorno. Aunque las primeras propuestas de Beck (1976) mantenían que los síntomas de los trastornos psicológicos son el resultado directo de una serie de sesgos cognitivos que causaban directamente todas las manifestaciones del trastorno incluidas las afectivas y conductuales, el papel determinante de las cogniciones se ha ido suavizando a lo largo de la vida del modelo. Actualmente, se defiende un modelo de diátesis-estrés (Beck y Dozois, 2011) para entender la aparición de la patología y se tiende a un modelo cada vez más complejo de entender el trastorno. La clave está en entender que en cada trastorno psicológico subyace un problema concreto de contenido y procesamiento de la información y, por tanto, se producen alteraciones específicas en determinados esquemas. Así, por ejemplo, la depresión estaría causada por una visión negativa de la experiencia, la ansiedad por la atribución de peligro al contexto, la paranoia por un sesgo en la atribución que se hace sobre otros, la obsesión por la hipervigilancia. Cada trastorno tendría su propio esquema cognitivo causante y sus sesgos característicos.

La investigación se ha centrado en el trabajo con los contenidos de los esquemas y en la expansión del modelo a distintos trastornos (Beck, Emery y Greenberg, 1985; Beck, Freeman y Davis, 2003; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck, Rector, Stolar y Grant, 2009).

El modelo plantea que un trastorno queda definido por una serie de sesgos y contenidos cognitivos específicos. Desde la investigación empírica, se construyen escalas para evaluar tanto la sintomatología del trastorno como los sesgos y se evalúa la eficacia del tratamiento mediante ensayos clínicos controlados. Lo que se

espera es que tanto la sintomatología como los sesgos se vean alterados (reducidos) por el tratamiento. El problema es que la vinculación entre sintomatología y procesos cognitivos no siempre es perfecta, lo que implica que los procesos cognitivos de fondo no están bien definidos (problema de validez), su medición no es adecuada (problema de fiabilidad) o que la relación no es tan perfecta como se plantea (problema de conceptualización teórica).

A título de ejemplo se pueden repasar el caso del proceso de rumiación para la depresión. La rumiación se puede definir como la tendencia a centrarse en los problemas y a adoptar una actitud negativa, lo que influye en la desesperanza típica de los depresivos. Se han desarrollado varias escalas para su medida como el Cuestionario de Estilo de Pensamiento Rumiador (RTSQ, Tanner, Voon, Hasking y Martin, 2013) que han probado una adecuada estructura factorial, pero la rumiación no siempre parece estar en la base de la sintomatología depresiva. Así, parece que se asocia al mantenimiento de los síntomas depresivos previos (que ya se daban antes del parto) en mujeres diagnosticadas con el síndrome de la depresión postparto, pero no al inicio de la misma (Barnum, Woody y Gibb, 2013; Müller, Teismann, Havemann; Michalak y Seehagen, 2013), sin embargo sí parece que es un factor que se asocia a altos niveles de depresión bipolar (Stange et al., 2013). Por otro lado, algunos autores han empezado a plantear que la perseveración o pensamiento repetitivo negativo sería un factor común a varios diagnósticos (depresión y ansiedad, entre ellos), algo que no estaba contemplado en el modelo inicial o incluso que sesgos atribuidos a un trastorno pueden cumplir también un papel causal en otro. Trabajando con un modelo de ecuaciones estructurales con cuatro componentes explicativos (la preocupación para la ansiedad, la focalización y la reflexión –dos componentes de la rumiación– y una medida conjunta para ambos diagnósticos llamada pensamiento repetitivo negativo) se encontró que el pensamiento repetitivo negativo es un mediador de la relación entre afectos negativos y ansiedad, mientras que la rumiación es un mediador de la relación entre afectivos negativos tanto en la ansiedad como en la depresión (McEvoy y Brans, 2013).

Hay que tener en cuenta que las técnicas de la terapia cognitiva típica no están siempre basadas en la investigación de la psicología cognitiva experimental y se han centrado fundamentalmente en el trabajo con los contenidos y apenas en los procesos y en la estructura (Vázquez y Cameron, 1997). Los estudios sobre el modo en que se procesa y las características estructurales de la cognición pueden aportar mucha información sobre cómo aplicar las terapias. Desde la perspectiva de los constructos personales se hace mucho énfasis en el trabajo con componentes estructurales (Feixas y Cornejo, 2002), pero algunos de los indicadores usados no están resultando operativos y hay pocos trabajos que vinculen sistemáticamente valores estructurales con determinados trastornos.

Por otro lado, muchas de las técnicas que se usan en terapia cognitiva típica (y en toda terapia, hay que decirlo) tienden a ser producto de la experiencia clínica

como tal y se usan por su utilidad, aún sin una base teórica sólida. Se plantean hipótesis sobre las razones de su eficacia a partir de un modelo teórico, pero estas no siempre se contrastan después en investigación de tipo experimental. Este es un proceso típico de todas las tecnologías en las que la práctica tiende a preceder a la fundamentación experimental (Toro, 2104). En el caso de las terapias cognitivas, muchas de las técnicas tienen importantes componentes conductuales o incluso de la práctica humanista del trabajo con la emoción (García-Martínez, 1994; Beck et al. 1979).

2. 2. Terapias de modificación del sesgo cognitivo.

Dado que el vínculo entre procesos cognitivos subyacentes y técnicas de terapia cognitivas dista de estar confirmado, se han propuesto nuevos modelos de terapia cognitiva que intentan basarse fundamentalmente en los resultados experimentales sobre los procesos cognitivos subyacentes. Lo que hacen es centrarse en el proceso entrenándolo a través de tareas computerizadas en las que está presente un sesgo atencional concreto. Se asume que este entrenamiento activa determinadas áreas del córtex cerebral y que esto logra que el sesgo se reduzca y desaparezca; dado que es el sesgo lo que causa el problema, este debe remitir (Siegle, Ghinasi y Thase, 2007).

Esta variación de la terapia cognitiva se conoce como terapias de modificación del sesgo cognitivo y se centran en tres aspectos: el entrenamiento atencional (discriminar bien la información), la modificación del sesgo cognitivo (alterar el proceso “anómalo” subyacente) y modificar la interpretación del resultado. En definitiva, lo mismo que pretende el modelo típico de la terapia cognitiva típica (valga la redundancia), pero con una mayor base en la psicología cognitiva experimental (Mobini, Reynolds y McKintosh, 2013; Vassiloupolos y Moberdy, 2013) usando tareas de respuesta a estímulos. El objetivo de estos modelos es precisamente trabajar los procesos cognitivos subyacentes, los hace operativos a través de procedimientos de procesamiento de la información muy concretos y la lógica explicativa es neurocientífica, es la activación o desactivación de un proceso de elaboración de información en el cerebro lo que va a determinar el cambio. Su pretensión es, además, conseguir cambios en el síndrome sin usar ningún tipo de tratamiento psicofarmacológico (un tratamiento psicológico puro). En este sentido, se trataría de un tratamiento estrictamente psicológico, cosa que en la terapia cognitiva típica no está tan presente, pues no son raros los tratamientos combinados.

Los resultados obtenidos con las terapias de modificación de sesgo son ambiguos, algunos trabajos indican que hay buenos resultados en la variación de la sintomatología afectiva (Calkins y Otto, 2013, con pacientes con trastorno obsesivo; Siegle et al, 2007; con depresión), pero otros estudios indican que la intervención es difícilmente generalizable y que aunque se producen cambios en los procesos de sesgo, estos no revierten necesariamente en los síntomas (Hertel y Mathews, 2011).

2.3. Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación.

Un último conjunto de modelos que se puede relacionar con las terapias cognitivas, son las llamadas terapias de tercera generación (Pérez-Álvarez, 2005). Se trata de modelos terapéuticos que prestan más atención al aspecto motivacional y sensorial que al cognitivo. Están más cercanos a la terapia de conducta original, ya que se centran en el cambio (aprendizaje, contingencia) y en las condiciones estimulatorias (sensaciones) y no tanto en los procesos mediadores (cognición, contenido cognitivo). Su fundamento teórico es el conductismo radical, pero adoptan una posición técnica mucho más flexible que la terapia de conducta original.

La conceptualización del problema es de tipo contextual y entienden que el lenguaje es el medio a través del cual se regulan las contingencias en la vida diaria. El lenguaje es un campo de contingencias en el que se usan muchísimas reglas de condicionamiento que afectan a la vida humana, de hecho casi toda la acción social del ser humano se canaliza a través del lenguaje. El lenguaje será el campo de trabajo y en la medida en que el lenguaje es conocimiento, hacen un trabajo cognitivo. Pero esta asunción cognitiva no es admitida por los partidarios de las terapias contextuales de tercera generación, ya que para ellos el lenguaje es un contexto donde vive el individuo y las relaciones con los contextos son siempre de tipo contingente (es decir, relaciones variables con un ambiente). La cognición es vista desde estos modelos como un elemento interno, mientras que el lenguaje es una contingencia. Como se puede ver, es una interpretación basada en un juego lingüístico y si es un juego lingüístico, se puede entender que es cognitivo, en tanto que el lenguaje es un componente de la cognición.

Existen un amplio abanico de estas terapias: terapia analítica funcional (Kohlenberg y Tsai, 2008), terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl, y Wilson 1999; Wilson y Luciano, 2002); terapia de activación conductual (Jacobson, 1987; Dimidjian et al., 2006); terapia Dialéctica-Conductual (Linehan, 1993) y diversas formas de adaptación de la meditación de origen budista a procesos terapéuticos (Miró, 2006; Segal, Williams, y Teasdale, 2002). El origen del movimiento arranca de la comprobación de que los componentes activos (lo más conductuales) de la terapia cognitiva parecen ser más eficaces que el resto (Jacobson, Dodson, Truax, Addis & Koerner, 1996) y de la necesidad de buscar modelos puramente psicológicos (puramente conductuales, en realidad), desde el punto de vista metodológico, para explicar el malestar humano. En este sentido se acercan a las terapias de modificación del sesgo cognitivo, es necesario contar con una explicación psicológica del trastorno, ya que en otro caso no tendría sentido una terapia psicológica.

Todos estos modelos terapéuticos tienen en común una serie de aspectos: a) buscan un modelo no médico del trastorno que permita explicarlo funcionalmente; b) ese modelo tiende a ser general y aplicable a muchos trastornos: síndrome general de evitación (Luciano y Wilson, 2002); síndrome general de hiperreflexividad

(Pérez-Álvarez, 2008); c) el contexto en que se producen los trastornos es claramente verbal, de modo que es el uso del lenguaje el que va a permitir el cambio de conducta y la regulación de las contingencias, asumiendo así que el ser humano es básicamente verbal y cultural; d) el modelo explicativo es conductual antes que cognitivo; e) el modelo de constatación de resultados es claramente experimental y parte de los modelos funcionales generales que explican psicológicamente el malestar; f) técnicamente son bastante eclécticos y muchas de las formas de intervención (especialmente en terapia de aceptación y compromiso), toman elementos de la terapia cognitiva típica, de la terapia gestalt, de la terapia narrativa y hacen un uso intensivo de la metáfora.

En estas terapias la cognición se vive como un problema o como la causa del problema. Los pensamientos van ligando unas afirmaciones con otras, de manera que generan un contexto lingüístico en el que se llega a hacer caso a la orden verbal más que a las contingencias que se derivan de la situación. Los pensamientos no reflejan necesariamente la situación en la que el sujeto se haya, sino que representan sólo la simbolización o la relación de contingencias lingüísticas que el sujeto ha generado a partir de su aprendizaje social previo. Dado que no representan la realidad del mundo, sino sólo el modo en que el sujeto lo conoce, deben ser tomados con mucha precaución, lo que implica que es necesario descentrarse del contenido de las cogniciones y de los pensamientos (Miró, 2006) y comprobar cómo funcionan las verbalizaciones que llevan a generalizaciones de la conducta (Luciano y Wilson, 2002) en diversos contextos. En cierta medida, es una afirmación semejante a la que propone Korzybski (1933) “*el mapa no es el territorio*”, pero la explicación que se da es puramente funcional y contingente.

Las estrategias terapéuticas parten de asumir el malestar: la situación es la que es y como tal no va a cambiar. El cambio supone introducir una modificación en lo que se hace, por tanto hay que centrarse en movimientos y acciones que suponen llevar a cabo una conducta diferente. Como en todo modelo conductista, la motivación (la contingencia) es la fuente de toda transformación. Esa transformación adopta la forma de objetivos o valores personales que deben ser conseguidos a través de acciones. En definitiva, la intencionalidad y la búsqueda de metas se transforman en el medio para conseguir el cambio.

Estos modelos plantean un modelo activo e intencional del ser humano, dibujan un sujeto menos pasivo que el conductismo original, pero su interacción con la realidad es contingente, no representativa, constructivista o cognitiva. La cognición no es una representación del mundo, sino una conducta más. El objetivo no es que la persona vea el mundo de una manera más precisa, sino que cambie (Caro, 2003b). El significado profundo de las cogniciones tampoco es tenido en cuenta en estos modelos, ya que los significados (profundos o no) no son fiables, lo importante son las reglas verbales de regulación de contingencias. En definitiva, se trata de terapias que usan el lenguaje y trabajan con el lenguaje, pero no son cognitivas en el sentido de centrarse en las operaciones o significados mentales. No

obstante, han supuesto un gran avance en la técnica y la práctica clínica.

2.4. Los modelos constructivistas y narrativos.

Aunque el auge de los modelos constructivistas se produjo a partir de finales de la década de 1980 (coincidiendo en el tiempo con la difusión de las terapias de tercera generación), su origen es mucho más antiguo; puede rastrearse en las aportaciones de Korszybski (1933) y continuarse con la escuela de constructos personales (Kelly, 1955), de manera que su origen estaría en los trabajos más pioneros sobre comunicación y en la primera eclosión de los enfoque cognitivos en psicología en la década de 1950, que coincidió con el desarrollo de las terapias humanistas (García-Martínez, 1998).

Pero la gran difusión de estas escuelas se da a finales del siglo XX con la aparición y consolidación de la terapia constructivista (Mahoney, 1991; 2003), la terapia cognitiva post-racionalista (Archiero, 2013; Balbi, 2005; Guidano, 1994), la terapia cognitivo-narrativa (Gonçalves, 2002), la terapia narrativa (White, 2007; White y Epston, 1990), las prácticas terapéuticas basadas en los modelos del construccionismo social (Gergen, 2005; 2006; McNamee y Gergen, 1996), los formatos de terapia dialógica (Hermans y Hermans-Jensen, 1996; Hermans y DiMaggio, 2004), contando además con el desarrollo de escuelas que continúan el modelo de constructos personales (Feixas y Villegas, 2002; Neimeyer, 2013; Neimeyer y Raskin, 2000; Winter, 1994) y las técnicas derivadas del planteamiento de la semántica general (Caro y Schurchardt-Read, 2003). La expansión de las terapias constructivistas coincide con la del pensamiento postmoderno, es decir, con la de la forma cultural propia del capitalismo reciente (Giddens, 1995).

Las características de la postmodernidad como forma cultural implican una defensa del pluralismo y la diversidad y la asunción de que toda fuente de referencia es sesgada y, por tanto, no objetiva. Según Caro (1997) sus características epistémicas son: a) la ausencia de base epistemológica fuerte (es decir, no hay una teoría general a seguir), b) la fragmentación del conocimiento, c) el constructivismo o creación de conocimiento desde esquemas previos y d) el neopragmatismo o utilitarismo. En definitiva es el observador el que determina el objeto conocido y el cambio dependerá del alcance pragmático que se busque, de la utilidad y no de la razón.

Las características de las terapias constructivistas ya han sido discutidas en muchos otros trabajos (Caro, 1997, 2003a; Feixas y Villegas, 2002; García-Martínez, 2012; Neimeyer, 2013). A diferencia de las terapias cognitivas típicas y de las terapias de tercera generación cuya base filosófica está en la tradición racionalista (las primeras) o en el funcionalismo (la segunda), las terapias narrativas se asientan en un relativismo de tipo constructivista y, por ello, tienen un marcado tinte fenomenológico: es la construcción que hace el sujeto lo que da sentido al conocimiento. Feixas y Villegas (2002) afirman que están más próximas a la epistemología que a la ontología en su nivel de explicación, así que el énfasis está en el proceso de construir conocimiento, más que en el contenido del conocimiento mismo.

Se puede decir que las características del constructivismo terapéutico serían: a) el trabajo es conjunto y cooperativo, ya que no cabe intervención objetiva experta; b) hay que asumir una posición de ingenuidad, ya que el experto en su vida es el cliente y no se puede subsumirlo en categorías previas; c) el problema se entiende bien como una solución, es decir, como parte de la vivencia de la persona no como un lastre o deficiencia; o bien se entiende como algo ajeno a la persona; el peso de la cuestión no es el problema, sino la solución, hasta qué punto esa vivencia sigue siendo útil; d) la realidad se construye cooperativamente en el discurso social; e) la realidad se construye a través del lenguaje y la comunicación; f) las realidades se mantienen a través de las historias que narran las secuencias de hechos socialmente sancionados y asumidos como ciertos; g) no hay verdades esenciales, todo es una construcción (Feixas y Villegas, 2002; Freedman y Combs, 1996; Rodríguez Vega, 2001).

El constructivismo, a su vez, tiene dos grandes orientaciones, una es de carácter más individualista o “yoico” y que está basada en asunciones de la biología cognitiva. Los procedimientos de construcción del significado son básicamente individuales, es decir, radican en procesos inherentes a los sujetos. El sujeto está en contacto con su entorno, pero aporta significado a las situaciones a partir de sus estructuras previas de conocimiento de carácter personal. Esta perspectiva se basa en que existen una serie de estructuras implícitas que dirigen los procesos de conocimiento y en la proactividad de los sujetos (son ellos quienes conocen el mundo a través de esas estructuras implícitas y no es la influencia del mundo lo que las genera), todos los cambios posteriormente deben ser compatibles con dichas estructuras. En este modelo la concepción de la identidad es la de un núcleo que está en continua reestructuración pero en las que los cambios posibles dependen de condiciones previas o iniciales en el sistema (Maturana y Varela, 1990). La búsqueda de coherencia a través de los cambios en la identidad es algo básico en las estrategias terapéuticas que parten de estos modelos. Este modelo se conoce como constructivismo cognitivo.

En el constructivismo cognitivo, hay todavía un núcleo agente, una especie de *yo* que básicamente consiste en las estructuras implícitas de regulación del conocimiento. A partir de ese núcleo básico se elabora la identidad de la persona, pero está no se entiende como un cuerpo de propiedades esenciales, sino que es visto como un producto provisional generado por las interacciones entre las estructuras implícitas de conocimiento y el entorno, la identidad es un producto narrativo y como tal puede adoptar múltiples formatos y contenidos. La identidad siempre está en continua reorganización y puede adoptar distintas posiciones que se contrapongan entre sí.

La otra orientación tiene una base social y considera que los significados son contruidos básicamente en entornos relacionales, el conocimiento es de naturaleza interactiva y relacional. A esta segunda orientación se le denomina construccionismo. En este sentido, el construccionismo mantiene una actitud crítica hacia los valores

o normas sociales, ya que los considera un producto social más. Son esas normas las que nos hacen ver el mundo a través de ellas y, por tanto, son las que deberán ser transformadas en el curso de la terapia. Al construccionismo le interesan sobre todo los problemas vistos desde una perspectiva de interacción y la discriminación social, así que los temas relacionados con el control, el poder y la marginación son más relevantes que los vinculados con la coherencia personal. La identidad no está en absoluto definida, ni depende de procesos implícitos de regulación del conocimiento, depende estrictamente del contexto social y es un mero producto de la conversación entre partes.

La conversación es la forma básica de co-creación de un texto y desde esta perspectiva todo significado es creado en la interacción. La conversación se expande atendiendo al contexto inicial y a los criterios de poder-sumisión que hay en ese contexto inicial. Después se atiende a las limitaciones del discurso, incluyendo en el mismo aquello no mencionado u omitido. Por último, se atiende al criterio de ingenuidad, sin usar categorías previas.

El grupo de orientación constructivista cognitiva asume también estos principios en su práctica terapéutica, pero lo cierto es que le da una importancia menor al primer punto (expansión del contexto inicial) y se centra en organizar la narrativa en torno a los significados básicos de la persona, buscando una nueva alternativa viable y aceptable por el cliente. Lo que le interesa es que el desarrollo narrativo de la persona continúe más allá de los bloqueos, incoherencias y omisiones que se encuentran en la narrativa original de la persona, se busca que el nuevo texto describa mejor la experiencia personal tanto desde la perspectiva del cliente como desde la perspectiva de las interacciones de éste con su medio. En definitiva busca la creación de una mayor coherencia entre todas las alternativas que se le dan al individuo, intentando elaborar una nueva narrativa en la que los significados fundamentales de la personalidad se preserven, pero construyendo esta de una forma más atenta a los aspectos previamente no atendidos (Neimeyer, 2000). De un modo u otro, la narrativa se convierte en el núcleo fundamental de toda terapia constructivista; es más, Fernández Liria (2001) indica que las narrativas son un concepto de integración en toda psicoterapia ya que es inevitable trabajar con el discurso del cliente, con su propia perspectiva y que toda terapia consiste en encontrar alternativas viables para este.

3. Los condicionantes de (toda) psicoterapia.

La psicoterapia es una actividad relacionada con la salud mental que ocupa a miles de profesionales en todo el mundo y que mueve anualmente decenas de millones de euros, tanto en asistencia directa a clientes como en formación. A pesar de su clara entidad profesional y económica, carece de una definición consensuada, si bien hay un acuerdo acerca de sus características básicas (Feixas y Miró, 1993; Garrido, 1994; Pi, sin fecha). Entre sus elementos básicos está su base científica, su naturaleza psicológica, la búsqueda de cambios en la salud y la conducta, y la

integración de la identidad de las personas, así como su naturaleza eminentemente relacional (Rogers, 1961).

La base científica la aleja de prácticas de ayuda informales o con una clara base ideológica o cultural (el consejo religioso, las prácticas chamánicas, los formatos de ayuda que parten de supuestos basados en el alma y la transmigración, las redes de ayuda informales).

Su naturaleza psicológica implica que las técnicas y los procesos que se ponen en marcha han de estar centrados en al menos un componente de naturaleza conductual, cognitiva, emocional, volitiva, motivacional, relacional o comunicativa, diferenciándose así de los formatos sanitarios de ayuda de tipo médico (bioquímico, farmacológico, quirúrgico, físico, genético) o puramente social (cambios en infraestructuras, ayudas públicas y privadas, reestructuración social, intervenciones de carácter político o socio-político). Hay que tener en cuenta que la naturaleza psicológica es lo suficiente amplia como para crear mucha diversidad teórica.

Si bien hay un consenso acerca de que la historia de la psicoterapia empieza, de manera formal, con el psicoanálisis freudiano, el devenir histórico de la psicoterapia se configura de manera diferente según distintos autores. Esto constituye diversas narrativas (diversas perspectivas) sobre la psicoterapia que, básicamente, se organizan en torno a dos tipos de relatos (a dos tipos de criterios). Uno es el que marca el énfasis del problema en el aspecto científico, que pasa a ser *cientificista* en tanto que opta por cargar todo tipo de argumentación en este aspecto; el otro es el que se centra en los procesos de relación y en la perspectiva del cliente, con un marcado carácter *fenomenológico*, al menos en su manera de operar, y que se puede definir como *constructivista*, en tanto que opta por cargar la argumentación en el modo en que se elabora la realidad. En términos generales cualquier forma de terapia cabría en uno de estos dos extremos.

Habitualmente, la historiografía de la psicoterapia ha asumido una posición multiparadigmática de la disciplina, en términos de la epistemología de la ciencia de Khun (1962) y, por tanto, ha descrito las ventajas e inconvenientes de distintos modelos terapéuticos (Feixas y Miró, 1993; Rojí, 1997), con independencia de que un autor concreto se decante siempre por uno de ellos en particular. Las diferencias entre modelos se fundamentan en el elemento psicológico que constituye el foco central de la terapia (Garrido y García-Martínez, 1998). Desde este punto de vista, la proliferación de modelos es enorme y aumenta cada vez más, de manera que metafóricamente la psicoterapia es un “*jardín con múltiples especies*”. La tendencia es agrupar los cientos de modelos en cuatro o cinco escuelas (conductual-cognitiva, psicodinámica, experiencial, existencial, sistémica, constructivista) a partir de una serie de criterios que combinan, por un lado, el enfoque epistemológico de la escuela y, por otro, los elementos psicológicos críticos en los que basa el modelo de personalidad y de intervención que subyace al modelo (Botella, 1986; Fierro, 1994). El momento de esplendor de cada escuela a lo largo del periodo 1880-2014, que comprende todo el recorrido histórico de la psicoterapia, ha ido variando y en la

actualidad es difícil afirmar qué escuela cuenta con más vigor, porque los criterios a usar son, a su vez, múltiples (número de profesionales que la practican, eficacia de sus prácticas, número de grupos de formación, número de publicaciones, etc.). De cara al propósito de este artículo, se puede percibir que *al menos* dos de las grandes escuelas citadas (conductual-cognitiva y constructivista) tienen componentes cognitivos.

Esta dicotomía encaja, a su vez, con los dos relatos mencionados anteriormente, el científico y el constructivista. Estos dos grandes enfoques se relacionan, además, con otra manera de entender la historia de la psicoterapia, la de la evolución de los formatos de comprobación de su eficacia y la de los modelos de investigación en psicoterapia. En un primer momento, la psicoterapia se constituye como técnica de intervención, pero la comprobación de su eficacia no se pone en marcha hasta un periodo relativamente tardío. Aunque se asume que los primeros estudios sobre la eficacia tienen que ver con el contraste terapias dinámicas-terapias de conducta (Eysenck, 1952), lo cierto es que muchos de los primeros estudios sistemáticos sobre eficacia de la psicoterapia se deben a la tradición humanista de Rogers, incluso en su expresión cuantitativa (Elliott, 2002; Rogers y Dymond, 1954).

El proceso de estudio de la eficacia de la psicoterapia se hace cada vez más necesario en la medida en que en la psicoterapia en particular (y en las sociedad contemporánea en general) llega a un momento en el que los criterios de utilidad-practicidad se convierten en un elemento esencial de los criterios de valoración social (lo importante no es tanto que algo sea cierto o asumible, sino que sea útil y que esa utilidad pueda ser constatada). En psicoterapia el proceso de probar la utilidad se manifiesta en dos tradiciones distintas, ambas han tenido un desarrollo exponencial a partir de la década de 1990.

La primera, conocida como tratamientos empíricamente validados, está centrada en la comprobación experimental de la eficacia a partir de criterios muy rigurosos de control experimental (Chambless y Ollendick, 2001; Kazdin, 1986; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Levant, 2004). Su piedra de toque es la eficacia, es decir, la comprobación de la utilidad en contextos controlados a partir de criterios de racionalidad científica, grupos control y comparaciones entre tratamientos. En esta tradición se trata de emular el modelo médico definiendo de forma precisa un trastorno y encontrando una cura/solución para el mismo mediante diseños controlados y comparativos de tratamiento. El foco es el problema, no el individuo; lo que se busca es la técnica que remedie el trastorno.

La otra tradición, la de la práctica basada en la evidencia, está más centrada en la investigación de procesos y en la efectividad, es decir, el impacto de una práctica útil en un contexto habitual (Landfield, 1992; 2013; Norcross, 2002; Norcross, Beutler y Levant, 2009). El foco es más la interacción con el individuo y los procesos de cambio que resultan útiles, sin tener tan presente el diagnóstico con el que se etiqueta al cliente. La investigación asume también criterios cualitativos y de cambio global, no sólo de tipo sintomático.

Curiosamente, las dos escuelas cognitivas se alinean cada una de ellas con estas dos diferentes tradiciones de comprobar la utilidad, la cientifista con los tratamientos empíricamente validados y la constructivista con la práctica basada en la evidencia.

El problema es situar a las terapias cognitivas en estos diferentes modelos históricos y conceptuales. En general, se mantiene una idea de que las terapias que se han autodenominado cognitivas pertenecen al tronco experimental-cientifista y que, por tanto, su deriva histórica se situaría en este modelo y dentro de la línea de tratamientos empíricamente validados en cuanto a investigación. Pero, parece que hay otra tradición que no encajaría del todo en este modelo y que se acerca más a la propuesta constructivista y de procesos. El encaje dependerá de una serie de criterios que tienen que ver con cómo se concretan en cada caso distintos elementos de la psicoterapia.

En la actualidad, algunos autores presentan un modelo de evolución histórica de las terapias cognitivas que sigue únicamente la tradición experimentalista y plantean una microhistoria en tres fases, la terapia de conducta, la terapia cognitivo-conductual y los modelos centrados en marcos contextuales (Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez-Blarrina, 2006; Miró, 2006; Pérez-Álvarez, 2006). Otros sin embargo, siguen una historiografía más compleja e incluyen también los modelos de tipo constructivista y narrativo (Caro, 2003a, b; Semerari, 2002).

Para entender la complejidad de la situación (cómo es posible que haya dos tradiciones distintas de trabajo terapéutico con el conocimiento) es necesario atender, al menos, a los siguientes elementos: la caracterización del sujeto psicológico, la relación terapéutica y la concepción del problema o trastorno. A estos hay que añadir otro componente que, como tal, es externo a la definición de psicoterapia, pero que la engloba: el marco cultural en el que se definen el trastorno y la propia psicoterapia. Sin responder a la naturaleza de estos elementos es difícil determinar qué es una terapia cognitiva o si hay varias formas de entender qué es una terapia cognitiva.

En psicoterapia, en particular, y en psicología, en general, es difícil, incluso inadecuado, hablar de enfermedad, en el sentido de una alteración con etiología clara y base normalmente biológica o exógena, de ahí que en psicopatología se hable más de trastornos o de síndromes que de enfermedades. No obstante, es posible concebir una serie de factores causales, predisponentes o facilitadores que, en combinación entre ellos o con determinados estresores sociales o psico-sociales, desarrollan o generan el trastorno. Si la etiología es básicamente independiente del sujeto, es posible pensar en un tipo de tratamiento que elimine la causa o, al menos, modifique esencialmente los problemas producidos por esta con una mínima intervención del cliente en este proceso. Si este fuera el caso, el problema de la intervención sería básicamente el de la adherencia al tratamiento (tomar la medicación cuándo y cómo proceda y en la dosis prescritas, ejercitarse en los periodos e intensidad aconsejados, acudir a las citas para la dosificación del tratamiento,

aprender a usar las técnicas que se le enseñen). Se trata fundamentalmente de un modelo de déficit, la recuperación se produce a partir de la enseñanza o de la corrección, pero desde una perspectiva fundamentalmente pasiva. El sujeto es “enseñado” a partir de técnicas que son adecuadas por criterios de maestría “objetiva” que le son ajenos y que domina el terapeuta.

Pero si la etiología no es básicamente independiente del sujeto, entonces el trastorno es algo de lo que el propio sujeto es agente, redefinir o cambiar el trastorno implicara básicamente cambiar el modo en que el sujeto se dirige a sí mismo y habrá que concebir la problemática psicológica como un proceso que el individuo usa para dar sentido a su propia experiencia. Desde esta perspectiva, la etiología es básicamente subjetiva, se relaciona con como el sujeto ve el mundo y, por tanto, tiene un carácter más epistemológico, el problema no es tanto el contexto ontológico, “real”, sino el modo de apreciarlo. En definitiva el problema del tipo de sujeto está íntimamente imbricado con el tipo de etiología, el sujeto activo tiene un papel agente en el modo en que se gestiona y, por tanto, en cómo sufre, si es el caso. El sujeto pasivo es objeto de enfermedad, ya que la causa le es ajena. Pero en el caso de los tratamientos psicológicos, la causa del problema nunca es estrictamente separable del individuo o de su relación con el mundo, lo que supone que la persona va a tener siempre un cierto papel activo en el desarrollo del trastorno.

La cuestión de definir al cliente como sujeto activo o pasivo, no sólo se relaciona con la naturaleza del problema, sino también con el papel que se le asigna al cliente en la toma de decisiones respecto a la intervención y el grado en que éste adopta un papel de experto sobre sus propios procesos. Esto ha venido siendo un aspecto que ha dividido las distintas psicoterapias en dos grandes facciones, aquellas que han asumido un papel experto del cliente de modo que éste negocia, participa y co-crea tanto la intervención como su propio sistema y las que le asignan un papel pasivo en el que la intervención técnica del terapeuta es sustancial. Casi ningún modelo asume directamente un papel totalmente pasivo del cliente (lo que lo acercaría a una suerte de medicina desde el punto de vista de que la técnica lo es todo para reparar o curar el problema), pero en la medida de que el modelo es fundamentalmente de déficit o de enseñanza al cliente y en la medida en que se asume que la técnica es fundamental para la recuperación, esta perspectiva está más vigente. Las terapias cognitivas típicas han ido moviéndose dentro de este modelo de pasividad aunque con matices, asumiendo en parte un papel activo, pero centrándose en la importancia del procedimiento de aplicación de la técnica como forma de intervención. En definitiva, el aspecto relacionado con el sujeto se concreta en una concepción activa del sujeto, es creador o co-creador de su propia visión del mundo y por tanto es un sujeto agente o bien es básicamente el objeto de intervención, con lo cual el sujeto psicológico deviene más un objeto de trabajo para el terapeuta. Sin ser tan radicales, la primera opción permite la autodefinición del sujeto y en la otra el sujeto viene definido por una serie de características que pueden ser conocidas con independencia de éste.

El tema del sujeto lleva directamente a la cuestión de la relación terapéutica. En general, hay un acuerdo en que la relación terapéutica es fundamental para el buen desarrollo de la terapia (Cormier y Cormier, 1994; Rogers, 1961) y la relación terapéutica aparece como uno de los factores que mejor explica el éxito terapéutico (Corbella y Botella, 2004; Lambert, 1992; 2013). Incluso entre los autores que defienden una primacía del aspecto técnico de la terapia, la relación es un componente básico del entrenamiento terapéutico (Wilson y Luciano, 2002).

No obstante, hay una tendencia a que los modelos terapéuticos que asignan un papel primordial al papel activo y de experto del sujeto a dar una gran importancia a la relación, puesto que es en ésta dónde los procesos de creación y negociación van a tener lugar. Los tipos de psicoterapia que priman la técnica y que otorgan un papel más pasivo al cliente, tienden a minimizar el papel de la relación.

A su vez, esto influye en la definición del problema del que debe ocuparse la psicoterapia. Por un lado, se puede vivir como un proceso, como una forma de hacer frente a lo insoslayable de la “*realidad*” que se vive y de dar sentido a la propia experiencia (Kelly, 1955; Mahoney, 1991). En este sentido el proceso de sufrimiento es sobre todo una forma de vivir y construir la realidad, no habría un déficit como tal que debe ser corregido, aunque luego en la práctica operativa se ayude al cliente en la modificación de determinadas creencias o actitudes. En el otro modelo, lo insoslayable de la “*realidad*” del cliente es el producto directo de alguna clase de déficit o insuficiencia y la técnica psicológica debe cambiarlo o eliminarlo (Beck et al, 1979). En estos casos, el proceso terapéutico se acerca más a un proceso de cura que a un proceso de construcción de significado. Obviamente, un modelo terapéutico concreto está en algún punto entre estos dos polos, pero siempre se encuentra más cercano a uno de ellos.

La cultura, por último, nos sirve para definir el propio ejercicio de la psicoterapia. De hecho la psicoterapia es un producto de una cultura muy concreta, la sociedad liberal capitalista con alto desarrollo tecnológico. No habría psicoterapia si no existiera este marco cultural. La sociedad liberal capitalista se define por estas características (Giddens, 1995): a) la industrialización de los procesos de producción; b) la mercantilización de toda actividad, c) una estructura social muy compleja, que requiere de sistemas especializados de producción, seguimiento y control de actividades (los sistemas expertos), d) la ruptura con la tradición o vaciamiento espacio-temporal, de modo que no hay criterios fijos de qué hacer y cuándo; e) el desenclave social o falta de conexión entre origen y marcadores de identidad, ya que el criterio fundamental es el éxito económico; f) un alto nivel de reflexividad o replanteamiento continuo de toda acción. A esto hay que añadir un marcado individualismo, de manera que el sujeto se concibe como responsable de toda acción y como protagonista de su propia experiencia (Triandis, 2001), de forma que cada sujeto se percibe como responsable de su propia posición vital, más allá de ocupaciones o ritmos estereotipados (vaciamiento) y de las conexiones con el origen de la persona (desenclave). Este tipo de sociedades requieren intervenciones

centradas en los individuos y, por tanto, en los principios psicológicos de la subjetividad. En este sentido, la psicoterapia es, en términos puramente construccionistas, un tipo de conversación sobre el cambio y el ajuste psicológicos típica de nuestro contexto social, basado en la acción sobre el individuo. Desde esta perspectiva, es un tipo de práctica conversacional. En este sentido cabe preguntarse si son posibles formas de terapia que no centren el énfasis el individualismo y en las prácticas expertas. Y si es posible, ¿entonces estas formas de terapia, serían cognitivas?

En las sociedades del capitalismo en general, y en las del capitalismo reciente¹ en particular, no es posible que cada individuo sea socialmente autosuficiente, su actividad se restringe a un área en la que es experto. La propia sociedad es demasiado compleja como para que un individuo pueda gestionar toda su actividad social, cada vez se precisa de la participación de otros que son expertos en su propio campo y que, además, tienden a dificultar el acceso a los conocimientos y herramientas de su área de experiencia. Surgen así organizaciones y sistemas sociales que se encargan de gestionar diversos ámbitos de la experiencia (sanidad, educación, cultura, software, fontanería, producción de alimentos, diversión...). Se crean lo que se llaman *sistemas expertos*, que son agrupamientos sociales que se ocupan de una actividad que cada vez se especializa más, de manera que se crean élites que son imprescindibles para el desarrollo de una tarea completa. El grado de complejidad social llega al punto de que para desarrollar una sola tarea han de intervenir varios sistemas expertos. La psicoterapia es uno de estos sistemas expertos.

Los sistemas expertos son colectividades de base tecnológica, se dedican a resolver problemas, su ámbito está relacionado más con el cómo se hace que con el conocimiento puro. Obviamente, para llevar a cabo una tarea, es necesario un grado importante de conocimiento básico, pero a medida que la sociedad capitalista se ha ido extremando, el criterio de utilidad (y de mercantilismo) ha ido ganando posiciones, de manera que lo tecnológico y aplicado ha ganado en prestigio social a lo racional y básico. La psicoterapia comparte esta base tecnológica (Fernández-Liria, 2001), pues los criterios de practicidad no sólo se aplican a la generación de bienes (alimentos, puentes, edificios), sino también a los servicios (sanidad, educación,...psicoterapia) que son productos sociales.

El cómo se ofrezca este producto tecnológico lleva también a diferentes concepciones de la psicoterapia; desde el punto de vista tecnológico lo importante es que la solución ofertada sea útil y eficiente en términos de costos/beneficios. Si la solución más eficaz se concibe como co-construcción y colaboración, la terapia evolucionara de una manera; si se concibe como técnica lineal y protocolizada, de otra. A su vez, el contexto social dominante influirá en la definición del tipo de tecnología que se quiere. El problema de la eficiencia depende muy estrechamente de los objetivos político-económicos que se pretendan, ya que la valoración de costes/beneficios tiene un claro componente ideológico y de valores. Es en este

punto donde distintas propuestas psicoterapéuticas y psicológicas entran en el terreno de lo puramente político y deben considerar aspectos como el tipo de salud mental que se pretende, la definición ontológica del sujeto, los aspectos relacionados con valores de tipo social y cultural, su relación con aspectos como la espiritualidad y la religiosidad, su eficacia y práctica inter-cultural, etc. La discusión de estos aspectos, aparte de claramente polémica, excede los objetivos de este artículo.

En cualquier caso, la psicoterapia se desarrolla originalmente en el contexto de una sociedad capitalista industrial y se expande después en el contexto de una sociedad del capitalismo reciente, mucho más centrada en la producción de información que de bienes. Por supuesto, también se expande a otros ámbitos culturales no tan individualistas, pero que adoptan prácticas sociales típicas del capitalismo reciente al tiempo que adoptan su modelo de producción. El cambio a un modelo de capitalismo reciente (Giddens, 1995) implica también un viraje hacia criterios más utilitaristas y fragmentarios, fundamentalmente porque se cuenta con un exceso de información que hace inmanejables los conceptos fijos y unívocos del periodo inicial del desarrollo de la sociedad capitalista. La identidad y la estabilidad social se vuelven cada vez más fluidas, inconsistentes y dispersas y es necesario combinarlas de alguna forma (Bauman, 2003; Gergen, 1992). Esto hace que el criterio de racionalidad cambie por el de utilidad, aunque el sistema social continúe utilizando los mismos criterios socio-económicos. En este panorama, el cambio de un modelo racional-modernista a un modelo postmodernista no se entiende como una alternativa o una oposición, sino como una consecuencia del desarrollo del sistema (Giddens, 1995). Eso sí, tiene una implicación clara en la formulación de los modelos de terapia que ya no pueden seguir siendo lineales y centrados en una identidad unívoca (Caro, 1997).

Respecto a las terapias cognitivas, tenemos variantes que apostarían más por una terapia de modelo experto-técnico y centrada en el análisis de entidades psicológicas concretas (esquemas-creencias) y otra que optaría más por un modelo compartido y procesual y centrada en la construcción del significado. Las terapias cognitivas típicas, las terapias de tercera generación y las terapias de modificación del sesgo constituirían el primer grupo, las terapias de tipo constructivista-narrativo, el segundo. Cada una reflejaría un momento distinto o una visión distinta dentro del sistema cultural.

La terapia cognitiva que defiende el modelo de relación entre experto y receptor y centrada en el trabajo con contenidos mentales y esquemas encajaría dentro del curso histórico de las terapias de base experimental, el otro modelo encajaría mejor en un curso histórico de tipo multiparadigmático. Es decir, parece que según como se historien las terapias cognitivas, son unas u otras las que se van a tener en cuenta. Si la historia se limita a la tradición experimental, es obvio que la familia constructivista no estará presente; si la historia incluye todo lo relacionado con el trabajo con él conocimiento (o todo lo relacionado) con el trabajo terapéutico,

lo estará. Construir una clasificación histórica es hacer historia social y, por tanto, las elecciones generan inclusiones o exclusiones (Gergen, 1996).

La terapia cognitiva típica tomaría el modelo de prueba y control de la terapia de conducta original (la comprobación con diseños cuasi-experimentales), modelo que continuaría con las terapias contextuales y de aceptación contemporáneas. La base de este modelo sería fundamentalmente empirista y buscaría un patrón predictivo-explicativo del cambio a partir de la alteración y modificación de procesos psicológicos subyacentes. La terapia cognitiva constructiva se centraría en producir alteraciones en las concepciones epistemológicas de la persona. El modelo de trabajo, más que experimental sería fenomenológico y el tipo de cambio no se constataría tanto a través de un proceso empírico, sino mediante otras herramientas (estudio de las conversaciones, cambios estructurales, cambio en la coherencia personal). Desde el punto de vista de la filosofía del lenguaje, las tradiciones de terapias cognitivas típicas y terapias conductuales optarían por una posición de relevancia del lenguaje, se centran en lo que el hablante pretende (Sperber, 1994), mientras que el constructivismo terapéutico optaría por un modelo de indeterminación (Atlas, 2005), se centran en cómo el discurso se va construyendo.

¿Son ambas terapias cognitivas, es decir, terapias que tratan del modo en que se accede al conocimiento?

3. Un intento de conclusión: quizá el fondo de la cuestión no es (sólo) lo cognitivo.

Volviendo a la etimología, si cognitivo es lo que se relaciona con el acceso al conocimiento, casi cualquier modelo psicológico tiene componentes cognitivos. Esto es evidente en el psicoanálisis clásico, en la forma de las operaciones mentales inconscientes que generan las dinámicas de represión y transferencia (Freud, 1975), está presente también en derivaciones psicoanalíticas que trabajan con estrategias de representación mental (Adler, 1957), está presente en los modelos sistémicos, que explican como un grupo familia crea una estructura de significado y de funcionamiento (Minuchin 1979; Sluzki, 1996). También está presente, aunque con un formato más centrado en un conocimiento primario, implícito y relacional en las prácticas humanistas (Rogers, 1961) y gestálticas (Stevens, 2003), este conocimiento es de carácter emocional, pero persigue tener un conocimiento consciente de cómo se aprende la realidad.

Obviamente no es posible hacer terapia si no se trabaja aunque sea mínimamente con el conocimiento que la persona tiene sobre sí mismo. Es necesario reiterar que, como afirma Fernández-Liria (2001) no se puede trabajar si no es con la narrativa del cliente. No obstante, hay que tener en cuenta cuáles pueden ser las extensiones de este conocimiento.

En primer lugar, el conocimiento no tiene por qué ser consciente. Esto es algo que está en el punto de partida del psicoanálisis, pero que también puede ser admitido por los modelos cognitivos, tanto desde el punto de vista experimental,

como del constructivista. Los trabajos con modelos de inconsciente cognitivo (Kihlstrom, 1999) han encontrado que muchos procesos de aprendizaje, memoria y respuesta emocional son automáticos y que son invariantes a lo largo de edades y situaciones. Por un lado, suponen un “ahorro” de recursos cognitivos en el procesamiento de tareas no necesariamente sencillas y en la toma de decisiones. Los modelos constructivistas, aludiendo a su base teórica de estructuras implícitas, asumen que las reglas básicas usadas para dar sentido a la experiencia no son fácilmente conocidas y sólo puede indagarse en ellas a través de un proceso complejo de escudriñamiento de las repeticiones y atascos del individuo (Guidano, 1994; Mahoney, 1991). Los modelos construccionistas asumen que si no se deconstruye el discurso, las reglas sociales de control, que subyacen al problema, no se hacen evidentes, lo que supone ahondar en un conocimiento que, si bien, no es inconsciente como tal, no está mencionado y parece ajeno a la situación (White, 2007).

En segundo lugar, el conocimiento no tiene por qué ser simple, es decir, eminentemente declarativo. Es verdad que la terapia cognitiva típica se ha centrado, más o menos, en este tipo de cogniciones (Vázquez y Cameron, 1997) porque ha trabajado fundamentalmente sobre errores o productos cognitivos. Pero lo cierto es que los significados pueden tener varios niveles y los sistemas de interconexión son complejos. Teasdale y Barnard (1993) propusieron un modelo de sistemas cognitivos interactivos que usa diferentes tipos de codificación: básica (sensorial), intermedia (morfemas-lexemas) y de significado. Pero a su vez el significado puede ser denotativo (declarativo) o implicativo (connotativo). Las connotaciones son siempre de tipo subjetivo y son las que se asocian a emociones. Esta propuesta es similar a la de estructuras implícitas y conocimiento explícito que hacen autores como Guidano (1994) y Mahoney (1991), que plantean conexiones entre los pensamientos que afloran a la conciencia y los modos básicos de construir que constituyen la base de la identidad. Está presente también en los diversos indicadores emocionales que pueden generar esquemas emocionales en el trabajo con terapia focalizada en emociones (Greenberg, 2004). La diferencia entre denotación y connotación es básica en el trabajo con el lenguaje y es la base de la metáfora, la capacidad de trasladar un significado de ámbito. Las metáforas no sólo constituyen la mayor parte del lenguaje cotidiano (Lakoff y Johnson, 1991), sino que están a la base de muchas técnicas terapéuticas que permiten la reestructuración de significado (Erickson, Rossi y Rossi, 1976; Gonçalves, 2002; Wilson y Luciano, 2002).

En tercer lugar, el conocimiento no necesariamente es pensamiento, sino que puede tener un componente emocional muy grande. De hecho, este aspecto está íntimamente relacionado con el anterior. Gran parte de la complejidad de la estructura cognitiva y del conocimiento reside en el carácter emocional de las partes menos accesibles. La emoción es una forma de conocimiento que es global, generalista y más (o muy) automática. No cabe una reestructuración del significado sin un trabajo con la emoción y esto está presente en multitud de enfoques

terapéuticos de carácter cognitivo (Gonçalves, 2002; Guidano, 1994; Greenberg, 2004) y también, aunque de una forma más auxiliar, en las terapias cognitivas típicas (Beck et al, 1979; Garcia-Martínez, 1994). Las emociones son una parte esencial de la construcción de la identidad, de forma que son un pilar básico del modo de interpretar el mundo (Guidano, 1994; Tomkins, 1987). Desde el modelo de constructos personales, también se afirma que no todos los constructos tienen porque ser verbales y que la acción y la emoción pueden construir formas de representación o conocimiento, especialmente en términos de cambios o transiciones en el sistema (Kelly, 1955).

En cuarto lugar, está la cuestión de que el conocimiento no sólo está compuesto por productos cognitivos (pensamientos, creencias) sino que es también procesual y tiene una estructura (Vázquez y Cameron, 1997). Los trabajos terapéuticos se han centrado básicamente en los contenidos y se han descuidado el papel de las estructuras y los procesos. Los procesos están siendo atendidos por los modelos de sesgo cognitivo y la psicología cognitiva experimental, comprobando el papel que la memoria o la atención tienen en las distintas patologías. Parece que la ansiedad está ligada a sesgos atencionales y la depresión a sesgos de memoria y que estos resultados se pueden inducir experimentalmente (Matt, Vázquez y Campbell, 1992). La estructura del sistema también influye en la manera de construir, los sujetos más complejos parecen tener una mejor salud mental (Linville, 1987; Winter, 1994). La psicología de los constructos personales se ha ocupado mucho del estudio de la estructura (Feixas y Cornejo, 2002) y ha encontrado que clientes con determinadas patologías, como la depresión, tienden a tener valores altos en polaridad (Neimeyer, 1985), aunque los resultados no son siempre consistentes (Feixas, Erazo-Caicedo, Harter, y Bach, 2008). Los resultados sobre la complejidad son confusos, especialmente porque no hay una medida clara de esta dimensión usando la técnica de rejilla (Feixas y Cornejo, 1996).

El problema de la estructura se liga al de la coherencia, en general los relatos coherentes son más viables y típicos de personas sin alteraciones de salud mental (Gonçalves, 2002). La coherencia parece ser el factor clave del ajuste de la narrativa personal ya que supone un nivel en el que el sujeto es capaz de unir los distintos componentes de su experiencia (Adler, Wagner y McAdams, 2007; Sewell, 1997). Relacionado con el tema de la coherencia está la estructura dilemática del sistema de construcción, la presencia de contradicciones internas, variable ligada mucho más frecuentemente a la problematicidad (Feixas y Saúl, 2004).

En quinto lugar, los contenidos del conocimiento no tienen por qué ser necesariamente pensamientos, pueden ser entidades más abstractas como los valores, que son reguladores muy importantes de la acción, con una importante carga afectiva y emocional. El trabajo con los valores nos acerca a la terapia existencial y a la concepción del significado como proyecto de vida (Villegas, 1994). El trabajo con los valores es un componente que está presente tanto en las terapias de tercera generación (aunque en realidad se definen como objetivos

personales, que tienen un nivel de jerarquía menor desde un punto de vista regulatorio) y en las terapias construccionistas, en tanto que el objetivo es apoderar a la persona y hacerla que se oriente hacia su propia intencionalidad (White, 2007).

En sexto lugar, se encuentra el problema del método, aunque los resultados típicos de la ciencia son los que se siguen de un modelo estadístico cuantitativo, y en eso los modelos cognitivos típicos y las terapias de tercera generación han tenido un mejor desarrollo, no se puede obviar que la investigación cualitativa sobre las narrativas personales ayuda a entender mejor qué es lo que cambia y cómo cambia (Matos, Santos, Gonçalves y Martins, 2009). El objetivo es avanzar en un modelo mixto de investigación que combine un acercamiento estadístico y otro cualitativo (ver, por ejemplo, Montesano et al., 2014) y que mejore los niveles de control en la investigación cualitativa (Flick, 2014).

Por último, hay que atender al problema del discurso social, el conocimiento ha de ser crítico y es necesario vigilar los discursos ocultos que controlan la investigación, la práctica terapéutica y la categorización de la enfermedad (Gergen, 1996; White, 2007). Es verdad que un discurso entendido como práctica social no es cognitivo, entendido como categoría mental (Caro 2003b), pero si es algo relativo al conocimiento. Sólo teniendo en cuenta un enfoque de este tipo se podrán integrar en la terapia formas de conocimiento transculturales y ligadas a valores espirituales y religiosos, que son básicas para la intervención con miembros de culturas diferentes.

En definitiva, hay acercamientos suficientes entre las distintas modalidades de terapia que trabajan con el conocimiento. La diferencia epistemológica profunda no está, sin embargo, entre el construccionismo social y el constructivismo cognitivo, está entre estos dos modelos de un lado y las terapias cognitivas típicas y otros modelos conductual-cognitivos por otros. Aunque se avanza cada vez a un eclecticismo técnico y estratégico en psicoterapia (Caro 2003b; Garrido, 1994), no parece que esta brecha se vaya a cerrar en breve. Pero ambos modelos pueden convivir y aprender uno del otro, creando un discurso compartido, aunque no necesariamente común. Dado que ambos modelos se ocupan de cómo se accede al conocimiento, ambos son terapias cognitivas, pero diferentes tipos de terapias cognitivas. Como en muchos otros aspectos de la vida, habrá que aprender a hablar en plural y asumir la diferencia como vía para el crecimiento, quizá incluso para el crecimiento mutuo.

Notas

¹ Opto por categorizar a la sociedad contemporánea (occidental y desarrollada) como capitalismo reciente. En la mayoría de los textos sobre la evolución de las psicoterapias se usa el contraste modernidad-postmodernidad. Giddens (1995) desde una óptica de tipo sociológico etiqueta estas sociedades como de la modernidad tardía o modernidad reciente, pero su análisis social indica

claramente que la modernidad es de tipo capitalista desde una perspectiva socioeconómica, lo que da una visión más exacta del funcionamiento social. Entre las etiquetas reciente y tardío, opto por la primera (nueva, que ha sucedido hace poco), frente a la segunda (que sucede después del tiempo en que se esperaba). Esta es la sociedad del tipo de capitalismo de nuestro tiempo.

Referencias bibliográficas

- Adler, A. (1957). *El conocimiento del hombre*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Adler, J. M.; Wagner, J. M y McAdams, D. P. (2007). Personality and coherence of psychotherapy narratives. *Journal of Research in Personality*, 41, 1179-1198
- Arciero, G. (2013). *Tras las huellas del sí mismo*. Madrid: Amorrortu.
- Atlas, D. A. (2005). Logic, meaning, and conversation: semantical underdeterminacy, implicature, and their interface. Nueva York: Oxford University Press.
- Balbi, J. (2005). *La mente narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Barnum, S.; Woody, M.; y Gibb, B. E. (2013). Predicting changes in depressive symptoms from pregnancy to postpartum: The role of brooding rumination and negative inferential styles. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 71-77.
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Beck, A. T. (1967) *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. Nueva York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: The New American Library.
- Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (1985) *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (1985) *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A. y cols. (1990) *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman, A. y Davis, D. D (2003) *Cognitive therapy of personality disorders*. 2nd ed. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T.; Rector, N. A; Stolar, N. y Grant, P. (2009). *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. y Dozois, D. (2011). Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397-409.
- Botella, C. (1986). *Introducción a los tratamientos psicológicos*. Valencia: Promolibro.
- Calkins, A. W., & Otto, M. W. (2013). Testing the boundaries of computerized cognitive control training on symptoms of obsessive compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 587-594
- Caro, I. (1997). Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos. En I. Caro (Comp.), *Manual de Psicoterapias Cognitivas*, pp. 37-52. Barcelona: Paidós.
- Caro, I. (2003a). La evolución cultural de las psicoterapias cognitivas. El largo y sinuoso camino. En I. Caro (Comp.). *Psicoterapias cognitivas. Evolución y comparaciones*, pp. 23-42. Barcelona: Paidós.
- Caro, I. (2003b). Reflexiones sobre la evolución y la comparación de las psicoterapias cognitivas. En I. Caro (Comp.). *Psicoterapias cognitivas. Evolución y comparaciones*, pp. 229-248. Barcelona: Paidós.
- Caro, I. y Schurchart Read, C. (2003). *General Semantics in Psychotherapy: Selected Writings on Methods Aiding Therapy*. Nueva York: Institute of General Semantics.
- Chambless, D.L. y Ollendick, Y. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Barcelona: Visión.
- Cormier, W.H. y Cormier, L.S. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao: DDB.
- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmalzing, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E., Gallop, R., McGlinchey, J.B., Markley, D.K., Gollan, J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L. y Jacobson, N.S. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 658-670.

- Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. En D. J. Cain (Ed.). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, pp. 57-81. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1989). *La práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao: DDB.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy. Revised and updated*. Nueva York: Birch Lane Press.
- Erickson, M.H; Rossi, E. L. y Rossi, S. I. (1976). *Hypnotic realities*. Nueva York: Irvington Pubs.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Feixas, G. y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la técnica de la rejilla*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Saül, L. A. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An Investigation on the Role of Cognitive Conflicts in Health. *The Spanish Journal of Psychology*, 7, 69-78.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2002). *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer
- Feixas, G.; Erazo-Caicedo, M. I; Harter, S. L. y Bach, L. (2008). Construction of Self and Others in Unipolar Depressive Disorders: A Study Using Repertory Grid Technique. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 386-400.Ç
- Fernández-Liria, A. (2001). Una confluencia en las narrativas. En. A. Fernández Liria y B. Rodríguez Vega. *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*, pp.49-78. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- Fierro, A. (1994). *Manual de Psicología de la Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Flick, U. (2013). *La gestión de la calidad en la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Freedman, J. y Combs, G. (1996). *Narrative therapy. The social construction of preferred realities*. Nueva York. Norton.
- Freud, S. (1975). *Introducción al psicoanálisis*. Madrid: Alianza.
- García-Martínez, J. (1988). Personalidad y cognición: relaciones históricas y perspectivas de futuro. En J. García-Martínez, M. Garrido y L. Rodríguez-Franco (Comps.). *Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia: un enfoque constructivista*, pp. 13-56. Madrid: Fundamentos.
- García-Martínez, J. (1994). Terapia Cognitiva. En M. Garrido y J. García-Martínez (Comps.). *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, pp. 359-406. Valencia: Promolibro.
- García-Martínez, J. (2012). *Técnicas narrativas en psicoterapia*. Madrid: Síntesis.
- Garrido, M. (1994). Psicoterapia: conceptos, fundamentos y tendencias actuales. En M. Garrido y J. García-Martínez (Comps.). *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, pp.23-64. Valencia: Promolibro.
- Garrido, M. y García-Martínez, J. (1998). Los mitos de la personalidad: razón, afecto y acción como focos del cambio en psicoterapia. En J. García-Martínez, M. Garrido y L. Rodríguez-Franco (Comps.). *Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia: un enfoque constructivista*, pp. 57-80. Madrid: Fundamentos.
- Gergen, K. J. (1992). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. J. (2005). *Construir la realidad: el futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós
- Gergen, K. J. (2006). *Therapeutic realities, collaboration, oppression and relational flow*. Chagrin Falls, OH: Taos Institute Publications.
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.
- Gonçalves, O. F. (2002). *Psicoterapia cognitiva-narrativa: manual de terapia breve*. Bilbao: DDB.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3-16.
- Guidano, V. F. (1994). *El sí mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva postracionalista*. Barcelona: Paidós.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999) *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Herman, H. J. M. y Heramnas-Jansen, E. (1996). *Self-narratives. The construction of meaning in psychotherapy*. Nueva York: Guildford Press.
- Hermans, H.J.M., & Dimaggio, G. (Eds) (2004). *The dialogical self in psychotherapy*. New York: Brunner & Routledge.
- Hertel, P. T., & Mathews, A. (2011). Cognitive bias modification: Past perspectives, current findings, and future applications. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 521-53.
- Jacobson, N. S. (1997). Can contextualism help? *Behavior Therapy*, 28, 435-443.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E. & Koerner, K. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 2: 295-304.

- Kazdin, A. E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 95–105.
- Kelly, G. A. (1995). *The psychology of personal constructs*. Nueva York: Norton.
- Khun, T. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago, Ill: University of Chicago Press.
- Kihlstrom, J. F. (1999). The psychological unconscious. En I. A. Pervin y O. P. John (Eds.). *Handbook of personality: theory and research*, 2nd ed., pp.424-442. Nueva York: Guilford Press.
- Kohlenberg R.J y Tsai M. (2008). *Psicoterapia Analítica Funcional: Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Málaga: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga.
- Korzybski, A. (1933). *Science and sanity: an introduction to non-aristotelian systems and general semantics*. Lancaster, PA: Publishing Company.
- Labrador, F. J.; Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson.
- Lakoff, G. y Johnson, M. (1991). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra
- Lambert, M. J. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. In J. C. Norcross & M. V. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy*, 94-129. Nueva York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6th Edition, pp. 169-218. Nueva York: Wiley.
- Levant, R. F. (2004). The Empirically Validated Treatments Movement: A Practitioner/Educator Perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 219-224.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linville, P. W. (1987) Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 663-676.
- Luciano, M. C.; Valdivia, S.; Gutiérrez, O. y Paéz-Blarrina (2006). Avances desde la terapia de aceptación y compromiso. *EduPsykhé, 5*, 173-201.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human changes processes*. Nueva York: Basic Books.
- Mahoney, M. J. (2003). *Psicoterapia constructiva*. Barcelona: Paidós.
- Matos, M.; Santos, A.; Gonçalves, M. y Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research, 19*, 60-80.
- Matt, J.; Vázquez, C. y Campbell, K. (1992). Mood congruent recall of affectively toned stimuli: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 2*, 227-256.
- Maturana, H.R. y Varela, F.J. (1990). *El árbol del conocimiento*. Madrid: Debate.
- McEvoy, P. y Brans, S. (2013). Common versus unique variance across measures of worry and rumination: Predictive utility and mediational models for anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 183-196.
- McNamee, S. y Gergen, K. J. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia, 17* (66-67), 31-76.
- Mobini, S.; Reynolds, S. y Mackintosh, B. (2013). Clinical implications of Cognitive Bias Modification for interpretative biases in social anxiety: An integrative literature review. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 173-182. Ç
- Montesano, A., Feixas, G., Erazo-Caicedo, M. I., Saúl, L. A., Dada, G., Winter, D. (2014). Cognitive conflicts and symptom severity in Dysthymia: "I'd rather be good than happy". *Salud Mental, 37*, 41-48.
- Müller, D.; Teismann, T.; Havemann, B.; Michalak, J.; y Seehagen, S. (2013) Ruminative thinking as a predictor of perceived postpartum mother–infant bonding. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 89-96.
- Neimeyer, R. A. (1985). Personal constructs in depression. In E. Button (Ed.), *Personal construct theory and mental health*. London: Croom Helm.
- Neimeyer, R. A. (2013). *Psicoterapia constructivista. Rasgos distintivos*. Bilbao: DDB.
- Neimeyer, R. A. y Raskin, J. D. (2000). *Constructions of disorder. Meaning-making frameworks for psychotherapy*. Washington, DC: APA.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002) *Psychotherapy relationships that work: therapist contribution and responsiveness to patient needs*. Nueva York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C.; Beutler, L. E. y Levant, R. F. (Eds.) (2009). *Evidence-based practices in mental health*. Washington, DC: APA.

- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5, Elliot, 2002159-162.
- Pérez-Álvarez, M. (2008). Hyperreflexivity as condition in mental disorders: A clinical and historical perspective. *Psicothema*, 20, 181-187
- Pi, N. (Coord.) (Sin fecha). *Guía para el usuario de la psicoterapia*. Federación española de Asociaciones de Psicoterapia. Disponible en http://www.feap.es/documentos/guia_del_usuario/diptico_feap.pdf. Descargado a 09-09-2914
- Rodríguez Vega, B. (2001). Constructivismo y narrativas. Un nivel diferente para la integración. En. A. Fernández Liria y B. Rodríguez Vega. *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*, pp.29-48. Bilbao: DDB.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. y Dymond, R. F. (Eds.). (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rojí, B. (1997). *Historia de la psicoterapia*. Madrid: UNED.
- Ryle, A. (1990) *Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change*. Chichester: John Wiley & Sons
- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press
- Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Sewell, K.W. (1997). Posttraumatic Stress: Towards a Constructivist Model of Psychotherapy. En G.J. Neimeyer y R.A. Neimeyer (Eds.), *Advances in Personal Constructs Psychology*, 4, 207-235. Greenwich, Co: JAI Press.
- Siegle, G.J., Ghinassi, F., Thase, M.E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of Cognitive Control Training for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 235-262.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: fronteras de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Sperber, D. (1994). *La relevancia: comunicación y procesos cognitivos*. Madrid: Visor.
- Stange, J.; Shapero, B. G.; Jager-Hyman, S.; Grant, D. A.; Abramson, L. Y.; Alloy, L. B. (2013). Behavioral Approach System (BAS)-relevant cognitive styles in individuals with high versus moderate BAS sensitivity: A behavioral high-risk design. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 139-149.
- Stevens, J. O. (2003). *El darse cuenta: sentir, imaginar y vivenciar*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Tanner, A.; Voon, D.; Hasking, P.; y Martin, G. (2013). Underlying structure of ruminative thinking: Factor analysis of the Ruminative Thought Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 633-647.
- Teasdale, J. y Barnard, P. j. (1993). *Affect, cognition and change: remodeling depressive thought*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Tomkins, S. S. (197). Script-theory, En J. Aronoff, A.I. Rabin y R. A. Zucker (Eds.). *The emergence of personality*, pp. 147-216. Nueva York: Springer-Verlag.
- Toro, M. (2014). *La informática: una ingeniería joven muy importante*. Sevilla: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Triandis, H. C. (2001). Individualism-collectivism and personality. *Journal of Personality*, 69, 907-924.
- Vassilopoulos, S. P. y Moberly, N. (2013). Cognitive bias modification in pre-adolescent children: Inducing an interpretation bias affects self-imagery. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 547-556.
- Vázquez, C. y Cameron, C. (1997). Taxonomía cognitiva, psicopatología y psicoterapias cognitivas. En I. Caro (Comp.). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*, pp. 207-240. Barcelona: Paidós.
- Villegas, M. (1994). Análisis existencial y psicoterapia. En M. Garrido y J. García-Martínez (Comps.). *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, pp. 23-64. Valencia: Promolibro.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Nueva York: Norton.
- White, M. y Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Winter, D. A. (1994). *Personal constructs psychology in the clinical practice*. Londres: Routledge.