

CONSTRUCTIVISMO, PSICOTERAPIAS COGNITIVAS DE REESTRUCTURACIÓN Y ENFOQUES CONTEXTUALES: UNA COMPARACIÓN DESDE LA DIFERENCIA

CONSTRUCTIVISM, RESTRUCTURING COGNITIVE THERAPIES AND CONTEXTUAL APPROACHES: A COMPARISON FROM THE DIFFERENCE

Isabel Caro Gabalda

Universidad de Valencia. Facultad de Psicología

Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Valencia, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Caro Gabalda, I. (2020). Constructivismo, psicoterapias cognitivas de reestructuración y enfoques contextuales: Una comparación desde la diferencia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 115-131. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.410>

Resumen

En este trabajo se establecen las diferencias y convergencias principales entre los modelos cognitivos de reestructuración, los constructivistas y los contextuales. Partiendo de una breve revisión histórica se podrá enmarcar el surgimiento de cada uno de estos enfoques e, igualmente, las diferencias epistemológicas y ontológicas entre ellos.

Estos modelos se analizan, principalmente, haciendo hincapié en sus conceptos principales y en las técnicas desarrolladas que, en principio, serían coherentes con su marco teórico. Igualmente, la coherencia entre teoría y práctica se hace evidente mediante el desarrollo de un tipo concreto, y diferente, de relación terapéutica en cada modelo.

La conclusión principal sería que, aunque las terapias evolucionan, pudiéndose integrar y combinar, es saludable y conveniente mantener las diferencias entre ellas, dando la bienvenida a las distintas maneras de abordar los problemas psicológicos y de enfocar su tratamiento. Reducirlo todo a un único prisma empobrece nuestro campo de trabajo y su posible evolución.

Palabras clave: Modelos de reestructuración cognitiva, modelo constructivista, terapia de aceptación y compromiso, integración de la psicoterapia.

Abstract

This paper analyzes the main differences and convergences between cognitive restructuring, constructivist and contextual models.

An initial and brief historical perspective will facilitate to understand the origin of these models, as well as their main epistemological and ontological differences. These models will be mainly analyzed emphasizing their main concepts and techniques that should be, at best, coherent with their theoretical framework. At the same time, the coherence between theory and practice can be observed through the development of a specific and different type of therapeutic relationship, within each model.

As main conclusion, we should emphasize that psychotherapies evolve and may be integrated and combined. Nevertheless, it is beneficial and convenient to keep their differences, being open to the different ways of dealing with psychological problems and treatment perspectives. To frame everything within a unique point of view deteriorates our field and its evolution possibilities.

Keywords: Cognitive restructuring models, constructivist model, acceptance and commitment therapy, psychotherapy integration.

Fecha de recepción: 3 de marzo de 2020. Fecha de aceptación: 27 de marzo de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: Isabel.Caro@uv.es

Dirección postal: Universidad de Valencia. Facultad de Psicología. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010-Valencia. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



Una cuestión importante en nuestros días, dada la tendencia a la integración, podría ser la comparación entre terapias. Por ello, entender qué aporta cada modelo y qué sentido o justificación supone defender, o no, la primacía de unos sobre otros puede ser relevante. Con este trabajo queremos aportar una visión comparativa entre los modelos cognitivos clásicos (de reestructuración), los constructivistas y los contextuales. Cabe señalar que, aunque es difícil postular modelos “puros” (Caro, 2017), la comparación se hará desde una perspectiva que intenta señalar la “esencia”, o la “personalidad” de cada modelo, ya que si no sería complicado desarrollarla. Todos los modelos evolucionan con el tiempo. Sin embargo, nos gustaría asumir que su “esencia” se hace evidente, de forma continua, a través de su foco, conceptos y técnicas principales.

El argumento principal de este trabajo será intentar dar respuesta a si, ¿debe o puede prevalecer un modelo frente a otros? Como respuesta inicial señalar que nuestro hilo argumental será el de buscar diferencias y semejanzas entre estos tres enfoques, respetando las aportaciones de cada uno de ellos.

Reflexiones históricas

Los tres enfoques aparecieron con una finalidad similar: intentar avanzar el campo de las psicoterapias, pervivir y desarrollarse. Así, los modelos cognitivos clásicos (por ejemplo, los de Ellis y Beck) surgieron a finales de los años 50’ y mediados de los 60’, estableciéndose más plenamente a finales de los 70’. Los 80’ suponen el inicio de los modelos constructivistas (por ejemplo, los de Guidano y Mahoney), más asentados en los años 90 (véase un resumen en Caro, 1995).

Para hacer una comparación más precisa nos centraremos en la terapia de aceptación y compromiso (ACT), como enfoque contextualista. Sus primeros trabajos datan de finales de los 90’, aunque los más relevantes surgen a partir del año 2000. Es importante resaltar que la aparición de la ACT va unida al supuesto, desarrollado por Hayes (2004), de que existirían tres olas en terapia de conducta. La 1ª ola acogería los trabajos en terapia de conducta. La segunda ola vería la aparición de la terapia cognitiva de Beck, o la terapia cognitivo-conductual, según Hayes. Esta ola asimilaría a la primera y resolvería tensiones entre terapias. Finalmente, la tercera ola pretende avanzar la terapia cognitivo-conductual, superando sus insuficiencias. Para ello, se defienden las bases empíricas de la terapia de conducta y el giro hacia estrategias de cambio contextuales y experienciales.

Sintetizando mucho (véase una revisión en Caro, 1995), los modelos de reestructuración surgieron amparados por un uso “light” de la terminología del procesamiento de la información (por ejemplo, el concepto de esquema), intentando superar otros modelos existentes, como el psicoanálisis y la terapia de conducta. Las teorías motrices de la mente (Weimer, 1977), la epistemología evolutiva (Maturana y Valera, 1987) y el construccionismo social (Berger y Luckmann, 1966) están en el origen de los enfoques constructivistas. Estos modelos pretendían avanzar el modelo cognitivo desde una perspectiva post-racionalista (Guidano, 1991a).

Finalmente, el modelo contextualista de la ACT supondría una visión actualizada, post-skinneriana, de la terapia de conducta, en el contexto de las 3 *olas* arriba mencionadas (Hayes, 2004).

Siguiendo con esta reflexión histórica, hay que señalar que cada terapia surge impregnada de un particular “espíritu de la época”. Así, este “espíritu” permitiría entender el foco de cada terapia, cómo cada terapia explica al ser humano y sus problemas, al igual que las formas de tratamiento asociadas a ello y el consecuente comportamiento de los participantes en el proceso terapéutico.

Nuestros modelos como fruto del siglo XX y del siglo XXI

Hobsbawm (1994) estructuró el Siglo XX como un tríptico:

1. La época de catástrofes que va desde 1914 hasta el final de la Segunda Guerra Mundial (1945).
2. Tras ella, vino un periodo de 25-30 años, la *Edad de Oro*, con un extraordinario crecimiento económico y transformación social.
3. El final del Siglo XX conoció una nueva era de descomposición, incertidumbre y crisis (en buena parte de África, la ex Unión Soviética y los antiguos países socialistas del Este de Europa). De nuevo, la catástrofe.

Conviene que nos centremos, brevemente, en la Edad de Oro. Ésta produjo un impacto extraordinario, toda una transformación económica, social y cultural, que fue posible gracias a la ciencia y a la tecnología. Rychlak (2003), retomando el trabajo de Bell de 1973, comenta que esta Edad de Oro correspondería a la sociedad industrial, lo que propició la visión del ser humano como dos tipos de máquinas. Por un lado, tenemos una *máquina conductual* que concibe al ser humano moviéndose por dispositivos mecánicos, bajo el control del ambiente. El terapeuta, un “demiurgo” con poderes de control sobre esa máquina, dispone del ambiente para el cambio. Por otro lado, la *máquina cognitiva* necesita que ese demiurgo (el terapeuta) programe la máquina, para que ésta piense mejor en aras a su óptimo funcionamiento.

En definitiva, la Edad de Oro sustenta el origen de las terapias de conducta y cognitivas clásicas. Ambas desarrollan una tecnología que permite mejorar la máquina haciendo que se comporte mejor, o que piense mejor, de forma más racional, con el terapeuta a los mandos de esta máquina.

Por otro lado, aunque sus primeros trabajos surgieron a finales del S. XX, podemos afirmar que las terapias constructivistas y contextuales son hijas del S. XXI, con unos valores y características diferentes a los del Siglo XX. Señalaremos, solamente, aquellos que podemos relacionar, más claramente, con elementos psicoterapéuticos.

Indudablemente, la sociedad del siglo XXI (post-industrial, siguiendo a Bell, en Rychlak, op.cit.) se caracteriza por ser una sociedad del conocimiento, con todo el despliegue de tecnologías de la información y de las comunicaciones. Otro rasgo indudable es el respeto a otras culturas. Por ejemplo, se pasa del occidentalismo al

orientalismo, ejemplificado, en psicoterapia, con la tendencia hacia el *mindfulness* (Kabat-Zinn, 1990; Segal, Teasdale y Williams, 2002). Aunque no es una idea nueva (véase, Rogers, 1961), el principio de igualdad convierte a las terapias, cada vez, en menos jerárquicas. Esto se puede relacionar con el énfasis en el respeto a todos, todos los valores, planteamientos vitales, etc. Un ejemplo de ello lo podemos ver en la ACT con su énfasis en los valores, tal y como luego se expondrá. Finalmente, el ser humano ya no es un ser que se guía por un criterio racional a la hora de tomar decisiones, sino por otro de tipo económico, en el sentido de que el individuo tomará decisiones basándose en aquello que le beneficia (Schirmmacher, 2014).

Un breve encuadre epistemológico y ontológico

En esta búsqueda de convergencias y divergencias entre los tres modelos es conveniente desarrollar, al menos brevemente, una perspectiva epistemológica y ontológica.

La Psicología tiene un claro origen modernista (Pinillos, 1997). La promesa de la modernidad la podemos relacionar, en parte, con esa Edad de Oro del S. XX. Dos cuestiones son importantes. El impulso tecnológico que nos permite el control, y considerar la naturaleza progresiva de la investigación, en cuanto al logro continuo de datos y la comprobación de hipótesis. Así, podemos asumir como terapias típicamente modernistas, a la terapia de conducta (la 1ª ola) y a las terapias cognitivas, en cuanto a los modelos más clásicos, de reestructuración (Caro, 1995; Clark, Beck y Alford, 1999). El énfasis de estos modelos en el control, en el trabajo y mejora de la máquina que ya hemos comentado, junto a ese terapeuta que guía, dirige y controla, puede ser un buen ejemplo de ello.

Este encuadre epistemológico diferencia las terapias aquí comparadas en relación a la evolución de las psicoterapias cognitivas, entendiendo que la aparición del constructivismo introdujo una nueva forma de abordar la explicación del conocimiento humano (Caro, 1995; Villegas, 1992). Lo mismo sucedió con las terapias contextuales que, aun asumiendo su entronque con la terapia de conducta, típicamente modernista (Woolfolk y Richardson, 1984), la avanzan hacia rasgos más postmodernos y constructivistas (Hayes, 2004). Podríamos decir que con la aparición de estos modelos, y por su insistencia en cuestiones como los valores, el género, el texto y la narración, aparece un nuevo lenguaje en terapia, sintonizado con un giro postmoderno, típico de finales del S. XX y del S. XXI.

Todo ello se relaciona con el tipo de sujeto, ya que cada terapia se dirige a un tipo distinto de sujeto, propio de su época. Las psicoterapias cognitivas clásicas se dirigen a un sujeto modernista, típico del S. XX. Es decir, un sujeto racional, occidental, contenido y con límites. De ahí se deriva un Yo individual, estable, singular, esencial y cognoscible (Caro, 2015; Neimeyer, 1998, 2009). Este Yo es inseparable de una psicoterapia que mejora la autorrealización, el autocontrol y la autoeficacia (Neimeyer, 2009).

Existe una importante divergencia entre las psicoterapias aquí comparadas

en relación a este tipo de sujeto. Los modelos constructivistas y contextuales se relacionan con un sujeto de corte postmoderno, típico de finales del S. XX y del S. XXI. Así, tenemos un sujeto fragmentado y saturado, socialmente construido (Gergen, 1991) que supone un self relacional (Mahoney, 2003). El sujeto desaparece (Pinillos, 1997) y todo está en el lenguaje (“yo soy la historia que cuento”; Gergen 1991). El terapeuta que trabaja con este tipo de sujeto intenta pegar los pedazos que se han fragmentado. No gestiona una máquina, sino que ayuda al paciente en su fluir y evolución, y lo hace desde un tipo diferente de relación terapéutica.

Hecha esta breve revisión histórica señalaremos semejanzas y diferencias entre los modelos. Comenzaremos por el modelo cognitivo más clásico, en cuanto al desarrollo realizado por la terapia cognitiva de Beck y la terapia racional emotivo conductual de Ellis.

Los modelos de reestructuración cognitiva

“Un principio central del modelo cognitivo es que el procesamiento humano de la información, o la construcción de significado, influye en todas las experiencias emocionales y conductuales” (Clark, Beck y Alford, 1999, p. 55).

La aportación conceptual cognitiva

El foco en los modelos cognitivos clásicos se centra en cómo conocemos y aportamos significado los seres humanos a nuestras experiencias. Muy brevemente, conocemos a través de un filtro interpretativo, mediante esquemas hipervalentes y distorsionados, distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos negativos, toda una filosofía irracional (basada en absolutos, falsas atribuciones, etc.; Caro, 2011), etc. En coherencia con todo ello, el trabajo terapéutico se centra en todo este marco interpretativo que distorsiona el significado que damos a nuestras experiencias.

Mostrando la epistemología modernista antes expuesta, una meta cognitiva será la de convertir al ser humano en un científico. El paciente, como científico, debe modificar los patrones erróneos de pensamiento y sus creencias y supuestos desadaptativos, corrigiendo el procesamiento distorsionado de la información. ¿Cómo se desarrollan estas metas? Siguiendo con la metáfora de la máquina, el paciente debe convertirse en una máquina que piense mejor, usando su capacidad racional. De manera que las técnicas desarrolladas buscan que el paciente controle y modifique sus pensamientos para producir cambios en conductas y emociones.

La emoción, por tanto, y aunque existe diversidad de opiniones (Beck, 1985; Ellis, 1962) no deja de ser secundaria a la cognición, y se debe controlar. Este es un aspecto básico del modelo cognitivo, de reestructuración, desde sus inicios. Aunque nunca se descartó que el ser humano fuera pensamiento, emoción y conducta (Beck, 1985), el trabajo terapéutico demuestra una primacía de la cognición frente a la emoción. Se resalta esta cuestión pues es un elemento clave para juzgar la evolución de las psicoterapias cognitivas, del desarrollo crítico del constructivismo frente a las terapias cognitivas clásicas, e igualmente, como veremos más

adelante, este aspecto puede representar una importante diferencia con las terapias contextuales, en concreto con la ACT.

La aportación clínica: Los modelos de reestructuración en la práctica

Técnicas cognitivas, entre otras, como la detección de pensamientos negativos, automáticos, la socialización del paciente en el modelo cognitivo, el debate o diálogo socrático, el desafío de los “debo”, la búsqueda de pensamientos y respuestas racionales y alternativas, el desafío de esquemas, el análisis de la lógica incorrecta, o la comprobación de hipótesis, hacen evidente, a nuestro entender, estas características conceptuales de los modelos cognitivos clásicos. Es decir, con estas técnicas se busca ayudar al paciente a descubrir sus equivocaciones de pensamiento, comprobándolo o validándolo en la realidad, controlando, o disminuyendo sus emociones negativas.

En este enfoque de reestructuración también se emplean técnicas conductuales que tienen una doble función. Se utilizan como técnicas paliativas, para mejorar, aliviar o disminuir síntomas motivacionales (por ejemplo, anhedonia en la depresión), o para paliar síntomas de activación emocional (por ejemplo, síntomas de ansiedad). Sin embargo, un elemento clave en el empleo de estas técnicas radica en emplearlas como ejercicios, tareas, o pequeños experimentos para dotar de base empírica a las cogniciones y así seguir ayudando al paciente a que se convierta en un científico que comprueba sus pensamientos. Esto supone un elemento clave, diferencial, frente a los modelos constructivistas. Si se logran estas metas, se conseguirá desarrollar un conocimiento válido, o asentado en “datos”, al convertir los pensamientos de los pacientes en hipótesis que se comprueban y verifican.

El contexto de aplicación de todo ello requiere de un estilo terapéutico distintivo. Las metas cognitivas se logran en un marco de interacción, dirección y colaboración (concepto de *empirismo colaborador*; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), en donde el terapeuta, en principio, se comporta de forma activo-directiva, trabajando, codo con codo, con el paciente.

La socialización del paciente en los principios básicos del tratamiento supone que éste comprenda que es su filtro interpretativo, todo su marco de supuestos, el que explica el porqué de sus problemas y en ellos estriba el foco terapéutico. Y esto se lleva a la práctica con un estilo terapéutico de corte “intelectual”, haciendo evidente que, con la ayuda de la razón, el paciente puede lograr distanciarse de sus pensamientos problemáticos y hacerlos más cercanos a hechos, o dotarles de base empírica. Así, el paciente se convierte en un científico, y el trabajo terapéutico se puede explicar mediante la *metáfora del maestro-alumno*.

Buena parte de este trabajo conjunto, paciente-terapeuta, se refleja en el amplio uso que se hace de tareas terapéuticas, mediante las cuales el paciente va a lograr aplicar lo “aprendido” en terapia, a la vida “real”. Acudirá a sesión con estas tareas que se revisarán y recibirá feedback por parte de su terapeuta.

En definitiva, este es un modelo activo de tratamiento que da una importancia

primordial a los procesos (sobre todo, distorsionados) mediante los que un ser humano construye sus experiencias y les da significado, buscando un conocimiento más válido.

Los modelos constructivistas

“En las ciencias sociales, el constructivismo se ha empleado con dos significados: como una descripción del organismo como un agente activo en su propio desarrollo continuo, y como una forma de destacar los contextos sociales que construyen y orientan nuestros esfuerzos al conocer, comunicar y llegar a ser” (Mahoney, 1991, p. 96).

La aportación conceptual constructivista

El constructivismo acoge una serie de enfoques y, por regla general, desafía cualquier intento de definición. No obstante, para Mahoney (2003), “un punto de vista constructivo sobre la experiencia humana es aquel que enfatiza la acción significativa mediante el desarrollo de un ser en relación” (p. 5). En esta definición, observamos uno de los elementos clave del ser humano del S. XXI, el self relacional.

El foco constructivista es radicalmente diferente al de los modelos de reestructuración. En primer lugar, se debe destacar la primacía o el relevante papel que juegan las emociones como fuente de conocimiento (Mahoney, 1991), ya que las emociones dirigen nuestra atención, moldean nuestras percepciones y organizan nuestros recuerdos, motivándonos en nuestro aprendizaje. Su implicación en el cambio terapéutico es indudable. Por ejemplo, Neimeyer (2009) asume que “todo cambio terapéutico se origina en momentos de intensidad experiencial” (p. 97).

Un foco importante constructivista está en el self y en su desarrollo. Según Guidano (1991a), se puede decir que toda psicoterapia es, en cierto sentido, una psicoterapia del sí mismo, o un acto de asistencia del terapeuta en esa auto-organización. A la perspectiva única del agente que experiencia se le da una gran importancia, siempre y cuando se tenga en cuenta que el self no es una entidad, sino un proceso y que en modo alguno está aislado o separado. Surge y cambia, fundamentalmente, en relación con los otros (Mahoney, 2003).

Siguiendo principios construccionistas sociales, las relaciones socio-simbólicas son clave en esta organización y desarrollo del self tal y como resume Mahoney (op. cit.). De manera que la organización activa del self tiene lugar no sólo “en” un cuerpo, sino simultáneamente “con” y “a través” de vínculos sociales y sistemas de símbolos. Los humanos somos criaturas sociales, y no hay forma significativa de separar nuestra capacidad de vincularnos socialmente, de nuestras capacidades simbólicas. La forma y estructura de nuestro pensamiento es relacional. En este sentido, y tal y como señalábamos anteriormente, se asume que desarrollamos nuestra experiencia y nos relacionamos con los demás a través de historias y de narraciones (Bruner, 1986).

El modelo constructivista es no determinista. Se postula la gran capacidad

agente del ser humano, que es un participante proactivo en su vida. Aunque podemos reaccionar sin reflexionar o de manera condicionada, sobrevivimos y damos sentido a nuestras experiencias de manera *proactiva*. Somos agentes que actuamos *en y sobre* el mundo (Mahoney, 2003). Esta cuestión de un ser humano proactivo es clave, según Mahoney (1991), para diferenciar este modelo, del modelo de reestructuración.

La explicación que ofrece el modelo constructivista sobre el cambio terapéutico tiene unos rasgos diferenciales, ya que se entiende el ser humano en una evolución continua. En primer lugar, el ser humano, como metaforiza el mito de Sísifo, está inmerso en ciclos y espirales de experiencia. “Subimos y bajamos por la ladera”, continuamente. El cambio, ante nuevas experiencias que debemos asimilar, es oscilante y difícil. Como plantea Mahoney (2003) en su análisis de este proceso, a veces nos desarrollamos consiguiendo pequeños logros. Otras veces, la vida nos demanda un avance mayor. Cuando los cambios son grandes, podemos experimentar una revolución personal. Ante cambios que nos superan y que se nos demandan (en terapia y fuera de ella), nos comportamos de forma rígida, nos desorganizamos y nos resistimos. Entonces, el papel del terapeuta debe ser el de facilitar y apreciar esta posibilidad de cambio y las dificultades del paciente para lograrlo, entendiendo que éste refleja, según Guidano (1991a) y Mahoney (1991), el desarrollo dinámico de un sistema de auto-organización.

Las metas constructivistas intentan llevar a la práctica sus rasgos conceptuales principales y lo hacen desarrollando, en segundo lugar, una perspectiva teleonómica y no teleológica (típica de los modelos de reestructuración y de la ACT). Una postura teleonómica supone que la terapia no se organiza, o “prescribe”, la consecución de determinadas metas para el logro de un desenlace final, fijado de antemano. En su lugar, el desarrollo y organización de la terapia se va desplegando, evolucionando, en el momento-a-momento del propio proceso terapéutico (Mahoney, 1991).

Los modelos constructivistas en la práctica

Si toda psicoterapia es un acto de auto-organización (Guidano, 1991a), una meta importante será la de lograr comprender los patrones de orden y de organización del sí mismo. Igualmente, se intentará entender las historias de vida que cuentan los clientes. Si el ser humano es texto y narración (Bruner, 1986), se asume que los clientes acuden a psicoterapia con una historia que contar (Polkinghorne, 1988) que no es *válida*, ni *inválida*, sino que se cuestiona ya que refleja cómo el individuo intenta dar orden a sus experiencias, de una forma *viable*. El conocimiento, en el modelo constructivista, no se modifica hacia su *validez* (un rasgo típico de los modelos de reestructuración), sino hacia su *viabilidad*, es decir, si es funcional o no, nuestra forma de construir nuestras experiencias. Desde esta perspectiva, no se guía al cliente para que ajuste o alinee el pensamiento con la realidad, sino para que intente descubrir qué alienta o qué obstaculiza las continuas experiencias cambiantes. Es decir, que el cliente entienda que es un ser humano en proceso

(Guidano, 1991a).

El modelo constructivista promueve la *reflexividad* del cliente. Siguiendo a Neimeyer (2009), el cliente debe conocer, ser consciente y desarrollar un compromiso con una experiencia emocionalmente significativa, para que entienda cómo da significado a sus experiencias, detectando sus pautas principales. Esto se consigue con una postura menos interpretativa por parte del terapeuta, más experiencial. No quiere decir que no se realicen interpretaciones, sino que, a diferencia del modelo de reestructuración, y siguiendo con la cuestión de la viabilidad del conocimiento, lo que importa no es tanto la validez de la interpretación (en el foco de un determinado trabajo conjunto cliente-terapeuta), sino en qué medida dicha interpretación se corresponde con la verdad emocional del cliente. Así, “la terapia constructiva ofrece una relación humana auténtica en la que se anima a los clientes a experimentar a su manera, explorar lo que ha sucedido y sucede en sus vidas, y experimentar con las posibilidades para vivir más plenamente” (Mahoney, 2003, p.9). Esta cita nos introduce en un elemento importante del constructivismo: el tipo de relación terapéutica o el estilo particular del terapeuta constructivista.

El trabajo terapéutico constructivista se rige por lo que Neimeyer (2009) denomina las 3 “pes”. Éstas se comprenden si asumimos que la terapia es una transacción entre dos personas, sincronizadas y con un principio determinante, seguir *la huella del afecto*.

1. Presencia del terapeuta. El terapeuta debe estar totalmente disponible, ser empático y respetuoso, para el cliente y sus preocupaciones, sin centrarse en otro tipo de agendas, ni ofrecer lecciones de vida, intentando no ser “demasiado visible”. Como diría Guidano (1991b) convirtiéndose en un *perturbador estratégicamente orientado*, siendo esto un elemento descriptivo clave del terapeuta constructivista (Quiñones y Ugarte, 2019).

2. El **proceso** es el medio en el que se desarrolla el “drama” de la terapia. Siguiendo esta metáfora, el terapeuta eficaz atiende, de igual modo que el director de una obra de teatro, al despliegue de la acción que tiene lugar en la consulta. El terapeuta es director y también actor, sin necesidad de seguir un guión escrito de antemano.

Otro aspecto importante del proceso es la *sincronización* o encontrar la intervención más oportuna en un determinado momento. Así se evitará cometer dos pecados capitales (*errores de rastreo*): ir demasiado deprisa o demasiado lento.

3. **Los procedimientos clínicos.** Estos apuntan a objetivos específicos y se basan en estrategias de cambio identificables, aunque la práctica de la psicoterapia postmoderna no se caracteriza por una agenda establecida de antemano. Según el modelo constructivista dispondremos de un tipo de procedimiento y estructuración diferentes. Por ejemplo, Mahoney (1991) señaló que la terapia podía ser como una consulta intermitente a largo plazo, siendo el terapeuta un guía o compañero de viaje para el cliente. Otros enfoques de corte evolutivo plantean procedimientos que pueden durar años, distinguiéndose entre unas fases que facilitan el cambio

terapéutico y una continuación de la terapia que permita cerrarla mediante un análisis de tipo evolutivo (e.g., Guidano, 1991a).

Como asume Neimeyer (2009), que haya variabilidad dentro del constructivismo, no quiere decir que estas terapias sean erráticas, ineficaces o carentes de toda dirección. Con ello, se hace evidente uno de los rasgos diferenciadores entre los modelos cognitivos modernistas y los postmodernos, ya señalado: la *teleología* (terapias orientadas hacia un objetivo establecido de antemano) frente la *teleonomía* (se despliega con el paso del tiempo, una evolución significativa cuyo desenlace final no puede hallarse previamente establecido).

Finalmente, hay que señalar que este planteamiento conceptual tiene un claro reflejo en el desarrollo y elección de técnicas principales, evidenciando un claro eclecticismo de base. Como planteó Kelly (1955/1991), estas terapias puede ser técnicamente eclécticas, pero su fundamento teórico es coherente. Si las *técnicas son como lenguajes*, cuantas más lenguajes/técnicas hablemos, mucho mejor. El siguiente listado (tomado de Mahoney, 2003) ejemplifica muy bien todo ello, en el contexto constructivista:

- Técnicas para centrarnos y para lograr el equilibrio
- Ejercicios de respiración
- Meditación y mindfulness
- Técnicas narrativas, como escritos terapéuticos o el proyecto de revisión de vida
- Técnicas conductuales, por el énfasis en la acción y la actividad
- Técnicas cognitivas, de reestructuración
- Yoga, Tai Chi
- Estiramientos
- Música y danza
- Masajes
- Solución de problemas
- Animales de compañía
- Trabajo con la voz
- Terapia del rol fijo
- Ejercicios de habilidades espirituales
- Uso de la fantasía
- Tiempo de espejo
- Etc.

Los modelos contextuales: la terapia de aceptación y compromiso

“La propuesta de la ACT es la aceptación de los eventos privados que no pueden ser cambiados mientras se aprende a cambiar lo que sí se puede y se elige cambiar actuando en dirección a valores”

(Luciano y Molina, 2003, p. 194).

Cuestiones conceptuales

En el campo contextual se dispone de distintos enfoques (Hayes, 2004; Öst, 2008). No obstante, y por cuestiones de espacio, nos centraremos en la terapia de aceptación y compromiso, la ACT, que no son siglas, exclusivamente, sino el énfasis que se pone en esta terapia en ACTUAR.

La ACT y otros enfoques contextuales, como la psicoterapia analítica funcional (véase al respecto, Pérez, 1996) surgen como un intento de paliar las deficiencias de los modelos clásicos cognitivos, preocupados por el foco y la alteración del contenido cognitivo, tal y como ya se ha expuesto. La crítica que la ACT hace a todos los modelos es que su versión sobre la “enfermedad y la salud mental” no permite abordar la condición humana en toda su extensión. Es decir, entender que somos organismos verbales (Luciano, 2005).

Así, según Hayes (2004) la ACT desarrolla un enfoque post-skinneriano sobre el lenguaje, en torno a la teoría del marco relacional. Para esta teoría, al ser organismos verbales, el lenguaje influye en el control relacional o simbólico de los estímulos, es decir, en el denominado aprendizaje relacional. Según esta teoría, “el centro del lenguaje y la cognición humanas es la habilidad, aprendida y contextualmente controlada, para relacionar eventos de forma arbitraria, de forma mutua y en combinación, y para cambiar las funciones de los eventos específicos basadas en sus relaciones con los otros” (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006, p. 5).

Su base filosófica es el *contextualismo funcional* que entiende lo psicológico como un producto de la historia de cada persona. Pensar y sentir son una construcción socio-verbal que nos lleva a considerar la relación entre eventos privados y acciones como consecuencia de una interacción social arbitraria (Wilson y Luciano, 2002). Por ello, esta teoría se puede emplazar en los rasgos, ya señalados, del S. XXI, acercándola a planteamientos constructivistas.

Tal y como se ha dicho, y en primer lugar, el foco de la ACT no está en alterar los contenidos cognitivos o los eventos privados, sino en exponer al cliente (en un juego terapéutico diferente) a dichos eventos. Para ello, se pretende cambiar el contexto (véase, más adelante, los 6 principios básicos) en donde aparecen dichos contenidos cognitivos. Siguiendo a Luciano y Molina (2003) un contexto importante es el de *dar o buscar explicaciones*. Por ejemplo, una cliente puede pensar: “Si lloro es porque estoy deprimida”. Otro contexto puede ser el del *control de la emoción y la cognición*, así que podemos pensar “debo huir cuando tengo miedo”. Finalmente, otro ejemplo de un contexto importante es el de la *literalidad del lenguaje*. Por ejemplo, adscribirnos la etiqueta de “depresión” puede influir en que nos comportemos, hablemos, nos movamos, “de forma depresiva”.

En segundo lugar, y aquí tenemos una importante diferencia frente a los modelos cognitivos clásicos, lo que se pretende es que el cliente entienda que su relación con los eventos privados (cogniciones o emociones, por ejemplo) tiene que ser diferente, lo que se logra abandonando el control frente a ellos. Consecuente con este planteamiento, la ACT se focaliza en el denominado *trastorno de evita-*

ción experiencial (TEE). Este trastorno es típicamente de orden verbal y se puede relacionar con toda una lógica cultural y con toda una tecnología de cura que la sustenta de manera clarísima, desde el mismo inicio de la psicoterapia. Al individuo se le dota de estrategias de control sobre aquello que le molesta, preocupa, etc., ya que se supone que el sufrimiento se debe evitar y que esta evitación, huida, etc. debe lograrse a toda costa. Por todo ello, los clientes que mejor se ajustan a la ACT son aquellos que llevan toda su vida embarcados en esta evitación experiencial, luchando contra sus eventos privados (Wilson y Luciano, 2002).

De manera que el TEE nos está describiendo un rasgo típico de la sociedad occidental, ejemplificado en la lógica de los principales modelos psicoterapéuticos. Como comentan Hayes, Strosahl y Wilson (1999) la persona, enmarcada en un contexto cultural específico, intenta alterar la forma, la frecuencia y las condiciones o contextos de sus experiencias privadas. Así, una persona que sufre de ansiedad podría decirse: “si huyo de algo es porque tengo miedo, luego debo evitarlo. Mis síntomas indican, realmente, que tengo ansiedad y la ansiedad es peligrosa o mala y debo evitarla”.

El modelo de la ACT en la práctica

La meta principal de la ACT es la de lograr la flexibilidad psicológica, relacionada con el distanciamiento comprensivo y con 6 procesos básicos que expon-dremos, brevemente.

La *aceptación* supone hacer lo contrario de aquello para lo que estamos socializados: *el control* (Hayes y Wilson, 1994). Hay que intentar lograr que el cliente dé la bienvenida a aquello que ha estado evitado toda la vida, siguiendo lo planteado mediante el concepto del TEE. Se debería conseguir que el cliente lograra una *desesperanza creativa* (Hayes et al., 1999), es decir, que entendiera que toda su vida ha hecho A para reducir B, y que esto no le ha funcionado, por lo que debe dejar de hacerlo. Esta cuestión de una “solución” repetida muchas veces, sin éxito y en la que seguimos implicados, no es nueva en psicoterapia. Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) ya nos advirtieron que tuviéramos en cuenta que muchas veces, la “solución se convierte en el problema”.

Por centrarse en las funciones del lenguaje, es importante que el cliente logre una nueva actitud frente a éste, concretada en los procesos de *defusión cognitiva* y de *desliteralización del lenguaje* que permiten “abrir una mente” (Hayes y Wilson, 1994). Por ejemplo, el foco en el contenido del pensamiento, “soy un fracaso”, se modifica. Se invita al cliente (usando el Yo como contexto) a que, en su lugar, se diga, “Yo estoy teniendo el pensamiento que soy un fracaso”. El verbo “ser” nos trae problemas (Korzybski, 1933/1958; véase, al respecto la comparación entre la ACT y la terapia lingüística de evaluación; Caro, 2016), por lo que mediante estos procesos se ayuda al cliente a que no esté inmerso en esta literalidad del lenguaje.

La búsqueda de la defusión cognitiva pretende evitar la literalidad del pensamiento humano (Hayes, Pistorello y Levin, 2012), en el contexto de la literalidad

del lenguaje. Así, las palabras no se apropiarán del significado de los objetos a los que se refieren (Pérez, 1996).

El modelo contextual de la ACT desarrolla una teorización sobre el sí mismo en el que éste se convierte en un *contexto* (Hayes, Strosahl, Buntig, Twohig y Wilson, 2004), es decir, en un sí mismo observador (Twohig y Hayes, 2008). Disponemos de un Yo que se da cuenta de las experiencias en el aquí y ahora, pero lo que define al Yo no son las experiencias en sí, sino ese darse cuenta de ellas. Este sentido del self es el resultado de comprender que las observaciones están hechas desde un locus consistente: Yo/aquí/ahora. En términos legos, es el “yo” que está “detrás de tus ojos”, el “yo” que se da cuenta de las experiencias, no las experiencias en sí.

Darse cuenta de sus experiencias (“estoy teniendo un pensamiento...”) implica al cliente en un proceso de aceptación que facilita no buscar el control a toda costa, ya que las experiencias y los pensamientos no amenazan al sí mismo.

Otro proceso básico tiene que ver con *estar en el presente*. El cliente debe aprender a estar en contacto, esto es, a ser capaz de experimentar, de forma consciente, evitando evaluar o enjuiciar los eventos internos y externos (Twohig y Hayes, 2008). Este “estar en el presente” tiene, por tanto, un papel fundamental para trabajar con el TEE. Ahora bien, en la conceptualización de este proceso nos aparece una importante diferencia frente a los otros modelos, aquí comparados. Se asume, como hacen, por ejemplo, Twohig y Hayes (op. cit., p. 12) que el cliente debe experimentar el mundo interno y externo como “realmente es”, para lo cual dispone de dos tipos de habilidades. Las primeras para experimentar abiertamente, y en su totalidad, lo que está ocurriendo en el momento presente, y las segundas para describir y etiquetar los eventos sin ningún juicio. Partiendo de esta cuestión, debemos señalar la gran diferencia, a nuestro entender, entre este modelo y cualquiera de tipo cognitivo, sobre todo, de tipo constructivista. Brevemente, en el constructivismo se asume, por ejemplo, una postura relativista en cuanto que la realidad es una construcción individual o colectiva, de orden, sobre nuestras experiencias (Mahoney, 1991). Es decir, que un constructivista no asumiría que se pueda experimentar la realidad “como realmente es”.

Los dos últimos procesos tienen que ver con los valores y la acción comprometida. Los *valores* serían acciones conducentes para desarrollar aquello que consideramos un “valor” para nosotros. No suponen poseer algo, sino que se relacionan con las áreas de la vida que decidimos perseguir momento-a-momento. Desde este punto de vista, los valores guían y dirigen la terapia. Podemos elegirlos en relación a la familia o los amigos, el cuidado de nuestra salud, la vinculación con nuestro trabajo o la sociedad, nuestro papel como ciudadanos, etc. (Twohig y Hayes, 2008).

Se asume, entonces que, en función de los valores elegidos, vamos a poder implicarnos en la *acción comprometida y saludable* o en la construcción de metas y patrones de vida, mayores y más duraderos. Indudablemente, y en coherencia con los procesos anteriores, la acción comprometida no va a estar en evitar, en controlar, sino en hacer actividades que refuercen patrones nuevos y diferentes.

Los valores, por tanto, alteran funciones relacionales, ya que ofrecen un patrón alternativo. Por ejemplo, un agorafóbico que evita exponerse en lugares públicos, con gente, puede darse cuenta de que al hacerlo está perjudicando a su familia. En lugar de su conducta de evitación, y para poder disfrutar de su familia compartiendo su tiempo y actividades con ella, puede elegir, como valor y acción comprometida, exponerse en lugares públicos.

El estilo terapéutico está en la línea de los conceptos y metas descritos, siendo la relación terapéutica muy importante (Luciano y Molina, 2003). El terapeuta es activo y debe mostrar aceptación y una actitud compasiva ante su cliente. Al igual que al cliente, cabe demandarle que sepa guiarse por sus valores y no se deje influir por la literalidad del lenguaje.

Para terminar con esta exposición de la ACT, enumeraremos algunas de las técnicas que se emplean en este enfoque. Partiendo de Strosahl, Hayes, Wilson y Gifford (2004), el siguiente listado (no exhaustivo) nos da una idea de la diversidad de las técnicas y estrategias empleadas en la ACT.

- √ Ejercicios conductuales: exposición
- √ Numerosos “juegos” con metáforas
 - √ La persona en el hoyo
 - √ Alimentar al tigre
 - √ Bajar una colina esquiando
 - √ Los muebles en la casa
 - √ Montar en bicicleta
- √ Escribir sobre eventos dolorosos
- √ ¿Qué epitafio pondrías en tu tumba?
- √ Técnicas de conciencia plena
- √ Leer nuestra mente
- √ Conciencia experiencial
- √ Oración de la serenidad
- √ Cambiar el lenguaje: “Estoy teniendo el pensamiento...”
- √ Usar voces estúpidas al decir los pensamientos

Conclusión: Convergencias y divergencias entre los tres modelos

En el Cuadro 1 se resumen los principales elementos desarrollados, en distintos apartados. Como podemos apreciar, existe una gran divergencia entre los modelos aquí comparados. Sería una conclusión importante afirmar que el constructivismo, en terapia cognitiva, avanzó el modelo cognitivo hacia elementos no tenidos en cuenta, desarrollándolo hacia perspectivas nuevas y diversas.

Por su parte, nos gustaría asumir que no existe ninguna convergencia entre las terapias de reestructuración cognitiva y la ACT. La ACT se planteó (Hayes, 2004) como una superación del modelo clásico, cognitivo, para resolver polémicas. Sin embargo, en nuestra opinión, no lo supera, sino que, simplemente, es diferente en foco, objetivo y métodos. Podemos relacionarlos, compararlos, etc., pero esto no

Cuadro 1. Resumen comparativo entre los tres modelos.

| | MODELOS DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA | MODELOS COGNITIVOS CONSTRUCTIVISTAS | MODELOS CONTEXTUALES (ACT) |
|--|---|---|--|
| FOCO | <ul style="list-style-type: none"> ✓ PROBLEMAS DE PENSAMIENTO ✓ DISTORSIONES COGNITIVAS ✓ IDEAS IRRACIONALES | <ul style="list-style-type: none"> ✓ EMOCIONES ✓ SELF EN PROCESO | <ul style="list-style-type: none"> ✓ TRASTORNO DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL |
| TRABAJO TERAPÉUTICO | <ul style="list-style-type: none"> ✓ SUPUESTOS Y ACTITUDES DISFUNCIONALES | <ul style="list-style-type: none"> ✓ COMPRENDER Y FACILITAR EL DESARROLLO DEL SELF | <ul style="list-style-type: none"> ✓ ALTERAR EL CONTEXTO |
| METAS | <ul style="list-style-type: none"> ✓ CORREGIR EL PENSAMIENTO DISTORSIONADO ✓ HACER EL PENSAMIENTO MÁS VÁLIDO ✓ TELEOLÓGICO | <ul style="list-style-type: none"> ✓ DESARROLLAR NUESTRO SÍ MISMO EN PROCESO ✓ LOGRO DE LA REFLEXIVIDAD ✓ TELEONÓMICO | <ul style="list-style-type: none"> ✓ FLEXIBILIDAD COGNITIVA ✓ DISTANCIAMIENTO COMPRENSIVO ✓ TELEOLÓGICO |
| ESTILO TERAPÉUTICO Y PAPEL DEL TERAPEUTA | <ul style="list-style-type: none"> ✓ ACTIVO-DIRECTIVO ✓ GUÍA ✓ ENSEÑAR A PENSAR | <ul style="list-style-type: none"> ✓ FACILITADOR DEL CAMBIO ✓ DIRECTOR Y ACTOR | <ul style="list-style-type: none"> ✓ ACTIVO ✓ COMPASIVO ✓ BASADO EN VALORES |
| TÉCNICAS | <ul style="list-style-type: none"> ✓ TÉCNICAS PROPIAS QUE AYUDEN A PENSAR DE FORMA MÁS RACIONAL, VÁLIDA ✓ DOTAR DE BASE EMPÍRICA AL PENSAMIENTO | <ul style="list-style-type: none"> ✓ TÉCNICAS PROPIAS Y TAMBIÉN ENFOQUE ECLÉCTICO ✓ DESARROLLO DE UN CONOCIMIENTO VIABLE ✓ ALENTAR LA REFLEXIVIDAD | <ul style="list-style-type: none"> ✓ ECLECTICISMO DE BASE ✓ TÉCNICAS PROPIAS PARA DETECTAR Y MODIFICAR EL TEE |

implica que un modelo supla o asimile al otro.

La comparación constructivismo y ACT también encuentra diferencias de foco, objetivos, técnicas, etc., aunque hay algunos puntos de convergencia, por ejemplo, respecto al estilo terapéutico, o la importancia de un enfoque diferente sobre las emociones.

En definitiva, y como conclusión integradora, nos gustaría señalar que las terapias se definen por lo que aportan. Y, en este sentido, todas tienen algo que aportar al complejo (y en continua evolución) campo de las psicoterapias, por lo que se hace difícil juzgar la primacía de unas frente a otras. A pesar de la evolución de algunas, o de su cercanía entre ellas o hacia alguna de ellas, nos gustaría asumir, como se ha hecho al inicio, que la “esencia” o la “personalidad” de cada

terapia sigue estando allí, y es un claro reflejo del momento en que surgió, justificando su foco y finalidad. Nos queda, por tanto, algo tan saludable como resaltar las diferencias entre terapias y aceptarlas, asumiendo, como un importante valor, la posibilidad inevitable, la riqueza que supone, compartir el amplio campo de los tratamientos psicológicos.

Referencias bibliográficas

- Beck, A. T. (1985). Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy: A cognitive continuum. En M. J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 325-348). Nueva York, NY: Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4684-7562-3>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality*. Londres, Reino Unido: Penguin.
- Bruner J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Caro, I. (1995). Pasado, presente y futuro de las terapias cognitivas. *Boletín de Psicología*, 46, 115-160.
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas*. Bilbao, España: DDB.
- Caro, I. (2015). The subject in cognitive psychotherapy. *Anales de Psicología*, 31(2), 379-389. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.200201>
- Caro, I. (2016). La terapia lingüística de evaluación y la terapia de aceptación y compromiso: Una reflexión teórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(2), 113-124. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946990002.pdf>
- Caro, I. (2017). ¿Es posible la integración en psicoterapia? *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 59-74. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i108.200>
- Clark, D. A., Beck, A. T. y Alford, B. A. (Eds.) (1999). *Cognitive theory and therapy of depression*. Nueva York, NY: Wiley.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York, NY: Stuart.
- Gergen, K. J. (1991). *The saturated self: dilemmas of identity in contemporary life*. Nueva York, NY: Basic Books. <https://doi.org/10.2307/j.ctt4cgb2q.64>
- Guidano, V. (1991a). *The self in process*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Guidano, V. (1991b). Affective change events in a cognitive therapy system approach. En Safran, J. D. y Greenberg, L. S. (Eds.), *Emotion, psychotherapy and change* (pp. 50-79). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research & Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Pistorello, J. y Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002. <https://doi.org/10.1177%2F0011000012460836>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M. y Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? En S. C. Hayes y K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3-29). Nueva York, NY: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7>
- Hayes, S. C. y Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303. <https://doi.org/10.1007/BF03392677>
- Hobsbawm, E. (1994). *Historia del Siglo XX*. Buenos Aires, Argentina: Crítica.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Nueva York, NY: Delacorte.
- Kelly, G.A. (1991). *The psychology of personal constructs*. Vol. 2. Nueva York, NY: Norton (Trabajo original publicado en 1955).
- Korzybski, A. (1958). *Science and sanity. An introduction to non-aristotelian systems and General Semantics* (4 ed.). Lakeville, MN: Institute of General Semantics (Trabajo original publicado en 1933).

- Luciano, M. C. (2005, noviembre, 14). La terapia de aceptación y compromiso. Una nueva forma de entender los problemas y su solución. *Infocop*. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=444
- Luciano, M. C. y Molina, F. J. (2003). El trastorno de evitación experiencial y la terapia de aceptación y compromiso. En I. Caro (Ed.), *Psicoterapias cognitivas. Evolución y comparaciones* (pp. 191-210). Barcelona, España: Paidós.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Mahoney, M. J. (2003). *Constructive psychotherapy: a practical guide*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Maturana, H. R. y Varela, F. J. (1987). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston, MA: Shambhala.
- Neimeyer, R. A. (1998). Social constructionism in the counselling context. *Counselling Psychology Quarterly*, 11(2), 135-149. <https://doi.org/10.1080/09515079808254050>
- Neimeyer, R. A. (2009). *Constructivist psychotherapy: Distintive features*. Nueva York, NY: Routledge.
- Öst, L-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research & Therapy*, 46(3), 296-321. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.005>
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Pinillos, J. L. (1997). *El corazón del laberinto*. Madrid, España: Espasa.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Nueva York, NY: State University of New York Press.
- Quiñones, A. y Ugarte, C. (2019). Investigación del estilo personal del terapeuta post-racionalista: Una revisión. *Revista de Psicoterapia*, 30(112), 7-16. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.281>
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston, MA: Houghton Mifflin. <https://doi.org/10.1007/BF01560065>
- Rychlak, J. F. (2003). *The human image in postmodern America*. Washington, DC: APA. <https://doi.org/10.1037/10565-008>
- Segal, Z., Teasdale, J. D. y Williams, J. M. G. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Schirmacher, F. (2014). *Ego: las trampas del juego capitalista*. Madrid, España: Ariel.
- Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Wilson, K. G. y Gifford, E. V. (2004). An ACT primer. Core therapy processes, intervention strategies, and therapist competencies. En S. C. Hayes y K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 31-58). Nueva York, NY: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7>
- Twohig, M. P. y Hayes, S. C. (2008). *ACT verbatim for depression and anxiety*. Oakland, CA: Context Press.
- Villegas, M. (1992). Hermenéutica y constructivismo en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 3(12), 5-16. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/catalog/product/view/id/1231/s/hermeneutica-y-constructivismo-en-psicoterapia/category/3/>
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1974). *Change. Principles of problem formation and problem resolution*. Nueva York, NY: Norton.
- Weimer, W. B. (1977). A conceptual framework for cognitive psychology: Motor theories of mind. En R. Shaw y J.D. Bransford (Eds.), *Perceiving, acting, and knowing* (pp. 267-311). Hillsdale, MI: Erlbaum.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Madrid, España: Pirámide.
- Woolfolk, R. L. y Richardson, F. C. (1984). Behavior therapy and the ideology of modernity. *American Psychologist*, 39(7), 777-786. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.39.7.777>