

REFLEXIONES SOBRE LA «MODIFICACIÓN COGNITIVA DE LA CONDUCTA»

Julio SERRANO*

RESUMEN

Este estudio pretende lograr un mejor entendimiento de los orígenes de la modificación cognitiva de la conducta, al mismo tiempo que muestra, brevemente, las principales técnicas cognitivas utilizadas en el tratamiento de niños y adultos.

ABSTRACT

This paper is meant to outline the origins of cognitive-behavior modification. At the same time, we describe the main cognitive techniques used in the treatment of infant and adult behavioral problems.

*Master of Education. Doctor en Psicología.

INTRODUCCIÓN

En su artículo «Cognitive-behavior modification: a step in the wrong direction?», publicado en 1978 por *Psychological Bulletin*, hacía notar Ledwidge la gran proliferación de investigaciones cognitivas que habían aparecido, durante los años inmediatamente anteriores, en revistas que tradicionalmente se habían dedicado exclusivamente a la terapia conductual. Precisamente, la constatación de esta misma realidad había llevado a afirmar ya que la terapia conductual (MAHONEY, 1974; MEICHENBAUM, 1977) así como la Psicología en general (DEMBER, 1974) estaba dando un giro hacia lo que hoy denominamos Psicología Cognitiva. Franks y Wilson, directores de *Annual Review of Behavior Therapy*, cada año hacen un balance de las investigaciones publicadas en su revista. En la evaluación realizada en 1977, designaban el período 1976-1977 como *the year of cognition*.

Nuestro propósito en este artículo consiste, precisamente, en ahondar en la naturaleza y en los orígenes de la terapia conductual cognitiva, al mismo tiempo que ofrecemos los resultados más recientes en esta línea de investigación.

NATURALEZA Y ORÍGENES DE LA TERAPIA CONDUCTUAL COGNITIVA

El cambio experimentado por la Psicología hacia una tendencia cognitiva no se ha producido sin provocar críticas. Tales críticas han sido especialmente violentas por parte de aquellos psicólogos con orientación conductual que han considerado este interés por los procesos cognitivos como una resurrección mentalista. Baste citar, a este respecto, unas líneas aparecidas en *Psychological Record* en el año 1978: «Cognitivism constitutes a counter-revolution to the behavioristic revolution that promised to promote psychology to a scientific status. Students of scientific psychology cannot but deplore the regressive tendencies of cognitive psychology». Ideas parecidas han sido expresadas por WOLPE (1976), por LEDWIDGE (1978) que considera a la Psicología Cognitiva como: «a step in the wrong direction», por GREENSPOON y LAMAL (1978) que se preguntan: «cognitive behavior modification: who needs it?»...

Pero, ¿qué entendemos por terapia conductual cognitiva? Lo primero que hay que decir es que el nombre de modificación cognitiva de la conducta suele servir para designar una gran variedad de técnicas terapéu-

ticas que se fundamentan en diferentes modelos conceptuales. El compendio de terapias cognitivas y de autocontrol llevado a cabo por MAHONEY y ARNKOFF (1978 cubre acercamientos tan dispares como la terapia racional-emotiva, la terapia cognitiva, las terapias de autocontrol, las terapias de resolución de problemas... Dos son, de acuerdo con Mahoney y Arnkoff, los denominadores comunes a todos estos acercamientos terapéuticos: interés por las cogniciones del cliente y el propósito de hacer uso de las técnicas conductistas para promover el cambio comportamental. No obstante, según los mismos autores señalados más arriba, las diferencias entre los distintos métodos resultan tan llamativas como los parecidos que acabamos de señalar: existen diferencias en los presupuestos teóricos de los que parten (conceptos derivados del condicionamiento, del procesamiento de la información, del aprendizaje social...), diferentes aspectos de la experiencia cognitiva (creencias, atribuciones, expectativas, imágenes...), diferentes técnicas de tratamiento (desde un ataque frontal a las creencias irracionales, hasta animar al cliente para que lleve a cabo conductas adaptativas antes de fijarse en las cogniciones), diferentes estilos de intervención (desde la totalmente directiva hasta las menos directivas), diferencias notables en la importancia concedida a las técnicas conductuales...

Las disimilitudes apuntadas por Mahoney y Arnkoff hacen difícil referirse a la modificación cognitiva de la conducta en términos generales. Así por ejemplo, en el estudio realizado por Ledwidge en 1978 se intenta comparar la eficacia de lo que él llama *traditional behavior therapy* con *cognitive behavior modification*. Esta dicotomía no es sino una simplificación errónea de lo que se intenta comparar. Tal simplificación impide ver la gran diversidad existente tanto en las técnicas de modificación de conducta (WILSON, 1978) como entre las derivadas de la modificación cognitiva de la conducta.

El segundo punto que hay que mencionar cuando se intenta describir la naturaleza de la modificación cognitiva de la conducta es que tales métodos incorporan las técnicas de la terapia conductista. Se equivocan los que piensan que existe una clara discontinuidad entre ambos métodos de cambio comportamental. Ledwidge, por ejemplo, aunque reconoce que «cognitive-behavior-therapists include behavioral components when conducting therapy», escribe que: «despite these behavioral constituents the primary focus of each of these methods is on thought processes». Y termina refiriéndose a la modificación cognitiva de la conducta como: «this new verbal therapy». No obstante, está claro que los investigadores más identificados con el desarrollo de las técnicas cognitivas consideran los métodos conductistas como centrales en el proceso terapéutico: «According to Bandura and

many other persons labeled "cognitive behavior modifiers" the processes that govern human adjustment and maladjustment are cognitive in nature (they involve attentional processes, aspects of information storage and retrieval...). However, in almost comic irony, it now appears that behavioral procedures may be among the most powerful methods for activating those cognitive processes. Thus, if any clear distinction can be drawn, the major difference between cognitive and less cognitive behavior modifiers does not lie in their therapeutic procedures so much as in their rationale and selection of a given procedure in an individual case» (MAHONEY y KAZDIN, 1979).

Las investigaciones llevadas a cabo por Bandura y otros sugieren que las técnicas conductistas provocan mayor cambio que cualquier intervención verbal, vicaria... (BANDURA, BLANCHARD y RITTER, 1969; BANDURA, 1977...). No obstante, Bandura sostiene que el impacto terapéutico de las técnicas conductistas se ve mediado por alteraciones a nivel cognitivo: «The change procedures are behavioral in focus, but the process of change is viewed as largely cognitive» (Mahoney y Kazdin). Una consideración acerca del desarrollo histórico de la modificación cognitiva de la conducta nos pone igualmente de manifiesto la distinción nada fácil entre *behavior therapy* y *cognitive behavior therapy*. Teóricos del aprendizaje y terapeutas conductuales no han negado el papel de la cognición en los procesos de cambio del comportamiento. Técnicas tales como desensibilización, condicionamiento encubierto... tienden a modificar de una manera explícita o a hacer uso terapéutico de la imaginación del cliente y de sus autoverbalizaciones. Originalmente incluso, las cogniciones se conceptualizaron siguiendo los términos de las teorías del condicionamiento: las cogniciones eran tenidas como respuestas sometidas a las mismas leyes de aprendizaje que la conducta abierta. Este punto queda perfectamente patente, por ejemplo, en los escritos de DOLLARD y MILLER (1950) y SKINNER (1953). Dollard y Miller, al intentar traducir la teoría psicoanalítica a términos conductistas, indican que los procesos mentales superiores del cliente pueden ser considerados como *cue-producing responses* que facilitan o inhiben las respuestas subsiguientes: «the client's newly learned cue-producing response leads to significant behavior change». Cuando Skinner, por su parte, se refiere al autocontrol, afirma que uno controla su propia conducta de igual manera que se ejerce control sobre el comportamiento de otra persona: mediante la manipulación de las variables de las que la conducta es función. Así por ejemplo, para disminuir la frecuencia de una conducta desagradable se alterarán los premios y castigos de los que depende. De igual manera, los procesos del

pensamiento pueden ser influidos considerablemente mediante la manipulación sistemática de sus consecuencias.

Así pues, en las teorías del aprendizaje se han considerado las cogniciones del cliente como conductas que pueden ser modificadas, sometidas a las mismas leyes del aprendizaje que las conductas abiertas o no privadas. Las técnicas conductistas utilizadas para la modificación de la conducta abierta han sido tenidas, en la tradición conductista, como apropiadas para la alteración de los procesos encubiertos. De hecho, HOMME (1965) acuña el término *coverants* (*cover operants*) para describir la conducta encubierta dentro del marco de referencia de las teorías del aprendizaje.

Un buen número de los llamados psicólogos cognitivos militaron, en su día, en las líneas del conductismo. BREGER y MCGAUGH (1965) publicaron un estudio en el que ponían en tela de juicio la conveniencia de seguir manifestando la eficacia de la terapia conductista en los términos de las teorías del condicionamiento. En 1969, Bandura publica *Principles of behavior modification* en donde, mediante estudios empíricos, se cuestiona la validez del condicionamiento no-cognitivo. Estas mismas críticas se han multiplicado después: BANDURA (1974), BREWER (1974), MAHONEY (1974), MEICHENBAUM (1977)... Hoy se ha llegado al extremo de considerar cognitivos movimientos conductuales tan simples como el abrir y cerrar los ojos: JENNINGS, CROSLAND, LOVELESS, MURRAY y GORGE (1978), MALTZMAN (1977). «The orienting reflex is generated by the participants' covert problem-solving activities. It is not a response elicited by the CS signal as the result of the establishment of an association; it is a consequence of the discovered significance of the CS as a signal for the UCS» (Maltzman).

Al mismo tiempo que se producía este ataque a las teorías del condicionamiento no mediacionales, la investigación clínica comenzaba a sugerir que la eficacia de la terapia conductista podría potenciarse incorporando determinadas técnicas cognitivas a los procedimientos tradicionales conductistas (GOLDFRIED, 1971; MEICHENBAUM, 1977).

Este modo «nuevo» de explicar el comportamiento humano (*cognitive behavior modification*) como hace notar WILSON (1978) muestra una gran afinidad con la denominada Teoría del Aprendizaje Social desarrollada por BANDURA (1969, 1974, 1977). La teoría de Bandura tiene en cuenta el papel de los estímulos ambientales para precipitar y mantener la conducta. Sin embargo, no se considera al sujeto como un objeto-pasivo-respondente a los sucesos del entorno: se da gran importancia a la función que ejercen los procesos cognitivos para seleccionar e interpretar lo que sucede a su alrededor. El modelo de Bandura, pues, de la misma manera que cualquier

teoría cognitiva, tiene en cuenta los estímulos y las consecuencias del entorno, al mismo tiempo que los procesos cognitivos. Incluye, pues, un concepto de determinismo recíproco: una relación estrecha y constante entre las variables conductuales, cognitivas y ambientales. Esta misma idea puede encontrarse en la mayoría de los escritos pertenecientes a las teorías de modificación cognitiva de la conducta (MEICHENBAUM, 1977; MEICHENBAUM, BUTLER y JOSEPH, 1980; LOCKE, 1979; KENDALL y HOLLON, 1979...).

Si nos fijamos bien, el método denominado «modificación cognitiva de la conducta» no representa ni una revolución ni un cambio rotundo en el campo de estudio de la Psicología. Como escribe RAIMY (1975 en *Misunderstandings of the self*, haciendo un repaso histórico de autores tan diversos como Kant, Adler, Sullivan, Dubois, Snygg, Combs, Frank, Ellis, Horney..., la Psicología Cognitiva *vuelve* a fijarse en «the role of cognitive factors as a contributor to maladaptive behavior»).

APLICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN COGNITIVA DE LA CONDUCTA AL COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS

Pretendiendo ser más pedagógicos a la hora de comunicar dónde se encuentra hoy la modificación cognitiva de la conducta, vamos a referirnos, en primer lugar, a la aplicación de estas técnicas a la conducta infantil, para pasar, después, a describir la utilización que se hace de tales técnicas en la conducta de los adultos.

Está claro que, ahora mismo, la llamada modificación cognitiva de la conducta precisa de:

- Una clarificación de aquellas condiciones en las que el tratamiento cognitivo es efectivo.
- Un entendimiento mejor de cómo pueden integrarse tales técnicas con la intervención quimioterapéutica en los hospitales.
- Una exposición detallada de aquellas estrategias que favorezcan el mantenimiento y generalización de las mismas conductas adquiridas.
- Un análisis detallado de aquellos procesos mediante los cuales la terapia cognitiva ejerce su efecto.

Hablando ya del comportamiento infantil, el gran empuje ejercido por la modificación cognitiva de la conducta en este área concreta obedece a varias razones. En primer lugar, hay que hacer referencia a la evidencia,

cada vez más patente, de que los programas de tratamiento hasta aquí existentes, fundamentalmente los derivados de las terapias conductistas, no favorecían cambios conductuales generalizables y duraderos (COATES y THORESEN, 1982; CONWAY y BUCHER, 1976; EMERY y MARGOLIN, 1977; KEELEY, SHERBERG y CARBONELL, 1976; WAHLER, BERLAND y COE, 1979). Se pensó, entonces, que incorporando técnicas cognitivas a los procedimientos conductistas se potenciaría la eficacia, generalización y mantenimiento de la conducta lograda. Esta idea surgió del presupuesto de que si «cambiamos al niño» comunicándole estrategias de autorregulación, la intervención del psicólogo tendría un impacto mayor que si se dedicaba a influir en el niño de manera indirecta mediante el control de las contingencias ambientales. El fin consistía en entrenar al niño a regular su comportamiento de tal manera que se comportara de forma más efectiva en los diferentes entornos en los que le tocara vivir.

Los primeros estudios tomaron como sujetos a niños hiperactivos y agresivos. Los resultados de tales estudios han sido realmente esperanzadores: ver, a este respecto, las recopilaciones llevadas a cabo por CRAIGHEAD, CRAIGHEAD-WILCONSON y MEYRS (1978), KENDALL y FINCH (1979), MASH y DALBY (1978), MEICHENBAUM y ASARNOW (1979), ROSENTHAL (1982)...

Hoy, la modificación cognitiva de la conducta con niños carece todavía de los datos suficientes para establecer, de una manera definitiva, la potencia y las limitaciones de sus propias técnicas. Bien es verdad que cada vez aparecen de manera más nítida algunas cuestiones generales. Así, diferentes investigaciones (HIGA, 1975; ROBIN, ARMEL y O'LEARY, 1975; WEIN y NELSON, 1975) concluyen que las autoinstrucciones son muy apropiadas para aquellos niños que ya poseen determinadas habilidades elementales en su repertorio conductual pero no autorregulan adecuadamente su comportamiento. La autorregulación no provoca ningún cambio positivo, a menos que se haya enseñado antes al niño las diferentes subconductas del comportamiento en cuestión que se quiere regular. MEICHENBAUM (1977) recalca la importancia de hacer un análisis detallado de las diferentes subconductas antes de entrar en el tratamiento de autorregulación propiamente dicho. KENDALL (1977) y LLOYD (1981) concluyen también sus estudios en este mismo sentido.

FRIEDLING y O'LEARY (1979) afirman que es muy importante, primero, identificar y alterar las autoverbalizaciones negativas ya existentes, en lugar de dedicarse de inmediato a entrenar al niño en un discurso interno más adaptativo. En este mismo sentido, THORPE, AMATU, BLAKEY y BURNS (1976) también escriben lo siguiente: «Insight into unproductive thinking may be

a more important ingredient of self-instructional training than overt rehearsal of positive self-statements». Parece deducirse, pues, que la identificación previa de las autoverbalizaciones negativas ya existentes potencia la eficacia de la llamada modificación cognitiva de la conducta.

Son los mismos Friedling y O'Leary los que concluyen también su investigación afirmando que «teaching children why and when to use self-instruction, and ensuring that they do, may be as important as teaching them how to self-instruct».

KENDALL (1977) ha detallado algunas consideraciones que han de tenerse en cuenta antes de iniciar el tratamiento. Subraya Kendall la importancia de ajustar las técnicas a utilizar a la capacidad cognitiva del niño. Afirma, también, que el terapeuta tendrá más éxito si, a lo largo de todo el tratamiento, es capaz de mantener el interés del niño y favorecer el establecimiento de una relación personal positiva con él.

Lo que está claro es que la modificación cognitiva de la conducta se está volviendo cada vez más compleja y sofisticada a medida que se van proporcionando nuevos datos y experiencias (ver KENDALL y MEICHENBAUM, 1977, para un estudio detenido de las distintas formas en que las técnicas cognitivas pueden ser aplicadas, de una manera efectiva, a la conducta infantil).

Hemos dicho antes cómo la modificación cognitiva de la conducta aparece, en parte, como una posible respuesta a los interrogantes planteados por la generalización y el mantenimiento de los comportamientos adquiridos a la llamada teoría conductista. No obstante, hemos de decir que tal interrogante subsiste, en parte, todavía hoy. Después de hacer una revisión de las distintas técnicas cognitivas utilizadas con niños, MEICHENBAUM y ASARNOW (1979) escriben lo siguiente: «As one surveys the cognitive-behavior modification literature, the evidence for treatment efficacy for children who have self-control problems is promising. Evidence for treatment generalization, however, especially across response modes and setting, is less convincing and often equivocal».

BORKOWSKI y CAVANAUGH (1979), una vez estudiadas las diferentes investigaciones con respecto a la cuestión de la generalización, hacen un resumen de lo que ha de llevar a cabo el psicólogo para que las conductas adquiridas se generalicen: «First, we need to identify several strategies each of which is operative in different learning situations. Second, we need to train children on several strategies, making sure that they know when and how to apply them. Third, we need to train the instructional package so that common elements between training and generalization contexts are evi-

dent, and distractors minimal. Fourth, we need to develop child-generated search routines, probably through the use of self-instructional procedures, that encourage the child to analyze a task, scan his or her available strategic repertoire, and match the demands of the task with an appropriate strategy and retrieval plan. Fifth, we need to instruct children in such a way that we utilize whatever skills they possess, in order to bring each child to an awareness of the advantage of executive monitoring and decision-making in solving problems. Finally, we may need to reinforce, in a very explicit way, successful executive functioning in order for it to come under the control of natural environmental contingencies, such as the child's good feelings about solving a difficult problem».

Es muy posible que lo poco que la modificación cognitiva de la conducta ha avanzado en el terreno de la generalización de respuestas infantiles sea debido a los objetivos tan específicos y concretos que se han perseguido en el tratamiento conductual con niños (ver STERNBERG, 1982). Como claramente escriben MARLAT y GORDON (1982): «As we attempt to develop a technology of behavior change, the issues of generalization and maintenance continue to be the biggest challenges which face us».

Es cierto que la historia de la modificación cognitiva de la conducta ha sido, en primer lugar, un cúmulo de desarrollos técnicos, pero no debemos olvidar la conexión existente entre tecnología y teoría. De hecho, la mayoría de las innovaciones técnicas ha encontrado su origen en la investigación teórica. Así por ejemplo, el modelo de autoinstrucciones nace de los trabajos teóricos de Vygotsky y Luria. Si examinamos detenidamente cualquier sesión de terapia cognitiva, casi de inmediato descubriremos que las técnicas allí empleadas suscitan interrogantes teóricos. Por ejemplo, ¿de qué manera se transforman las instrucciones interpersonales, modeladas ya sea por el terapeuta, maestro o padre, en el discurso interno-privado del niño? ¿Cómo influye este diálogo interno tanto en la conducta manifestada del niño como en sus estructuras cognitivas (creencias, atribuciones, expectativas...)? ¿Mediante qué proceso la reglamentación consciente de la conducta se convierte en automática? ¿De qué manera se puede conseguir que la conducta regulada de una manera automática pueda llegarse a regir de una forma consciente e intencionada? Vygotsky sostiene que el proceso de interiorización no puede considerarse como un lenguaje meramente oculto. Él afirma que se producen transformaciones cualitativas a medida que el lenguaje se va interiorizando en lo que conocemos como pensamiento. No cabe duda que el día que lleguemos a explicar exactamente aquellos mecanismos mediante los cuales la intervención terapéutica ejerce

su efecto, habremos dado un gran paso tanto técnica como teóricamente en el campo de la modificación cognitiva de la conducta.

Una idea que ha aparecido recientemente en el campo cognitivo y que se presenta como muy sugerente es el concepto de metacognición. La metacognición hace referencia al pensamiento sobre el pensamiento. El concepto de metacognición está, todavía, emergiendo, y se van produciendo constantemente diferentes aportaciones para mejor definirlo (BROWN, 1978; FLAVELL, 1979; MEICHENBAUM, BURLAND, GRUSON y CAMERON, (1982...)). Aunque un poco anterior a los estudios que acabamos de mencionar, FLAVELL (1976) describe bien lo esencial de la denominada metacognición: «It refers to one's knowledge concerning one's own cognitive processes and products or anything related to them».

La metacognición está estrechamente relacionada a lo que en otros contextos se ha llamado *executive processes* (BELMONT y BUTTERFIELD, 1977), *executive routines* (NEISSER, 1967), *cognitive strategies* (GAGNE y BRIGGS, 1974), *self-management behaviors* (SKINNER, 1968), *plans* (MILLER, GALANTER y PRIBRAM, 1960), *control processes* (ATKINSON y SHIFFRIN, 1968)..

Los primeros estudios aparecidos expresamente sobre la metacognición la relacionan con *attentional processes* (MILLER y BIGI, 1979), *reading comprehension* (MEYERS y PARIS, 1978; RYAN, 1979), *self-control* (MISCHEL, MISCHEL y HOOD, 1978), *communication* (MARKMAN, 1977). Desde una perspectiva clínica lo que es llamativo en esta línea de investigación es que diferentes grupos clínicos, incluyendo niños con dificultades de aprendizaje (KAUFFMAN y HALLAHAN, 1974; TORGESEN, 1977), retraso mental (BELMONT y BUTTERFIELD, 1977; BROWN 1974; CAMPIONE y BROWN, 1977), hiperactividad (DOUGLAS y PETERS, 1983), etc. sufren todos de deficiencias metacognitivas.

Hasta la aparición de la metacognición, el trabajo terapéutico se había reducido a la comunicación y enseñanza de cogniciones referidas a tareas muy específicas. Con el interés en este concepto nuevo, se han comenzado a explorar los procesos metacognitivos que regulan las cogniciones concretas. A medida que se va conociendo y dominando mejor este concepto, un ideal de todo proyecto terapéutico es estructurar la terapia de manera que el fin último del tratamiento sea el entrenamiento en estrategias metacognitivas que permitan a los sujetos, ya sean niños o adultos, erigirse en auto-correctores de su propio comportamiento. Enseñando al niño: 1) a analizar el problema en cuestión, 2) a reflexionar sobre lo que conoce o no conoce que puede ser necesario para la solución del problema, 3) a diseñar un plan para enfrentarse al problema, y 4) a comprobar el desarrollo de tal plan, se comunican y se fortalecen las estrategias metacognitivas. Por otra

parte, el entrenamiento en las metacogniciones es una manera de solventar las dificultades planteadas por la generalización y el mantenimiento de las respuestas aprendidas. A pesar de todo, hemos de añadir que las metacogniciones se enfrentan al mismo interrogante planteado a cualquier técnica cognitiva: ¿cómo medirlas?

APLICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN COGNITIVA DE LA CONDUCTA AL COMPORTAMIENTO DE LOS ADULTOS

Los métodos derivados de la modificación cognitiva de la conducta han sido aplicados a muy variados sectores de la población adulta: sujetos con ansiedad ante las relaciones interpersonales (GOLDFRIED, 1977; HEPPNER, 1978; LANGE y JAKUBOWSKI, 1976; THORPE, 1975), sujetos con ansiedad ante los exámenes (DENNEY, 1983; WINE, 1983), sujetos con manifestaciones incontroladas de cólera (NOVACO, 1978), para ayudar a soportar el dolor (TURK, MEICHENBAUM y GENEST, 1980), sujetos depresivos (BECK, RUSH, SHAW y EMERY, 1979), sujetos drogadictos con disfunciones sexuales (ROOK y HAMMEN, 1977), sujetos alcohólicos (CHANEY, O'LEARY y MARLATT, 1978; INTAGLIATA, 1978)...

Un denominador común a todos estos métodos es el intento de enseñar al cliente a pensar y comportarse como un científico. La modificación cognitiva de la conducta considera el comportamiento, la cognición y el sentimiento como diferentes aspectos de la experiencia que se relacionan entre sí. No obstante, todas las técnicas cognitivas asumen que tanto el sentir como la conducta del sujeto están determinados, en gran medida, por la manera en que el individuo construye su propia realidad. La modificación cognitiva de la conducta persigue ayudar al cliente a identificar, comprobar y corregir sus creencias y percepciones distorsionadas: «In a sense, our implicit model of man is "man as a scientist"» (KENDALL y HOLLON, 1979). Cuando el sujeto acude al psicólogo, lo más frecuente es que manifieste una interpretación indiferenciada de sus problemas. El terapeuta va desarrollando con el cliente una nueva formulación de su preocupación: en tal formulación siempre se atribuye el problema expresado por el cliente a su propia manera negativa de pensar y, consecuentemente, de comportarse. Inmediatamente, se empuja al cliente a que compruebe si su comportamiento obedece a la nueva visión que se le ha proporcionado de su problema y, posteriormente, a cambiar su manera de pensar-percibir y, por tanto, de comportarse. «Therapy may be seen as a process in which the client is

prompted to generate alternative hypotheses and evaluate them by conducting experiential experiments» (KENDALL y HOLLON, 1979). El objetivo, como hemos dicho más arriba, es hacer del cliente un científico que adopte una posición de evidencia-realista a lo largo de las sesiones de terapia.

De acuerdo con los cognitivos, la terapia efectiva provoca el cambio del cliente en tres campos diferentes. En primer lugar, altera el comportamiento del sujeto, y por tanto, las reacciones del entorno con respecto a él. En segundo lugar, modifica el diálogo interno: el cliente aprende a percibir su mundo, a sí mismo y a su conducta de manera más positiva. Por otra parte, aprende a utilizar su diálogo interno para regular, de manera efectiva, su propio comportamiento: «The client changes what he or she is saying to one-self before, during and in response to his or her behavioral productions» (MEICHENBAUM, 1977). En tercer lugar, las estructuras cognitivas del cliente, es decir, su habitual estilo de pensar, comienzan a cambiar.

La cuestión radica, ahora, en dar con aquellas operaciones clínicas específicas que provoquen cambio en las tres esferas mencionadas. Si nos fijamos bien, la modificación cognitiva de la conducta, casi de manera unánime, sigue tres frases en su intento de producir cambio en el pensamiento y la conducta observable del sujeto.

1. Autoobservación. Prácticamente todas las formas de terapia empujan al cliente a la autoexploración, con el fin de que se convierta en un mejor observador de su propia conducta. Esta etapa del tratamiento, que intenta recoger datos, permite al sujeto y al terapeuta definir y delimitar el problema, al mismo tiempo que formula posibilidades terapéuticas.

Al menos dos procesos tienen lugar durante este período de autoobservación. En primer lugar, el entrenamiento en la autoobservación permite al cliente ser consciente de aquellos datos pertinentes que anteriormente se le habían pasado por alto y, de esta manera, desarrollar un entendimiento claro y diferenciado de su propio problema. Por ejemplo, el sujeto puede aprender a especificar aquellas condiciones ambientales en las que se manifiesta la conducta en cuestión. En segundo lugar, a lo largo de las sesiones terapéuticas, el psicólogo, por medio de sus preguntas, sus afirmaciones, sus interpretaciones, sus explicaciones..., va comunicando a su cliente su propio marco de referencia teórico. Tal marco de referencia proporciona al sujeto, normalmente, una explicación mucho más real de su propio problema. Además, desde tal perspectiva, el problema aparece como factible de ser solucionado. Esto proporciona al sujeto un sentimiento de su propia recuperación. De acuerdo con FRANK (1974), SELIGMAN (1975)... esta

sensación de esperanza es un ingrediente central en el proceso terapéutico. Está claro que ayudar al cliente a reconceptualizar su problema de tal manera que su solución parezca viable es una de las mejores maneras de posibilitar ese sentimiento de esperanza. Esto no quiere decir, por supuesto, que cualquier conceptualización terapéutica sea tan positiva como otra a la hora de provocar el cambio comportamental: naturalmente, hemos de proporcionar aquel tipo de explicación que haya demostrado su validez de una manera empírica.

Algunos terapeutas son muy directivos y autoritarios a la hora de imponer a su cliente su peculiar conceptualización del problema en cuestión. Otra forma alternativa de proceder consiste en tratar de establecer una relación interpersonal de colaboración con el sujeto: terapeuta y cliente se esfuerzan juntos por identificar e interpretar los datos pertinentes, y colaboran en desarrollar una conceptualización común del problema. Una ventaja importante que sigue al proceder de esta manera es que se incrementa la posibilidad de que el terapeuta desarrolle un entendimiento más claro del problema personal del sujeto. Una vez que el cliente ha definido tal problema de una manera diferenciada que proporcione la posibilidad de una solución efectiva, comienza a desarrollarse un sentimiento de esperanza ante tal solución y las bases para un cambio conductual concreto.

2. Establecimiento de pensamientos y conductas incompatibles. Existe una relación compleja y recíproca entre el cambio cognitivo y el cambio comportamental. Un cambio positivo en la conducta conlleva un cambio en la esfera cognitiva y viceversa. Si un cliente cualquiera, con un déficit de comportamiento, adquiere poco a poco, mediante diferentes técnicas, la capacidad de llevar a cabo tal comportamiento de manera más eficiente, es seguro que comenzará a considerarse (pensarse) como un sujeto más hábil para enfrentarse a sus propios problemas. Esta autopercepción incrementará, por otra parte, su sentimiento de autocontrol de su conducta (FRANK, 1974; SELIGMAN, 1975) y de autoeficacia (BANDURA, 1977). Estos cambios cognitivos, añadidos a sus habilidades conductuales recién adquiridas, incrementan la posibilidad de que tal sujeto se comporte de manera diferente ante nuevas situaciones problemáticas. Ya en el año 1966, Lazarus había probado que la cantidad de estrés que experimentamos ante un estímulo amenazante cualquiera es directamente proporcional no solo a las cualidades amenazantes del estímulo en sí sino a nuestra propia percepción personal también, como individuos capaces o incapaces de solucionar situaciones adversas. El análisis de Lazarus concluye que «the person who has acquired relevant coping behaviors will interpret previously threatening stimuli as less threate-

ning). En otras palabras, si el cliente aprende determinados comportamientos efectivos, es muy fácil que incremente un sentimiento de optimismo y autoeficacia que, a su vez, posibiliten la solución de problemas nuevos de manera eficaz. Por otra parte, las situaciones amenazantes futuras las percibirá como menos amenazantes.

Una vez que el sujeto ha adquirido una conducta nueva, es fundamental que el terapeuta le empuje a ejecutarla en diferentes situaciones, de tal manera que se acreciente su diálogo interno de competencia y autoeficacia. Idealmente, según BANDURA (1977), tal conducta se ha de manifestar: 1) en situaciones de la vida real, 2) en situaciones con dificultad creciente, donde es seguro que se ha de producir la conducta adecuada, 3) en situaciones donde le resulte fácil al cliente atribuir el éxito de su comportamiento a sí mismo y no a determinadas circunstancias externas.

Así pues, los cambios comportamentales dan lugar a cogniciones nuevas: «The most effective way to modify cognitions may be to modify behavior» (MAHONEY, 1979).

Parece claro también, no obstante, que los cambios cognitivos hacen aparecer otras conductas. Si el cliente quiere modificar su conducta, «he or she must catch oneself when he or she is beginning an old, well rehearsed, maladaptive behavioral sequence and remind oneself that he or she now has an alternative way of behaving. In other words, the client must self-monitor and use his or her private speech and images to regulate behavior, at least until the new behavioral sequences become automatic» (MEICHENBAUM, 1977). Parece que un elemento fundamental para el éxito en la terapia es entrenar al cliente a detectar la menor señal del comienzo de la conducta desajustada, para dar origen, de inmediato, a cogniciones y comportamientos incompatibles con tal conducta.

3. Consolidación de las conductas adquiridas. Para la modificación cognitiva de la conducta, la forma en que el cliente interpreta el cambio conductual que él ha llevado a cabo influirá en la manera en que la nueva conducta se generalice y se mantenga. Dos puntos aparecen como importantes: que el cliente reconozca que se ha producido un cambio significativo en su comportamiento, y que atribuya tal cambio a sí mismo en lugar de a determinadas circunstancias externas. El cliente percibirá la nueva conducta como realmente importante si tal conducta aparece no solo en presencia del psicólogo sino, fundamentalmente, fuera del despacho, en la vida real. Es muy difícil que un cliente perciba un comportamiento como realmente significativo para él si tal comportamiento no se produce en la actividad de su vida diaria.

El cliente se ha de atribuir a sí mismo el cambio conductual aparecido. El terapeuta puede provocar esta percepción en su paciente de varias maneras. Por ejemplo, al principio del tratamiento, haciendo ver al sujeto que la terapia es un proceso educativo de adquisición de determinadas habilidades que le permitirán comportarse de una manera concreta. Además, el psicólogo, siempre que se produzca la menor alteración conductual, animará al cliente a analizar detalladamente cómo él produjo tal alteración.

De acuerdo con MARLAT y GORDON (1982), en la fase de consolidación de las conductas adquiridas, es importante también que el psicólogo anticipe a su cliente la posibilidad de que pueda reaparecer, de manera súbita, el problema suscitado al principio del tratamiento, al mismo tiempo que se empuja al paciente a que recuerde cómo debe enfrentarse a él. De acuerdo con Marlat y Gordon: «In our cognitive behavior modification skills training interventions we emphasize that recurrence of the presenting problem is normal and to be expected. What therapy aims to change is the client's response to problems as they arise. The goal is to have the client acquire ways of thinking and behaving that help him or her cope productively with the issue on an ongoing basis. When relapse occurs, we want the client to interpret this as a signal for coping as opposed to interpreting relapse as evidence of failure and an occasion for catastrophizing».

En definitiva, podemos decir que la modificación cognitiva de la conducta persigue la enseñanza de habilidades cognitivas y conductuales que provoquen el cambio en el comportamiento y el diálogo interno del sujeto y, en definitiva, en las estructuras cognitivas de tal sujeto. De esta manera, la modificación cognitiva de la conducta favorece y persigue la simbiosis entre los partidarios de una psicología cognitivo-semántica y aquellos que defienden única y exclusivamente un acercamiento terapéutico caracterizado como tecnología de la conducta.

Bibliografía

- ATKINSON, R. y SHIFFRIN, R., 1968, «Human memory: a proposed system and its control processes», en K. SPENCE y J. SPENCE, *The psychology of learning and motivation*, Academic Press, Nueva York.
- BANDURA, A., 1974, «Behavior theory and models of man», *American Psychologist* 29, pp. 859-869.
- , 1977, «Self-efficacy: towards a unifying theory of behavior change», *Psychological Review* 33, pp. 344-358.
- BANDURA, A., BLANCHARD, E. y RITTER, B., 1969, «The relative efficacy of desensiti-

- zation and modeling treatment approaches for inducing affective, behavioral and attitudinal changes», *Journal of Personality and Social Psychology* 13, pp. 193-199.
- BECK, A., RUSH, J., SHAW, B. y EMERY, G., 1980, *Cognitive therapy and depression*, Guilford Press, Nueva York.
- BELMONT, J. y BUTTERFIELD E., 1977, «The instructional approach to developmental cognitive research», en R. KAIL y J. HEGAN, *Perspectives on the development of memory and cognition*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, Nueva Jersey.
- BORKOWSKI, J. y CAVANAUGH, J., 1979, «Maintenance and generalization of skills and strategies by the retarded», en N. ELLIS, *Handbook of mental deficiency: psychological theory and research*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, Nueva Jersey.
- BREGER, L., McGAUGH, J., 1975, «Critique and reformulation of learning theory: approaches to psychotherapy and neurosis», *Psychological Bulletin* 63, pp. 338-358.
- BREWER, W., 1974, «There is no convincing evidence for operant classical conditioning in adult humans», en W. WEIMER y D. PALERMO, *Cognition and the symbolic processes*, Erlbaum, Hillsdale, Nueva Jersey.
- BROWN, J., 1974, «The role of strategic behavior in retardate memory», en N. ELLIS, *International review of research in mental retardation*, Academic Press, Nueva York.
- BROWN, A., 1978, «Knowing when, where and how to remember: a problem of metacognition», en R. GLASER, *Advances in instructional psychology*, Erlbaum, Hillsdale, Nueva Jersey.
- CAMPIONE, J. y BROWN, A., 1977, «Memory and metamemory development in educatable retarded children», en R. KALL y J. HAGEN, *Perspectives on development of memory and cognition*, Erlbaum, Hillsdale, Nueva Jersey.
- CHANEY, E., O'LEARY, M. y MARLATT, G., 1978, «Skill training with alcoholics», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46, pp. 1092-1104.
- COATES, T. y THORESEN, C., 1982, «Shelf-control and educational practice or do we really need self-control?», en D. BERLINER, *Review of Research in education*, Praeger, Illinois.
- CONWAY, J. y BUCHER, B., 1976, «Transfer and maintenance of behavior change in children: a review and suggestions», en E. MASH y C. HANDY, *Behavior modification and families*, Bruner/ Mazel, Nueva York.
- CRAIGHEAD, E., CRAIGHEAD-WILCONSON, L. y MEYERS, A., 1978, «New directions in behavior modification with children», en H. HERSEN, R. EISLER y P. MILLER, *Progress in behavior modification*, Academic Press, Nueva York.
- DEMBER, W., 1974, «Motivation and the cognitive revolution», *American Psychologist* 29, pp. 161-168.
- DENNEY, D., 1983, «Self-control approaches to the treatment of test anxiety», en I. SARASON, *Test anxiety: theory research and application*, Erlbaum, Nueva York.
- DOLLARD, J. y MILLER, N., 1950, *Personality and psychotherapy*, McGraw Hill, Nueva York.

- FLAVELL, J., 1976, «Metacognitive aspects of problem solving», en C. RESNICK, *The nature of intelligence*, Erlbaum, Hillsdale, Nueva Jersey.
- , 1979, «Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry», *American Psychologist* 34, pp. 906-911.
- FRIEDLING, C. y O'LEARY, S., 1979, «Effects of self-instructional training on second and third grade hyperactive children: a failure to replicate», *Journal of Applied Behavior Analysis* 12, pp. 211-219.
- GAGNE, R. y BRIGGS, L., 1974, *Principles of instructional design*, Holt, Rinehart and Winston, Nueva York.
- GOLDFRIED, M., 1971, «Systematic desensitization as training in self-control», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 37, pp. 228-234.
- GREENSPOON, J. y LAMAL, P., 1978, «Cognitive-behavior modification: who needs it?», *The Psychological Record* 28, pp. 343-357.
- HEPPNER, P., 1978, «A review of problem-solving literature and its relationship to the counseling process», *Journal of Counseling Psychology* 25, pp. 366-375.
- HOMME, L., 1965, «Perspectives in psychology: control of coverants, the operants of the mind», *Psychological Record* 15, pp. 501-511.
- INTAGLIATA, J., 1978, «Increasing the interpersonal problem-solving skills of an alcoholic population», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46, pp. 489-498.
- JENNINGS, L., CROSLAND, R., LOVELESS, S., MURRAY, J. y GEORGE, S., 1978, «Cognitive control of extinction of classically conditioned pupillary response», *The Psychological Record* 28, pp. 193-205.
- KAUFFMAN, J. y HALLAHAN, D., 1979, «Learning disability and hyperactivity», en B. LAHEY y A. KAZDIN, *Advances in clinical child psychology*, Plenum, Nueva York.
- KENDALL, P., 1977, «On the efficacious use of verbal self-instructional procedures with children», *Cognitive Therapy and Research* 1, pp. 311-341.
- KENDALL, P. y FINCH, A., 1979, «Developing non-impulsive behavior in children: cognitive-behavioral strategies for self-control», en P. KENDALL y S. HOLLON, *Cognitive-behavioral interventions: theory, research and procedures*, Academic Press, Nueva York.
- LANGE, A. y JAKUBOWSKI, P., 1976, *Responsible assertive behavior: cognitive-behavioral procedures for trainees*, Research Press, Champaign, Illinois.
- LAZARUS, R., 1966, *Psychological stress and the coping process*, McGraw-Hill, Nueva York.
- LEDWIDGE, B., 1978, «Cognitive-behavior modification: a step in the wrong direction», *Psychological Bulletin* 85, pp. 353-375.
- LOCKE, E., 1979, «Behavior modification is not cognitive and other myths: a reply to Ledwidge», *Cognitive Therapy and Research* 3, pp. 141-146.
- MAHONEY, M., 1974, *Cognition and behavior modification*, Ballinger, Cambridge.
- MAHONEY, M. y ARNKOFF, D., 1978, «Cognitive and self-control therapies», en S. GARFIELD y A. BERGIN, *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Wiley, Nueva York.
- MAHONEY, M. y KAZDIN, A., 1979, «Cognitive behavior modification: misconceptions and premature evacuation», *Psychological Bulletin* 86, pp. 1044-1049.

- MARKMAN, E., 1977, «Realizing that you don't understand: a preliminary investigation», *Child Development* 48, pp. 986-992.
- MARLATT, A. y GORDON, J., 1982, «Determinants of relapse: implications for the maintenance of behavior change», en P. DAVISON, *Behavioral medicine: changing health lifestyles*, Brunner Mazel, Nueva York.
- MASH, E. y DALBY, J., 1978, «Behavioral interventions for hyperactivity», en R. TRITES, *Hyperactivity in children: etiology, measurement and treatment implications*, University Park Press, Baltimore.
- MEICHENBAUM, D., 1977, *Cognitive-behavior modification: an integrative approach*, Plenum Press, Nueva York.
- MEICHENBAUM, D. y ASARNOW, J., 1979, «Cognitive-behavior modification and metacognitive development: implications for the classroom», en P. KENDALL y S. HOLLON, *Cognitive-behavioral interventions: theory, research and procedures*, Academic Press, Nueva York.
- MEICHENBAUM, D., BURLAND, S., GRUSON, L. y CAMERON, R., 1982, «Metacognitive assessment», en S. YUSSEN, *Growth of insight*, Academic Press, Nueva York.
- MILLER, P. y BIGI, L., 1979, «The development of children's understanding of attention», *Merril-Palmer Quarterly* 25, pp. 235-250.
- MILLER, G., GALANTER, E. y PRIBRAM, K., 1960, *Plans and structure of behavior*, Holt, Nueva York.
- MISCHEL, W., MISCHEL, H. y HOOD, S., 1978, *The development of knowledge of effective collection to delay gratification*, Stanford University.
- NEISSER, U., 1967, *Cognitive psychology*, Prentice Hall, Englewood, Nueva Jersey.
- NOVACO, R., 1978, «The cognitive regulation of anger and stress», en P. KENDALL y S. HOLLON, *Cognitive-behavioral interventions: theory, research and procedures*, Academic Press, Nueva York.
- RAIMY, V., 1975, *Misunderstanding of the self*, Jossey-Bass, San Francisco.
- ROBIN, A., ARMEL, S. y O'LEARY, D., 1975, «The effects of self-instruction on writing deficiency», *Behavior Therapy* 6, pp. 178-187.
- ROOK, K. y HAMMEN, C., 1977, «A cognitive perspective on the experience of sexual arousal», *Journal of Social Issues* 33, pp. 7-29.
- ROSENTHAL, T., 1982, «Applying a cognitive behavioral view to clinical and social problems», en G. WHITEHURST y B. ZIMMERMAN, *The functions of language and cognition*, Academic Press, Nueva York.
- RYAN, E., 1979, «Identifying and remediating failures in reading comprehension: toward an instructional approach for poor comprehenders», en T. WALLER y J. MACKINNON, *Advances in reading research*, Academic Press, Nueva York.
- RYCHTARIK, R. y WOLLERSHEIM, J., 1978, «The role of cognitive mediators in alcohol addiction with some implications for treatment», *Journal Supplement Abstract Service*, p. 1763.
- SELIGMAN, M., 1975, *Helplessness*, Freeman, San Francisco.
- SKINNER, B., 1953, *Science and human behavior*, McMillan, Nueva York.
- , *The technology of teaching*, Appleton-Century-Crofts, Nueva York.

- STOKES, T. y BAER, D., 1977, «An implicit technology of generalization», *Journal of Applied Behavior Analysis* 10, pp. 349-367.
- THORPE, G., 1975, «Desensitization, behavioral rehearsal, self-instructional training and placebo effects on assertive-refusal behavior», *European Journal of Behavioral Analysis and Modification* 1, pp. 30-44.
- THORPE, G., AMATU, H., BLAKEY, R. y BURNS, L., 1976, «Contributions of overt instructional rehearsal and specific insight to the effectiveness of self-instructional training: a preliminary study», *Behavior Therapy* 7, pp. 504-511.
- TURK, D., MEICHENBAUM, D. y GENEST, M., 1980, *Cognitive-behavioral treatment of pain*, Guilford Press, Nueva York.
- WAHLER, R., BERLAND, R. y COE, T., 1979, «Generalization processes in child behavior change», en B. LAHEY y A. KAZDIN, *Advances in clinical child psychology*, Plenum, Nueva York.
- WEIN, K. y NELSON, R. 1975, *The effect of self-instructional training in arithmetic problem solving skills*, University of Carolina.
- WILSON, T., 1978, «Cognitive factors in life-style changes: a social learning perspective», en P. DAVIDSON, *Behavioral medicine: changing health life styles*, Brunner/Mazel, Nueva York.
- WINE, J., 1983, «Cognitive attentional theory of test anxiety», en I. SARASON, *Test anxiety: theory, research and application*, Erlbaum, Nueva York.
- WOLPE, J., 1976, «Behavior therapy and its malcontents. Multimodal eclecticism, cognitive exclusivism and exposure empiricism», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 7, pp. 109-116.