

LAS TERAPIAS COGNITIVAS: INTRODUCCION HISTORICA Y PERSPECTIVAS ACTUALES

Guillem Feixas i Viaplana
Universitat de Barcelona

This paper analyzes the development of cognitive therapies to provide an idea of the state of the art, reflecting its extant different trends. Cognitive therapies that are not the result of the efforts of a single creator but of several independent thinkers (Beck, Ellis, Kelly) along with the "cognitive-behavioral" trend. In the eighties, the development of a constructivist perspective (Guidano, Liotti, Mahoney, Neimeyer) within the cognitive realm suggest the idea of "a revolution within the revolution." In describing the present situation we follow the distinction proposed by Mahoney & Gabriel (1987) between rationalist and constructivist perspectives. This bears important implications for conceptualizing the client's problem and providing therapy. Further distinctions are suggest to propose a taxonomy for the cognitive therapies. Within the rationalist perspective we can distinguish between skills training (self-control, problem solving, coping) and cognitive restructuring. Among the constructivist therapies we distinguish evolutive approaches (structural, human change processes, piagetian) from the classical personal construct therapy. Although such a diversity provides a rich heritage, it also presents some problems regarding the identity and internal coherence of cognitive therapies. The need for a theoretical foundation based on cognitive psychology is especially highlighted.

Las terapias cognitivas son uno de los desarrollos más interesantes surgidos en el campo de la psicoterapia en los últimos veinticinco años. Su impacto tanto en las publicaciones científicas como en la práctica de muchos psicoterapeutas es notable. En una encuesta realizada entre psicólogos americanos del área clínica y de asesoramiento, Smith (1982) encontró que el 12,1% de los encuestados se consideraba cognitivo, frente al 14,7% de psicodinámicos, 12,6% de humanistas, 6,8% de conductistas, y el 41,2% de eclécticos. Es decir, que casi el 21% de los profesionales no considerados eclécticos se autodenominaron cognitivos. Bajo este rótulo se agrupan un buen número de terapias que se centran en la evaluación y consiguiente cambio de las cogniciones del sujeto como forma principal de proceder para conseguir el cambio psicológico.

Aunque muchos son los enfoques terapéuticos que han aparecido en los últimos años, las terapias cognitivas han adquirido en poco tiempo un protagonis-

mo muy destacable en el contexto de las psicoterapias. Varios son los factores que han contribuido a este auge espectacular, derivados en gran parte de las condiciones históricas en que se desarrollaron. Las terapias cognitivas no sólo surgieron de pensadores independientes de gran calibre (Beck, Ellis, Kelly) sino que convergieron con una particular orientación de la terapia conductual, el enfoque denominado cognitivo-conductual. De hecho, en la actualidad se siguen utilizando simultáneamente ambas denominaciones para algunas terapias. Por otro lado, el auge paralelo del paradigma cognitivo en psicología ha creado un clima socio-científico favorable a estos enfoques. Otro factor importante, además de los socio-históricos, es el notable nivel de sistematización que normalmente presentan estas terapias. Por lo general cada terapia cuenta con una obra básica (p.e., Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) que constituye un manual donde se indican con precisión, además de las bases conceptuales, los pasos específicos a realizar por el terapeuta con clientes de una patología concreta. Finalmente, cabe destacar el interés por la investigación y la verificación empírica de estas terapias. Tal vocación investigadora se refleja en el gran número de estudios empíricos realizados comparable, a pesar de su juventud, al de enfoques terapéuticos ya clásicos (conductismo y psicoanálisis) y muy por encima de otros enfoques anteriores (p.e., terapias humanistas).

El objeto de este artículo es presentar los factores que han influido en el surgimiento de las terapias cognitivas, además de realizar una presentación panorámica de algunos de sus aspectos más relevantes, teniendo en cuenta sus desarrollos más recientes así como la pluralidad existente.

CONTEXTUALIZACION HISTORICA

Antecedentes históricos

“No son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de esas cosas” (Epicteto en *“Encheiridion”*, s. I d. C.)

En efecto, los estoicos (desde Cicerón hasta Marco Aurelio) al destacar el lado subjetivo de la realidad y el papel del pensamiento en las “pasiones”, captaron algunos de los supuestos que resultan básicos para las terapias cognitivas. Más tarde tanto Hume como Spinoza señalaron la primacía del pensamiento sobre las emociones. Kant sostuvo que lo característico de los trastornos mentales es la pérdida del sentido común y el desarrollo de un “sentido privado”. También podemos encontrar otros antecedentes filosóficos de las terapias cognitivas en Vico, Vaihinger, y según como a la concepción fenomenológico-existencial. El valor como antecedente de estos filósofos depende en parte del tipo de terapias cognitivas a que nos refiramos, tal como se desarrolla más adelante.

Entre los antecedentes psicológicos cabe destacar los siguientes factores:

1) **La aparición del conductismo mediacional o covariante.** En términos generales el enfoque cognitivo constituye una especificación del modelo S-O-R de Woodworth (1929), en la que la “O” del organismo es interpretado en términos

cognitivos, pero cuenta sobre todo con los desarrollos de Homme, Osgood y Tolman (ver Tous, 1989). El conductismo covariante de Homme (1965) propuso que los contenidos mentales o sucesos privados deben ser considerados conductas encubiertas que siguen los mismos principios del aprendizaje que operan en la conducta manifiesta. Así propone Homme (1965), un mismo estímulo puede provocar dos respuestas distintas una encubierta y otra patente que covarían la una con la otra, de forma que también los contenidos mentales tienen una relación de contingencia con los estímulos y las conductas. La conducta anormal, según Homme, se da cuando la conducta y el pensamiento no cumplen una misma y única función adaptativa. Muchos autores coinciden en considerar también al aprendizaje social de Rotter (1954) como un predecesor de las terapias cognitivas.

2) El descontento existente con los tratamientos tanto conductuales como psicoanalíticos. La efectividad de los primeros se veía limitada generalmente a aquellos trastornos con notables correlatos conductuales. La dificultad de contrastación de los supuestos psicoanalíticos se añade a la larga duración y pobre evidencia sobre la eficiencia de las terapias psicodinámicas.

3) La emergencia de la psicología cognitiva como paradigma, y el progresivo desarrollo de modelos clínicos sobre el procesamiento de la información (ver Ingram, 1986). Sin embargo, tanto Tous (1989) como Ibáñez (1988) coinciden con la afirmación de Ingram (1986) sobre la falta de fundamentación real de las terapias cognitivas en la psicología cognitiva (hecho que por otra parte reconocen también Beck et al, 1979). Así es que las terapias cognitivas no se pueden considerar como un desarrollo tecnológico de la psicología cognitiva sino que sólo podemos hablar de una influencia convergente en la formación de un nuevo "zeitgeist" que otorga un papel central a la cognición.

Desarrollo histórico

Las terapias cognitivas han nacido de la mano de diversos autores pioneros que, a pesar de sus diferencias, han coincidido en su enfoque sobre el papel de los procesos mentales. Se pueden distinguir así los tres principales orígenes de las terapias cognitivas:

1) Aunque Raimy (1975) señala a DuBois (1909) como predecesor de las terapias cognitivas, fue Kelly (1955) el primero en presentar una teoría de la personalidad, y un enfoque de la clínica y de la terapia que se puede considerar cognitivo. Según su postulado principal la anticipación es la principal responsable de los procesos psicológicos del individuo. Su teoría se basa en la sistematización de las estructuras de significado del individuo, y su práctica clínica en la comprensión de tales estructuras en los propios términos del sujeto. El cambio psicológico resulta de la adopción de una construcción alternativa que aporta un nuevo sentido al self y al mundo. A pesar de precederlas en el tiempo, su influencia ha sido escasamente reconocida en la emergencia del resto de terapias cognitivas. Sin embargo, en la última década se considera a la terapia de los constructos persona-

les como uno de los enfoques más originales y característicos de la reciente orientación cognitivo-constructivista (Mahoney, 1988a). Así es que este enfoque se halla en la curiosa situación de ser la terapia cognitiva más antigua y una de las que presenta más retos en la actualidad.

2) Tanto Albert Ellis (1962) como Aaron T. Beck (1967) fueron destacados fundadores, y aún pueden considerarse los principales representantes, de las terapias cognitivas. Ambos se formaron y practicaron con el psicoanálisis pero su trayectoria los llevo a rechazar tanto sus conceptos como la terapia por falta de evidencia empírica y eficacia, respectivamente. Ellis (1962) reemplazó la escucha pasiva con una actitud activa y directiva con la que dialogó con sus clientes acerca de las filosofías en las que se inspiraban. Su enfoque se basa en la creencia de que la persona puede substituir conscientemente los pensamientos irracionales por otros más razonables.

Beck (ver Prólogo de Beck et al, 1979) por su parte, sumó a su insatisfacción por la terapia psicoanalítica, sus hallazgos empíricos discrepantes con las postulados freudianos. En sus investigaciones con los sueños de sus pacientes depresivos no encontró las temáticas esperables desde la teoría psicoanalítica (p.e., agresividad hacia el yo) sino que en ellos los pacientes se veían persistentemente como personas derrotadas, frustradas, desvaloradas, anormales o feas. Es decir, se trataba de situaciones en las que estos pacientes aparecían casi invariablemente como víctimas. El enfoque que desarrolló Beck supone que el depresivo tiene pensamientos negativos acerca de sí mismo, el mundo y el futuro. Estos pensamientos pueden ser identificados y modificados con la obtención de evidencia que cuestione su validez.

3) Varios líderes en la terapia de conducta desarrollaron sus modelos terapéuticos hasta hacerlos también cognitivos. Esto ha dado lugar a que se hable a menudo de terapias "cognitivo-conductuales" casi en la mayoría de las obras sobre este tema previas a 1985. Si bien es cierto que el empuje proporcionado por estos líderes conductistas ha sido determinante para las terapias cognitivas, la anterior denominación híbrida no parece apropiada dado el actual panorama.

Mahoney y Arnkoff (1978) señalan a Bandura (p.e., 1969) como el iniciador de la tendencia cognitiva dentro del enfoque conductual. Su aportación propició:

a) La aceptación de un determinismo recíproco entre el organismo y su entorno, dejando ya de lado el determinismo ambiental de los conductistas clásicos;

b) La postulación de procesos básicos de cambio conductual que implican mecanismos centrales de tipo cognitivo-simbólico.

Posteriormente Bandura (1977) afirmó la importancia de la expectativa de refuerzo, un concepto claramente cognitivo, para el control de la conducta. Por otro lado, tanto Mahoney (1974) como Meichenbaum (1969) otorgaron un papel determinante al auto-control (en contraposición al control ambiental externo). Meichenbaum se vio influido por los psicólogos soviéticos (especialmente

Vygotsky) que pusieron de manifiesto el papel auto-regulador del lenguaje. También Lazarus (1971), que había trabajado en el paradigma wolpiano de la desensibilización sistemática, empezó a postular la importancia de los componentes cognitivos e imaginativos en esta forma de tratamiento.

Así fue como en los años setenta las terapias cognitivas conocieron un auge importante al confluír el trabajo de autores independientes (Beck, Ellis, Kelly) con el enfoque cognitivo-conductual. En la década de los ochenta la contribución de autores como Guidano y Liotti, y el giro conceptual adoptado por Mahoney sugieren un nuevo panorama en el que toma un papel relevante la orientación constructivista de estas nuevas terapias cognitivas.

CARACTERISTICAS GENERALES

Aspectos comunes de las terapias cognitivas

Las terapias cognitivas constituyen un enfoque terapéutico que opera mediante la alteración de las cogniciones o procesos cognitivos del cliente. Parten del principio básico común de que “los contenidos mentales que produce el ser humano influyen en su conducta” (Tous, 1989, p. 17) y estado emocional. Este enfoque atribuye una papel central a las cogniciones como mediadores en la generación de conductas y emociones. El término “cognición” se utiliza aquí en un sentido amplio que incluye ideas, significados, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones, etc.

Los postulados de lo que Mahoney (1977) denomina paradigma de aprendizaje cognitivo pueden servir para ilustrar los supuestos básicos de las terapias cognitivas:

- 1) El organismo humano responde principalmente a representaciones cognitivas de su entorno más que al ambiente en sí.
- 2) Estas representaciones cognitivas se relacionan funcionalmente con los procesos y parámetros del aprendizaje.
- 3) La mayor parte del aprendizaje humano es mediado por cogniciones.
- 4) Los pensamientos, emociones y conductas son causalmente interactivos.

Por otra parte, Dobson y Block (1988) postulan tres puntos comunes básicos de las terapias cognitivo-conductuales: (1) La actividad cognitiva afecta la conducta, (2) La actividad cognitiva puede ser controlada y alterada, y (3) El cambio conductual puede obtenerse mediante el cambio cognitivo. Sin embargo, sugieren que los supuestos en los que se basan las terapias cognitivas no están plenamente probados. Aunque existe considerable evidencia de que la interpretación cognitiva de un acontecimiento puede afectar la respuesta del sujeto, este enfoque implica unos supuestos implícitos de difícil verificación. Por ejemplo, es cuestionable suponer que podemos tener acceso a la actividad cognitiva, puesto que nuestro conocimiento de las cogniciones (o evaluación cognitiva) se basa principalmente en los autoinformes del sujeto (ver Merluzzi, Glass & Genest, 1981). Por otro lado puede resultar aventurado suponer que el cambio de conducta puede producirse

mediante el cambio cognitivo. Aunque Bandura (1977) ha puesto de manifiesto que la capacidad percibida por el sujeto fóbico predice su conducta frente a un objeto temido, "es aún extraordinariamente difícil demostrar que los cambios cognitivos medien los conductuales" (Dobson y Block, 1988, p. 6).

Pero más allá de esta crítica por la falta de evidencia empírica, Gonçalves (1989) comenta que estas comunalidades son tan amplias que podrían incluir casi todos los enfoques terapéuticos, perdiendo así toda capacidad discriminativa. De este modo, Mahoney y Freeman (1985) incluyen en su compendio enfoques como los de Frankl, Sullivan, Horney, Adler y otros enfoques psicodinámicos, que anteriormente nunca se habían considerado cognitivos. Por otro lado, Mahoney y Lyddon (1988) llegan a enumerar hasta 20 terapias cognitivas distintas, algunas de las cuales sólo cuentan con una publicación.

Aun atendiendo a las características de la práctica de la terapia cognitiva (intervención activa del terapeuta, centramiento en el problema, tiempo limitado, procedimientos sistematizados mediante manuales, etc.), la falta de unas características definitorias más precisas señala el déficit conceptual y en definitiva una crisis de identidad de las terapias cognitivas. Tal crisis se ve agravada por las distintas clasificaciones y tipologías existentes que denotan una falta de acuerdo general no sólo al nivel conceptual (se habla al mismo tiempo de creencias, cogniciones, pensamientos automáticos, etc. sin una definición precisa) sino en la forma como organizar las diferentes versiones o tipos de terapias cognitivas.

Tipos de terapias cognitivas

Una de las primeras clasificaciones la realizaron Mahoney y Arnkoff (1978) subdividiendo las terapias de aprendizaje cognitivo en tres tipos: (1) reestructuración cognitiva, (2) habilidades de afrontamiento, y (3) resolución de problemas. Este esquema les parece aún válido diez años más tarde a Dobson y Block (1988) para incorporar algunos desarrollos posteriores. Sin embargo, existen varios enfoques que difícilmente se ajustan a esta clasificación, como por ejemplo el de Guidano y Liotti (1983) o el de Mahoney (1988b, 1990). Es por ello que la clasificación general que realizan Mahoney y Gabriel (1987) entre terapias cognitivas racionalistas y constructivistas, al estar basada en los supuestos epistemológicos diferenciales, nos parece oportuna para organizar el panorama actual de las terapias cognitivas.

Después de revisar las aportaciones de las teorías motoras de la mente, de la epistemología evolucionista, de los procesos auto-organizativos y del constructivismo (ver Feixas y Villegas, 1990) y contrastarlos con los presupuestos racionalistas tradicionales, Mahoney y Gabriel (1987) proponen distinguir entre las terapias cognitivas que adoptan supuestos epistemológicos racionalistas/objetivistas y las epistemológicamente constructivistas. Entre las primeras se hallan las terapias cognitivas que parten de la supremacía causal de lo cognitivo sobre lo emocional y conductual, es decir, la supremacía de la razón sobre la sensación.

Tales enfoques asumen que existe una realidad independiente representada en el cerebro, siendo éste un “órgano cuya función primordial es registrar y retener ‘copias’ precisas de la realidad externa” (Mahoney y Gabriel, 1987, p. 45). Es congruente con este enfoque hablar de pensamientos “realistas” o “racionales” en contraste con aquellos que son “erróneos”, “distorsionados”, o “irracionales”. En cambio las terapias cognitivas basadas epistemológicamente en el constructivismo no reconocen la primacía de la cognición sobre la acción y la emoción, a la vez que desafían la posibilidad de adquirir un conocimiento verdadero de la realidad. Para la epistemología constructivista la realidad no se nos representa directamente sino a través de un proceso de construcción en el que el sujeto tiene una gran responsabilidad (ver Feixas y Villegas, 1990). Una comparación de las bases epistemológicas de ambos tipos de terapias cognitivas puede hallarse en la Tabla 1.

Se podría pensar que las diferencias entre terapias cognitivas racionalistas y constructivistas son sólo epistemológicas, pero Mahoney (1988a, c, 1990; Mahoney y Gabriel, 1987, Mahoney y Lyddon, 1988) argumenta que no es así. En tales escritos Mahoney desarrolla en profundidad las características diferenciales del enfoque constructivista tanto en la conceptualización de los problemas como en la práctica clínica. Una primera implicación teórica derivada de la epistemología, es la concepción del sistema nervioso. Para la tradición racionalista la función del sistema nervioso es proporcionar representaciones mentales fidedignas de la realidad, mientras que para el constructivista su función es la estructuración idiosincrásica (o construcción) de la experiencia de forma que se adapte al patrón evolutivo del sujeto. Así la noción de representación mental también adquiere un valor distinto para ambos enfoques. En el enfoque racionalista del procesamiento de información las representaciones cognitivas se corresponden con la realidad (salvo alteración patológica), y son codificadas y almacenadas en la memoria para servir la función de patrones o modelos mentales. Es decir, se concibe la cognición “desde fuera hacia adentro”, como estructuradora de la información sensorial (Weimer, 1977). La visión de las teorías motoras de la mente (Hayek, 1978; Powers, 1973; Weimer, 1977), adoptadas por el constructivismo, sugiere un enfoque distinto del conocimiento según el cual el sujeto proyecta sus estructuras tácitas y abstractas sobre el orden sensorial. Así la actividad motora se concibe a la vez como resultado y como control de la percepción, de forma que la acción va dirigida a modificar la percepción. Weimer (1977) llega a afirmar que “la mente es intrínsecamente un sistema motor” (p. 272). En este modelo adquieren gran valor dentro de la jerarquía mental las estructuras tácitas o procesos abstractos que Hayek (1978) denomina “supraconsciente”, sugiriendo así una primacía de lo abstracto en el orden mental. Una implicación de este enfoque del conocimiento es que se concibe la cognición de una forma más holista que en los modelos de procesamiento de información que reclaman la primacía de la cognición sobre el afecto y la conducta. El enfoque constructivista sugiere que (1) la distinción entre cognición, emoción y conducta proviene más bien de nuestro legado filosófico-

TABLA 1. *Cuadro comparativo entre dos posturas epistemológicas:
Constructivismo y Objetivismo*

<i>CONSTRUCTIVISMO</i>	<i>OBJETIVISMO</i>
<i>La naturaleza del conocimiento</i>	
Conocimiento como construcción de la experiencia.	Conocimiento como representación directa del mundo real
Conocimiento como intervención de nuevos marcos interpretativos.	Conocimiento como descubrimiento de la realidad factual
Conocimiento como proceso evolutivo, moldeado por la invalidación resultante de mecanismos selectivos (adaptación). Evoluciona mediante interpretaciones sucesivas más abarcadoras.	Conocimiento como proceso moldeado mediante aproximaciones sucesivas a una verdad absoluta. Progreso mediante la acumulación de datos
<i>Criterios para la validación del conocimiento</i>	
Validación mediante consistencia interna con las estructuras existentes de conocimiento y el consenso social entre observadores.	Validación proporcionada directamente por el mundo real mediante los sentidos
Validación mediante ajuste y viabilidad (precisión de las predicciones de acuerdo con el marco interpretativo en uso).	Validación mediante la correspondencia entre representación y realidad
Diversidad de significados posibles y de interpretaciones alternativas.	Un único significado válido, la Verdad (pp. interpretaciones alternativas).
<i>Características estructurales del conocimiento</i>	
Conocimiento como captación de diferencias.	Conocimiento como formación de conceptos (captación de cualidades inherentes a los objetos del mundo real)
Conocimiento estructurado en sistemas jerárquicos y auto-organizados.	Conocimiento consistente en la clasificación, categorización y acumulación
<i>Intercacción humana</i>	
Acoplamiento estructural o encaje mutuo de las estructuras de dos organismos.	Interacción instructiva o transmisión de información de un organismo a otro
<i>Seres vivos</i>	
Organismos proactivos, planificadores, y orientados hacia fines.	Organismos reactivos

cultural, (2) la distinción entre procesos sensoriales y motores es cuestionable, y (3) propone contemplar los fenómenos cognitivos, emocionales y conductuales como “expresiones de procesos holísticos y sistémicos” (Mahoney, 1988c, p. 374). Desde esta perspectiva las emociones, incluso las extremas, no son vistas sólo como algo trastornado a eliminar sino como formas primitivas y poderosas de conocimiento que indican estados importantes de transición de la estructura holística del self (Kelly, 1955; Mahoney, 1990).

Estas diferencias a nivel epistemológico y teórico entre los enfoques racionalistas y constructivistas se reflejan notablemente en la práctica clínica (Feixas y Villegas, 1990). Mahoney y Gabriel (1987) han esquematizado en la Tabla 2 las diferencias de ambos enfoques a un nivel terapéutico. En términos generales, podríamos decir que la perspectiva racionalista tiene un componente psicoeducativo importante, bien sea en el sentido de instruir al cliente en las habilidades para enfrentarse a su problema, o en el de corregir sus cogniciones distorsionadas. En cambio, la perspectiva constructivista concibe el problema como un exponente de un proceso de transición hacia la reconstrucción del sistema cognoscitivo del cliente, por lo que se propone acompañar de la forma más efectiva posible al cliente en tal reconstrucción. En otros términos se podría decir que los enfoques racionalistas tienden a propiciar en el cliente el auto-control, mientras que los constructivistas se centran en el desarrollo del sistema cognoscitivo de la persona, aunque para ello empleen puntualmente estrategias de auto-control. No obstante, las dos perspectivas no son tan distintas como pretenden, quizás por motivos didácticos, Mahoney y sus colaboradores. Sin duda los terapeutas de orientación racionalista no deben sentirse muy bien representados en el esquema de la Tabla 2, puesto que ellos en muchos casos procuran también proporcionar un contexto seguro y de apoyo desde donde estimular la exploración del cliente, por poner sólo un ejemplo.

Esta distinción entre terapias racionalistas y constructivistas nos parece una de las formas más coherentes de organizar la diversidad de terapias cognitivas. Aunque el origen de tal distinción es claramente epistemológico, conlleva implicaciones teóricas y prácticas substanciales. A la luz de esta clasificación general se pueden encuadrar otras categorías más específicas, tal como proponemos en la Tabla 3. En tal esquema clasificatorio, dentro de la perspectiva racionalista, hemos distinguido el entrenamiento de habilidades de la reestructuración cognitiva. Mientras que el primero sitúa la raíz de los problemas en el déficit de aprendizaje o habilidades cognitivas, el segundo sostiene que son las creencias o pensamientos erróneos los responsables de los trastornos. Asimismo, podemos distinguir entre el entrenamiento de habilidades de (1) auto-control (para ayudar a que el sujeto controle mejor su conducta mediante auto-observación, auto-evaluación más positiva y consiguiente refuerzo de las conductas deseadas), (2) resolución de problemas (para ayudar a que la persona se plantee adecuadamente sus problemas, genere un buen número de posibles soluciones alternativas, seleccione las más

TABLA 2. Cuadro comparativo entre las terapias cognitivas racionalistas y las constructivistas.

Asunto/Tema	Perspectiva Racionalista	Perspectiva Constructivista
Enfasis de la intervención	a. A-histórica b. Centrada en el problema c. Centrada en el control	a. Histórica b. Centrada en los procesos c. Centrada en el desarrollo
Conceptualización de los problemas	Los problemas son disfunciones, déficits o sus correlatos emocionales; deben ser controlados, eliminados o re-dirigidos.	Los problemas son discrepancias entre la tensión ambiental y las capacidades actuales; reflejan limitaciones en tales capacidades y no deben confundirse con procesos de orden más abstracto.
Conceptualización de las emociones	Las emociones, especialmente las intensas y negativas, <u>son</u> el problema; el pensamiento irracional es la causa.	Las emociones son formas de conocimiento primitivas y potentes: se debe fomentar la experiencia y la exploración afectiva.
Resistencia	La resistencia refleja falta de motivación, ambivalencia, o evitación. Es un impedimento para el cambio terapéutico y debe ser "vencida".	La resistencia refleja procesos de autoprotección que resguardan la integridad sistémica y protegen de un cambio "nuclear" súbito. Se debe trabajar <u>con</u> y no <u>contra</u> ella.
Insight	El insight de las creencias irracionales es necesario y (casi) suficiente para el cambio terapéutico.	El insight puede ayudar a transformar significados personales y facilitar el cambio, pero los aspectos emocionales y conductuales también son importantes.
Relación terapéutica	La relación terapéutica implica instrucción técnica y guía.	La relación terapéutica aporta un contexto seguro, intenso y de apoyo en el que el cliente puede explorar y desarrollar formas de relación con el mundo y con sí mismo.
Recaídas y regresiones	Las recaídas y regresiones reflejan fallos de continuidad y de generalización que deben evitarse y minimizarse.	Las recaídas y regresiones reflejan límites en las capacidades y/o ciclos de desarrollo psicológico; suponen importantes oportunidades de aprendizaje.

TABLA3. Propuesta de clasificación de las terapias cognitivas.

<p>Perspectiva Racionalista</p>	<p>Entrenamiento de habilidades</p>	<p>de auto-control (Kanfer, 1970; Thoresen y Mahoney, 1974; Rehm, 1977; Rehm y Rokke, 1988) de resolución de problemas (D'Zurilla, 1986; D'Zurilla y Goldfried, 1971; Spivack, Platt y Shure, 1976; Spivack y Shure, 1974) de enfrentamiento (Meichenbaum, 1977; 1985; Meichenbaum y Jaremko, 1983; Suinn y Richardson, 1971; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983)</p>
	<p>Reestructuración cognitiva</p>	<p>(Beck, 1976; Beck et al, 1979; Beck y Emery, 1985; Dryden, 1984; Ellis, 1962; Ellis y Grieger, 1977; Maultsby, 1984; Wessler y Wessler, 1980)</p>
<p>Perspectiva constructivista</p>	<p>Terapia de constructos personales</p>	<p>(Epting, 1984; Kelly, 1955; Neimeyer y Neimeyer, 1987; Procter y Feixas, en prep., Winter, 1990)</p>
	<p>Enfoques evolutivos</p>	<p>estructurales (Guidano, 1987; 1990; Guidano y Liotti, 1983; Reda, 1986) procesos de cambio (Mahoney, 1990) piagetianos (Ivey, 1986; Rosen, 1985; Weiner, 1975)</p>

adecuada y revise su decisión de forma sistemática), y (3) de enfrentamiento a la ansiedad, estrés, al dolor o a cualquier otro trastorno o dificultad (p.e., mediante la inoculación del estrés o el aprendizaje auto-instruccional). Como puede verse, hemos englobado las categorías de habilidades de enfrentamiento y resolución de problemas propuestas por Mahoney y Arnkoff (1978) bajo el encabezamiento de la primera por observar que los supuestos teóricos son los mismos: un déficit cognitivo para el que se precisa un entrenamiento compensatorio.

Hemos englobado bajo el rótulo de reestructuración cognitiva tanto la terapia cognitiva de Beck, como la racional emotiva creada por Ellis y sus derivados. Aunque la primera se centra más en los pensamientos automáticos negativos y formas de razonamiento/inferencia erróneas, y la segunda en las creencias irracionales, ambos enfoques presentan suficiente comunalidad como para convivir en esta categoría caracterizada por la detección y sustitución de cogniciones inadecuadas.

Dentro de la perspectiva racionalista hemos separado la terapia de los constructos personales del resto de enfoques por motivos tanto conceptuales como históricos. Hemos comentado ya estos últimos al presentar a Kelly como un pionero de las terapias cognitivas, y mencionar que los enfoques evolutivos aparecen con posterioridad, la mayoría en la década de los ochenta. Conceptualmente hay que señalar que el enfoque de Kelly carece de una elaboración de los aspectos evolutivos. Kelly se centra en la estructura del sistema de constructos personales y en sus procesos de cambio más que en la comprensión de la génesis de tal sistema (a pesar de otorgar también un peso importante a la reconstrucción que el sujeto hace de su propia historia). En cambio, los enfoques evolutivos se han esforzado en la comprensión de la génesis de los esquemas cognitivos actuales a través de, por ejemplo, las relaciones de apego tempranas del sujeto concebidas como estructuradoras del sistema cognitivo. A pesar de su juventud se pueden distinguir ya tres líneas distintas entre los enfoques evolutivos. La propuesta estructural de Guidano y Liotti (1983) fue realmente el precursor de los demás enfoques, influyendo en gran manera la propuesta de Mahoney (1990), tal como este último reconoce. Sin embargo, la obra de Mahoney (1990) presenta un marco filosófico y conceptual de gran embergadura, a la vez que sugiere unas técnicas y una sistematización del proceso terapéutico que suponen una verdadera aportación característica. Los enfoques llamados piagetianos basan su conceptualización de la terapia en las nociones propuestas por Piaget para los procesos de desarrollo y cambio cognitivo (p.e., asimilación y acomodación).

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LAS TERAPIAS RACIONALISTAS

La exposición detallada de cada uno de los enfoques presentados en el esquema de la Tabla 3, excedería en mucho los límites de este artículo. En esta sección se van a describir brevemente algunos enfoques representativos de las

terapias cognitivas de corte racionalista. Hemos escogido una terapia del enfoque de entrenamiento de habilidades y otra del de reestructuración cognitiva, procurando que la terapia seleccionada fuera relevante y conocida.

La inoculación del estrés de Meichenbaum

Donald Meichenbaum ha resaltado el papel que tienen los mensajes que nos decimos a nosotros mismos en la generación y el mantenimiento de los problemas psicológicos. En un estudio en el que promovió el uso de auto-instrucciones positivas en pacientes esquizofrénicos mediante condicionamiento operante, Meichenbaum (1969) observó mejoras en diversas variables. Relacionó tal hallazgo con las investigaciones de los soviéticos Luria (1961) y Vygotsky (1962) sobre la importancia del lenguaje en la regulación de la conducta. La noción de estos autores de que el control voluntario se desarrolla con el paso progresivo de la regulación externa (llevada a cabo por figuras significativas) a la interna. Ello implica la necesidad de la internalización de auto-instrucciones para llegar a la auto-regulación. Esta concepción es la que orienta el aprendizaje auto-instruccional propuesto por Meichenbaum y Goodman (1971) para el tratamiento de niños impulsivos.

Aunque influida por este enfoque, la inoculación del estrés se basa en una noción distinta, la de inmunización psicológica del individuo para aquellas situaciones que le resultan estresantes. Al proponer este modelo de intervención Meichenbaum (1977) destaca la importancia de aprender a enfrentarse a cantidades de estrés pequeñas y manejables, para trabajar progresivamente con agentes estresores más potentes. Meichenbaum y Cameron (1983) describen este modelo en tres fases, una educativa, otra de adquisición y ensayo de habilidades, y la tercera de exposición graduada. En la Tabla 4 se desarrollan esquemáticamente estas tres fases. Como se puede ver en el esquema, el entrenamiento auto-instruccional ha pasado a ser un componente más de este enfoque, quizás el más característico.

La terapia cognitiva de Beck

Ya se ha descrito el papel pionero del enfoque de Beck en el surgimiento de otras terapias cognitivas. En sus investigaciones con pacientes depresivos Beck encontró una serie de distorsiones sistemáticas en sus patrones de pensamiento, que fueron recopiladas en una tipología de distorsiones cognitivas (Beck, 1967). Por ejemplo, una de las distorsiones más comunes es la sobre-generalización, es decir, la inferencia injustificada de conclusiones a partir de datos parciales. Tales distorsiones se observan en los pensamientos que de forma involuntaria y automática fluyen en la conciencia del sujeto, y que se le antojan como plausibles y racionales. Beck (1976) extendió su foco de estudio de la depresión a otros trastornos emocionales de forma que sugirió distorsiones cognitivas específicas para distintos trastornos. Así es que su modelo supone una reformulación abarca-

TABLA 4. *Esquema de procedimiento para el entrenamiento en inoculación del estrés (adaptado de Meichenbaum y Cameron, 1983).*

Primera fase: Conceptualización

- a) Recogida de datos
 - * Identificar los determinantes del problema mediante entrevista, y observación conductual
 - * Distinguir entre error de ejecución y déficit de habilidad
 - * Formular el plan de tratamiento y análisis de tareas
 - * Introducir modelo conceptual integrador
- b) Entrenamiento en habilidades de evaluación
 - * Entrenar al cliente para que analice independientemente los problemas (p.e., a realizar análisis situacional y buscar datos desconfirmantes)

Segunda fase: Entrenamiento y ensayo de habilidades

- a) Entrenamiento de habilidades
 - * Entrenar al cliente en habilidades de afrontamiento (p.e., comunicativas, asertivas, de resolución de problemas, parentales, hábitos de estudio)
 - * Entrenar al cliente en habilidades de afrontamiento paliativas (toma de perspectiva, diversificación de la atención, uso del apoyo social, expresión adecuada del afecto, relajación)
 - * Promover un repertorio extenso de respuestas de afrontamiento que faciliten una respuesta flexible
- b) Ensayo de habilidades
 - * Promover una adecuada integración y ejecución de habilidades mediante el trabajo con imágenes y el juego de roles
 - * Entrenamiento auto-instruccional para el desarrollo de mediadores simbólicos que regulen las respuestas de afrontamiento

Tercera fase: Aplicación y seguimiento

- a) Inducir la aplicación de las habilidades
 - * Preparación mediante el afrontamiento con imágenes, usando los primeros signos de estrés como señal para enfrentarse
 - * Representar (1) situaciones que se anticipen como estresantes y (2) al cliente entrenando a alguien más
 - * Transferir las actitudes representadas al mundo real
 - * Exposición gradual a estresores dentro de la sesión
 - * Uso de la exposición graduada y ayudas para la inducción de respuestas para facilitar la respuesta en situaciones en vivo y fomentar la auto-eficacia
- b) Mantenimiento y generalización
 - * Fomentar un sentimiento de auto-eficacia de afrontamiento en relación a situaciones que el cliente ve como de alto riesgo
 - * Desarrollo de estrategias para recuperarse de los errores y recaídas
 - * Programar entrevistas de seguimiento.

dora de la psicopatología en términos cognitivos.

Como es sabido es la depresión el área de aplicación más específica de esta terapia, que cuenta con un elaborado y preciso manual (Beck et al, 1979). En síntesis, el modelo de Beck para los trastornos depresivos supone la existencia de una tríada cognitiva de signo negativo: la persona depresiva tiene una visión negativa de sí mismo, del mundo y de su futuro. Se postula además una relación entre la negatividad de tales cogniciones y la gravedad de la depresión (Hollon y Beck, 1979). En nuestro medio contamos con una excelente revisión de este modelo por parte de Harrison, Beck y Buceta (1984).

Beck y Emery (1985) han elaborado un modelo cognitivo para los trastornos de ansiedad, en el que ésta se concibe como un mecanismo adaptativo de la especie para enfrentarse al peligro. Según este modelo, el trastorno de ansiedad se presenta cuando la percepción de peligro (del valor amenazante del estímulo, de la probabilidad de que aparezca) o de las posibilidades del sujeto para enfrentarlo está distorsionada. En el caso de las crisis de angustia existe un factor precipitante que es interpretado como un desastre inevitable. Tal interpretación genera una reacción somática (palpitaciones, hiperventilación, opresión en el pecho, sudoración, etc.) que resulta ser una confirmación del valor amenazante de la situación, con lo que la crisis está asegurada. Una vez finalizada, se ha instaurado un precedente de singular importancia para la futura sobre-valoración amenazante de un determinado tipo de situaciones, además de un estado de alerta e hipervigilancia casi constante, rasgos estos característicos de la "ansiedad flotante" de estos cuadros de angustia.

En el caso de las fobias simples, la distorsión cognitiva se centra en una situación específica debido posiblemente a una multiplicidad de causas (p.e., condicionamiento clásico). Dicha situación es percibida de forma que se le asocian consecuencias catastróficas, así es que el sujeto hace todo lo posible para evitarla. En el caso de la agorafobia, la distorsión se centra en una percepción de alta vulnerabilidad del self. El sujeto se ve a sí mismo como alguien muy vulnerable por alguna de estas razones: (1) por verse cercano a la enfermedad o la locura, (2) por la pérdida de recursos sociales (p.e., miedo a quedarse sólo), y (3) por la inminencia de una situación potencialmente letal de la que no percibe escapatoria o posibilidad de salir, surgiendo así el miedo a morir sólo y entre gente indiferente u hostil. Su lógica reacción es la búsqueda desesperada de escapatoria, y el esfuerzo por controlar las salidas. En esta conceptualización, Weishaar y Beck (1987) reconocen la influencia de Guidano y Liotti (1983), entre otros.

La finalidad de la terapia cognitiva de Beck es reemplazar tales cogniciones patogénicas por otras más realistas. En términos generales, esta terapia supone el adiestramiento del sujeto en métodos de inferencia adecuados y en la contrastación empírica de sus cogniciones. En una primera fase de marcado carácter psicoeducativo se le presenta al cliente un modelo explicativo de la naturaleza de su trastorno emocional de forma que (1) el cliente se sienta comprendido por la

explicación del terapeuta, (2) pueda explicarse su trastorno de una forma racional, (3) perciba la terapia como un método efectivo para solventar el problema, (4) permita al terapeuta enfrentar el pesimismo y desesperanza del cliente como una más de sus distorsiones. En una segunda fase, se produce un trabajo cooperativo para identificar las cogniciones características del sujeto y las situaciones en las que aparecen. Se aplican en esta etapa una serie de técnicas tanto cognitivas (registro de pensamientos disfuncionales, cuestionamiento de las cogniciones, análisis de costos/beneficios, reatribución, etc.) como conductuales (registros de auto-observación, programación de actividades, valoración dominio-agrado, asignación gradual de tareas, distracción, relajación, comprobación de hipótesis, etc.). Sin embargo, nos advierten Beck et al (1979) que el uso de tales técnicas conductuales está supeditado a la finalidad de desafiar las cogniciones erróneas, por lo que su uso se propone por motivos distintos de los conductistas. En una tercera fase, esta terapia centra su énfasis en el mantenimiento de las estrategias de enfrentamiento aprendidas y en la prevención de recaídas.

En suma la terapia cognitiva de Beck propone una colaboración abierta con el cliente para afrontar el problema, enseñándole un modelo explicativo simple y proponiendo estrategias específicas para su resolución. Weishaar y Beck (1987) resumen así su enfoque:

“La orientación empírica de esta terapia convierte el sistema cerrado de creencias del cliente en abierto. El cuestionamiento es el principal instrumento técnico, y la experimentación conductual es la mejor forma de investigar la validez de sus supuestos específicos. Esta experimentación, su propósito y finalidad, ha de ser bien comprendida por el cliente.” (p. 73)

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LAS TERAPIAS CONSTRUCTIVISTAS

En esta sección se van a describir brevemente dos terapias cognitivas de orientación constructivista que no sólo representan estilos diferentes de entender el constructivismo, sino que se corresponden con dos momentos históricos distintos, por lo que tentativamente podríamos hablar de constructivismo clásico y de constructivismo moderno.

La terapia de los constructos personales de Kelly.

Se ha indicado ya el papel inspirador de Kelly en las terapias cognitivas, y su valor como predecesor de la llamada revolución constructivista que hemos vivido en las décadas de los setenta y ochenta (ver Feixas y Villegas, 1990). La psicología de los constructos personales fue presentada por Kelly (1955) y ha persistido hasta esta década en la que ha visto un crecimiento muy notable (Neimeyer, Baker y Neimeyer, 1990). Una exposición del sistema formal de esta teoría se puede encontrar en varios textos de nuestro medio (p.e., Feixas, 1988; Feixas y Villegas, 1990; Villegas y Feixas, 1989).

Para Kelly el funcionamiento humano se basa en la anticipación, y el fracaso en el sistema anticipativo de construcción se acompaña de ansiedad. Tal vacío anticipativo es según Kelly muy difícil de soportar, y las respuestas ante tal situación son muy variadas. A menudo la persona, al no disponer de construcciones alternativas, persiste en su visión a pesar de su inviabilidad, solución que Kelly denomina hostilidad y que en grado extremo conlleva conductas francamente desviadas. Otra solución es la formación de expectativas negativas ante la mayoría de los acontecimientos, de forma que si las cosas van mal ello no conlleva un vacío anticipativo; y si van bien la invalidación se soporta un poco mejor. Tales actitudes se encuentran frecuentemente en pacientes depresivos (Neimeyer, 1985). En otros casos la respuesta a la invalidación supone una rigidificación del sistema de construcción. Aunque un sistema cada vez más monolítico permite en un primer momento trascender la complejidad de muchas situaciones al percibirse éstas de forma muy simplificada, al poco tiempo conlleva necesariamente un fracaso anticipativo a no ser que la persona reduzca sustancialmente su ámbito de experiencia controlando su entorno de interacción y evitando compulsivamente situaciones nuevas. Tal postura es característica de los trastornos neuróticos, y en particular de las personalidades obsesivas. En efecto, revisar el propio sistema de construcción en el sentido de incrementar su complejidad supone un riesgo que la persona no siempre está dispuesta a asumir. La finalidad de la terapia es fomentar los procesos reconstructivos necesarios para incrementar la capacidad predictiva del sistema de la persona. Para ello se establece una relación colaborativa que supone una base segura desde la que la persona puede dar una interpretación alternativa de los acontecimientos, y así encarar la complejidad de las situaciones en las que se encuentra.

De hecho la terapia de constructos personales no se caracteriza por sus técnicas terapéuticas sino por su conceptualización de la terapia y de los problemas del cliente, así como por la propuesta de determinadas estrategias de cambio que pueden ser aplicadas con diversidad de técnicas. Este enfoque de la terapia se conoce con el binomio coherencia teórica-eclecticismo técnico (Feixas y Neimeyer, en prensa; Feixas y Villegas, 1990; Neimeyer, 1987), según el cual el terapeuta puede escoger cualquiera de las técnicas disponibles siempre que responda a una estrategia derivada de la conceptualización del problema en términos de su sistema de construcción.

En este enfoque resulta fundamental la familiarización con los constructos del cliente, especialmente aquellos denominados supraordenados, los cuales gobiernan la estructura del sistema. Para ello Kelly (1955) sugirió el uso de la técnica de rejilla (Feixas, 1989; Rivas y Marco, 1985), además de otros procedimientos de evaluación como la auto-caracterización, el escalamiento, la investigación de la teoría del problema, etc. (Feixas, 1988b). Con ello se pretende averiguar cuales son las tensiones esenciales en las que se sitúa la persona al dar sentido a su mundo, y que significado le otorga a su problema. Ello también permite la

apreciación de algunas características de su sistema de construcción (rigidez, laxitud, fragmentación, etc.), aspectos cruciales para diseñar la estrategia de intervención. Por ejemplo, en un caso presentado para ejemplificar el uso clínico de la rejilla (Feixas, 1989), el cliente presentaba un cuadro ansioso grave cada vez que entraba en un contexto laboral (taller, fábrica, tienda, etc.). Con la aplicación de la rejilla se observó que el polo del constructo "valora el trabajo" se oponía a "valora la felicidad". Además el primero se asociaba, en el sistema de construcción del cliente, con la "búsqueda de seguridad", la "adaptación al sistema", la "ignorancia", y la "actitud autoritaria" características (a los ojos del sujeto) de su madre, padre y hermano. El polo contrapuesto, relacionado con la felicidad, se asociaba con la "búsqueda de aventuras", la "inadaptación al sistema", la "espiritualidad", y la "bondad" (respectivamente) características del cliente y sus amigos. En efecto, la económicamente necesaria entrada del sujeto en un trabajo implicaba un ruptura no sólo de su actual autoconcepto sino de la forma en que el cliente había estructurado el mundo. Se descartó por tanto en este caso, el entrenamiento en habilidades sociales y de enfrentamiento de la ansiedad, y se trabajó en la línea del cuestionamiento de su visión del mundo y del self mediante el diálogo socrático, técnicas de desarrollo de la auto-conciencia y reconstrucción histórica.

Uno de los procedimientos de intervención propuestos originalmente por Kelly (1955) es la técnica del rol fijo (ver Feixas y Villegas, 1990). Neimeyer y Neimeyer (1987) presentan una colección de casos de terapia en los que se pueden ver distintas aplicaciones y modalidades de intervención. En la actualidad se puede decir que la evolución de la propuesta kellyana ha ido más allá de lo que se propuso su creador para ensamblarse con el ritmo de los tiempos y desarrollar nuevas formas de intervención y conceptualización. Un ejemplo de ello es la conexión con el trabajo sistémico y con familias (Feixas, 1990a, b y c; Procter, 1978, 1985; Procter y Feixas, en preparación) área en la que también se ha dado un cierto vuelco hacia el constructivismo como marco epistemológico. Tal convergencia epistemológica sienta unas bases prometedoras para la vinculación de las terapias constructivistas cognitivas con las sistémicas.

El enfoque evolutivo-estructural de Guidano y Liotti

En 1983 se publicó en Estados Unidos una obra que tuvo un gran impacto entre los terapeutas cognitivos de todo el mundo. En efecto, los italianos Guidano y Liotti impresionaron por lo innovador de su enfoque centrado en la evolución del sistema cognoscitivo de la persona desde las primeras relaciones afectivas hasta la aparición de una sintomatología determinada. Sus propuestas sobre el desarrollo del sistema del agorafóbico, por ejemplo, se basan en el estudio retrospectivo de la historia de más de un centenar de pacientes (Guidano y Liotti, 1983). En nuestro medio esta obra ha recibido cierta atención y ha sido analizada con buen sentido crítico por Botella (1987).

Tal como hemos explicitado en otro lugar (Feixas y Villegas, 1990), este enfoque tiene una concepción evolucionista del conocimiento, influida notablemente por el pensamiento de Popper. El sistema cognoscitivo humano se ve como la estructura adaptativa más evolucionada, y las personas como “teorías de nuestro ambiente” (Weimer, 1977). Los problemas suponen dificultades en dicha evolución en las que las demandas ambientales no pueden ser manejadas por el sistema del sujeto, que carece de la complejidad necesaria para enfrentarse a los acontecimientos. Lo que se requiere es un cambio en el paradigma teórico de la persona, cambio en el que el self y el mundo pueden recibir un significado diferente. En este sentido se reconoce la influencia de los filósofos de la ciencia Kuhn (1970) y Lakatos (1970), y el uso de la metáfora propuesta por Kelly (1955) del “hombre como científico”. Si nos detenemos más en esta influencia vemos como tanto este enfoque evolutivo-estructural como los procesos de cambio humano de Mahoney (1990) han reconocido su deuda intelectual con Kelly, que se puede ver en muchos de sus supuestos fundamentales. Para citar algunos ejemplos, (1) la visión de las emociones como estados de transición del sistema, (2) el interés por el desarrollo de la complejidad del sistema cognitivo de la persona, (3) el énfasis en la experimentación o experiencia como motor del cambio, (4) la postulación de procesos cognitivos no verbales o implícitos, (5) la concepción del self como elemento integrador que otorga unidad al sistema cognoscitivo, (6) la concepción jerárquica del sistema cognoscitivo en la que se distinguen entre estructuras nucleares o tácitas y otras más periféricas, etc.

También en concordancia con Maturana y Varela (p.e., 1986), este enfoque concibe al organismo como autónomo (autopoyético) de forma que subordina todos los cambios al mantenimiento de su propia organización que representa su principal invariante, su individualidad, su unicidad y, en definitiva, su identidad.

En la descripción que Guidano y Liotti (1983, 1985) hacen de la evolución del sistema cognoscitivo, juega un papel fundamental la vinculación temprana con una figura de apego que proporciona una especie de molde o marco en el que el niño integra información acerca de sí mismo y del mundo que lo envuelve. Tal marco proporciona una estructura que permite la integración de su experiencia, que de otra forma resultaría fragmentaria. En este sentido, la teoría del apego de Bowlby (p.e., 1977, 1983) resulta crucial para la comprensión del desarrollo cognoscitivo de la persona. Según este enfoque, el crecimiento se concibe como una serie de pasos progresivos, o etapas, en los que se reorganiza el autoconocimiento hasta adquirir el nivel más avanzado en la adolescencia, en concordancia con el período de operaciones formales postulado por Piaget. Este crecimiento viene determinado por el desarrollo metacognitivo (Flavell, 1979) o el progresivo distanciamiento entre el pensamiento y la experiencia inmediata.

Al describir la estructura del conocimiento, Guidano y Liotti (1983, 1985) distinguen entre el conocimiento tácito o profundo, y aquellos aspectos más superficiales o concretos de la cognición. Este conocimiento tácito representa las

estructuras profundas de auto-conocimiento, que se corresponden con los procesos abstractos propuestos por Hayek (1978) y se van desarrollando ya desde el nacimiento. Tales estructuras equivalen al núcleo metafísico (Lakatos, 1970) de las teorías científicas. El conocimiento explícito se desarrolla con el lenguaje, y supone la construcción de modelos representacionales de la realidad. Aunque el conocimiento explícito controla más directamente la organización cognitiva, el conocimiento tácito proporciona el “marco de coordenadas” que establece los límites del conocimiento explícito y sus reglas de transformación. En este modelo la identidad personal se constituye como una estructura intermedia que integra las estructuras anteriores. Las emociones, en este contexto, son indicadoras de pequeños cambios cualitativos en las estructuras tácitas, por lo que merecen una atención especial por parte de este enfoque.

La terapia se concibe como una relación de apego seguro desde la que la persona puede explorar y reconstruir sus estructuras tácitas. En una primera fase, el terapeuta evolutivo-estructural se centra en el síntoma mediante el uso predominante de técnicas conductuales efectivas, con tal de aliviar el sufrimiento y aumentar la sensación de autocontrol. Progresivamente se va potenciando la autoconciencia del sujeto sobre sus propias reglas y procesos (y su verbalización) mediante el uso de técnicas cognitivas tradicionales de entrenamiento de habilidades. Seguidamente se realiza un análisis de la evolución cognitiva mediante la comprensión del desarrollo de sus esquemas actuales a través de las relaciones de apego significativas a lo largo de su vida. Finalmente, en base a la evidencia proporcionada por este análisis evolutivo, se pretenden explicitar y cuestionar las creencias tácitas más nucleares. Como se ve, también este enfoque propone la articulación de un buen número de técnicas a la luz de una cierta coherencia teórica.

A pesar de exhibir una gran comunalidad, Guidano y Liotti han ido publicando por separado en los últimos tres años (Guidano, 1987, 1990; Liotti, 1987). En otro lugar (Feixas y Villegas, 1990) delineamos brevemente sus diferencias, aunque nuestra impresión es que estas publicaciones posteriores a la original (Guidano y Liotti, 1983) representan una evolución de su enfoque en el sentido de una mayor complejidad, riqueza conceptual y terapéutica.

ALGUNAS CUESTIONES CRITICAS A MODO DE CONCLUSION

En esta sección pretendemos realizar una revisión crítica de lo que se ha descrito como estado actual de las terapias cognitivas. Tal revisión se centra en una serie de aspectos concretos:

1) La escasa vinculación entre las terapias cognitivas y la psicología cognitiva.

Hemos descrito cómo el desarrollo de las terapias cognitivas se ha realizado, salvo en pocas excepciones, con independencia de la psicología cognitiva. A lo sumo se puede hablar de una influencia colateral, en cuanto a la creación de un

clima conceptual favorable para el desarrollo de las terapias cognitivas a partir de la emergencia del paradigma cognitivo en psicología. Tous (1989) ha destacado lo problemático de esta situación.

“... las terapias cognitivas tradicionales consideran tan sólo el papel que tienen los contenidos mentales en la conducta como estímulos de la misma; ya que presuponen estos contenidos mentales únicamente como un producto o ‘conducta mental’... En cambio, toda posible forma de tratamiento basado en las teorías de la psicología cognitiva, se plantea cómo ha llegado el individuo a estos contenidos mentales o productos, y por consiguiente toma en consideración que la forma cómo se han elaborado los contenidos tiene tanta importancia para la explicación terapéutica como el producto mental en sí mismo.” (p. 18)

En efecto, tan sólo la propuesta de Guidano y Liotti (1983) incluye un análisis de la génesis evolutiva de las estructuras cognoscitivas tácitas, y sólo la terapia de constructos personales propone un modelo de funcionamiento cognitivo que, aún sin suficiente base experimental, describe la formación concreta de los constructos mediante la asimilación y el contraste.

2) Olvido de los factores energético-motivacionales.

Al tener en cuenta el proceso de producción de las representaciones mentales se tendrían también que incluir aspectos energéticos/emocionales, más característicos de la estructura biológica, el “hardware”, que sustenta tales procesos cognitivos. Ciertamente, muchas terapias cognitivas se basan sólo en el “software” o contenidos del programa de funcionamiento actual.

Influido por su propio modelo (Tous, 1986) que vincula aspectos de activación emocional y diferenciación hemisférica con el procesamiento de la información, Tous (1989) destaca la interdependencia de los procesos cognitivos y el sistema energético/motivacional.

“El gasto diferencial de energía que implica para el individuo una percepción desagradable es un elemento distinto al contenido de estas percepciones que debemos tener en cuenta para explicar la fuerza de la conducta observable. (...)”

Existe evidencia empírica de que los cambios energéticos están íntimamente asociados a distintas percepciones y a diferentes conductas.” (p. 23)

3) La falta de acuerdo sobre la naturaleza de la cognición.

Este problema se deriva lógicamente del anterior. Si las terapias cognitivas se inspirasen directamente de alguno de los modelos del procesamiento de la información propuestos por los psicólogos cognitivos experimentales, se produciría una comunalidad tanto en el lenguaje como en los conceptos manejados, en lugar de la diversidad existente hoy en día (pensamientos automáticos, esquemas, creencias, estructuras tácitas, constructos personales, significados, imágenes, ideas, atribuciones, etc.). En este sentido la obra de Ingram (1986) puede considerarse un paso adelante por lo que respecta tanto a la implantación de los conceptos de la psicología cognitiva en las terapias cognitivas, como en la propuesta de acuerdo sobre distintos niveles de fenómenos cognitivos. En efecto, la distinción

entre productos cognitivos (pensamientos, imágenes, constructos personales, modelos de realidad, creencias, etc.), estructuras cognitivas (sistemas de memoria y almacenamiento sensorial/icónico, sistemas de construcción, estructuras tácitas, etc.), y procesos cognitivos (atención, percepción, codificación, inferencia, proceso de construcción, etc.), resulta un marco prometedor para la integración teórica de diversas perspectivas sobre la cognición, en base a la experimentación de la psicología cognitiva. Sin embargo, tal propuesta precisa aún de más elaboración y de un marco de diálogo entre los distintos enfoques para el uso de un léxico común.

Por otro lado, existe también discrepancia acerca de la naturaleza del fenómeno cognitivo. Mientras que para algunos se refiere estrictamente al flujo de pensamiento, para otros trasciende este nivel mental de forma que rechazan el mismo término cognición. En efecto, Kelly (1969) propone sustituir el término "cognición" por el de "construcción", argumentado que el primero responde a una tradición cultural en la que se antepone a afecto o emoción. Para Kelly la construcción es un proceso global de significado de naturaleza holística que la noción de cognición no representa adecuadamente. Además la noción de cognición sugiere una cierta accesibilidad a la conciencia que tampoco encaja en la teoría de los constructos personales.

"Los constructos pueden estar simbolizados preverbalmente y ... a una persona le puede costar mucho representarse sus constructos. En este tipo de construcción no hay nada necesariamente cognitivo ni afectivo." (Kelly, 1969, p. 198)

En este sentido, la propuesta de Guidano y Liotti (1983) se parece a la Kelly al otorgar una importancia central a las estructuras no verbales o tácitas. Sin embargo, tal visión se halla en actualidad lejos del paradigma de procesamiento de la información, donde las teorías de Hayek (1978) y Weimer (1977) han tenido una escasa repercusión, a la vez que distante de las terapias cognitivas racionalistas, cuya noción de cognición es más cercana a la actividad racional e intelectual.

Para Kelly la noción de cognición está en el sistema de construcción de los teóricos y profesionales que la emplean, y propone la utilización de una conceptualización más holista y menos compartimentalizada. Como comentábamos a propósito del tratamiento de un trastorno psicossomático:

Parece claro que Kelly ... no sigue el camino de las clásicas distinciones, sino que lo que intenta hacer es postular como hecho definitorio del funcionamiento humano una actividad -- el construir -- que va más allá de las obsoletas distinciones psicológicas entre 'emoción' y 'cognición', entre 'pensamiento' y 'conducta'. (Feixas, 1988, p. 27)

También Arnkoff y Glass (1982) dan apoyo a la propuesta kellyana por postular un funcionamiento integrado. De hecho tal como afirma Schwartz (1980), las distinciones entre conducta, afecto y cognición se justifican fundamentalmente por las limitaciones de nuestros métodos de evaluación. Es por ello que Arnkoff y Glass (1982) sugieren un planteamiento operacional que requiere que las terapias cognitivas dispongan de un modelo que explique, y articule, las relaciones entre la

conducta observable, los pensamientos auto-informados, el afecto auto-informado, los procesos cognitivos inferidos y el afecto inferido. En la actualidad las terapias cognitivas distan aun bastante del cumplimiento de tal requerimiento.

4) La falta de verificación empírica.

La propuesta de modelos y teorías sin una probada verificación empírica ha sido la tónica dominante en el campo de las psicoterapias durante muchos años. No es de extrañar, por tanto, que muchas de las propuestas de las terapias cognitivas carezcan de tal base empírica. Los dos puntos mencionados más arriba son simplemente un exponente más de esta cuestión. Aunque son muchas las críticas que se han realizado a las terapias cognitivas (ver p.e. la concisa revisión de Bados, 1987), destacaremos una que no está plenamente recogida en los párrafos anteriores: las dificultades en evaluación cognitiva. Las cogniciones no son observables por lo que deben ser inferidas por el investigador. La evaluación cognitiva se basa principalmente en los autoinformes (Merluzzi, Glass y Genest, 1981), pero como señalan Glass y Arnkoff (1982) tal información puede ser distorsionada por un buen número de motivos (adecuación al autoconcepto, parcialidad y distorsión emocional entre otros).

En lo referente a la intervención, si bien no existe evidencia empírica de superioridad de las técnicas cognitivas sobre otras formas de terapia, sí que se puede destacar el buen número de investigaciones surgido en el ámbito de las terapias cognitivas (ver p.e. Hollon y Beck, 1986), tanto en relación a la efectividad global del tratamiento cognitivo como de componentes específicos. Sin embargo, aquí es preciso diferenciar entre las terapias cognitivas racionalistas y las constructivistas. Quizás debido a la corta existencia de las segundas, entre las racionalistas existe un cuerpo más sustancial de información. Cabe aún otra distinción: las terapias constructivistas tienen muy poca tendencia a la investigación de resultados (eficacia de una psicoterapia en comparación con otras), y se han caracterizado por la investigación denominada de proceso (Orlinsky y Howard, 1986). Por ejemplo, los estudios de Guidano y Liotti (1983) se basan en los datos de las historias clínicas para establecer sus comunalidades. En este sentido, la investigación en el campo de los constructos personales ha tomado varias direcciones, algunos de cuyos ejemplos son: (1) utilización de la rejilla para evaluar los aspectos del sistema de construcción que acompañan los cambios sintomáticos/conductuales, (2) estudio completo de casos con formas de evaluación diversas, (3) estudios sobre la construcción del terapeuta en comparación con la del cliente (ver Winter, 1985, para una revisión de las investigaciones en estas tres direcciones), y (4) diseño de procedimientos de evaluación para establecer la resistencia al cambio de diversos tipos de constructos (línea de investigación iniciada por Hinkle, 1965). Sin embargo, todas estas líneas de investigación se sitúan aún a un nivel meramente descriptivo.

5) La diversidad de las terapias cognitivas.

Aunque el fenómeno de la diversificación de las terapias cognitivas no es un

fenómeno aislado dentro del campo de las psicoterapias, la falta de acuerdo entre diversos enfoques sobre nociones tan fundamentales como la cognición y la falta de una base común basada en la psicología cognitiva experimental hacen de tal multiplicidad más bien un problema que una virtud. A pesar de que Gonçalves (1989) interpreta esta diversidad como un signo de complejidad y desarrollo de las terapias cognitivas, no parece lógico considerar, como hacen Mahoney y Lyddon (1988), hasta veinte terapias cognitivas distintas. Entre ellas admiten desde la logoterapia de Frankl (considerada tradicionalmente como humanista) hasta la "terapia neo-cognitiva" de Suárez, que no cuenta con ningún artículo publicado. Consideramos que un enfoque más restrictivo empleando tanto criterios de comunalidad como criterios socio-históricos resulta más adecuado. En este sentido, la propuesta de sistematización que realizamos en este trabajo (ver Tabla 3) permite una reducción del número de enfoques a partir de ciertas comunalidades entre ellos y la eliminación de aquellas terapias que no hayan creado un impacto notable. Por ejemplo, en un sentido muy amplio podríamos hablar de dos orientaciones de terapias cognitivas (la racionalista y la constructivista). O sin ser tan reduccionistas, se pueden considerar cuatro enfoques cognitivos (entrenamiento en habilidades, reestructuración cognitiva, terapia de constructos personales, enfoque evolutivo-estructural).

6) Énfasis restrictivo en lo individual.

Varios autores (Feixas, 1990a; Gonçalves, 1989; Thoresen, 1988; Tous, 1989) han indicado una cierta preocupación por el cariz marcadamente individualista de las terapias cognitivas, que sugieren la imagen del ser humano como una "entidad altamente autónoma, centralizada, auto-suficiente y 'siempre en control'" (Thoresen, 1988, p. 254). Por supuesto, esta concepción no es independiente del ambiente socio-cultural en el que se han desarrollado las terapias cognitivas: la sociedad norteamericana de los años setenta y ochenta.

En efecto, a pesar de la prevalencia de la orientación interaccional (individuo x situación) en personalidad, las terapias cognitivas racionalistas han superado en pocas ocasiones la conceptualización del problema y el tratamiento como algo meramente individual. Algunas de tales excepciones suponen la incorporación de componentes cognitivos (p.e., cuestionamiento cognitivo, resolución de problemas) en tratamientos familiares o de pareja (p.e., Epstein, Schlesinger y Dryden, 1988; Freeman, 1983; Jacobson, 1984). O bien el libro de auto-ayuda de Beck (1988) cuya tesis principal sostiene que la raíz de los problemas relacionales radica en las malinterpretaciones individuales de la conducta o intenciones de los demás.

Hemos señalado en otros lugares tanto las aportaciones del modelo sistémico en cuanto a conceptualización e intervención en los determinantes relacionales y contextuales como en las comunalidades de este modelo con la propuesta cognitivo-constructivista (Feixas, 1990a, b, c). En este sentido cabe destacar la propuesta de Procter (1978, 1985; Procter y Feixas, en preparación) que integra buena

parte de las ventajas del modelo sistémico en una elaboración extensiva de la terapia de constructos personales. Esta propuesta sugiere la existencia de sistemas de construcción comunes a diversos grupos humanos con sus propias reglas y parámetros constructivos, y ha elaborado en particular la noción de sistemas de constructos familiares.

En resumen, se puede considerar a las terapias cognitivas como uno de los desarrollos terapéuticos más destacables de las últimas décadas. La distinción entre la perspectiva racionalista y la constructivista en el seno de estas terapias supone para algunos “una revolución dentro de una revolución” (Mahoney y Gabriel, 1987, p.45). Dentro del panorama actual, parece más oportuno hablar de terapias cognitivas y dejar el término “cognitivo-conductual” que denominaba a los enfoques racionalistas de entrenamiento de habilidades. Sin embargo, a pesar de su enorme crecimiento y diversidad, las terapias cognitivas se enfrentan aún con retos importantes, delineados en los párrafos anteriores. Aunque no sabemos cómo se resolverán dichas cuestiones, nos parece oportuno acabar con la visión positiva de Greenberg (1988):

La terapia cognitiva y cognitivo-conductual del inicio, a pesar de enfatizar la importancia de la cognición en el funcionamiento humano, trató la cognición más bien como una conducta interna y, por tanto, no pudo proporcionarnos modelos de funcionamiento cognitivo que fueran suficientemente ricos y satisfactorios. Mahoney y Lyddon (1988) proponen un antídoto para este problema. La visión de la persona como un constructor activo de información que explora y se adapta al ambiente organizando la información acerca de sí-mismo y del mundo en perspectivas cada vez más complejas, nos proporciona un punto de vista del funcionamiento humano y del proceso terapéutico que se acerca al sentido de la realidad vivida. La terapia cognitiva, esperamos, se verá impelida a volverse más constructiva en su visión de la cognición y a desarrollar métodos terapéuticos consistentes con tal perspectiva. (p. 235)

Este trabajo analiza el surgimiento y evolución de las terapias cognitivas e intenta describir las diversas tendencias que configuran el “estado de la cuestión” actual. Así se observa cómo tales terapias no han nacido del impulso de un genio creador, sino de los esfuerzos de pensadores independientes (Beck, Ellis, Kelly), y de la llamada tendencia “cognitivo-conductual”. Ya en la década de los ochenta, el desarrollo de la perspectiva constructivista (Guidano, Liotti, Mahoney, Neimeyer) supone una “revolución dentro de la revolución”. Todo ello conlleva el panorama plural de las terapias cognitivas que, siguiendo la propuesta de Mahoney y Gabriel (1987), se compone de dos perspectivas epistemológicas distintas con profundas implicaciones para la conceptualización y práctica terapéutica: la racionalista y la constructivista. En este artículo se presenta una clasificación de cada una de las perspectivas. En la racionalista nos encontramos con los enfoques de entrenamiento de habilidades (de auto-control, de resolución de problemas y de afrontamiento) y los de reestructuración cognitiva. En la perspectiva constructivista nos encontramos con

la ya clásica terapia de constructos personales y los enfoques evolutivos (estructural, procesos de cambio y piagetianos). Tal diversidad y riqueza de planteamientos no está exenta de problemas de identidad, coherencia interna, y sobre todo de la falta de una fundamentación teórica basada en la propia psicología cognitiva.

Referencias Bibliográficas

- Arknoff, D.B. y Glass, C.R. (1982). Clinical cognitive constructs: examination, evaluation, and elaboration. En P.C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1, pp. 1-34). New York: Academic.
- Bados, A. (1987, Mayo). *Psicología cognitiva: Aplicaciones clínico-sociales*. Mesa redonda en la 3ª Reunión Anual de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament, Esplugues de Llobregat.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behaviour modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, **84**, 191-215.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford. (Trad. cast. en DDB, Bilbao, 1983)
- Beck, A. T., y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Botella, C. (1987a). La aplicación del constructivismo en terapia: presentación y análisis crítico del modelo de Guidano y Liotti. *Análisis y Modificación de Conducta*, **13**, 623-649.
- Botella, C. (1987b). Modelos constructivistas en terapia cognitiva: actualidad y valoración. *Psicologemas*, **1**, 107-147.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, **130**, 201-210, 421-431.
- Bowlby, J. (1983). *Attachment and loss I: Attachment* (2nd. ed.). London: Hogarth. (Trad. cast. en Ed. Paidós)
- Dobson, K. S. y Block, L. (1988). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. En K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford.
- Dryden, W. (1984). *Rational-Emotive therapy: Fundamentals and innovations*. London: Croom Helm.
- DuBois, P. (1909). The method of persuasion. En W. P. Parker (Ed.). *Psychotherapy: A course of reading in sound psychology, sound medicine and sound religion* (Vol. 3). New York: Centre Publishing.
- D'Zurilla, T. J. (1986). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer.
- D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, **78**, 107-126.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. y Grieger, R. (Eds.) (1977). *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer. (Trad. cast. en Ed. DDB, Bilbao, 1981)
- Epstein, N., Schlesinger, S. y Dryden, W. (1989). *Cognitive-behavioral therapy with families*. New York: Bruner-Mazel.
- Epting, F. R. (1984). *Personal construct counseling and psychotherapy*. New York: Wiley.
- Feixas, G. (1988a). El tratamiento psicológico de las cefaleas: Un caso ilustrativo de tratamiento combinado de terapia cognitiva y relajación. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, **22**, 17-36.
- Feixas, G. (1988b). *L'anàlisi de construccions personals en textos de significació psicològica*. Tesis doctoral microfichada (n. 328). Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona.
- Feixas, G. (1989). La técnica de rejilla: Introducción y estudio de un caso. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, **26**, 82-89.
- Feixas, G. (1990a). Approaching the individual, approaching the system: A constructivist model for integra-

- tive psychotherapy. *Journal of Family Psychology*, 4, 4-35.
- Feixas, G. (1990b, Mayo). *Personal constructs in systemic practice*. Ponencia invitada en la conferencia "Constructivism in Psychotherapy" (Organizada por R. A. Neimeyer y M. J. Mahoney), Memphis, TN.
- Feixas, G. (1990c). Personal construct theory and the systemic therapies: Parallel or convergent trends? *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 1-20.
- Feixas, G. y Villegas, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Flavell, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Freeman, A. (Ed.) (1983). *Cognitive therapy with couples and groups*. New York: Plenum.
- Gonçalves, O. F. (1989). The constructive-developmental trend in cognitive therapies. En O. F. Gonçalves, (Ed.), *Advances in cognitive therapies: The constructivist-developmental approach*. Lisboa: Apport.
- Greenberg, L. S. (1988). Constructive cognition: Cognitive therapy coming of age. *The Counseling Psychologist*, 16, 235-238.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. New York: Guilford.
- Guidano, V. F. (1990). *The self in proces: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Guidano, V. F. y Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- Guidano, V. F. y Liotti, G. (1985). A constructivist foundation for cognitive therapy. En M. J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum. (Trad. cast. en Ed. Paidós, 1988)
- Harrison, R. P., Beck, A. T. y Buceta, J. M. (1984). Terapia cognitiva de la depresión: Una introducción al desarrollo histórico. Los conceptos fundamentales de la alterantiva terapéutica de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39, 623-646.
- Hayek, F. A. (1978). *New studies in philosophy, politics, economics, and the history of ideas*. Chicago: Chicago University Press.
- Hinkle, D. N. (1965). *The change of personal constructs from the viewpoint of a theory of implications*. Tesis doctoral no publicada, Ohio State University.
- Hollon, S. D. & Beck, A. T. (1979). Cognitive therapy of depression. In P.C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions*. New York: Academic.
- Hollon, S. D. y Beck, A. T. (1986). Research on cognitive and cognitive-behavioral therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Homme, L. E. (1965) Perspectives in psychology: Control of coverants, the operants of the mind. *Psychological Reports*, 15, 501-511.
- Ibáñez, E. (1988). Prólogo a la edición española. En M. J. Mahoney y A. Freeman (eds.), *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Ingram, R. (Ed.) (1986). *Information processing approaches to clinical psychology*. Orlando, FL: Academic.
- Ivey, A. E. (1986). *Developmental therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Jacobson, N. S. (1984). The modification of cognitive processes in behavioral marital therapy: Integrating cognitive and behavioral intervention strategies. In K. Hahlweg y N. S. Jacobson (eds.), *Marital interaction: Analysis and modification*. New York: Guilford.
- Kanfer, F. H. (1970). Self-regulation: Research issues and speculations. En C. Neuringer y L. L. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (2 Vols.). New York: Norton.
- Kelly, G. A. (1969). In whom confide: On whom depend for what? En B. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly*. New York: Wiley
- Kuhn, T. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2ª ed. revisada). Chicago: University of Chicago Press. (Hay trad. cast. en F.C.E.)
- Lakatos, I. (1970). Falsification and the methodology of scientific research programmes. En I. Lakatos y A. Musgrave (Eds.), *Criticism and the growth of knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lazarus, A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger. (Trad. cast. en Ed. Trillas, México, 1983)
- Mahoney, M. J. (1977). Personal science: A cognitive learning therapy. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational- emotive psychotherapy*. New York: Springer. (Trad. cast. en DDB, Bilbao, 1981)
- Mahoney, M. J. (1988a). Constructive metatheory: I. Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1 (1), 1-35.
- Mahoney, M. J. (1988b). Constructive metatheory II: Implications for psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1 (4), 299-317.

- Mahoney, M. J. (1988c). Constructive metatheory: II. Implications for Psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 299-315.
- Mahoney, M. J. (1990). *Human Change Processes: The Scientific Foundations of Psychotherapy*. New York: Basic Books, Inc.
- Mahoney, M. J. y Arnkoff, D.B. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (2nd. ed.). New York: Wiley.
- Mahoney, M. J. y Freeman, A. (Eds) (1985). *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum. (Trad. cast. en Ed. Paidós, 1988)
- Mahoney, M. J. y Gabriel, T. (1987). Psychotherapy and the cognitive sciences: An evolving alliance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 39-59.
- Mahoney, M. J. y Lyddon (1988). Recent developments in cognitive approaches to counseling and psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 16, 190-234.
- Maturana, H. y Varela, F. (1986). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Maultsby, M. C. (1984). *Rational behavior therapy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Meichenbaum, D. (1969). The effects of instructions and reinforcement on thinking on language behaviors of schizophrenics. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 101-114.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon.
- Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1983). Stress inoculation training: toward a general paradigm for training coping skills. En D. Meichenbaum y M. Jaremko (Eds.). *Stress reduction and prevention*. New York: Plenum.
- Meichenbaum, D. y Goodman J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 127-132.
- Meichenbaum, D. y Jarenko, M. (Eds.). (1983). *Stress management and prevention: A cognitive-behavioral perspective*. New York: Plenum.
- Mertuzzi, T., Glass, C. y Genest, M. (Eds.) (1981). *Cognitive assesment*. New York: Guilford.
- Neimeyer, R. A. (1985). Personal constructs and depression. En E. Button (Ed.), *Personal constructs and mental health*. London: Croom Helm.
- Neimeyer, R. A. (1987). Personal construct therapy. En W. Dryden y W. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy*. London: Harper and Row.
- Neimeyer, R. A. y Neimeyer, G. (Eds.) (1987). *Personal construct therapy casebook*. New York: Springer. (Trad. cast. en DDB, Bilbao, 1989)
- Neimeyer, R. A., Baker, K., y Neimeyer, G. (1990). The current status of personal construct theory: Some scientometric data. En G. Neimeyer, y R. A. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct theory (Vol. 1)* (pp. 3-22). Greenwich, CT: JAI.
- Orlinsky, D. E. y Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Procter, H. (1978). *Personal construct theory and the family: A theoretical and methodological study*. Tesis doctoral no publicada, University of Bristol.
- Procter, H. (1985). A personal construct approach to family therapy and systems intervention. En E. Button (Ed.), *Person construct theory and mental health*. London: Croom Helm.
- Procter, H. y Feixas, G. (Eds.) (en prep.). *El significado personal en la práctica sistémica: Un enfoque constructivista*.
- Raimy, V. (1975). *Misunderstandings of the self*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Reda, M. (1986). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- Rehm, L. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Rehm, L. y Rokke, P. (1988). Self-management therapies. En K. S. Dobson (Ed.), *Cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford.
- Rivas, F., y Marco, R. (1985). *Evaluacion conductual subjetiva: La tecnica de rejilla*. Valencia: Centro Editorial de Servicios y Publicaciones Universitarias.
- Rosen, H. (1985). *Piagetian dimensions of clinical relevance*. New York: Columbia University Press.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Shwartz, C. (1980). The brain as a health care system. En G. C. Stone, F. Cohen, y N. Adler (Eds.), *Health psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Smith, D. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist*, 37, 802-809.
- Spivack, G. y Shure, M. B. (1974). *Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real-life problems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Spivack, G., Platt, J. J. y Shure, M. D. (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco:

- Josey-Bass.
- Suinn, R. M. y Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A nonspecific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498-510.
- Thoresen, C. E. (1988). The constructivism concept: Primacy of the obscure. *The Counseling Psychologist*, 16, 249-255.
- Thoresen, C. E. y Mahoney, M. J. (1974). *Behavioral self-control*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Tous, J.M. (1986). *Psicología de la personalidad*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Tous, J. M. (1989). Antecedentes, naturaleza y desarrollo de la terapia cognitivo-social. *Boletín de psicología*, 23, 17-47.
- Turk, D. C., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. New York: Guilford.
- Vygotsky, L. S. (1962). *Thought and language*. Cambridge, MA: M.I.T.
- Weimer, W. B. (1977). A conceptual framework for cognitive psychology: Motor theories of the mind. En R. Shaw, y J. Bransford (Eds.), *Perceiving, acting, and knowing*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Weiner, M. L. (1975). *The cognitive unconscious: A Piagetian approach to psychotherapy*. Davis, CA: International Psychological Press.
- Weishaar, M. E. y Beck, A. T. (1987). Cognitive therapy. En W. Dryden y W. L. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy*. London: Harper and Row.
- Wessler, R. A. y Wessler, R. L. (1980). *The principles and practice of rational-emotive therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Winter, D. A. (1985). Group therapy with depressives: A personal construct theory perspective. *International Journal Mental Health*, 13, 67-85.
- Winter, D. (1990). *Personal construct psychology and clinical practice*. London: Croom Helm.
- Woodworth, R. S. (1929). *Psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston.



