

PRESENTE Y FUTURO DE LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVAS¹

PRESENT AND FUTURE OF COGNITIVE PSYCHOTHERAPIES

Isabel Caro Gabalda

Universidad de Valencia - Facultad de Psicología

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Caro Gabalda, I. (2014). Presente y futuro de las psicoterapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 7-24.

Resumen

La finalidad principal de este trabajo consiste en hacer una reflexión teórica sobre el presente y el futuro de las psicoterapias cognitivas, ejemplificado todo ello, en el modelo cognitivo de Beck, uno de los más desarrollados, y cuya contribución al campo está fuera de toda duda.

En el bloque principal, la reflexión sobre el presente, se señala cómo la psicoterapia cognitiva está rompiendo con el énfasis de sus orígenes, es decir, convertirse en un modelo clínico diferencial con rasgos claros y delimitados. En este sentido, características actuales que muestran la importancia de la tendencia a la aplicación y a los micro-estudios pueden ser problemáticas pues reflejan el importante abandono de una mayor teorización. Además, en el presente asistimos al acercamiento de la psicoterapia cognitiva a la tendencia a la neurociencia y a los intentos de acoger terapias, bien diversas, bajo la óptica de una tercera ola, lo que no deja de ser problemático.

Con este contexto se señalarán algunas reflexiones que pueden suponer un desarrollo en el futuro de las psicoterapias cognitivas que permita continuar reconociéndolas como un modelo claro y distintivo, con su contribución específica al campo de los tratamientos psicológicos.

Palabras clave: psicoterapias cognitivas, modelo de Beck, teorización, aplicación, neurociencia, tercera ola.

Abstract

The main aim of this paper is to make a theoretical reflection on the past and future of cognitive psychotherapies, exemplified in Beck's model, considered as one that has a high development and contribution to the field.

The main section, reflection on its present, describes how cognitive psychotherapy is departing from its origins, i.e., to become a distinctive clinical model. In this sense, present characteristics that show the relevance of the tendency toward application and to the development of micro-studies could be problematic as they reflect the lacking of a higher theoretical reflection. Besides, we could consider problematic nowadays tendency of cognitive psychotherapy toward neuroscience and to the tendency of encompassing different therapies under the heading of a third wave.

Having offered this context some reflections about the future development of cognitive psychotherapies will be made, especially those ones that could contribute to the recognition of cognitive psychotherapy as a clear and distinctive approach, with its own specific contribution to the field of psychological treatments.

Keywords: cognitive psychotherapies, Beck's model, theorization, application, neuroscience, third wave.

Fecha de recepción: 04/06/2014. Fecha de aceptación: 13/07/2014.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: Isabel.Caro@uv.es

Dirección postal: Universidad de Valencia - Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Avda. Blasco Ibáñez, 21 — 46010-Valencia (España)

© 2014 Revista de Psicoterapia



Introducción

Como podemos juzgar por el amplio número de publicaciones, en forma de manuales y artículos, no queda un campo en donde no se emplee un enfoque cognitivo, estando, muchos de ellos, plenamente consolidados. Esta variedad y rango de influencia es algo muy valioso. El modelo cognitivo, inspirado o no por el influjo de la época, ha sido tan importante que llega prácticamente a todas las áreas de la psicología clínica (Hollon y Beck, 2013). Pero, antes de continuar, me gustaría hacer una precisión. Dada la amplitud del campo cognitivo, esta reflexión se hará, básicamente, sobre el modelo cognitivo más clásico, es decir, sobre las terapias cognitivas de corte racionalista, como el modelo de Beck. Cualquier acercamiento o generalización que haga debe ser adscrita al contexto adecuado.

Si algo debe el presente a su pasado, es el agradecimiento que debemos tener con aquellos autores que lucharon por “lo cognitivo” cuando el ambiente, en el pasado, no era muy favorecedor, por no decir, francamente hostil. De ello no ha pasado mucho tiempo: unos 40 años. Según Arnkoff y Glass (1992) a Mahoney, tras la publicación de su texto de 1974, se le advirtió que desistiera de sus propuestas si quería seguir teniendo cierta consideración académica. A mediados de los 70 los miembros de la *Asociación para el Avance de la Terapia de Conducta (AABT)* intentaron impedir, sin éxito, las ponencias cognitivas de su congreso. En pocas palabras, como señalan estas autoras, los puntos de vista cognitivos se consideraban por aquel entonces una herejía.

Desde luego, hemos ganado y mucho. Así, las viejas luchas han terminado, y el modelo cognitivo goza del reconocimiento debido. El presente, por tanto, parece muy prometedor. Entraré de forma más directa en este presente.

El presente: la ruptura con el pasado

Como es de todos conocido el modelo cognitivo surgió con la pretensión de desarrollar un nuevo sistema de psicoterapia, distinto y diferenciado de los otros enfoques.

Lo que ocurre, en mi opinión, es que este empuje *hacia su diferenciación*, por parte de los modelos clásicos, ha dejado de ser tan relevante en el presente. La evolución de las psicoterapias cognitivas supone, desde mi punto de vista, una clara ruptura con su pasado en algunos elementos y un claro estancamiento en otros. Me centraré en algunas características del presente para justificar dicha afirmación.

Énfasis en la técnica y en la aplicación

Los manuales actuales publicados en el campo enfatizan su extenso rango de aplicación (J. Beck, 2011; Dobson, 2012; Hollon y Beck, 2013). Lo que nos queda claro es que estos manuales demuestran cómo aplicar las técnicas cognitivas. En un modelo que pretende su uso clínico, esto, desde luego, no es criticable *a priori*. Todos los que queremos emplear un modelo agradecemos, y mucho, estos “recetarios”. Pero esto tiene consecuencias, como luego veremos.

Esta situación actual y esta clara tendencia hacia la aplicación no ha surgido de la nada, sino que ha surgido de determinados factores socioculturales post II Guerra Mundial, que supusieron el desarrollo de modelos terapéuticos (con todo su bagaje técnico) listos para emplearse y utilizarse (Routh y Reisman, 2003; Seoane, 2005). Características típicas del modelo cognitivo racionalista, como eficacia (Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1976), o el desarrollo de manuales (Beck, 1976) son deudores de este crecimiento de la psicología clínica post-guerra.

A pesar de las indudables ventajas, desde esta reflexión, yo percibo ciertos problemas en ello. Problemas que se pueden ejemplificar en un mayor énfasis en la aplicación que en la teorización y con la dificultad para considerar que el modelo de Beck supone una teoría de la personalidad.

Así, y en primer lugar, me parece interesante resaltar que los estudios que se hacen tienen unas características muy concretas. Por ejemplo, si tomamos algunas de las principales revistas en el campo como el *Journal of Cognitive Psychotherapy*, o el *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* la situación que se aprecia es la de micro-estudios, objetivos limitados y concretos en una determinada área.

Por utilizar una metáfora: El bosque que se extiende ante nosotros parece infinito, pero carecemos de perspectiva sobre sus límites. O por decirlo de otra manera, los árboles no nos dejan ver el bosque. Un bosque que se intentó trazar y diseñar con sumo cuidado en el pasado. También es cierto, creo yo, que esta situación se puede generalizar a otros tratamientos psicológicos. El campo de la psicoterapia presenta numeroso micro-estudios, con un difícil anclaje y fundamento teórico. Y si seguimos reflexiones recientes, algo similar parece estar pasando en el campo de la Psicología que se ha convertido en un circo de 58 pistas, una por cada sección de la APA (Lilienfeld, 2007).

Puestas así las cosas me gustaría sugerir que estamos abusando de la “aplicación” en determinados contextos en detrimento de otros desarrollos que también hacen avanzar a un modelo. Y sobre todo a un modelo como el cognitivo cuyas posibilidades de aplicación están fuera de toda duda.

En muchas ocasiones, el modelo se presenta más de forma aplicada que sustentado en una delimitación teórica. Es necesaria una mayor teorización que dé sentido a un campo con una gran variabilidad. Esta aplicación es muy evidente en los manuales al uso mediante los cuales nos llega, principalmente, el modelo cognitivo. Estos manuales destacan, en su listado de elementos y principios básicos, un gran número de características que son técnicas y de aplicación, o de aplicación en patologías concretas, más que específicamente teóricas. En estos textos prevalece la aplicación frente a la teorización distintiva. Este rasgo presenta una situación curiosa.

Por ejemplo, J. Beck (2011) lista 10 características que aparecen en el Cuadro 1. De ellas, podemos apreciar cómo, salvo dos de ellas, el resto tiene un estilo claramente aplicado. Igualmente, Dobson (2012), ofrece una lista de 9 características. Hay una gran coincidencia entre éstas y las de J. Beck, como podemos apreciar

en el Cuadro 1. Sólo las tres resaltadas se podrían considerar un elemento característico de la psicoterapia cognitiva.

Cuadro 1. Un listado de las principales características del modelo cognitivo, tipo Beck.

J. Beck (2010)	K. S. Dobson (2012)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conceptualización modificable de los problemas del paciente y conceptualización de cada paciente en términos cognitivos 2. Requiere una buena alianza terapéutica 3. Colaboración y participación activa 4. Orientada a una meta y focalizada en el problema 5. Destaca el presente 6. Educativa, el paciente es su propio terapeuta y destaca la prevención de recaídas 7. Con límite temporal 8. Sesiones estructuradas 9. El paciente identifica, evalúa y responde a sus pensamientos y creencias disfuncionales 10. Variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Foco: adaptación y problemas en el presente 2. Tratamiento de tiempo limitado 3. Terapia estructurada 4. Papel fundamental de la actividad y las tareas para casa 5. Foco en la relación terapéutica 6. Empirismo colaborador 7. Psicoeducación 8. Eclecticismo técnico 9. Tratamiento como prevención

Viendo esto, si leyéramos estas características resaltadas en la actualidad o las tuviéramos que juzgar sin saber el contexto al que pertenecen, las podríamos adscribir a otros muchos modelos de distinto corte. Las características del Cuadro 1 no parecen ser muy representativas de la psicoterapia cognitiva. Así, la descripción y presentación del modelo cognitivo de esta manera es preocupante, aunque haya textos en donde se ofrece un sustento teórico (i.e., Clark, Beck y Alford, 1999).

Podemos considerar que las hipótesis a comprobar, estudiar o verificar, no pueden surgir de la nada. Necesitan un substrato teórico importante para que el conocimiento avance, y no acabemos haciendo estudios de “usar y tirar”. Parece que en su afán por pervivir, el modelo cognitivo está dejando de prestar atención a aspectos importantes en los que entraré más adelante.

El siguiente ejemplo nos retrotrae, de nuevo, al origen de las psicoterapias cognitivas, e incide, igualmente, en cuestiones relacionadas con su aplicación.

Por ejemplo, los grandes modelos psicoterapéuticos, como el psicoanálisis, se preocuparon de desarrollar primero, una teoría sobre la persona, sobre la personalidad, para pasar después a estudiar aspectos relacionados con la psicopatología o sobre lo que afectaba al ser humano (el *cómo*, el *qué* y el *por qué*, Pervin, 1970). Desde siempre, Personalidad y Psicoterapia han estado unidas ya que es indudable que las características de la persona se pueden relacionar con la enfermedad (Ibáñez, 1993).

Esto no es así en el modelo cognitivo, que se salta esta característica y surge, con mucho ímpetu, como teoría sobre la psicopatología, en forma de estructuras, procesos y contenidos cognitivos problemáticos (Ingram y Kendall, 1986), aunque esta teoría psicopatológica requiera de mayores estudios. A pesar de los argumentos esbozados a favor de que el modelo cognitivo, sobre todo a través del concepto de *modo* (Beck, 1983; Beck, Epstein y Harrison, 1983), supone el desarrollo de un modelo de la personalidad, la psicoterapia cognitiva de Beck, no deja de ser un modelo de corte psicopatológico (que explica, por ejemplo, la depresión), encaminado al desarrollo de toda una teoría clínica, plenamente asentada y eficaz con un énfasis en lo técnico muy notable (Caro, 2013a; Lambert y Supplee, 1997; Messer y Warren, 1990).

En este sentido, las psicoterapias cognitivas, al igual que la ciencia actual y la psicoterapia, se han convertido en tecnología o en *psicotecnología* (Seoane, 1985; Woolfolk, 1992). Lo que le interesa al modelo cognitivo, el desarrollo de toda una serie de técnicas, listas para usarse en cualquier tipo de problema, y que demuestren su eficacia, concreta, en síntomas concretos, está fuera de toda duda. Como destacan Messer y Warren (1990) el énfasis en las terapias cognitivas clásicas está en las técnicas y en la demostración de su eficacia, lo que nos impide considerar que acogen una teoría sobre la personalidad (Caro, 2013a; Pervin, 1996).

Para terminar con este apartado, me gustaría señalar que este énfasis en la aplicación se hace patente, y va indisolublemente unido, al tipo de investigaciones que desarrolla un modelo. Si partimos de que podemos hablar del estudio del *resultado* (¿es el tratamiento eficaz?, ¿produce cambios?), y del *proceso* (¿cómo son eficaces los tratamientos, ¿cómo se producen los cambios?), la tónica general es el interés claro por seguir asentando los *resultados* que ofrece el modelo cognitivo.

Esta cuestión sitúa a la terapia cognitiva en relación a los tratamientos empíricamente validados. Existe evidencia sobre la eficacia y efectividad del modelo (Roth y Fonagy, 1996), sobre todo de la terapia cognitiva de Beck.

Lógicamente, es mejor aplicar aquello que parece ser eficaz que aplicar algo que no lo es. Nuestra ética como profesionales así lo aconseja. Pero esta tendencia, tan claramente defendida por la terapia cognitiva clásica, tiene problemas (véase, por ejemplo, el trabajo de Elliott, 1998). En su lugar, debe complementarse con la tendencia al estudio del proceso del cambio, tal y como comentaré al final de este trabajo.

El giro hacia las neurociencias

Una de las tendencias más notables en años recientes, a partir, fundamentalmente, del artículo de Kandel (1998) consiste en el giro hacia las neurociencias. Revisando los artículos para un número especial sobre el tema de la revista *Cognitive Therapy & Research*, Lilienfeld (2007) comenta que la “balcanización intelectual” de la psicología puede contenerse por la neurociencia cognitiva que

ofrece la promesa de hacer coincidir niveles *moleculares* (por ejemplo, los alelos de los transportadores de los neurotransmisores), *fisiológicos* (por ejemplo, estructuras cerebrales), *psicológicos* (por ejemplo, cogniciones y disposiciones de personalidad), y *socioculturales* (por ejemplo, el apoyo social, las reacciones interpersonales).

A pesar de que lo biológico es anticognitivista, el campo cognitivo muestra su interés por ello. Vaya por delante que el conocimiento de estos mecanismos y de dicha interdependencia supondría un avance más que notable en psicología y psicoterapia, pero queda mucho camino por recorrer.

Como afirmamos en *Semántica General*, si el ser humano funciona como un todo (Korzybski, 1921) no debemos olvidar su desarrollo y fundamentos neurobiológicos y genéticos. Pero, ¿cómo se está desarrollando esto en el campo cognitivo?, ¿qué nos aporta?: para entender este giro tenemos que partir de que el modelo cognitivo de Beck es un modelo que parte del concepto de *vulnerabilidad cognitiva*.

Inicialmente, Beck planteaba una vulnerabilidad de tipo cognitivo. Es decir, hay ciertas estructuras cognitivas idiosincrásicas (esquemas) que se hacen prepotentes durante la depresión, dominan el proceso de pensamiento y conducen a distorsiones cognitivas. Esta vulnerabilidad cognitiva en forma de trastorno del pensamiento será común a todos los tipos de psicopatología (Beck, 1963, 1964). La vulnerabilidad se relaciona con actitudes negativas permanentes sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Aunque no sean evidentes están ahí, de forma latente y explotan, como plantea Beck (1967), cuando se dan las condiciones apropiadas. Si se activan pasan a dominar el pensamiento de una persona y conducen a toda la sintomatología depresiva. Por tanto, esta vulnerabilidad se sitúa en un marco de *diátesis-estrés* que refleja que tanto la depresión, como la ansiedad, por ejemplo, serán más factible que aparezcan cuando un acontecimiento vital “coincide” o es congruente con un esquema.

Este concepto de vulnerabilidad no ha desaparecido del campo cognitivo, y en mi opinión supone asumir, tal y como está formulada, un mecanismo tipo bola de billar erróneo para la psicoterapia cognitiva.

En el Apéndice a la 2ª edición del texto clásico de Beck de 1967, *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*, después reeimpreso en 1972 como, *Depression: Causes and treatment* se señala (Beck y Alford, 2009, pág. 345):

“Para dar cuenta del desarrollo de la depresión, se necesita una formulación. Una explicación completa incorpora las vulnerabilidades genética y neurobiológicas que predisponen a la gente a la depresión”.

Se habla de la activación de la amígdala y del gen 5-HTTLPR y su asociación con los sesgos cognitivos y de la disminución de la serotonina y su relación con sesgos disfuncionales (Beck, 2008). Se ha llegado incluso a proponer (Clark y Beck, 2010) un modelo neurofisiológico de la depresión y la ansiedad en donde la activación de esquemas y de sesgos en el procesamiento de la información

dependen de un proceso reflexivo que implica al cortex cingulado anterior, el cortex medial y lateral y el orbitofrontal.

En este contexto se plantean terapias informadas por estos avances. Veamos un breve ejemplo, que nos puede servir en esta reflexión. Por ejemplo, el “*Entrenamiento en Control Cognitivo*” sería un método adyuvante de tratamientos habituales. Se presenta como un tipo de terapia neuroconductual que implica a pacientes (depresivos) en dos tipos de tareas (descritas en Siegle, Ghinassi y Thase, 2007). La primera de ellas está basada en el *entrenamiento en el control de la atención* de Wells (2000) y se dirige a los mecanismos prefrontales (parece existir evidencia de que el incremento en la actividad prefrontal se asocia con mejoras en la depresión). Esta tarea tiene como finalidad controlar la atención selectiva frente a cogniciones repetitivas, automáticas. En pocas palabras, se les pide a los pacientes depresivos que se focalicen en un sonido (pájaros piando) cada vez, luego en cada uno de los presentados y luego que cuenten los sonidos. Los sujetos están focalizados en la tarea y no en los pensamientos repetitivos depresivos.

La segunda tarea es una adaptación de la *tarea de atención serial auditiva espaciada* de Gronwall (1977) y se dirige a activar el cortex prefrontal (lo que mejora el estado de ánimo, por ejemplo, en la esclerosis múltiple) en el contexto de una tarea estresante asociada con la reactividad emocional. Esta tarea supone ir añadiendo dígitos. Se va presentando un dígito detrás de otro y los pacientes lo añaden al anterior (no sumarlo). Se manipula la velocidad de presentación, lo que aumenta el estrés, y cuando se equivocan deben empezar de nuevo.

Los resultados del estudio de Siegle, Ghinassi y Thase (2007) mostraron que tras dos semanas esta intervención adyuvante dirigida a los correlatos cerebrales de la depresión se asociaba con una disminución en la gravedad depresiva: la sintomatología depresiva (medida con el BDI) disminuyó al igual que la rumiación, frente a los pacientes que recibieron el tratamiento standard.

Por ejemplo, uno de los pacientes del estudio de Siegle, Ghinassi y Thase (2007) dijo:

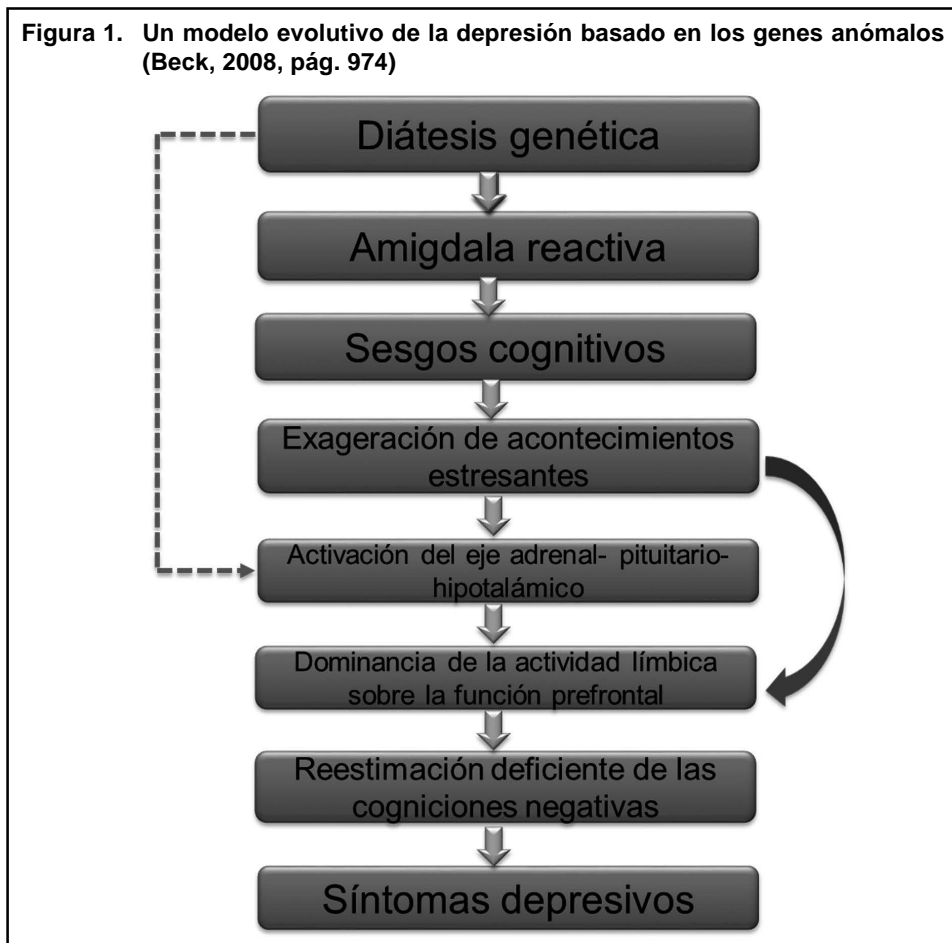
“Sentí que las tareas de la intervención me ayudaron para ser capaz de concentrarme en la tarea que, al principio, me sobrepasaba y frustraba. Aprendí que forzando mi cerebro para hacer la tarea matemática era capaz de ver que podía y que me frustraría pero que me podía recobrar y hacer todavía la tarea matemática.... La intervención de los “pájaros”.... me ayudó a focalizarme sólo en los sonidos y no en los pensamientos recurrentes como el tráfico con el que me iba a encontrar para llegar a mi cita. Por lo general, el programa de pacientes externos y este estudio me ayudaron a progresar mucho” (Siegle et al., 2007, pág. 250).

Que esto es importante, no cabe la menor duda. A los profesionales nos interesa encontrar métodos que alivien el sufrimiento humano, pero éstos no parecen ser métodos cognitivos. Como podemos apreciar en el ejemplo anterior estamos usando métodos, no propios de la terapia cognitiva, para producir cambios.

Así, es interesante recordar lo que plantearon Ingram y Siegle (2010, pág. 88), “la cognición se altera no por psicoterapia, sino ‘reseteando’ las estructuras cerebrales”.

¿Qué podemos pensar de ello? ¿Se pueden reconciliar ambos niveles? Algo así se plantea Beck en 2008 cuando se pregunta cómo se pueden reconciliar dos niveles diferentes de abstracción: lo mental y lo material. La respuesta que da Beck es la de una formulación pragmática, ofreciendo un modelo de la depresión basado en los genes anómalos y que intenta integrar, de forma secuencial y jerárquica el funcionamiento de la amígdala y la dominancia de la actividad límbica con, por ejemplo, los sesgos cognitivos, o la reestimación deficiente de las cogniciones negativas (Figura 1).

Figura 1. Un modelo evolutivo de la depresión basado en los genes anómalos (Beck, 2008, pág. 974)



¿Qué problemas principales se pueden atisbar en este giro? (Véase, por ejemplo, Fuchs, 2004, 2006). Fundamentalmente, el siguiente.

¿Volvemos al reduccionismo?

El reduccionismo es una especie de anatema o de anticristo para muchos. Invocarlo produce rechazo o aplausos, según se mire o a quien vaya dirigido. El problema es que existen varios tipos de reduccionismo. En el campo que nos ocupa, según Lilienfeld (2007) existirían dos tipos principales.

Por una parte, tenemos el *reduccionismo constitutivo*, aceptado por aquellos que son monistas mente-cuerpo y no es problemático para aquellos que parten de una postura materialista: todos los acontecimientos mentales están asentados sobre las actividades del sistema nervioso y por tanto, para explicar los acontecimientos psicológicos debemos estudiar los correlatos fisiológicos.

Por otro lado, tenemos el *reduccionismo eliminativo o avaricioso* que como el viejo juego del *Come Cocos* se come todo lo que queda por arriba de él. No es extraño que Gazzaniga (1998) declarara, reflexionando sobre ello, que la “psicología está muerta”.

Este reduccionismo no lleva a ninguna parte y el otro también es complejo. En la actualidad se está abogando por un *pluralismo explicativo integrador*, también difícil de llevar a la práctica y que es sustituido, más modestamente, por un *reduccionismo de parches (patchy reductionism)* en donde se van encajando piezas de disciplinas y niveles de análisis cercanos.

Supongo que eso es lo que pretendía Beck (2008) con su modelo, pretendidamente integrador (y reconociendo él mismo que no está demostrado, sino inferido) arriba mencionado.

Para Lilienfeld (2007) existen problemas para llevar a la práctica la promesa de la neurociencia. Cuestiones, entre otras, de causalidad o de direccionalidad en influencia son difíciles de mantener cuando muchos trastornos son comórbidos. No podemos olvidar que existe una heterogeneidad etiológica, o cuestiones relacionadas con la primacía causal (¿qué es más profundo o fundamental, lo “psicológico”, o lo “fisiológico?”), etc.

Estas cuestiones del presente me parecen importantes, y lo son en relación al foco de la psicoterapia cognitiva. Además, esta cuestión del foco se relaciona con la defensa de la agrupación de la psicoterapia cognitiva en las terapias de *tercera generación* o de 3ª ola. Veámoslo, brevemente.

El foco de la terapia cognitiva

El interés de Beck, desde el principio, fue estudiar la depresión (Beck, 1963, 1964). Y lo hizo focalizándose en el contenido de la depresión. Esto es, en el pensamiento negativo de las personas deprimidas.

Beck, mientras practicaba el psicoanálisis, comenzó a interesarse por la terapia cognitiva cuando trataba a una paciente: Lucy. Según Beck (1997) cuando exploró cómo se sentía Lucy durante la sesión surgió un pensamiento que le pareció importante: “estoy aburriendo al Dr. Beck”. Este pensamiento era repetitivo y aparecía en otras áreas de su vida, en relación a otras personas. Para Lucy, pensar

que aburría a los demás se asociaba con ansiedad. A partir de allí, Beck comenzó a preguntar (durante las asociaciones libres) a sus pacientes: “¿Qué otros pensamientos tienes ahora?” Parece, pues, que conocer el contenido de lo que pasaba por la cabeza de un paciente llevó al desarrollo de un nuevo modelo de terapia, focalizado, inicialmente, en la depresión.

Conocer los sesgos y distorsiones cognitivas de sus pacientes llevó a formular hipótesis sobre el contenido y el proceso de la cognición, que eran extremadamente distintivas de ella (DeRubeis, Webb, Tang y Beck, 2001). Sin ser excluyentes, el terapeuta cognitivo trabaja con este contenido y con estos procesos. Y lo hace con las técnicas de todo tipo, bien expuestas en los manuales al uso.

Pero esta cuestión del foco clásico de la terapia cognitiva se ha criticado desde planteamientos más actuales en los que entro a continuación.

La terapia cognitiva cabalga las olas

Desde hace algunos años viene siendo algo común en el campo hablar de *tres olas*. 3 olas dentro de la terapia de conducta. En su formulación, Hayes (2004) define “ola” como “un grupo o formulación de supuestos, métodos, y metas dominantes, algunas implícitas, que ayudan a reorganizar la investigación, la teoría y la práctica” (pág. 640).

La *primera ola* sería la terapia de conducta que se puede considerar como la primera ola de una psicoterapia basada científicamente (Hayes, 2004; Öst, 2008). La *segunda ola* sería la terapia cognitiva de Beck, que acabaría convertida en terapia cognitivo conductual. En este sentido, Hayes (2004, pág. 643) dijo:

“La mayoría de los terapeutas dentro de organizaciones como la Asociación para el Avance de la Terapia de Conducta parecieron resolver la tensión entre las dos olas dando un gran paso en la dirección de la terapia cognitiva, pero decidiendo no abandonar las sensibilidades de la primera ola a través del uso de la etiqueta “terapia cognitivo-conductual” (TCC). Se le dio menos énfasis a los principios conductuales y más a conceptos cognitivos, pero nada parecía prohibir el uso de métodos de cambio de primer-orden dirigidos a la conducta manifiesta, la emoción y la cognición, dependiendo de la situación específica y de las preferencias del analista. En este sentido, la segunda ola asimiló en gran medida la primera”.

La *tercera ola* se vería como un avance desde la terapia cognitivo conductual en el que las terapias conductuales y cognitivas se reemplazarían por un grupo de supuestos diferentes, “curando viejas heridas”, tal y como lo presenta Hayes (2004, pág. 660).

Se presentan estas terapias de tercera ola en torno a unos principios como los siguientes (Hayes, op. cit.):

1. Las terapias de tercera ola están comprometidas al nivel de resultado, proceso y principio con las bases empíricas de la terapia de conducta, a pesar de voces divergentes (Corrigan, 2001).

2. Énfasis en estrategias de cambio contextuales y experienciales, incluyendo la aceptación, la conciencia plena, las relaciones, los valores, la espiritualidad, la profundidad emocional, el contacto con el momento presente, etc.
3. Los elementos anteriores no se deben emplear sólo por los clientes, sino por los propios terapeutas.

Siguiendo estos principios deberíamos acoger bajo esta 3ª ola a un conglomerado muy heterogéneo que incluye, entre otras (en Hayes, 2004; Kahl, Winter y Schweiger, 2012; Öst, 2008): la terapia de aceptación y compromiso; la terapia cognitiva basada en la conciencia plena; la terapia de conducta dialéctica; la activación conductual; el sistema de psicoterapia de análisis cognitivo conductual; la terapia metacognitiva; la terapia de esquemas de Young; la psicoterapia analítico funcional; y la terapia conductual integradora de parejas.

Examinaré esta cuestión de la tercera ola desde distintos frentes.

1. Creo que hay un problema importante que se diluye en dos: el origen de las psicoterapias cognitivas y la diversidad de las psicoterapias cognitivas.

Hayes (2004) plantea que la Terapia Cognitiva sería la *segunda ola* en el campo de la psicoterapia, sobre todo de la psicoterapia basada en la evidencia. Yo creo que esto es difícil de mantener dado el origen de la psicoterapia cognitiva (Caro, 1995), que no está, exclusivamente, en la terapia de conducta que se erige como lógica protagonista de la *primera ola*.

Vemos esta distinta evolución y el intento del modelo cognitivo por ser algo original, diferente y distintivo, si nos planteamos que la terapia de conducta y la terapia cognitiva dan una distinta explicación del ser humano, del origen de la psicopatología y plantean técnicas diferentes dedicadas a aliviar los problemas psicológicos. Una cosa es que algunos autores, como Meichenbaum y Mahoney surgieran de la terapia de conducta, y otra bien distinta que sus propuestas cognitivas supongan el mismo paradigma que el de la terapia de conducta. El paradigma conductual y cognitivo son bien diferentes.

Por ello parece difícil asumir que la terapia cognitiva sea una ola que sigue a otra ola. Por lo que parece complejo aceptar este planteamiento de la “tercera ola”. No se está criticando el contenido o las terapias implícitas, sino el punto de partida, la clasificación y agrupamiento que podemos considerar erróneos y engañosos.

2. ¿Tiene sentido hablar de una tercera ola? Indudablemente, la propuesta y defensa de Hayes (2004) está muy bien articulada. Pero a juzgar por el listado de terapias mencionado, la inclusión de estas terapias *en conjunto* como algo significativo es difícil de entender.

A partir de su definición de ola, ya expuesta, Hayes se propuso con esta propuesta reorganizar el campo que se estaba haciendo caótico. Nada que objetar a ello. Ciertamente el campo se estaba haciendo caótico, pero creo que no ha conseguido reorganizarlo. Por ejemplo, Mansell (2008) señala esta variabilidad y la dificultad de saber los límites del campo cognitivo conductual.

Tal y como yo veo este agrupamiento de terapias arriba enumeradas, no deja de ser un *melting pot postmoderno*, un conjunto difícil de integrar. Si comparamos la terapia de aceptación y compromiso de Hayes vemos que no se parece en nada a la terapia cognitiva. En los manuales de terapia cognitiva se insiste una y otra vez en lo mismo. Por ejemplo, puede haber un cambio de centrarse en el contenido a centrarse en el darse cuenta y en la relación de los pensamientos (algo típico de propuestas consideradas como 3ª ola), pero su integración plena está aún por ver. Es decir, la terapia cognitiva no se actualiza a partir de estas nuevas propuestas, se sigue “vendiendo” prácticamente igual, aunque añade elementos de esta tercera ola.

Veamos un breve ejemplo, proveniente de la *activación conductual* que forma parte de esta 3ª ola.

Si tomamos el texto de J. Beck en su edición primera, de 1995, la activación conductual aparece como una referencia a una de las tareas para casa. No obstante en la segunda edición del texto, en 2011, se convierte en un capítulo. Si leemos el capítulo vemos como lo que se plantea es lo clásico, no hay ninguna innovación: se habla de la importancia del dominio y placer que ya estaba en Beck et al. (1979), en ser más activos en el caso de la depresión, en la programación diaria y gradual, en los experimentos conductuales como medio que tiene el paciente para comprobar sus ideas y/o comprobar la adecuación de sus pensamientos automáticos comparando lo que sucede con lo que pensaban. Todo esto estaba en Beck et al. (1979). No parece existir una gran innovación.

Yo creo que la justificación de esta 3ª ola es un ejemplo de uno de los rasgos del giro a lo postmoderno (también lo alega Hayes, 2004, pág.644), en donde *los grandes sistemas de psicoterapia se desvanecen*, y al que, podemos asumir, ha contribuido el énfasis en la aplicación, la disminución de la importancia de la teorización, y el desarrollo de micro-estudios, todo ello ya comentado.

3. ¿Quién se come a quién? Aunque se presenta como que la terapia de conducta se abre e integra a la cognitiva, o como que hay una integración entre las dos, es difícil contemplar dicha integración.

Las terapias cognitivas no vienen de la terapia de conducta como acabo de plantear. Desde el momento en que surgen son criticadas desde la terapia de conducta y desde dentro, con un notable giro hacia el constructivismo (Arnkoff y Glass, 1992; Mahoney, 1977a,b).

Si partimos de la distinción clásica de Norcross y Newman (1992), la *integración* supone hacer un nuevo enfoque desde una perspectiva teórica, mezclando y unificando partes, de manera que el resultado sea más que la suma de sus partes. Es difícil considerar esta integración que se propone.

Podríamos decir que los terapeutas de conducta se acercan a lo cognitivo y los terapeutas cognitivos emplean técnicas conductuales en un giro hacia el eclecticismo muy notable. Volviendo a Norcross y Newman (1992) el *eclecticismo* elige las técnicas a aplicar, sumando unas a otras. Se elige y se aplica lo que hay. Me gustaría señalar que este eclecticismo es otro rasgo típicamente postmoderno. Como plantea

Dobson (2012) una de las características básicas de la terapia cognitiva es el amplio rango de técnicas que se emplean, para evaluar o cambiar al paciente a niveles conductuales, emocionales y fisiológicos. Un ejemplo claro de ello lo tenemos en la terapia centrada en esquemas de Young (Young, Klosko y Weishaar, 2003) que emplea técnicas experienciales, conductuales, cognitivas y de corte dinámico en el tratamiento de los trastornos de personalidad (ante todo) y de otros trastornos como la depresión.

El futuro de las psicoterapias cognitivas

Llega el momento de plantear cuestiones relacionadas con el futuro de las psicoterapias cognitivas. Sin duda, es más fácil describir el presente que anticipar el futuro. Las predicciones son peligrosas y engañosas.

Me gustaría señalar que el campo cognitivo tiene un importante presente, como una importante teoría clínica. Pero, en mi opinión, debería ser un poco más cuidadoso cara a un futuro, lo que podría ser consecuencia de su énfasis actual. Esta sería la principal cuestión que me gustaría resaltar.

Unida a ésta, me gustaría comentar en pocas palabras, que el campo cognitivo no se ha hecho lo suficientemente cognitivo. O, al menos, debería hacerse más cognitivo y sustentarse de diversas maneras complementarias.

Me atrevo a sugerir, en este sentido, varias cosas.

El énfasis en la aplicación

Como se puede deducir de lo expuesto anteriormente, la aplicación del modelo es más que adecuada. Parece que el modelo cognitivo tiene algo que ofrecer al campo clínico. Pero se debe ver todo esto complementado por una mayor teorización. Veamos algunas cuestiones en este sentido.

En primer lugar, sería interesante disponer de una teoría sobre la persona que trascienda los límites de la psicopatología y de la aplicación.

Una cuestión relacionada que considero importante estriba en intentar ofrecer una visión cognitiva del sujeto propio del modelo cognitivo. En un trabajo reciente (Caro, remitido para su publicación) he planteado dicha cuestión y creo que nos puede facilitar comprender y delimitar mejor al modelo cognitivo. Si partimos, muy resumidamente, de que la terapia cognitiva, tipo Beck, se asienta sobre un *sujeto racionalista* que desarrolla la máxima cartesiana de “pienso, luego existo”, podremos encuadrar al modelo en su contexto histórico, entender la explicación de la psicopatología que se hace, así como entender la demanda clínica que el terapeuta cognitivo hace a sus pacientes.

Se deberían estudiar más los procesos cognitivos, las estructuras y el contenido cognitivo pero desde una perspectiva netamente clínica, más cercana a perspectivas social-cognitivas, que a perspectivas de procesamiento de la información (Caro, 2013b). La articulación y las relaciones, por ejemplo, entre un esquema, una distorsión cognitiva y cómo aparece todo esto en el flujo del pensamiento del

paciente y su acompañamiento emocional, es de gran relevancia. Teniendo, siempre en cuenta, la evitación de hipótesis de unidireccionalidad causal.

Seguimos sin tener muy claro, o al menos respuestas más concluyentes, sobre:

¿Cómo se organiza la información?; ¿cómo un paciente navega por su mundo cognitivo?

¿Cómo piensa un paciente?; ¿Por qué se ve afectado por ideas del tipo “la vida es un desastre” o “soy un fracaso”?

¿Cómo empleamos la memoria y el recuerdo?

¿Cómo desarrollamos aquello que llamamos nuestra filosofía de vida, nuestros valores, ideales y creencias?

¿Cuáles son nuestros mecanismos de vinculación social?, ¿cómo influye esto en nuestra visión como individuos?

¿Cómo construimos la “realidad” en un sistema social que cambia continuamente y que tantas demandas nos hace en todas nuestras etapas vitales?

En mi opinión, el énfasis en los tratamientos empíricamente validados oscurece el funcionamiento cognitivo del modelo y la posibilidad de dar respuesta a alguna de las preguntas anteriores. Por dos cuestiones fundamentales: una por el foco y otro por la estrategia a seguir.

El foco no debe ser, exclusivamente, la aplicación del modelo, sino que debe abrirse a nuevas teorizaciones, ya esbozadas.

La estrategia no debe estar en partir de un “paquete de tratamiento”, desmantelando sus ingredientes y estudiando su eficacia diferencial. En terapia las cosas no funcionan así, y este mecanismo de bola de billar, de aplicación de técnicas como si se aplicaran de forma quirúrgica, me parece terriblemente problemático. En su lugar, la psicoterapia cognitiva debería preocuparse por el *cómo*, y no sólo por el *qué*. Es decir, hacer un notable giro hacia el estudio del proceso del cambio, tan escasamente representado en psicoterapias cognitivas.

Sería importante conocer cómo entra un paciente en terapia, cuáles son sus elementos cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales, etc. y cómo evolucionan éstos a lo largo del tratamiento, en el paciente, en la relación entre el paciente y el terapeuta y en el empleo inteligente de las técnicas al uso.

La psicoterapia cognitiva y la neurociencia

El giro hacia las neurociencias puede traer problemas para el futuro de la terapia cognitiva pues, en mi opinión, no le está dando una base cognitiva a la terapia cognitiva. Me parece interesante por cuanto tiene de explicación del funcionamiento del ser humano, pero su traspaso al campo cognitivo supondría un cambio total del modelo con una dificultad básica no resuelta: ¿cuáles son las relaciones entre el hardware y el software?

Nadie duda de que lo que hacemos influye en nuestras estructuras cerebrales, pero me gustaría asumir que el desarrollo o el futuro de las psicoterapias cognitivas está en quedarse con lo que es claro y definitorio, con lo propio del modelo cognitivo

y seguir creciendo ante el paso del tiempo y frente a otros modelos.

Los avances que se intentan integrar en el modelo cognitivo no dejan de suponer una cierta divergencia entre lo nuevo y lo que se “vende” como más característico del modelo. Como ya he dicho con anterioridad se suele seguir planteando lo mismo, a pesar de señalar la importancia de lo nuevo.

Su acercamiento a otros modelos y desarrollos

Respecto a la tercera ola, yo creo que a la base de ella está el “estás dentro o estás fuera”. Y esto es preocupante. La variabilidad psicoterapéutica no puede reducirse a una lente única. El lema debería ser más integrador y de aceptación. Me parece problemático (y ajeno a la propia evolución de la psicoterapia en general, con su gran variabilidad) la búsqueda de predominancia de un modelo, de uno frente a otros. Esta errónea mentalidad de predominancia, debe sustituirse, en mi opinión, por una mentalidad de semejanzas, diferencias y relaciones, pero no de quién es mejor o peor.

Puestos a integrar me gustaría sugerir otro camino. Aunque hoy en día parecen dos modelos de difícil engranaje y con grandes diferencias ontológicas, epistemológicas, teóricas, filosóficas y prácticas (Mahoney y Gabriel, 1987; Mahoney, 1991) yo creo que el enfoque que sobre el conocimiento hace el constructivismo es muy importante. En este sentido la terapia cognitiva clásica debería acercarse más al constructivismo. No sé si esto sería una 1ª, 2ª o 3ª ola, pero, desde luego, supondría un giro y una innovación más que notable en el campo cognitivo.

Si los modelos constructivistas dan su particular respuesta sobre el ser humano y sus procesos de conocimiento y de aporte de significado, buscar una mayor convergencia entre estas diversas propuestas cognitivas parece una evolución natural.

¿Qué temas son importantes y, en mi opinión, pueden suponer una notable contribución? Antes de exponerlos, hay que hacer constar que algunos de estos temas forman parte de la propia evolución de las psicoterapias cognitivas, siendo el foco y la propuesta principal de algunos modelos cognitivos, diferentes a los clásicos, como es el modelo de Beck (Caro, 2011). Creo que la psicoterapia cognitiva, más clásica, al menos en la que aquí me he centrado se puede ver mejorada por el estudio de:

¿Cuál es el papel de la emoción? Los seres humanos no somos sólo razón, sino emoción.

¿Cuál es el papel del lenguaje y de las narraciones? Esto supondría entender al sujeto racionalista, típicamente cognitivo, desde perspectivas bien diferentes.

¿Podríamos romper con la directividad clásica del modelo cognitivo?; ¿ventajas de un tipo diferente de relación terapéutica?

¿Podríamos inspirarnos en el constructivismo para acceder a técnicas bien diferentes?

¿Cuál es el importante papel de la historia del individuo?

Etc.

La idea básica, para concluir, es que el modelo cognitivo crezca como modelo cognitivo. Al menos, esto es lo que se deriva de su presente y lo que, sugiero, debe articular su futuro.

Es decir, podemos asistir con mucho interés a desarrollos en el presente, pero cara a un futuro considero que quizás, en unos años, ¿no sepamos?, ¿no reconozcamos?, lo que es la terapia cognitiva, o, al menos, las psicoterapias cognitivas que se pueden considerar clásicas y en las que me he centrado básicamente en este trabajo.

Notas

- ¹ Este trabajo se basa en la conferencia plenaria presentada por la autora en el V Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas (Madrid, 2013).

Referencias bibliográficas

- Arnkoff, D.B. y Glass, C.R. (1992). Cognitive therapy and psychotherapy integration. En D.K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy. A century of change* (pp. 657-694). Washington: American Psychological Association.
- Beck, A.T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press. (Publicado en 1972 como *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press).
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P.J. Clayton y J.E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). Nueva York: Raven Press.
- Beck, A.T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 6, 276-284.
- Beck, A.T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-977.
- Beck, A.T. y Alford, B.A. (2009). *Depression. Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., Epstein, N. y Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 1-16.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy. Basics and beyond*. Nueva York: Guilford Press
- Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy. Basics and beyond*. Nueva York: Guilford Press. (2ª ed.).
- Caro, I. (1995). Pasado, presente y futuro de las terapias cognitivas. *Boletín de Psicología*, 46, 115-160.
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas*. Bilbao: DDB.
- Caro, I. (2013a). El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck. Reflexiones críticas. *Boletín de Psicología*, 109, 19-49.
- Caro, I. (2013b). Lo cognitivo en psicoterapias cognitivas. Una reflexión crítica. *Boletín de Psicología*, 107, 37-69.

- Caro, I. (remitido para su publicación). *The subject in cognitive psychotherapy*.
- Clark, D.A. y Beck, A.T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14, 418-424.
- Clark, D.A., Beck, A.T. y Alford, B.A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Corrigan, R.W. (2001). Getting ahead of the data: A threat to some behavior therapies. *The Behavior Therapist*, 24, 189-193.
- DeRubeis, R.J., Tang, T.Z., y Beck, A.T. (2001). Cognitive therapy. En K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 349-393). Nueva York: Guilford Press.
- Dobson, K.S. (2012). *Cognitive therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Elliott, R. (1998). Editor's introduction: A guide for empirically supported treatments controversy. *Psychotherapy Research*, 8, 115-125.
- Fuchs, T. (2004). Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 479-485.
- Fuchs, T. (2006). Ethical issues in neuroscience. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 600-607.
- Gazzaniga, M.S. (1998). *The mind's past*. Berkeley: University of California Press. (Edición castellana en Ed. A. Bello, 1998).
- Gronwall, D.M. (1977). Paced auditory serial-addition task: A measure of recovery from concussion. *Perceptual & Motor Skills*, 44, 367-373.
- Hayes, S.D. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hollon, S.D. y Beck, A.T. (2013). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. En M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 393-442). Nueva York: Wiley.
- Ibáñez, E. (1993). Bosquejo para el análisis de las relaciones entre personalidad y psicoterapia. En I. Caro Gabalda (Ed.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp.351-369). Valencia: Promolibro. Colección de Psicología Teórica.
- Ingram, R.E. y Kendall, P.C. (1986). Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective. En R.E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 3-21). Orlando: Academic Press.
- Ingram, R.E. y Siegle, G.J. (2010). Cognitive science and the conceptual foundations of cognitive-behavioral therapy: Viva la evolution! En K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 74-93). (3ª ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Kahl, K.G., Winter, L. y Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 522-528.
- Kandel, E.R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155, 457-469.
- Korzybski, A. (1921). *Manhood of humanity*. Nueva York: Dutton.
- Lambert, M.J. y Suplee, E.C. (1997). Trends and practices in psychotherapy outcome assessment and their implications for psychotherapy and applied personality. En R. Hogan, J. Johnson y S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 947-967). San Diego: Academic Press.
- Lilienfeld, S.O. (2007). Cognitive neuroscience and depression: Legitimate vs. illegitimate reductionism and five challenges. *Cognitive Therapy & Research*, 31, 263-272.
- Mahoney, M.J. (1974). *Cognition and behaviour modification*. Cambridge: Ballinger.
- Mahoney, M.J. (1977a). Reflections on the cognitive-learning trend in psychotherapy. *American Psychologist*, 32, 5-13.
- Mahoney, M.J. (1977b). Cognitive therapy and research: A question of questions. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 5-16.
- Mahoney, M.J. (1991). *Human change processes*. Nueva York: Basic Books
- Mahoney, M. y Gabriel, T. (1987). Psychotherapy and the cognitive sciences: An evolving alliance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 39-59.
- Mansell, W. (2008). The seven C's of CBT: A consideration of the future challenges for cognitive behavior therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 641-649.
- Messer, S.B. y Warren, S. (1990). Personality change and psychotherapy. En L. Pervin (Ed.), *Handbook of personality. Theory and research* (pp. 371-398). Nueva York: Guilford Press
- Norcross, J.C. y Newman, C.F. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. En J.N. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 3-45). Nueva York: Basic Books.

- Öst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioural therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research & Therapy*, 46, 296-321.
- Pervin, L.A. (1970). *Personality: Theory, assessment and research*. Nueva York: Wiley & Sons. (Edición castellana en DDB).
- Pervin, L.A. (1996). *The science of personality*. Nueva York: Oxford University Press. (Edición castellana en Ed. McGraw-Hill).
- Roth, A. y Fonagy, P. (1996). *What works for whom*. Nueva York: Guilford Press.
- Routh, D.K. y Reisman, J.M. (2003). Clinical psychology. En D.K. Freedheim y I.B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology. Vol. 1. History of psychology* (pp. 337-356). Nueva Jersey: Wiley.
- Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M. y Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.
- Seoane, J. (1985). Conocimiento y representación social. En J. Mayor (Ed.), *Actividad humana y procesos cognitivos (Homenaje a J.L. Pinillos)* (pp.383-398). Madrid: Alhambra.
- Seoane, J. (2005). Hacia una biografía del self. *Boletín de Psicología*, 85, 41-87.
- Siegle, G.J., Ghinassi, F., y Thase, M.E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and extended sample of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy & Research*, 31, 235-262.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition innovative cognitive therapy*. Nueva York: Wiley.
- Woolfolk, R.L. (1992). Hermeneutics, social constructionism and other items of intellectual fashion: Intimations for clinical science. *Behavior Therapy*, 23, 213-223.
- Young, J.E., Klosko, J.S. y Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. Nueva York: Guilford Press. (Edición castellana, en Ed. Desclée, 2013).