

# EL CAMBIO COGNITIVO

Manuel Villegas Besora

Universitat de Barcelona

*Cognitive change is a common goal in all cognitive therapies. It is not clear, nevertheless, if this change affects only the contents or the cognitive processes as well. Most cognitive therapy techniques focus their attention on the change of contents (e. g. irrational beliefs), as such therapies have not arisen from information processing theory, but from behaviour modification models or from psychoanalysis. This paper examines these circumstances and proposes a revision of the cognitive change on the basis of a general model of information theory and on the analysis of different stages of epistemological development.*

---

Apenas resulta concebible algún tipo de psicoterapia en la actualidad, independientemente de su escuela de adscripción, que no postule de forma directa o indirecta alguna modalidad de cambio cognitivo (Hoffman, 1984; Semmer & Frese, 1984). La razón de esta “cognitivización” repentina de la psicoterapia hay que buscarla en un efecto reflujó de la década de los ochenta, dominada en psicología por las disciplinas relacionadas con el paradigma de la información.

Es cierto que ya desde los años cincuenta y sesenta se pueden descubrir en autores, marginales en aquel momento, referencias a los aspectos cognitivos de la terapia, aunque nunca con la denominación de cognitiva (Villegas & Feixas, 1989). Así, por ejemplo, George Kelly (1955), a quien diversos comentaristas reconocen la primacía en describir un modelo cognitivo de cambio (Weishaar & Beck, 1987), utiliza el concepto de “constructos personales” para referirse a la función predictiva del sistema psicológico que media toda ejecución de la conducta y que la explica más allá de los estímulos ambientales; esta concepción es coherente con la metáfora del “hombre como científico”, compartida por otros autores posteriores como Beck, Mahoney y Meichenbaum (Wesler, 1987), los cuales conciben al ser humano como un investigador activo de su ambiente, frente a la visión pasiva o respondiente del conductismo clásico. Albert Ellis (1962), como casi contemporáneamente lo hará también Beck (1963), se desmarca de la posición psicoanalítica al subrayar el papel activo del terapeuta sobre el sistema cognitivo del paciente, constituido por el conjunto de ideas y de creencias frecuentemente irracionales, responsable de su patología.

Durante la década de los setenta se desarrolla la visión interaccionista del

conductismo mediacional (Kendall & Hollon, 1979), impulsada por los trabajos, entre otros, de Rotter, Chance & Phares (1972), Mischel (1973) y Bandura (1977a, 1977b). Este último con su concepto de "percepción de autoeficacia", aporta una visión claramente cognitiva del proceso de cambio terapéutico. Mahoney (1974) y Meichenbaum (1977), a los que nos hemos referido ya anteriormente, desarrollan modelos de modificación de conducta, basados en la capacidad de autocontrol cognitivo de los seres humanos.

Los años ochenta representan la eclosión de las llamadas terapias cognitivas (Antaki & Brewin, 1982), que extienden su campo de aplicación, limitado inicialmente a la depresión (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), a otras patologías tales como los trastornos de ansiedad, las fobias (Beck & Emery, 1985) o los conflictos de pareja (Epstein, 1983). Incluso terapias que llevaban una vida desconectada del curso central de la psicoterapia son recuperadas por la moda cognitiva. Este movimiento en el seno de la comunidad psicológica y, particularmente psicoterapéutica, produce fenómenos tan curiosos como la asimilación de la "logoterapia" de Frankl, un terapeuta oportunista y sin escuela, que anteriormente había pasado por existencialista y posteriormente por humanista, a una terapia cognitiva (véase Hoffman, 1984, por ejemplo). Una suerte parecida le ocurre al pequeño, pero compacto grupo de seguidores de Kelly, quienes de pronto se sienten solicitados por la comunidad cognitiva (véase por ejemplo, Landfield, 1980; Neimeyer, 1987), justamente porque ésta se está constituyendo y necesita echar mano de todos los recursos existentes para afianzarse.

Esta heterogeneidad de procedencias indica hasta qué punto puede resultar prematuro hablar hoy en día de terapias cognitivas, si no es en oposición a otras terapias, tanto las psicoanalíticas, como las conductistas o las humanistas, que por motivos contrapuestos evitan igualmente centrarse en lo cognitivo. En el campo humanista Rogers (1956), por ejemplo, reprochaba a Kelly una excesiva intelectualización de la terapia. Desde el punto de vista psicoanalítico la crítica fundamental tiene que ver con la presunta transparencia de la conciencia, que haría accesible a la razón todos los mecanismos psico/patológicos. El situacionismo conductal, por su parte, puede objetar a las terapias cognitivas una pretendida independencia del medio, que las llevaría al solipsismo. Sin embargo, y a pesar de las críticas todos se apuntan al "carro del heno" del cognitivismo puesto que la tiranía de la moda no perdona. Así, por ejemplo, diversos son los autores (Ederly, 1985, Bieber, 1980, Wegman, 1985, Watchel, 1987, Gill, 1984) que buscan aspectos cognitivos en el psicoanálisis, con la reformulación de conceptos tan básicos como el de inconsciente (Watchel, 1977; Gardfield, 1980; Safran, 1981; Goldfried, 1979). Lo mismo cabe decir del conductismo, el cual ha evolucionado hacia un enfoque cognitivo (Goldfried, 1982, Ryle, 1982; Sarason, 1982), claramente explícito en modelos orientados hacia la resolución de problemas (Spivack, Platt & Shure, 1976) o el autocontrol (Meichenbaum, 1977). Incluso autores de orientación rogeriana (Iberg, 1990; Toukmanian, 1990; Zimring, 1990) hacen re-

ferencias crecientes a aspectos cognitivos -procesos y funciones- como mediadores del cambio.

### **Naturaleza del cambio cognitivo**

Si bien en este momento todas las terapias ponen de manifiesto posibles dimensiones cognitivas en los procesos de cambio psicológico, lo cierto es que sólo unas pocas lo persiguen de una forma sistemática, convirtiéndolo en el objetivo de su intervención (Wesler, 1987). Resulta pues crucial definir qué se entiende por cambio cognitivo para determinar hasta qué punto una terapia puede ser denominada cognitiva. A este respecto tenemos que convenir, sin embargo, que los términos no están muy claros. Para empezar hay que establecer una primera distinción entre proceso y contenido cognitivos. Es evidente que las llamadas terapias cognitivas se han ocupado fundamentalmente de éste último y no del primero. Tanto Ellis (1962) como Beck (1967), aunque con distintos estilos, se centran en el sistema de creencias del sujeto e intentan modificar sus ideas erróneas (contenido), y no en los procesos cognitivos básicos. Nadie pretende modificar un estado depresivo estimulando la memoria, como si el depresivo fuera incapaz de recordar los acontecimientos gratificantes del pasado. El problema es de otro orden. No se trata de una disfunción de las funciones psicológicas básicas (como en la amnesia o en la afasia), aunque éstas quedan afectadas también en trastornos psicológicos como la depresión (dificultad de concentración, descuido de las tareas habituales, pobreza de ejecución en las tareas), sino del significado que el depresivo otorga a sus experiencias. Este, y no otro, es el responsable de su estado de ánimo. Con razón, pues, las terapias cognitivas se orientan hacia la modificación del contenido, como las terapias conductuales se orientan a la modificación de la conducta, controlando las variables estimulares. Las terapias cognitivas intentan controlar la variable mediacional, representada por el contenido -las creencias- del sistema cognitivo, que actúa de estímulo desencadenante de la patología y de reforzador de la misma por su poder predictivo y autoconfirmante.

El contenido no es, sin embargo, independiente de la forma. Al igual que el lenguaje, el pensamiento tiene una sintaxis, es decir unas reglas de ordenación lógica, inseparables del producto final o juicio sobre el que basamos nuestras acciones y reacciones. Si yo juzgo que “la vida no merece la pena vivirse”, puedo sacar dos conclusiones lógicas o coherentes con la premisa anterior: la del suicidio o la de la resignación (la vida “es un valle de lágrimas”).

El pensamiento sigue necesariamente unas reglas lógicas. Es cierto que, como en la lógica escolástica, pueden producirse vicios de forma que alteren las conclusiones. Estos defectos formales afectan fundamentalmente a las premisas y han sido señalados con acierto por diversos teóricos de la terapia cognitiva. Beck & Greenberg (1984) citan entre otros errores de procedimiento lógico, los siguientes: inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximiza-

ción o minimización y personalización.

En el fondo, en la dialéctica entre cliente y terapeuta cognitivo se reproduce la vieja polémica sofista sobre cómo alcanzar “la opinión mejor”. No en vano se describe la terapia cognitiva como mayéutica o diálogo socrático (Weishaar & Beck, 1987). La psicoterapia se convierte de este modo en un ejercicio de retórica. Frank (1987) lo reconoce explícitamente en un artículo suyo titulado “Psicoterapia, retórica y hermenéutica” (véase la traducción castellana en el nº 1 de la Revista de Psicoterapia pp. 26-38) en el que señala que el objetivo de transformar los significados “es explícito en las terapias humanístico-existenciales (Frankl, 1984; Havens, 1974) cognitivas (Beck, 1976; Ellis, 1962) y el psicoanálisis del que proceden dichos autores. Para conseguir los fines terapéuticos, el psicólogo echa mano de la retórica, la cual ha sido definida como “el uso de palabras para formar actitudes o inducir a acciones” (Burke, 1969). Hasta aquí, sin embargo, la retórica puede ser confundida con las artes persuasorias. Lo que la distingue son las reglas de la argumentación o de la lógica (Glaser, 1980). Esta surgió, precisamente, para desbaratar el tipo de argumentación sofística que no reconocía la existencia de la verdad, sino sólo de la opinión y, por consiguiente, podía demostrar cualquier cosa y, en pocos minutos, la contraria. A partir del planteamiento sofista, la cuestión de la verdad, o en último término de la fundamentación del conocimiento, se convirtió en una cuestión esencial para la filosofía. ¿Se trata de un bello discurso o de un discurso verdadero? Ahora bien, ¿qué es la verdad: el reconocimiento de unas ideas trascendentes (innatismo o idealismo platónico), o la adecuación de la mente a la realidad (realismo aristotélico)? Pero, ¿es posible conocer la realidad (escepticismo) o existe algún método válido, basado en la razón, para llegar al conocimiento inequívoco de la misma (racionalismo)?

Aplicando esta perspectiva de la historia de la filosofía al campo de las terapias cognitivas, llegamos a la conclusión de que tales terapias se alinean, fundamentalmente, con el racionalismo, puesto que para ellas existe una verdad y ésta puede ser demostrada a través de instrumentos racionales. Por ejemplo la proposición “la vida merece vivirse” es una proposición verdadera y demostrable frente a la contraria “la vida no merece vivirse”. Racionalidad, pues, en una doble vertiente, la del método y la del contenido. Cierto es que, como reconocen estos autores, la verdad sobre el ser humano no puede ser plenamente conocida y que, de acuerdo con la filosofía estoica (Epicteto, Cicerón, Séneca, Marco Aurelio), la mayoría de las desgracias que nos acontecen son atribuibles, no tanto a los acontecimientos mismos, sino a la opinión que nos formamos de ellos. Sin embargo existe según estos filósofos una serie de valores que contribuyen a hacer más feliz la vida humana. Dryden & Ellis (1987) basan en la capacidad de orientar la vida hacia objetivos importantes, la posibilidad de alcanzar una mayor felicidad. De esta forma, racional se define como “aquello que ayuda a conseguir tales fines, e irracional todo aquello que lo impide”.

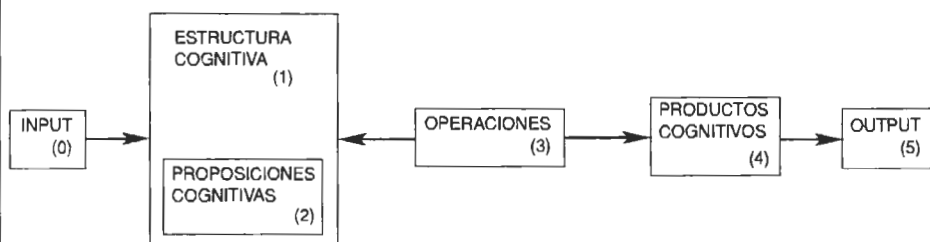
## ¿Procesos o contenidos?

Ahora bien, ¿hasta qué punto estas terapias "racionales" se mueven en el ámbito de la psicología cognitiva o se limitan simplemente a desarrollar las implicaciones terapéuticas de la retórica socrática y aristotélica (Frank, 1980) en un contexto de psicología aplicada? Como bien han señalado diversos autores, Ingram (1986), Ibáñez (1988), Tous (1989), entre otros, o Feixas (1990) en este mismo número, las llamadas terapias cognitivas no sólo no tienen ninguna fundamentación teórica en la psicología cognitiva básica, sino que han nacido de fuentes muy alejadas de ella, como el conductismo mediacional y el psicoanálisis. La psicología cognitiva se ha orientado específicamente al estudio de los procesos cognitivos (véase por ejemplo Vega, 1984) con una absoluta despreocupación por el contenido, mientras que las terapias cognitivas se han orientado exactamente en la dirección contraria, hacia la determinación de aquellos contenidos idiosincrásicos que influyen en las conductas patológicas y en los intentos de modificación de tales ideas. La metodología de trabajo de las terapias cognitivas se inspira en el modelo conductual más que en el del procesamiento de información, llegando incluso en muchos casos a identificar el pensamiento como una forma de estímulo encubierto (Cautela, 1970) o como una clase de autorregulación (Meichenbaum, 1977), función análoga a la del lenguaje interno, descrita por Vygotsky (1962) y Luria (1961) como monólogo interior.

Algunos autores, como Ingram & Hollon (1986), han intentado establecer puentes entre el enfoque básico y el aplicado dentro del paradigma de la información, distinguiendo entre estructuras, proposiciones, operaciones y productos cognitivos, conceptos de distinto nivel, pero íntimamente relacionados entre sí. Por estructuras cognitivas se entiende la arquitectura del sistema donde se organiza y representa la información (por ejemplo, la memoria a corto y largo plazo). Como tal interviene en las funciones asociativas entre la memoria episódica y la memoria semántica. Las proposiciones cognitivas se refieren a las informaciones almacenadas en las estructuras anteriores (por ejemplo memoria episódica y memoria semántica), que dan lugar a esquemas de representación de la realidad, tales como esquemas sociales (Rudy & Merluzzi, 1984), auto-esquemas (Ingram et al. 1983) esquemas depresógenos (Beck, 1967), independientemente de su contenido. Las operaciones son los procedimientos a través de los cuales se realizan las transformaciones a que se ve sometida la información proveniente tanto del exterior como del interior (por ejemplo codificación o recuperación, procesos de control, etc.). Finalmente, los productos son las imágenes, ideas o pensamientos resultantes de la interacción de la información, las estructuras cognitivas, las proposiciones y las operaciones, tales como autoinstrucciones, atribuciones y representaciones. Todo ello influye en la conducta resultante de la estimulación del sistema cognitivo provocada por una situación cualquiera (ver gráfica I).

### Gráfica I

#### DIAGRAMA ESQUEMATICO DE LOS PATRONES DE RELACION ENTRE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA TAXONOMICO COGNITIVO (\*)



0.- INPUT: Datos sensoriales, informaciones, etc.

1.- ESTRUCTURA COGNITIVA: Memoria a corto y largo plazo, etc.

2.- PROPOSICIONES COGNITIVAS: Creencias almacenadas, informaciones internamente generadas, etc.

3.- OPERACIONES: atención, codificación, recuperación, elaboración cognitiva, etc.

4.- PRODUCTOS COGNITIVOS: atribuciones, imágenes, pensamientos, etc.

5.- OUTPUT: conducta, verbalizaciones, etc.

(\*) Resumido y adaptado de Ingram, R. E. & Kendall, P. C. (1986).

Dejando por el momento al margen la objeción de que el modelo presupone una mente transparente, como el sistema inteligente de un ordenador, no cabe duda de que facilita la visión de la complejidad del problema, al establecer distintos niveles estructurales, funcionales y representacionales de la cognición. Podríamos añadir a este esquema un grado de complejidad mayor si lo consideráramos en su proceso de construcción, es decir desde una perspectiva genética o evolutiva. Esta, en efecto, es una característica específica del sistema cognitivo humano que no nace con una estructura adulta, sino que se forma a través de estadios sucesivos de complejidad creciente, evolución que afecta principalmente al sistema operativo y proposicional, como han puesto de relieve Guidano y Liotti (1983) al destacar la dialéctica entre memoria episódica y memoria semántica, cuyos contenidos

cambian evidentemente con la construcción de nuevas experiencias desde la infancia a la edad adulta, o respecto a los distintos niveles o estadios operacionales del sujeto, por ejemplo operaciones sensorio-motoras vs. operaciones formales, (Ivey, 1986; Joyce-Moniz, 1985).

### **Límites y alcance del cambio cognitivo**

Puestas las cosas en estos términos, ¿qué significa el cambio terapéutico respecto a los procesos cognitivos? ¿El cambio de las ideas o creencias, cambia las reglas operativas? ¿El cambio en las reglas de operación modifica las ideas o los contenidos de la memoria episódica? ¿Qué relación existe entre unos y otros estratos del sistema cognitivo? ¿Dónde debe fijar el terapeuta su atención?

Tal vez el cuestionamiento en estos términos ayude a aclarar un poco la esencia del cambio cognitivo. Tradicionalmente, como ya se ha dicho, éste se ha identificado con los cambios introducidos en el sistema de creencias del sujeto. El postulado fundamental es que “los contenidos mentales que produce el ser humano influyen en su conducta” (Tous, 1989). Por ello la acción terapéutica se ha dirigido hacia el control y la modificación del pensamiento. La mayoría de terapeutas cognitivos, además, han incidido de una forma directa o indirecta en la modificación igualmente de las reglas operativas del pensamiento patológico. En realidad, pues, se trata de un planteamiento racionalista de corte psicopedagógico, que ha sido conceptualizado como “condicionamiento filosófico” (Hoffman, 1984).

El mensaje oculto de las terapias racionales es, en síntesis, el siguiente: “usted piensa equivocadamente y además ha llegado a estas creencias erróneas porque razona inadecuadamente; en consecuencia debe modificar sus ideas y aprender a hacer inferencias y deducciones de forma correcta”. Está claro que en este planteamiento no hay una referencia explícita a los sentimientos y/o emociones, contrariamente a lo que sucede, por ejemplo, en las terapias humanistas. Algunos autores, como Ellis, han intentado paliar este déficit, incluyendo la vertiente emocional en la misma denominación de su modelo terapéutico Rational Emotional Therapy (RET). De todas formas los pensamientos se llevan la parte del león, puesto que tanto para Ellis (1962) como para Beck “las emociones siguen, en general, a los significados atribuidos a los acontecimientos y por consiguiente las perturbaciones emocionales derivan de las atribuciones erróneas dadas a los acontecimientos” (Beck & Greenberg, 1984). De este modo “la mayor parte de las patologías como la ansiedad, las fobias y obsesiones, además de la depresión, pueden asociarse con distorsiones cognitivas características, y tales trastornos pueden responder igualmente a una terapia orientada a la corrección de estas distorsiones “ (Beck & Greenberg, 1984).

La distinción entre cognitivo y emocional parece en estos autores algo más bien arbitrario, si tenemos en cuenta que conceptos como el de “desesperanza” son entendidos como “factores cognitivos” (sic), “máximos responsables, por ejemplo, de la conducta suicida” (Beck & Greenberg, 1984). En cualquier caso, la

mayoría de autores de terapia cognitiva suscribirían las tesis evolucionistas de Plutchik (1980), según el cual las emociones dependen del procesamiento cognitivo de los acontecimientos, responsable del arousal fisiológico y de los estados emocionales que llevan a la acción. Teoría similar a la de Arnold (1960), denominada "modelo cognitivo de las emociones" (Lazarus, Averill & Opton, 1970), que conceden la primacía a la cognición en la secuencia emotivo-conductual, algo evidente ya en la desensibilización sistemática, donde el cambio de expectativas produce la disminución de la ansiedad (Semmer & Frese, 1984).

No está muy claro, pues, qué significa para los autores cambio cognitivo, puesto que la tesis básica común a todos los enfoques cognitivos, es que tanto los cambios emocionales como los conductuales vienen mediados por los cambios cognitivos (Wesler, 1987). Ahora bien, ¿en qué niveles se produce el cambio? Si tomamos como base el modelo de la información, habida cuenta de los distintos niveles estructurales, operativos y representativos del sistema cognitivo, podemos resituar la cuestión. En primer lugar podemos decir que no hay terapias psicológicas que orienten su intervención hacia las estructuras cognitivas en cuanto tales. Esta sería misión más bien propia de la neuropsiquiatría, de la neuropsicología cognitiva o de las neurociencias, disciplinas especializadas en el análisis de los componentes funcionales del sistema. Las llamadas terapias cognitivas no pretenden pues provocar cambios a estos niveles; presuponen más bien una estructura completa del sistema. Admiten como compatibles intervenciones de tipo bioquímico o de cualquier otro género, orientadas a restablecer el equilibrio fisiológico responsable del funcionamiento y mantenimiento del sistema operativo. Pero no entienden de ellas. Podrían compartir la opinión de Fodor (1980) de que "la psicología cognitiva comienza donde termina la psicofísica".

Tampoco cabe esperar que la terapia cognitiva incida en los mecanismos de procesamiento. De acuerdo con Ingram & Hollon (1986) los procesos candidatos a experimentar cambios serían los siguientes: a) procesamiento automático vs. procesamiento controlado; b) procesamiento autocentrado vs. procesamiento heterocentrado; c) esquemas actuales vs. esquemas alternativos. Sin embargo, no existe evidencia de que esto suceda en realidad. Los cambios que pueden observarse en terapia cognitiva son más bien atribuibles al contenido que a los modos de procesamiento. Como dicen Nasby & Kilstrom (1986): "la mayoría de problemas cognitivos de los clientes radican en el contenido. Los mecanismos de procesamiento de la información funcionan precisamente muy bien".

En efecto, la sustitución del pensamiento automático por el controlado, afecta a los pensamientos depresivos en la medida en que estos cambian de signo, no a la función de procesamiento en sí misma. Igual cabe decir del paso de un pensamiento autocentrado a otro más descentrado; puesto que en el depresivo predominan los pensamientos de carácter negativo sobre sí mismo, con un peso emocional que le lleva a preocuparse más de lo que resultaría adecuado en circunstancias favorables. Se trata pues de una patología que afecta mayormente



al contenido, y no al sistema de procesamiento. Para que existiera una patología de este género, ésta debería afectar a todas las áreas en que interviene el procesamiento y esto, evidentemente, no es así en las patologías que habitualmente trata la terapia cognitiva, tales como depresiones, fobias y compulsiones (Barber & de Rubeis, 1989). Otra cosa muy distinta podría decirse, seguramente, de la esquizofrenia: Ruiz-Vargas (1987), por ejemplo, después de pasar revista a una serie de modelos teórico-experimentales llega a la conclusión de que el pensamiento esquizofrénico se caracteriza por un déficit en el procesamiento controlado vs. el automático el cual mantendría intacta su capacidad. Para estos problemas, sin embargo, no se ha desarrollado, hoy por hoy, ninguna terapia que pueda denominarse cognitiva.

Respecto a los cambios en los niveles formales del sistema parece evidente que pueden perseguirse directamente. El resultado de cualquier intervención pedagógica exitosa redundaría en una mayor complejidad del sistema operacional. No está muy claro, sin embargo, si estas operaciones intelectuales pueden desarrollarse por sí mismas al margen de un contenido, ni si déficits en estas áreas tienen efectos necesariamente psicopatológicos. Si la relación fuera causal, resultaría muy difícil simultanear desarrollo y normalidad. Una cierta tendencia, sin embargo a asociar normalidad psicológica con pleno desarrollo adulto se halla subyacente en la mayoría de terapias, las cuales con diversos conceptos tales como madurez genital, autorrealización, procesamiento controlado, consideran el “funcionamiento adulto ideal” como el paradigma de la salud mental.

Tampoco está claro si un mayor grado de complejidad cognitiva ayuda o no a resolver un problema. La solución, en efecto, pasa muchas veces por su simplificación y esto conlleva reaccionar a niveles más bajos. Esta es la razón por la que culturas menos complicadas, donde la expresión de las emociones es inmediata y socialmente se aceptan como válidas respuestas sensoriales, emocionales y motóricas presentan menos ansiedad. La elaboración de respuestas más complejas, abstractas y sutiles se justifica únicamente por la insuficiencia de los niveles inferiores, de acuerdo a las leyes de economía psíquica y a los condicionantes de la situación. Como dice Beck (1983) “no es necesario ayudar al paciente a resolver todos los problemas de su vida, basta con la reducción de síntomas y una mejoría en el ajuste psicosocial”.

### **Estrategias terapéuticas de cambio**

Las terapias cognitivas se conciben como una colaboración entre terapeuta y paciente en la tarea de investigar, poner a prueba y buscar soluciones a los problemas. Se parte del supuesto de que las interpretaciones y conclusiones inadaptadas del paciente tienen que ser tratadas como hipótesis a probar. Se utilizan de este modo experimentos conductuales y análisis de interpretaciones alternativas para generar evidencia en contra de las creencias y razonamientos erróneos del paciente.

En efecto, la terapia cognitiva se basa en el supuesto de que los trastornos psicológicos son atribuibles a errores habituales y específicos del pensar (Beck, 1967). Bajo condiciones de stress las personas tienden a interpretar incorrectamente las situaciones de la vida, a juzgarse de forma excesivamente crítica o a fracasar en la selección de estrategias adecuadas para hacer frente a los problemas exteriores.

Las estrategias cognitivas para promover el cambio, de acuerdo con Weishaar & Beck (1987), utilizan “una combinación de técnicas verbales y conductuales, dirigidas a demostrar la inconsistencia de las hipótesis del paciente, modificar sus creencias y desarrollar las habilidades necesarias”. Las técnicas conductuales juegan un papel instrumental en el cambio cognitivo en la medida que proporcionan la experiencia necesaria para generar nuevas formas de pensar y cambiar las hipótesis inadecuadas. Las técnicas cognitivas se diseñan expresamente para ayudar al paciente a identificar, contrastar y corregir las conceptualizaciones erróneas y las creencias disfuncionales que subyacen a tales pensamientos. Finalmente, al pensar y actuar de una forma más realista y adaptativa, de acuerdo con las hipótesis comprobadas, más que con suposiciones, el paciente podrá experimentar una mejoría en sus síntomas y en su funcionamiento.

Aunque las finalidades de todos los terapeutas cognitivos son similares, sin embargo tanto las estrategias como los estilos para conseguir el cambio presentan diferencias de marca. Así, por ejemplo, Beck se distingue de Ellis (1962) por considerar que éste reduce de una forma generalizada las creencias irracionales y pretende además cambiarlas directamente. En contraposición a la Terapia Racional Emotiva (RET) de Ellis, Beck considera que las creencias irracionales son características o idiosincrásicas de cada individuo y que sólo pueden ponerse en cuestión utilizando una dialéctica socrática, más que directiva (Weishaar & Beck, 1987). A causa de estas diferencias entre ambos autores vamos a exponer por separado sus propuestas estratégicas para el cambio.

Ateniéndonos a un orden de antigüedad consideremos en primer lugar las técnicas cognitivas propuestas por Ellis. Estas se basan fundamentalmente en la discusión de las creencias irracionales. Esta discusión se lleva a cabo a través de cuatro estrategias (Dryden & Ellis, 1987): a) detectar las creencias irracionales, particularmente aquellas que se expresan en formas de imperativo categórico (debería, tengo que, habría que, etc.); b) debatir con el paciente hasta que éste reconozca la inexactitud de sus creencias irracionales y la verdad de las alternativas racionales; c) discriminar entre los valores relativos (deseos, preferencias) y los absolutos (necesidades, demandas e imperativos); d) definir mejor verbalmente los términos relativos a sus creencias.

Un ejemplo de este proceder lo podemos tomar del mismo Ellis (1979) quien propone una serie de cuestiones para desarticular la creencia de una paciente de que “debería ser tan eficaz y completa sexualmente como la mayoría de mujeres”. ¿Se puede sostener de forma racional esta creencia? ¿Existe alguna evidencia de

la verdad de esta creencia? ¿Qué evidencia existe en contra de la falsedad de que debería ser tan orgásmica como las otras mujeres? ¿Qué es lo peor que me puede suceder si no llego a conseguir el orgasmo como creo que debería conseguirlo? ¿Qué consecuencias positivas se pueden derivar si no llego nunca al orgasmo que creo que he de alcanzar? Estas y otras preguntas de esta guisa pueden servir para cuestionar el sistema de creencias irracionales sobre el que se basa el sufrimiento irracional de la persona. En efecto, Ellis, como buen estoico, no pretende aquí que la mujer supere su anorgasmia, sino que cambie la creencia absurda, causa de su desgracia, de que no es una mujer completa, por un criterio más realista que le permita vivir humanamente feliz.

Beck (1976) concibe la terapia cognitiva “como un sistema de psicoterapia basado en el supuesto de que la forma cómo los individuos perciben y estructuran su experiencia determina sus sentimientos y acciones”. Desde el punto de vista pragmático la terapia cognitiva es una experiencia de aprendizaje en la que el terapeuta juega un papel activo en el proceso de ayudar al paciente a modificar sus errores cognitivos y sus hipótesis disfuncionales. Según las características del problema aplica un número determinado de técnicas verbales o conductuales, orientadas a solventar las necesidades del paciente. En concreto las técnicas cognitivas se encaminan a identificar y poner a prueba los errores específicos de base. Con ello se pretende conseguir que el paciente sea capaz de realizar las siguientes operaciones:

- 1) monitorizar sus pensamientos automáticos negativos;
- 2) reconocer las conexiones entre pensamiento, afecto y conducta;
- 3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos automáticos distorsionados;
- 4) sustituir estos pensamientos sesgados por interpretaciones mejor fundadas en la realidad;
- 5) aprender a identificar y alterar las creencias disfuncionales que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Las técnicas verbales se utilizan para explorar la lógica utilizada para extraer conclusiones específicas, mientras que las conductuales se orientan no sólo a modificar la conducta, sino también a identificar pensamientos.

La primera estrategia terapéutica consiste en la identificación de los pensamientos automáticos, que se hallan asociados a los estados de ánimo. Tales pensamientos reflejan el contenido temático de los síntomas (por ejemplo: el miedo es específico de la ansiedad; el sentimiento de pérdida, de la depresión). Con frecuencia el paciente confunde sus pensamientos automáticos con la verdad, de modo que no considera la posibilidad de cambiarlos. Desmontar este andamiaje conceptual del paciente presupone convertir en hipótesis, que deben ser contrastadas, lo que para él son conclusiones firmes. Para ello se hace necesario proceder de una manera científica, aportando datos, evaluando resultados y sacando conclusiones. Al someter de esta forma sus pensamientos al análisis objetivo (Beck &

Young, 1984) los pacientes aprenden a ver que su visión de la realidad puede ser muy distinta de lo que viene siendo en la actualidad. Para llevar a cabo este análisis es útil contrastar las experiencias pasadas con las hipótesis distorsionadas; diseñar experimentos para poner a prueba las creencias irracionales y contrastar los resultados; o referirse a experiencias propias o ajenas si no es posible experimentar directamente las hipótesis del paciente. Estas tareas implican igualmente mejorar las formas de hablar y razonar, sustituyendo las generalizaciones por especificaciones y definiendo los términos vagos por otros más operativos.

Otra estrategia a considerar es la técnica de reatribución, que consiste en buscar explicaciones alternativas a la causalidad de los acontecimientos. El cuestionamiento de las atribuciones del paciente puede llevarle, en base al análisis de la evidencia, a desarrollar una evaluación más realista de su responsabilidad.

La técnica de descentramiento se utiliza con pacientes que se sienten el punto de mira de los demás. Ser capaz de fijarse en los problemas de los otros ayuda a ver que la problemática humana es mucho más compartida de lo que parece y que incluso uno mismo puede ser capaz de ayudar a los demás.

La automonitorización de la conducta es otra técnica, tomada de la tradición conductual, que puede aplicarse al campo cognitivo. Consiste en la observación y registro sistemáticos de los pensamientos automáticos. Con ella se consigue ver las fluctuaciones que experimentan los estados anímicos, tales como la ansiedad, los cuales siguen un curso limitado de inicio, culminación y desenlace, a los que la persona puede perfectamente sobrevivir.

La utilización de la imaginación se basa en el hecho de que la mayoría de las personas ansiosas se representan imágenes que anteceden a y concurren con la ansiedad. La mayoría de tales personas se describen a sí mismas como imaginativas más que como pensadoras. Las imágenes espontáneas suministran datos significativos sobre el sistema conceptual del paciente; pueden usarse igualmente las fantasías inducidas, la reestructuración de los sueños y el uso de imágenes específicas para la modificación de los pensamientos.

La terapia cognitiva se orienta a la resolución de problemas y en consecuencia considera el entrenamiento en habilidades como una actividad específica. Tradicionalmente se han identificado como pasos necesarios para la solución de problemas los señalados por D'Zurilla & Goldfried, (1971), Spivack, Platt & Shure (1976), Goldfried (1980), König (1984) y otros autores: identificación y especificación del problema; recogida de información; individuación de las posibles causas; búsqueda de soluciones alternativas; experimentación restringida; confrontación y evaluación de los progresos conseguidos; extensión, reformulación o sustitución de soluciones.

Los pasos que Ingram & Hollon (1986) consideran que debe seguir una terapia cognitiva se basan fundamentalmente en la concepción de Beck. Para estos autores la terapia cognitiva es un integración de procedimientos orientados al cambio cognitivo y conductual. La analogía con el conocimiento científico sobre

el que se basan las terapias cognitivas incluye la formulación de hipótesis (creencias), la validación o invalidación experimental de las mismas (conducta) y la confirmación o reelaboración teórica. En consecuencia describen una serie de técnicas conductuales y cognitivas. Como técnicas cognitivas destacan particularmente: la identificación de los pensamientos automáticos, la individuación de las distorsiones cognitivas, la evaluación de la validez de las creencias y la identificación de las hipótesis de base.

En resumen podemos decir que el elemento común a todas las terapias cognitivas es la pretensión de reestructurar las formas de pensar de los pacientes, tanto sus creencias irracionales como sus modos erróneos de razonar. Para ello los terapeutas cognitivos asumen un rol activo y colaborativo con el paciente utilizando, de acuerdo con Dryden & Golden (1987), algunas de las siguientes técnicas de reestructuración cognitiva:

- 1.- la didáctica (a través de explicaciones o biblioterapia);
- 2.- el diálogo socrático, provocador de nuevos cuestionamientos;
- 3.- las experiencias correctivas, con tareas in vivo o en casa;
- 4.- el aprendizaje vicario, a través de modelos;
- 5.- el auto-análisis;
- 6.- la sustitución de autoafirmaciones inadaptadas por otras más adaptadas;
- 7.- el ensayo a través de imágenes y fantasías;
- 8.- la reestructuración del significado de los acontecimientos;
- 9.- el uso de metáforas, analogías y cuentos;
- 10.- la paradoja cognitiva, basada en la exageración;
- 11.- el entrenamiento de habilidades en la solución de problemas.

A pesar de toda esta parafernalia técnica, sin embargo, la terapia cognitiva, como cualquier otra, no obtiene sus frutos independientemente de las actitudes de terapeuta y paciente (Beck & Young, 1984), que pueden ser de colaboración o de oposición. Las terapias cognitivas pueden dar la impresión de estar centradas exclusivamente en la técnica y, sin embargo, la calidad de la relación personal en ellas es fundamental. Dryden y Ellis (1987) añaden que el terapeuta puede, inadvertidamente o no, fomentar ideas irracionales en el cliente respecto a la eficacia de la terapia o sustentar tales concepciones a propósito de sí mismo o de su trabajo.

Una buena relación terapéutica, con todo, no asegura por sí misma el éxito de la intervención terapéutica. Esta puede tropezar en su camino con el fenómeno de la resistencia. Desde el punto de vista cognitivo podemos decir que la resistencia se fija fundamentalmente en tres niveles: a) el de las ideas mismas; b) el de los sentimientos asociados; c) el de las habilidades apropiadas o requeridas.

En primer lugar, el paciente puede poner objeciones al cambio de sus creencias. Tales objeciones pueden ser resultado de una mayor habilidad dialéctica que la del terapeuta o pueden estar protegiendo la autoimagen del sujeto (Guidano, 1986), que constituye el núcleo central de los sistemas de mantenimien-

to de la autoestima de la persona. En tal caso hay que llevar el proceso del análisis hasta la matriz ideológica del sistema de creencias (Mahoney, 1982; Liotti, 1987).

Por otra parte, el paciente puede estar de acuerdo en que sus ideas son irracionales, pero mantener intacto el nivel de ansiedad que le impide afrontar las situaciones. Posiblemente se trata de temores que se hallan asociados a creencias o racionalizaciones que ocultan la naturaleza última de sus emociones. En tal caso habría que desenmascarar esta última e intentar confrontarla. Con frecuencia, dicen Beck y Young (1984), se progresa poco en terapia, porque terapeuta y cliente están ocupándose de problemas secundarios o tangenciales.

Finalmente, y a un nivel más elemental, puede suceder que el paciente carezca de las habilidades adecuadas para afrontar una situación. En esta caso es conveniente poner en marcha un programa de entrenamiento de habilidades prácticas o sociales de acuerdo a las necesidades presentes.

### **Procesamiento de información y autoorganización terapéutica**

Como sucede siempre en la historia de la ciencia, los grandes descubrimientos marcan los esquemas mentales que permiten a los científicos interpretar la realidad material y espiritual de cada época. Así los trabajos de Newton impusieron el esquema de la máquina universal y consolidaron la física como el paradigma científico por excelencia. También los avances de la física, particularmente en su versión aplicada a la industria, marcaron profundamente la ciencia del siglo XIX. La biología y las ciencias naturales compitieron pronto con la física en su afán por señorear el ámbito científico. La psicología científica, nacida a finales del siglo XIX, es heredera de estas dos grandes ramas de la ciencia. El paradigma energético, proveniente de la física termodinámica, constituye la analogía cultural sobre la que se construyeron las llamadas psicologías dinámicas. La concepción evolutiva de Darwin, por otro lado, nacida para explicar el origen de las especies vivas, se convirtió en el punto de referencia del conductismo americano, el cual entiende el mantenimiento o la extinción de una conducta como el producto de una selección del ambiente.

Uno de los paradigmas predominantes a finales del siglo XX es el del procesamiento de la información. En consecuencia constituye el modelo de referencia para desarrollar una concepción de la psicoterapia en consonancia con el *Zeitgeist* de la época. El paradigma del procesamiento de la información, sin embargo, no ha nacido para dar cuenta de los fenómenos psicológicos, por lo que no puede tomarse literalmente, sino como una analogía más, adecuada a nuestro modo actual de pensar. Su finalidad es la de posibilitar el desarrollo de la inteligencia artificial y sus aplicaciones en informática y robótica. Basado en un tratamiento digital de la información —sea ésta numérica o verbal— no imita los sistemas de procesamiento en paralelo, propios del ser humano. En su lugar procede de forma serial. Su memoria tampoco trabaja de la misma forma. La memoria de un ordenador está constituida más bien por un almacén de dígitos, mientras que la

memoria humana trabaja fundamentalmente con significados y redes de asociaciones. La inteligencia artificial se basa en un serie de reglas rígidas de procedimiento, mientras que la humana admite la metáfora, la ironía y el doble sentido, además de la lógica formal. No poseen tampoco los ingenios artificiales por el momento, capacidad de aprender, aunque las investigaciones más actuales se orientan hacia la creación de ordenadores neurales (proyecto ANNIE), capaces de adquirir conocimiento y de autocorrección.

Los organismos humanos, en efecto, reciben información de muchas fuentes y a través de mensajes o señales de naturaleza muy distinta (física, química, simbólica) y la procesan a distintos niveles (fisiológico, motórico, sensorial, cognitivo) con el fin de mantener el organismo en una interacción selectiva con el medio (Johnston & Dark, 1986). A esta capacidad de auto-organización de los organismos vivos descrita por biólogos como Maturana y Varela (1987) se la ha denominado "autopoiesis", indicando con ello la tendencia de los organismos no sólo a mantener su estructura actual, sino a introducir aquellos cambios que permiten su adaptación y crecimiento.

Una teoría psicológica que quiera basarse en el modelo de procesamiento de la información deberá dar cuenta, pues, de la complejidad del sistema de procesamiento humano, el cual desarrolla una serie de operaciones a través de las cuales el cerebro se relaciona con los acontecimientos internos y externos, sus representaciones y sus significados en la memoria semántica para organizar sus respuestas conductuales (Neisser, 1976). Deberá explicar, además, cómo se construye genéticamente el sistema con sus estructuras y reglas de funcionamiento, y cómo alcanza a configurar modelos de representación del mundo.

No cabe duda de que el substrato material y funcional del sistema de procesamiento humano es el sistema nervioso (Koukkou, 1988). Este está compuesto de subsistemas que disfrutan de una cierta autonomía funcional dentro de una estructura altamente integrada. Ello significa que cada subsistema procesa la información a su manera, pero que ésta, a su vez, es compatible y complementaria con la del sistema entero, que goza de una capacidad de organización superior e integradora.

Según esto podemos distinguir diversos subsistemas a los que corresponden funciones de procesamiento y regulación propias. Estos a su vez, pueden considerarse en íntima relación con el proceso genético de construcción de los distintos estadios y operaciones cognitivas.

El primer subsistema sería el de regulación fisiológica y a él le corresponderían el procesamiento de las señales internas o externas de naturaleza física y química que informan sobre los estados del organismo. Opera fundamentalmente gracias a estructuras como el sistema nervioso autónomo, el hipotálamo y el sistema endocrino. Tiene como misión mantener las constantes homeostáticas del organismo y es susceptible de tratamientos químicos y físicos. Todos los trastornos psicológicos tienen sus correlatos fisiológicos y son, por ende, tratables con

Gráfica II

**DESCRIPCIÓN FUNCIONAL Y GENÉTICO-CONSTRUCTIVA DE LOS SISTEMAS DE AUTO-ORGANIZACIÓN TERAPÉUTICA**

Subsistemas del S. N.	Objetivo	Procesamiento	Estadios evolutivos	Tratamientos Terapéuticos
Regulación fisiológica	Homeostasis orgánica	Bioquímico	Constitución genética	- químicos - físicos - mecánicos
Regulación reflejo/motora	Adaptación al ambiente	Sensorial	Sensorio/motor	- relajación - condicionamiento reflejo y operante
Regulación conductual	Conducta orientada (planificada)	Empírico	Operaciones concretas	- orientación psico-pedagógica - desarrollo de habilidades - resolución de problemas
Regulación cognitiva	a) Sistema de creencias b) Criterios epistemológicos	a) Cognitivo b) Meta-cognitivo	Operaciones formales	a) terapias racionales b) terapias fenomenológicas



medios químicos (psicofármacos), físicos (electroshock) o mecánicos (cirugía).

Este tipo de procesamiento es totalmente automático y no es susceptible de tratamiento cognitivo, a no ser que sea objeto de detección instrumentalizada por medio de técnicas como el biofeedback, entre otras, capaces de detectar señales de naturaleza física o química y llevarlas al conocimiento controlado del sujeto a través de aparatos diseñados al efecto. A veces estas señales de naturaleza física o química producen epifenómenos —dolor o placer, por ejemplo— que son objeto de procesamiento sensorial. Pero en ese caso podemos considerarlos ya del segundo nivel.

Consideramos en el segundo nivel las informaciones de naturaleza física o química que producen, al ser captados por los órganos sensoriales correspondientes fenómenos de naturaleza sensorial como luz, sonidos, placer dolor, etc. que son codificados en forma de perceptos (imágenes, voces, ruidos, olores, sensaciones táctiles, cenestesis, etc.). Tales perceptos pueden ser objeto de procesamiento consciente o cognitivo en la medida en que cumplen funciones denotativas y/o evaluativas y en las que intervienen funciones cognitivas tales como la atención y la memoria, tanto episódica como semántica.

La percepción, que es ya en sí una función constructiva del Sistema Nervioso, viene regulada por subsistemas conectados al SNC. El sistema sensorial se halla en conexión igualmente con el sistema motórico, que está capacitado para responder adecuadamente a los estímulos, a fin de mantener la autorregulación del organismo y su adaptación al medio ambiente.

El desarrollo de estas operaciones de acomodación corresponde al estadio descrito por Piaget como sensorio-motor. El sistema de regulación sensorio-motor está en la base de las respuestas reflejas. Desde el punto de vista terapéutico constituye el fundamento para las terapias de desensibilización sistemática o de inhibición recíproca, que implican claramente funciones discriminantes y, por tanto, cognitivas. Si además conllevan un aprendizaje que permite al sujeto seleccionar y/o anticipar las conductas adaptativas, tenemos la base para las terapias de condicionamiento operante (Skinner, 1953).

Son posibles también otro tipo de intervenciones sensoriales como la relajación, el masaje, la cromoterapia, la musicoterapia o la meditación, que evitan cualquier interferencia cognitiva o pensamiento para centrarse en la regulación sensorio-motora del organismo. Tales técnicas, evidentemente, son compatibles con formas de tratamiento más complejas.

Desde el punto de vista genético-constructivo, aparte de su alto poder informativo sobre el ambiente, las funciones sensoriales constituyen el primer puente a través del cual se establecen las relaciones sociales, fundamentalmente con las figuras de apego (Bowlby, 1969). A través de sensaciones como el placer y el dolor, la calidez o la frialdad del tacto, el niño construye una primera representación de las relaciones humanas de afecto. En este sentido algunos autores (Sassaroli & Lorenzini, 1990) han hablado de la relación de apego, como una

relación de información. Las terapias cognitivas en general no la toman en cuenta, tal vez porque huele a psicoanalítica, y, excepción hecha de unos pocos autores como Guidano y Liotti (1983), además de los citados Sassaroli & Lorenzini, no han extraído apenas implicaciones prácticas para la terapia.

El carácter representacional que adquieren la mayoría de los perceptos sensoriales permite, como ya hemos dicho, hacerlos objeto de tratamientos cognitivos como la denotación y la evaluación, que revisten ya un cierto carácter proposicional. Se ha discutido mucho sobre si todas las imágenes mentales son reductibles proposicionalmente. Por ejemplo, Fodor & Pylyshyn (1988) sostienen que las representaciones mentales son reductibles a proposiciones. Otros, en cambio, defienden una autonomía para las imágenes mentales que las diferencia de las proposiciones (Roth & Kosslyn, 1988). Las imágenes serían como una réplica isomórfica del estímulo, mientras que las proposiciones se caracterizarían por una representación analítica y discreta del objeto. Existe la posibilidad de considerar la hipótesis mixta o la diferencial (Colom & Espinosa, 1990), es decir que, de acuerdo con la tarea, se utilice una estrategia más que otra, o que algunos sujetos se sirvan de una estrategia con preferencia sobre otra, según la mayor o menor capacidad de abstracción que hayan desarrollado.

Dejando de lado estas discusiones teórico-experimentales lo que nos interesa considerar es la serie de operaciones cognitivas que el córtex cerebral es capaz de hacer a partir de los datos sensoriales. Estas se mueven, inicialmente, a un nivel de pensamiento concreto. Las estructuras cognitivas implicadas son nuevamente la atención, la memoria semántica, episódica y de imágenes. A ellas hay que añadir ahora el sistema lingüístico —sus estructuras profundas—, que presentan un íntimo paralelismo con las funciones proposicionales cognitivas del pensamiento: denotación extensional e intensional, categorización, asociación, generalización, evaluación, etc. Operaciones más o menos simples que permiten a su vez el desarrollo de operaciones más complejas, tales como la conceptualización, el establecimiento de relaciones causales, espaciales o temporales, el razonamiento, la formación de ideas y creencias, etc. Con ello se pasa de una representación “mágica” —egocentrada— a una representación “realista” —heterocentrada—. Es el estadio cognitivo más susceptible de educación. El individuo humano tiene que sustituir su representación mágica o fantástica de la realidad, por otra más fundamentada en el conocimiento empírico. En esta destreza humana de contrastar empíricamente la realidad se apoya todo el conocimiento científico moderno del que es heredera la metáfora del “hombre como científico” sobre la que se han basado algunos terapeutas a los que nos hemos referido ya anteriormente.

Las intervenciones que tienen un valor terapéutico en este estadio son aquellas que aportan informaciones verídicas, desmontan creencias falsas o imaginarias, o desarrollan habilidades tanto cognitivas como prácticas o sociales. Así, una adecuada información puede deshacer creencias falsas como que la masturbación produce la tuberculosis o que todas las mujeres han de experimentar el

orgasmo vaginal. Esta es la base de muchas intervenciones psicopedagógicas como las de orientación profesional, sexológica o de planificación familiar, y muchas formas de terapia de pareja y de familia, basadas en la transmisión de información.

El desarrollo de las operaciones concretas del pensamiento puede aplicarse también al amplio campo de la resolución de problemas, donde resulta fundamental saber identificar los problemas, buscar alternativas, experimentarlas y evaluarlas en términos de balance de costos. Este es un campo donde han destacado muchos terapeutas cognitivo-conductuales, como ya hemos recordado anteriormente (Larson, 1984; Marshall & Kurtz, 1982).

Pero con frecuencia no basta la información ni el entrenamiento de habilidades para resolver los problemas psicológicos, dado que el sujeto parte de supuestos o creencias que no pueden ser validados ni invalidados empíricamente, sino que se basan en procesos de razonamiento erróneos. En este punto se interseccionan las operaciones concretas del pensamiento con las formales: no solamente una persona puede tener ideas o creencias equivocadas por falta de un conocimiento empírico de la realidad, sino que además tales creencias pueden haber sido deducidas erróneamente por fallos en el procedimiento lógico. No se trata por tanto sólo de ideas o creencias erróneas, sino también irracionales.

Las terapias que trabajan en esta zona utilizan no sólo las operaciones cognitivas concretas, sino también las formales. Ahí es donde actúan preferentemente las llamadas terapias cognitivas o “racionales” (Ellis, 1971, Beck, 1976, Meichenbaum, 1977). La característica fundamental de tales terapias es que no se limitan a transmitir al paciente una serie de conocimientos o informaciones, sino que ponen en juego sus habilidades y estrategias de razonamiento para llevar dialécticamente al propio sujeto a cambiar sus creencias o ideas, a construir un nuevo conocimiento.

Existen serias dudas, sin embargo, sobre si de este procedimiento sólo salen “tocados” los pensamientos o se produce también una alteración en el sistema de razonamiento lógico. Ya hemos dicho anteriormente que a nuestro juicio sólo cambian los contenidos y que está por demostrar que este tipo de intervenciones modifiquen las reglas del pensar o aumenten la capacidad epistemológica del sujeto. Si esto es así, el éxito de tales intervenciones se basa en la capacidad de convicción y en la habilidad dialéctica del terapeuta, lo que confirmaría la tesis de Frank (1973), repetidas veces expuesta, que presenta la terapia como un procedimiento retórico que basa su eficacia en el paradigma de la influencia social, lo que significaría que el sujeto cambia por efecto de la persuasión y la lógica implacable del terapeuta.

Se puede acceder, sin embargo, a un nivel más elevado de procesamiento formal, al que podríamos denominar metacognitivo. Este busca entender —no sólo usar— las reglas del pensamiento y comprender —no sólo conocer— el sentido de los fenómenos en su contexto, para poder escapar a la tiranía de la

realidad y a los límites de la lógica silogística. Este nivel de pensamiento pertenece igualmente al estadio de operaciones formales y se sustenta sobre la actividad del neocórtex, pero desarrolla operaciones más complejas que las que suponen los niveles anteriores.

Considera, en primer lugar, que la realidad no se reduce sólo al mundo físico o material, sino que para el ser humano consiste fundamentalmente en una serie de sistemas de construcción social. El sujeto humano vive inmerso en un mundo de significaciones y, en consecuencia, otorga a su mundo personal una significación correlativa al contexto en que se desarrolla su existencia. Sus creencias y sus acciones no se sustentan, por tanto, sólo sobre la base de una realidad racional, sino construida, de forma que descubre la multiversidad de construcciones personales y sociales, fundamento de otras tantas racionalidades.

La mayoría de sistemas terapéuticos no se dan cuenta de ello y confunden sus propias concepciones del mundo con la única representación posible de la realidad. La incidencia fundamental que tiene la *Weltanschauung* o representación del mundo sobre las propias creencias y acciones es el núcleo sobre el que se estructuran las terapias que algunos (Mahoney & Gabriel, 1987) han llamado "cognitivo-constructivistas" en oposición a las terapias "racionalistas", pero que con mayor propiedad podrían denominarse fenomenológicas, puesto que no sólo intentan cambiar un fenómeno conductual o cognitivo, sino comprender su significado o lógica estructural. Su procedimiento se basa en una tarea analítica de comprensión del sentido y utiliza la dialéctica no con fines retóricos sino interpretativos o comprensivos.

Entre las terapias comprensivas o fenomenológicas podemos citar el psicoanálisis desde Freud a Lacan, la Logoterapia de Frankl, la terapia familiar sistémica, la terapia de los constructos personales y el análisis existencial. Existen, sin embargo, diferencias importantes entre estos sistemas de psicoterapia que sólo esbozaremos brevemente.

Si bien todas tienen como tarea fundamental la comprensión del sentido difieren en el lugar donde lo sitúan. Para unos el sentido es trascendente al sujeto, es decir se halla fuera de su alcance consciente; mientras que para otros es inmanente al sujeto, dice relación directa a su experiencia. Entre los primeros podemos identificar al psicoanálisis que coloca el significado del síntoma en un nivel inconsciente, el cual goza de autonomía respecto al sujeto. En la terapia familiar sistémica el sentido se halla también fuera del sujeto, en su contexto inmediato, donde cumple una función complementaria y significativa, igualmente desconocida para la familia. Finalmente, la Logoterapia de Frankl, de acuerdo con su etimología, debería dar cuenta del sentido (*logos*) intrínseco o inmanente del fenómeno humano o psicopatológico. Pero no es así; para Frankl (1984) la búsqueda de sentido equivale a la búsqueda de dirección. El cambio se opera en una dirección trascendente, básicamente espiritual o religiosa.

La tarea de estas terapias se basa en último término en la interpretación del

terapeuta y, aunque trata de comprender el fenómeno, lo hace al margen de la intencionalidad del sujeto. Esta no debe confundirse con las intenciones específicas e inmediatas de cada acción en concreto, sino que debe entenderse en términos de posición en el mundo. La intencionalidad es el eje alrededor del cual se estructura el sentido del mundo personal o colectivo. Descubirla es una tarea hermenéutica (Frank, 1987). Entendida la acción humana en toda su complejidad no puede interpretarse sólo como un epifenómeno de otra cosa, sino que ella es el fenómeno propiamente dicho, que debe ser comprendido. La acción humana constituye por sí misma un discurso (Castilla del Pino, 1988), que debe ser fielmente captado en su estructura interna y en sus conexiones con la matriz ideológica que lo genera. Quemar las naves frente a las costas mexicanas puede ser entendido como un acto absurdo (racionalidad), instrumental (pragmatismo) o significativo (hermenéutica). Desde el punto de vista de la fenomenología no existen actos humanos que carezcan de intencionalidad. Incluso las acciones instrumentales están inscritas en un marco general de significado.

Las terapias que colocan su punto de mira en la comprensión del significado inherente a la estructura del mundo intencional del sujeto se sitúan a un nivel metacognitivo. Puesto que el sistema cognitivo posee una estructura jerárquicamente organizada los niveles de procesamiento superiores incluyen los niveles inferiores, como los descritos anteriormente, con los que es siempre compatible.

Su efecto terapéutico específico se basa en su capacidad para proponer construcciones alternativas de la experiencia o en el desarrollo de un pensamiento dialéctico que lleve al sujeto a la comprensión crítica del fundamento de su sistema de creencias y actitudes, o a descubrir, en términos kuhnianos, la matriz paradigmática que guía su curso de acción. Nos estamos refiriendo a los sistemas de psicoterapia que hemos mencionados anteriormente, la Terapia de Constructos Personales de Kelly (1955) y el Análisis Existencial (Villegas, 1981). No incluimos en este apartado las terapias humanistas, porque en general se basan en la comprensión empática o emocional del sujeto, no en la de la lógica estructural de su mundo (Villegas, 1989).

### **Algunas reflexiones y comentarios finales**

Durante la década de los setenta y ochenta las terapias cognitivas han experimentado un auge y aceptación crecientes, tanto en el ámbito científico como social. Algunos autores (Dobson, 1988) llegan a identificar hasta 22 tipos diferentes de terapias cognitivas con sus propias conceptualizaciones y técnicas de intervención. Aunque es difícil determinar qué tienen en común todas estas terapias que justifique su denominación como cognitivas, se puede estar al menos de acuerdo en dos supuestos básicos: 1) que las cogniciones (pensamientos, creencias, esquemas, etc.) median nuestros sentimientos y acciones, no a la inversa; 2) que la intervención cognitiva se lleva a cabo modificando las creencias erróneas o desarrollando habilidades compensatorias de enfrentamiento a los

problemas (Barber & DeRubeis, 1989). Tales supuestos se hallan implícitos en la definición genérica que Beck (1970) hace de las terapias cognitivas como “cualquier técnica cuyo objetivo fundamental sea el cambio de los patrones erróneos de pensamiento”.

Las llamadas terapias cognitivas carecen, sin embargo, de un marco teórico de referencia sólido, tanto en el campo de la filosofía como en el de la psicología (Brewin, 1989). Sus referentes conceptuales filosóficos son el estoicismo (una doctrina moral) y la sofística (un método retórico o dialéctico). Desde el punto de vista psicológico el panorama no es mucho más halagüeño, puesto que en la mayoría de casos su desarrollo no consiste en otra cosa que en versiones mediacionales de terapias conductuales preexistentes (Beidel & Turner, 1986; Eysenck, 1987). Parece, pues, que no se puede hablar en psicoterapia de una “revolución cognitiva” en términos kuhnianos, sino más bien de una evolución estimulada por los nuevos aires cognitivos que soplan en psicología, pero hasta cierto punto presentes ya en el trabajo seminal de psicólogos del aprendizaje social, como Bandura (Zimmerman, 1981) y teóricos de la psicología social, como Kelley (Otto, 1984).

Las terapias cognitivas están concebidas, mayormente, como terapias breves (Bedrosian & Beck, 1980), orientadas a la remisión de los síntomas depresivos y de ansiedad. Han demostrado una eficacia más o menos igual que las demás terapias (Teasdale, 1985; Barber & DeRubeis, 1989), por lo que no constituyen un modelo de sustitución de otros tipos de terapia. Tampoco éstas han entrado en una crisis paradigmática, que les impulse a echarse en brazos de la terapia cognitiva. La prueba está en que en su procedimiento todas las terapias encuentran componentes cognitivos, (Beck & Mahoney, 1979); es decir, que afirman que las terapias cognitivas no les aportan nada nuevo, que no estuviera implícito en sus planteamientos. La única diferencia para muchos de ellos radica en que la terapia cognitiva focaliza las intervenciones y explica los cambios en clave precisamente cognitiva, mientras que los otros modelos no lo hacen así (Beck, 1985).

Un mérito importante, sin embargo, de las terapias cognitivas lo constituye el haber sintonizado con la psicología del momento y el haber puesto de nuevo la atención sobre los contenidos de la conciencia, algo que en otra época hubiera sido considerado totalmente tabú en psicología. Algo para lo que, como dice Ibáñez (1988), fue necesario un corte epistemológico con el modelo científico natural, que permitiera plantearse los problemas de la psicología en clave de ciencia social. De este corte sale fortalecido el sujeto quien deja de ser un robot (Perris, 1988), para pasar a ser un agente, el piloto (ciberneta) de su nave, como diría Platón. En este sentido las terapias cognitivas facilitan el acercamiento entre los modelos empíricos, como el conductista, y los fenomenológicos como el psicoanalítico y el humanista (Ryle, 1984). Sin embargo no se opera con ello automáticamente la integración en psicoterapia. Queda por resolver, en efecto la construcción de un modelo teórico que permita integrar la actividad psicoterapéutica en cuanto tal

(Villegas, 1990).

Un modelo de este tipo podría desarrollarse, tal vez, si se tomara en serio el paradigma de “procesamiento de la información” en toda su complejidad, aplicado a los sistemas de construcción de la realidad específicamente humana. En el ser humano, además, la información no existe al margen del contexto más amplio de la comunicación; y ésta implica el lenguaje, la transmisión cultural y la interacción social. Ya hemos apuntado en el apartado anterior algunas implicaciones estrictamente psicológicas del modelo de procesamiento de la información en psicoterapia. No vamos a repetir las ahora; pero quedaría mucho por decir de la importancia de la construcción social de la realidad y de la manera cómo ésta es integrada cognitivamente en los sistemas de procesamiento humano. Este es un tema, sin embargo, que merece una reflexión aparte.

Nos quedan todavía por hacer una serie de comentarios puntuales a las terapias cognitivas, tal como se han desarrollado. El primero es relativo a la distinción entre procesos y contenidos. Ya hemos observado anteriormente que la terapia cognitiva no ha tenido éxito en identificar los procesos patológicos y menos en tratarlos independientemente del contenido. Por ejemplo la automaticidad del pensamiento, la atención selectiva, las autorreferencias, etc. son fenómenos que se hallan indistintamente en las personas sanas y en las que padecen algún tipo de psicopatología diagnosticada. Si operaciones cognitivas como la sobregeneralización, la rigidez constructiva o la utilización de esquemas fuesen mecanismos patológicos, entonces habría que diagnosticar como tales a muchas personas que pasan por sanas y cuerdas. Estas características hacen difícil el cambio, pero no constituyen la patología. También el terapeuta presenta pensamientos automáticos, reconoce Beck (cfr. Weishaar & Beck, 1987) y en la discusión puede llegar a mostrarse autocentrado, rígido, dogmático y en muchas ocasiones irracional. La intensidad con que tales estrategias cognitivas se manifiestan en un depresivo, en un fóbico o en un obsesivo, no es más que producto de las circunstancias estresantes en que se halla.

Estamos convencidos de que una secuela colateral deseable de cualquier tipo de terapia debería ser el acrecentamiento de la complejidad cognitiva, el aumento de autoconciencia e incluso el descubrimiento de las reglas de transformación (metaconciencia) cognitiva, fenómenos que aunque no tuvieran una incidencia terapéutica inmediata, ayudarían en muchos casos, aunque no siempre, a manejar las situaciones generadoras de estrés, ansiedad o, simplemente, a enfrentar los problemas de la vida.

Sin embargo, éste no suele constituir el objetivo explícito de las terapias cognitivas, a no ser que tengan un planteamiento claramente epistemológico (Joyce-Moniz, 1985). Por lo general todas las terapias cognitivas se orientan, como hemos tenido ocasión de comentar reiteradamente, hacia el contenido. Por ello son preferentemente modelos racionales o pedagógicos de intervención, dado que intentan modificar los pensamientos, cambiar las ideas erróneas o enseñar

habilidades compensatorias. Admitiendo diferencias de estilo más o menos directivas o colaborativas, se encuadran todas ellas, desde el punto de vista de la interacción social, en un modelo de tipo médico-instructivo. No es extraño, pues, que Frank las pueda considerar desde la perspectiva del paradigma de “la influencia social”. El psicoterapeuta es quien puede discriminar las ideas erróneas y las creencias irracionales, de las que no lo son. Se trata de un modelo de intervención en que un paciente consulta a un experto.

Es cierto que en muchas ocasiones basta una información para resolver una problemática, pero ésta es una labor caritativa que ya está contemplada en las obras de misericordia. Enseñar al que no sabe, desde el punto de vista profesional, no es una tarea exclusiva del psicoterapeuta, aunque nada impide que él la pueda llevar a cabo, puesto que la puede compartir con el maestro, el pedagogo, el sexólogo, el abogado o el asistente social, etc. Desarrollar las estrategias cognitivas, mejorar los procesos de atención y memorización, aprender a argumentar eficazmente son todas tareas pedagógicas, que pueden trabajarse en el marco del contexto psicoterapéutico, pero que tampoco son exclusivas de él.

La labor psicoterapéutica, sin duda, integra todos estos niveles de intervención, pero no consiste específicamente en ellos. Ya hemos expuesto en el análisis que hemos hecho de las implicaciones del modelo de procesamiento de la información para la práctica de la psicoterapia, cuál es a nuestro juicio el nivel de intervención específicamente psicoterapéutica. No vamos a repetir aquí cuanto hemos dicho más arriba. Sólo queremos recordar que para que este nivel integre a todos los demás debe situarse en un ámbito superior, lo que equivale a decir que entendemos la intervención psicoterapéutica como un trabajo fundamentalmente hermenéutico.

Ahora bien, con frecuencia el psicólogo que trabaja en el campo de la psicoterapia se ve solicitado a responder a problemáticas que se mueven en un nivel de planteamiento más básico y no tiene por qué oponerse a su tratamiento, aunque no pueda desarrollar una tarea tan integradora, posiblemente porque no le interese ni al mismo paciente, que tiende a evitar profundizar en su autoconocimiento, a no ser que se demuestre que ello es absolutamente necesario o lo busque expresamente (Guidano, 1990). Por otra parte, la psicoterapia es una labor compleja que integra todos los niveles de organización de la persona humana y, aunque su razón última de ser esté situada en aquella zona que es exclusiva del psicoterapeuta, no hay que olvidar que la reestructuración o el cambio personal no se produce si éste no repercute en todos los niveles de procesamiento, desde los simbólicos a los orgánicos, operativos y conductuales.

Una terapia exitosa, pues, debe implicar un cambio en el ámbito de la auto-comprensión, a la vez que posibilitar las actuaciones coherentes con este cambio, si es necesario a través del desarrollo de estrategias cognitivas específicas y del aprendizaje de habilidades de enfrentamiento. En un modelo procesual de intervención psicoterapéutica las tareas propiamente discriminativas pertenecen a la



etapa inicial de exploración, mientras que el aprendizaje de estrategias pertenece al estadio final de resolución. La labor propiamente hermenéutica estaría reservada a la etapa central, llamada de comprensión. Por el momento, baste decir, como comentario final, que las llamadas terapias cognitivas parecen haberse centrado particularmente en la primera y en la última, a saber, en el análisis de los contenidos (discriminación, reformulación, etc.) o en el desarrollo de habilidades y estrategias, tanto cognitivas, como sociales y de actuación, y que sus hallazgos pueden ser de gran utilidad si se saben integrar.

---

*El cambio cognitivo constituye una meta para la totalidad de las terapias cognitivas. No queda claro, sin embargo, si éste afecta solamente a los contenidos o también a los procesos. La mayoría de las terapias cognitivas centran su atención en la modificación de los contenidos (creencias irracionales), dado que tales terapias no se han originado de las teorías del procesamiento de la información, sino que derivan de la modificación de conducta o del psicoanálisis. El artículo examina estas circunstancias y propone una revisión del concepto de cambio cognitivo en base al modelo general del procesamiento de la información y del análisis de los diversos estadios de desarrollo epistemológico.*

## Referencias Bibliográficas

- ANTAKI, C. & BREWIN, C.R. (1982). *Attributions and psychological change: Applications of attributional theories to clinical and educational practice*. London: Academic Press.
- ARNOLD, M.B. (1960). *Emotion and personality*. New York: Columbia University Press.
- BANDURA, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- BANDURA, A. (1977b) *Social learning theory*. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.
- BARBER, J.P. & DeRUBEIS, R.J. (1989). On second thought: where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 441-457.
- BECK, A.T. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 8, 324-333.
- BECK, A.T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia, P.A.: University of Pennsylvania Press.
- BECK, A.T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- BECK, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- BECK, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression. New perspectives. In P.J. Clayton & J.E. Barrett (eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*. New York: Raven Press.
- BECK, A.T. (1985). Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis and pharmacotherapy. A cognitive continuum. In Mahoney, M.J. & Freeman, A. (Eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum.
- BECK, A.T. & GREENBERG, R.L. (1984). Cognitive therapy in the treatment of depression. In N. Hoffman (ed.), *Foundations of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- BECK, A.T. & MAHONEY, M.J. (1979). Schools of thought. *American Psychologist*, 34, 93-98.
- BECK, A.T. & EMERY, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- BECK, A.T., RUSH, A.J. SHAW, B.F. & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Wiley.
- BECK, A.T. & YOUNG, J.E. (1984). Cognitive therapy of depression. In D. Barlow (ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. New York: Guilford Press.

- BEDROSIAN, R.C. & BECK, A.T. (1980). Principles of cognitive therapy. In M.J. Mahoney (ed.), *Psychotherapy process*. New York: Plenum Press.
- BIEBER, I. (1980). *Cognitive psychoanalysis*. New York: Aronson.
- BEIDEL, D.C. & TURNER, S.M. (1986). A critique of the theoretical bases of cognitive-behavioral theories and therapy. *Clinical Psychology Review*, 6, 177-197.
- BLACKBURN, I.N. & BISHOP, S. (1983). Changes in cognition with pharmacotherapy and cognitive therapy. *British Journal of Psychiatry*, 143, 609-617.
- BOWLBY, J. (1969). Attachment and loss (Vol. 1). *Attachment*. New York: Basic Books.
- BREWIN, C.R. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review*, 3, 379-394
- BURKE, K. (1969). *A rhetoric of motives*. Berkeley: University of California Press.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1988). Tipología de los discursos y su utilización en psico(pato)logía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25, 181-195.
- CAUTELA, J.R. (1970). Covert reinforcement. *Behavior Therapy*, 1, 33-50.
- COLOM, R. & ESPINOSA, M.J. (1990). Las representaciones mentales: ¿el lenguaje del pensamiento, los lenguajes del pensamiento o los "lenguajes de los pensamientos"? *Anuario de Psicología*, 45, 7-21.
- DOBSON, K.S. (1988b). The present and the future of the cognitive-behavioral therapies. In K.S. DOBSON (Ed.) *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Press.
- DRYDEN, W. & ELLIS, A. (1987). Rational-emotive therapy (RET). In W. Dryden & W.L. Golden (eds.), *Cognitive behavioral approaches to psychotherapy*. Cambridge: Hemisphere P.C.
- DRYDEN, W. & GOLDEN, W. (1987). *Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy*. London: Harper and Row.
- D'ZURILLA, T.J. & GOLDFRIED, M.R. (1971) Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- EDERLYI, M.H. (1985). *Psychoanalysis: Freud's Cognitive Psychology*. New York: Freeman.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart
- ELLIS, A. (1971). *Growth through reason*. North Hollywood, CA: Wilshire.
- ELLIS, A. (1979). The theory of rational emotive therapy. In A. Ellis & J. Whiteley (eds.). *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterrey, CA: Brooks/Cole.
- ELLIS, A. (1980). Rational-emotive therapy and cognitive-behavior therapy: Similarities and differences. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 325-340.
- EPSTEIN, N. (1983). Cognitive therapy with couples. In A. Freeman (ed.), *Cognitive therapy with couples and groups*. New York: Plenum
- EYSENCK, H.J. (1987). Behavior therapy and neurosis. In H.J. Eysenck & I. Martin (Eds.), *Theoretical foundations of behavior therapy*. New York: Plenum.
- FEIXAS, G. (1990). Las terapias cognitivas: Introducción histórica y perspectivas actuales. *Revista de Psicoterapia*, 2/3,
- FODOR, J. (1980). *Representations*. Vermont: Bradford Books.
- FODOR, J. & PYLYSHYN, Z. (1988). Connectionism and cognitive architecture: A critical analysis. *Cognition*, 28, 3-71.
- FRANK, J. D. (1973). *Persuasion and healing*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- FRANK, J.D. (1980). Aristotle as psychotherapist. In M.J. Mahoney (ed.), *Psychotherapy process*. New York: Plenum Press.
- FRANK, J.D. (1987). Psychotherapy, rhetoric and hermeneutics implications for practice and research. *Psychotherapy*, 3, 293-302.
- FRANKL, V.E. (1984). *Man's search for meaning. An introduction to logotherapy*. New York: Pocket Books.
- GARDFIELD, S.L. (1980). *Psychotherapy: an eclectic approach*. New York: Wiley.
- GILL, M.M. (1984). Psychoanalytic, psychodynamic, cognitive behavior, and behavior therapies compared. In H. Arkowitz & S.B. Messer (eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: is integration possible?* New York: Plenum Press.
- GLASER, S.R. (1980). Rethoric and psychotherapy. In M.J. Mahoney (ed.), *Psychotherapy process*. New York: Plenum Press.
- GOLDFRIED, M.R. (1979). Anxiety-reduction through cognitive-behavioral intervention. In P.C. Kendall, S.D. Hollon (eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures*. New York: Academic Press.
- GOLDFRIED, M.R. (1980). Psychotherapy as coping skills training. In M.J. Mahoney (ed.), *Psychotherapy process*. New York: Plenum.
- GOLDFRIED, M.R. (1982). Cognition and experience. In M.R. Goldfried (ed.), *Converging themes in psychotherapy*. New York, Springer.

- GUIDANO, V. F. (1986). The self as mediator of cognitive change in psychotherapy. In L.M. Hartamn & K.R. Blankstein (Eds.), *Perception of self in emotional disorder and psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- GUIDANO, V.F. (1990). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V.F. & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Pergamon.
- HAVENS, L.L. (1974). The existential use of the self. *American Journal of Psychiatry*, 111, 826-831.
- HOFFMAN, N. (1984). Cognitive therapy: Introduction to the subject. In N. Hoffman (ed.), *Foundations of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- IBAÑEZ, E. (1988). Prólogo a la edición española. En M. J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- IBERG, J.R. (1990). Ms. C's focusing and cognitive functions. In Lietaer, G., Rombauts, J. & Van Balen, R. (eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- INGRAM, R.E. (1984). Toward an information-processing analysis of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 443-478.
- INGRAM, R. (Ed.) (1986). *Information processing approaches to clinical psychology*. Orlando, FL: Academic.
- INGRAM, R.E. & HOLLON, S.D. (1986). Cognitive therapy of depression from an information processing perspective. In R.E. Ingram (ed.), *Information processing approaches to clinical psychology*. New York: Academic Press.
- INGRAM, R.E., SMITH, T.W. & BREHM, S.S. (1983). Depression and information processing: self-schemata and the encoding of self-referent information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 412-420.
- IVEY, A.E. (1986). *Developmental therapy*. San Francisco, Jossey-Bass.
- JOHNSTON, W.A. & DARK, V.J. (1986). Selective attention. *Annual Review of Psychology*, 37, 43-76.
- JOYCE-MONIZ, L. (1985). Epistemological therapy and constructivism. In M.J. Mahoney & A. Freeman (eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- KELLY, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs. (Vols. 1 & 2)*. New York: Norton.
- KENDALL, P.C. & HOLLON, S.D. (1979). Cognitive-behavioral interventions: Overview and current status. In P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures*. Orlando, FL: Academic Press.
- KÖNIG, F. (1984). Problem solving and cognitive therapy. In N. Hoffman (ed.), *Foundations of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- KOUKKOU, M. (1988). A psychophysiological information-processing model of cognitive dysfunction and cognitive treatment in depression. In C. Perris, I.M. Blackburn & H. Perris (eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and practice*. Berlin, Springer-Verlag.
- LANDFIELD, A.W. (1980). A theory to be elaborated. In M.J. Mahoney (ed.), *Psychotherapy process*. New York: Plenum Press.
- LARSON, D. (1984). *Teaching psychological skills: Models for giving psychology away*. Monterey, California: Brooks/Cole.
- LAZARUS, R.S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 124-129.
- LAZARUS, R.S., AVERILL, J.R. & OPTON, E.M. (1970). Towards a cognitive theory of emotion. In M. Arnold (ed.), *Feelings and emotions*. New York: Academic Press.
- LIOTTI, G. (1987). The resistance to change of cognitive structures: a counterproposal to psychoanalytic metapsychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 87-104.
- LURIA, A. (1961). *The role of the speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. New York: Liveright.
- MAHONEY, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger.
- MAHONEY, M.J. (1980). Psychotherapy and the structure of personal revolutions. In M.J. Mahoney (ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. New York: Plenum Press.
- MAHONEY, M. J. (1982). Psychotherapy and human change processes. In J.H. Harvey & M.M. Parks (eds.), *The master lecture series: Vol. 1, Psychotherapy research and behavior change*. Washington, DC American Psychological Association
- MAHONEY, M.J. & GABRIEL T.J. (1987). Psychotherapy and the cognitive sciences: An evolving alliance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*: 1, 39-59.
- MARSHALL, E. KURTZ, P. & Associates. (1982). *Interpersonal helping skills: A guide to training methods, programs, and resources*. San Francisco: Jossey-Bass.
- MATURANA, H. & VARELA, F. (1987). *The tree of knowledge: The biological roots of understanding*. Boston, MA: New Science Library.
- MEICHENBAUM, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum.

- MISCHEL, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283.
- NASBY, W. & KIHLSSTROM, J.F. (1986). Cognitive assessment of personality and psychopathology. In R.E. Ingram (ed.), *Information processing approaches to clinical psychology*. New York: Academic Press.
- NEIMEYER, R.A. (1987). Personal construct therapy. In W. Dryden & W.L. Golden (eds.), *Cognitive behavioral approaches to psychotherapy*. Cambridge: Hemisphere P.C.
- NEISSER, U. (1976). *Cognition and reality: principles and implications of cognitive psychology*. San Francisco: Freeman.
- NEISSER, U. (1980). Three cognitive psychologies and their implications. In M.J. Mahoney (ed.), *Psychotherapy process*. New York: Plenum Press.
- OTTO, J. (1984). The problem of attribution and cognitive therapy. In N. Hoffman (ed.), *Foundations of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- PERRIS, C. (1988). The foundations of cognitive psychotherapy and its standing in relation to other psychotherapies. In C. Perris, I.M. Blackburn & H. Perris (eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and practice*. Berlin: Springer-Verlag.
- PLUTCHIK, R. (1980). *Emotion: A psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper and Row.
- ROGERS, C.R. (1956). Intellectualized psychotherapy: the psychology of personal constructs. *Contemporary Psychology*, 1, 357-358.
- ROTH, A. & KOSSLYN, S.M. (1988). Construction of the third dimension in mental imagery. *Cognitive Psychology*, 20, 344-361.
- ROTTER, J.B., CHANCE, J.F. & PHARES, E.J. (1972). *Applications of social learning theory of personality*. New York: Holt Rineheart & Winston Inc.
- RUDY, T.E. & MERLUZZI T.V. (1984). *Recovering social cognitive schemata: task effects and level of social skill*. Unpublished manuscript. University of Notre Dame, IN.
- RUIZ-VARGAS, J.M. (1987). *Esquizofrenia: un enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza.
- RYLE, A. (1982). *Psychotherapy: a cognitive integration of theory and practice*. London: Academic Press.
- RYLE, A. (1984). How can we compare psychotherapies? Why are they all effective?. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 261-264.
- SAFRAN, J. (1981). Assessing the cognitive interpersonal cycle. *Cognitive Therapy Research*, 8, 333-347.
- SARASON, I.G. (1982). Three lacunae of cognitive therapy. In S.L. Goldfried (ed.), *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in Psychodynamic, Humanistic and Behavioral Practice*. New York: Wiley.
- SASSAROLI S. & LORENZINI, R. (1990). Apego y exploración en la patogénesis de las fobias. *Revista de Psicoterapia* 2/3,
- SEMNER, N. & FRESE, M. (1984). Implications of action theory for cognitive therapy. In N. Hoffman (ed.), *Foundations of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- SKINNER, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: MacMillan.
- SPIVACK, G., PLATT, J. & SHURE, M. (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- TEASDALE, J.D. (1985). Psychological treatments for depression: How do they work?. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 157-165.
- TOUKMANIAN, S.G. (1990). A schema-based information processing perspective on client change in experiential psychotherapy. In G. Lietaer, J. Roumbauts & R. Van Balen (eds.) *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- TOUS, J.M. (1989). Antecedentes, naturaleza y desarrollo de la terapia cognitivo-social. *Boletín de Psicología*, 23, 17-47.
- VEGA, M. (1984). *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid: Alianza.
- VILLEGAS, M. (1981). *La Psicoterapia Existencial*. Tesis doctoral no publicada. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- VILLEGAS, M. (1989). La empatía condición necesaria. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 27/28, 65-73.
- VILLEGAS, M. (1990). Sincretismo, eclecticismo e integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 1, 5-25.
- VILLEGAS, M. & FEIXAS, G. (1989). Un marco conceptual para la psicología de los constructos personales. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 26, 5-17.
- VYGOTSKY, L.S. (1962). *Thought and language*. Cambridge: M.I.T. Press.
- WACHTEL, P.L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: toward an integration*. New York: Basic Books.

- WACHTEL, P.L. (1987). *Action and Insight*. New York: Guildford Press
- WEGMAN, C. (1985). *Psychoanalysis and cognitive psychology*. Orlando: Academic Press.
- WEISHAAR, M.E. & BECK, A.T. (1987). Cognitive therapy. In W. Dryden & W.L. Golden. (eds.), *Cognitive behavioural approaches to psychotherapy*. Cambridge: Hemisphere P.C.
- WESLER, R.L. (1987). Conceptualizing cognitions in the cognitive-behavioural therapies. In W. Dryden & W.L. Golden (eds.), *Cognitive behavioural approaches to psychotherapy*. Cambridge: Hemisphere P.C.
- WOLPE, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon.
- ZIMMERMAN, B.J. (1981). Social learning theory and cognitive constructivism. In I.E. Siegel, D.M. Brodzinsky & R.M. Golinkoff (eds.), *New directions in piagetian theory and practice*. Hillsdale: N.J. LEA.
- ZIMRING, F. (1990) Cognitive processes as a cause of psychotherapeutic change: Self-initiated processes. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven: Universitaire Pers Leuven.



