

Terapia Cognitiva

*M^a Ángeles Ruiz, Marta Isabel Díaz, Arabella Villalobos
y Marcela Paz González*

8

1. Introducción

2. Conceptos teóricos fundamentales

2.1. Organización cognitiva

2.1.1. Esquemas cognitivos

2.1.2. Procesos cognitivos

2.1.3. Productos cognitivos

2.2. Modelos cognitivos explicativos de distintos trastornos

2.2.1. Modelo cognitivo de la depresión

2.2.2. Modelo cognitivo de la ansiedad

2.2.3. Modelo cognitivo de los trastornos de personalidad

2.3. Mapa conceptual de la Terapia Cognitiva

3. El proceso de intervención en Terapia Cognitiva

3.1. Características del terapeuta y relación con el paciente

3.2. Estructuración del proceso terapéutico

3.3. Principales técnicas de intervención

3.3.1. Técnicas conductuales

3.3.2. Técnicas emotivas

3.3.3. Técnicas cognitivas

3.3.4. Tareas para casa

4. Evidencia empírica y estudios de resultados

5. Resumen

6. Bibliografía recomendada

7. Referencias bibliográficas



Aaron Temkin Beck, psiquiatra estadounidense nacido en 1921, es el creador de la Terapia Cognitiva. Es en la actualidad presidente del *Beck Institute for Cognitive Therapy and Research* desde 1994, centro que dirige su hija Judith Beck. Al mismo tiempo es profesor emérito del departamento de psiquiatría de la Universidad de Pennsylvania. Es conocido igualmente por la elaboración de cuestionarios ampliamente utilizados como son: *Beck Depression Inventory* (BDI), *Beck Hopelessness Scale* y *Beck Anxiety Inventory* (BAI). Según la *American Psychological Association* (APA), Beck es considerado como uno de los cinco psicoterapeutas más influyentes de todos los tiempos.

<http://www.beckinstitute.org/>

Palabras clave

- Terapia Cognitiva
- Esquemas, procesos y productos cognitivos
- Distorsiones cognitivas
- Pensamientos automáticos
- Técnicas conductuales, cognitivas y emotivas
- Creencias nucleares
- Tríada cognitiva
- Depresión
- Ansiedad
- Trastornos de personalidad

Objetivos

Este capítulo ha sido escrito con el objetivo de que el lector o lectora...

- Conozca el marco teórico que da soporte a la Terapia Cognitiva
- Conozca los modelos cognitivos de psicopatología que Beck ha desarrollado sobre depresión, ansiedad y trastornos de la personalidad
- Identifique y reconozca los elementos constituyentes de la Terapia Cognitiva en cada una de sus fases
- Conozca el modelo de relación terapéutica y las técnicas propias de la Terapia Cognitiva
- Conozca la evidencia empírica que da soporte a la Terapia Cognitiva en los aspectos de eficacia y efectividad.

1. Introducción

Se ha comentado en el capítulo anterior como el interés de la Terapia de Conducta en los años 60 por las variables y modelos cognitivos permitió captar la atención de autores que inconformes con la opción psicoterapéutica con la que trabajaban, identificando en el viraje que estaba dando la Terapia de Conducta el nicho para continuar desarrollando sus trabajos. Al igual que Ellis, Aaron T. Beck desencantado con los resultados del psicoanálisis había comenzado a reflexionar sobre la génesis y los mecanismos de cambio subyacentes a los trastornos de sus pacientes y a cambiar consecuentemente su forma *praxis* clínica. La confluencia de su interés con el de la nueva Terapia de Conducta de los años 60 dio lugar al desarrollo y sistematización de su Terapia Cognitiva. La Terapia Cognitiva enfatizaba el papel de los elementos cognitivos en el origen y mantenimiento de los problemas psicológicos y, además, invocaba la integración de las técnicas conductuales establecidas en la generación y el uso de la metodología experimental como forma de monitorizar el proceso de intervención y sus resultados terapéuticos.

Realmente los desarrollos terapéuticos de Beck, junto a la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis y algunos otros acercamientos cognitivos que se revisarán a lo largo del manual, pueden considerarse la esencia de la segunda generación de la Terapia de Conducta, y los elementos fundamentales de la orientación cognitivo-conductual, siendo a partir de este momento cuando empieza a surgir la necesidad de cambiar el término Terapia de Conducta por uno más descriptivo e integrador como es el de Terapia Cognitivo conductual. El enfoque cognitivo conductual cuenta con mayor poder explicativo que el modelo E-R, al integrar variables cognitivas, conductuales, emocionales y aspectos sociales, y ha crecido gradualmente en especialización y depuración desde los trabajos iniciales de estos dos autores, habiendo sido utilizado en un amplio rango de condiciones y problemas psicológicos.

2. Conceptos teóricos fundamentales

La Terapia Cognitiva fue formulada y desarrollada por Aaron Beck a principios de los años sesenta. Su actividad profesional ha estado ligada desde sus comienzos al ámbito clínico y al académico. La influencia de estos dos ámbitos se ve reflejada en el hecho de que la Terapia Cognitiva desde sus inicios lleve aparejado un marco conceptual coherente para cada uno de los trastornos y un conjunto de técnicas de intervención para el tratamiento de problemas emocionales así como indicaciones claras de cómo conducir el proceso terapéutico. Esta influencia se refleja igualmente en el marcado interés por tratar de poner a prueba y a someter a contrastación empírica tanto sus modelos teóricos como sus procedimientos de intervención, hasta el punto de ser una de las orientaciones psicoterapéuticas que mayor número de investigaciones ha generado.

Beck diseñó varios estudios encaminados a contrastar hipótesis sobre principios básicos psicoanalíticos relacionados con la depresión, como la hipótesis freudiana de que lo que subyace a la depresión es un sentimiento de *hostilidad dirigida hacia uno mismo*, expresada en términos de *necesidad de sufrimiento*. Los resultados de sus investigaciones no apoyaron la hipótesis de la necesidad de sufrimiento de los pacientes, sino que más bien revelaban que tendían a evitar conductas susceptibles de provocar desaprobación social y a manifestar las que les reportaban aceptación en mayor medida que las personas no deprimidas (Beck, 1963). Beck concluyó que los deprimidos no buscan el fracaso sino que distorsionan la realidad adoptando puntos de vista negativos sobre sí mismos o su potencial para alcanzar bienestar o felicidad. Las observaciones desde su práctica como psicoanalista y su propia autoobservación le fueron proporcionando información en la misma dirección: la importancia de los pensamientos en el desarrollo y mantenimiento del malestar emocional.

Beck observó que los pacientes, además de los pensamientos expresados en las sesiones de asociación libre, mantenían de manera encubierta otra cadena de pensamientos que les llevaban a emociones de malestar. No solían ser conscientes de ellos hasta que no se les preguntaba, y sin embargo, expresándolos de forma voluntaria, les parecían inmediatos y plausibles. Podían considerarse como comentarios rápidos o imágenes relacionados con la experiencia personal. Beck los denominó *pensamientos automáticos* y estaban sesgados negativamente.

La auto-observación de sus propios pensamientos automáticos contribuyó también a la formulación de la Terapia Cognitiva. Weishaar (1993) describe cómo el ingreso hospitalario de Beck por una enfermedad le desencadenó una depresión moderada, esto le permitió entender este problema y detectar los pensamientos automáticos que se le suscitaban, los sesgos negativos que cometía y las creencias más profundas que se le activaban. Sus pensamientos negativos giraban en torno a contenidos relacionados con: “no ser bueno en el trabajo” o “posible fracaso de su relación de pareja”. Tuvo también importantes problemas de ansiedad. Su fobia a la sangre, a las alturas, a hablar en público, y su temor profundo al abandono, le sirvieron igualmente para *experimentar*, conocer y describir, los procesos fisiológicos y cognitivos que acompañan a la ansiedad (Beck, Emery y Greenberg, 1985).

En definitiva, los resultados de sus investigaciones, la observación clínica de la baja efectividad del psicoanálisis para tratar distintos trastornos neuróticos, la observación clínica y la autoobservación de la importancia de los pensamientos en el malestar emocional llevaron a Beck a cuestionar la validez del psicoanálisis como teoría psicopatológica y como procedimiento de curación. Al mismo tiempo, le suministraron información que le permitió formular una nueva teoría general sobre la psicopatología y teorías más específicas, fundamentalmente sobre depresión, ansiedad y trastornos de personalidad.

Beck conoció el trabajo de Kelly (1955) sobre la *teoría de los constructos personales*. La importancia concedida por este autor a las estructuras cognitivas eran congruentes con las ideas que él iba desarrollando. No obstante, a diferencia de Kelly, consideraba que los constructos personales no eran bipolares, sino más bien categoriales, y por ello, más en línea con los trabajos de Piaget (1960) y de otros psicólogos evolutivos estructuralistas, denominó a las estructuras cognitivas *esquemas*.

Aunque el trabajo de Kelly fue decisivo en la Teoría Cognitiva de Beck, no fue su única influencia. Albert Ellis (1957, 1962) estaba en esos mismos años desarrollando la *Terapia Racional Emotiva* basada en la importancia de las creencias irracionales en el malestar emocional. Varios psicoanalistas (Alexander, 1950; Adler, 1958; Horney, 1950; y Sullivan, 1953), sobre los que tenía un amplio conocimiento, resaltaban la importancia de comprender al paciente dentro de sus propias experiencias conscientes de cómo percibía y experienciaba el mundo. Los trabajos de psicólogos como Jaspers (1968), Berner (1961) y Frank (1961) supusieron también un impulso fundamental en la sustentación teórica de la Terapia Cognitiva, así como las teorías cognitivas de la emoción de Lazarus (1966) y los trabajos de diversos terapeutas conductuales de la década de los 70 (e.g. Kazdin y Wilson, 1978; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977). La formulación de la actividad cognitiva propuesta queda claramente explicada en los términos del paradigma del procesamiento de la información (Atkinson y Shiffrin, 1968) procedente de la psicología experimental. Fue también importante la influencia de filósofos como Kant o Heidegger.

2.1. Organización cognitiva

El modelo cognitivo sostiene que los individuos ante una situación estimular no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo, en función de sus supuestos previos o *esquemas cognitivos*.

2.1.1. Esquemas Cognitivos

Los esquemas cognitivos son entidades organizativas conceptuales complejas compuestas de unidades más simples que contienen nuestro conocimiento de cómo se organizan y estructuran los estímulos ambientales (Safran, Vallis, Segal y Shaw, 1986). Contienen conjuntos de *creencias nucleares* relacionadas con la visión del mundo, de los otros y sobre uno mismo y su interacción con los demás. Los esquemas están organizados según sus funciones. Por ejemplo, *los esquemas cognitivos* tienen que ver con la abstracción, la interpretación y el recuerdo; *los esquemas afectivos* son responsables de la generalización de los sentimientos, *los esquemas motivacionales* se relacionan con los deseos, *los esquemas instrumentales* preparan para la acción y los esquemas de control están involucrados en la autoobservación y la inhibición de las

acciones. Los esquemas tienen cualidades estructurales adicionales como la amplitud (pueden ser reducidos y discretos, o amplios), la flexibilidad o rigidez (capacidad para la modificación) y la densidad (influencia relativa en la organización cognitiva).

En general, en Terapia Cognitiva (TC) se utilizan con frecuencia indistintamente los términos “*esquema cognitivo*” y “*creencias nucleares*”. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las creencias nucleares constituyen el sustrato más profundo de los esquemas, pero los esquemas incluyen además otras creencias con distintos niveles de profundidad y especificidad. Las creencias nucleares son concepciones de uno mismo y del mundo globales, categóricas, incondicionales y estables en el tiempo. Las creencias intermedias son actitudes, reglas y supuestos que suelen poder formularse en términos proposicionales del tipo: “*Si...entonces*” y en cuyo desarrollo juegan un papel importante las creencias nucleares. Los supuestos y creencias pueden hacer referencia a conceptos más generales o más específicos.

2.1.2. Procesos Cognitivos

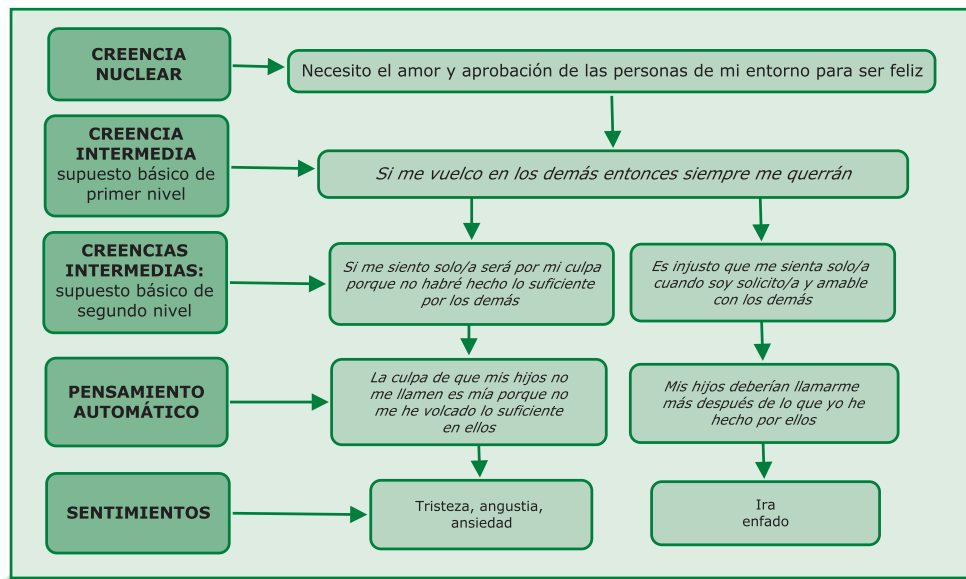
Los procesos cognitivos son las reglas transformacionales a través de las cuales los individuos seleccionan del medio la información que será atendida, codificada, almacenada y recuperada. Cuando los individuos se enfrentan a una situación estimular determinada, no analizan toda la información disponible, sino que atienden a indicios que ya están contenidos –o son congruentes– con la información de esquemas cognitivos preexistentes. Estas operaciones son procesos automáticos que operan en la mayoría de los casos sin el conocimiento consciente del individuo. Si bien la utilización de atajos o heurísticos contribuyen a una mayor economía y eficacia del sistema, también pueden producir sesgos y errores en el procesamiento de la información. Los sesgos más frecuentes son los llamados por Snyder (1981) “*sesgos confirmatorios*”, que hacen referencia a la tendencia de los individuos a procesar, codificar y recuperar información consistente con las claves contenidas en alguno de sus esquemas previos. A los sesgos negativos que cometen las personas con problemas emocionales, Beck (1970) los denomina “*distorsiones cognitivas*”.

2.1.3. Productos Cognitivos

Los productos cognitivos hacen referencia a los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por el medio, los esquemas y creencias (en sus distintos niveles de accesibilidad) y de los procesos cognitivos. Los contenidos de los productos cognitivos suelen ser más fácilmente accesibles a la conciencia que los esquemas y los procesos cognitivos. Es a esos productos cognitivos a los que Beck (1970) denomina “*pensamientos automáticos*”.

En la figura 1 se presenta un ejemplo de las conexiones entre distintos niveles de creencias, pensamientos automáticos, y las emociones que acompañan.

Figura 1. Esquema de conexión entre distintos niveles de profundidad de creencias y supuestos básicos, pensamientos automáticos y las emociones.



Adaptado de A.T. Beck, A.J. Rush, B.F. Shaw y G. Emery, (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión* Bilbao. Desclee De Brouwer

Beck y sus colaboradores (Beck, 1967, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) han formulado modelos explicativos de distintos trastornos emocionales. El primero fue el modelo cognitivo de depresión (Beck, 1967), posteriormente desarrolló otros de los que los más relevantes son los modelos cognitivos para los trastornos de ansiedad (Beck, 1976; Beck, Emery y Greenberg, 1985) y para los trastornos de la personalidad (Beck, Freeman y cols., 1990). Describiremos cada uno de estos tres modelos centrándonos especialmente en el modelo de la depresión porque fue del que partió la Terapia Cognitiva.

2.2. Modelos cognitivos explicativos de distintos trastornos

2.2.1. Modelo cognitivo de la depresión

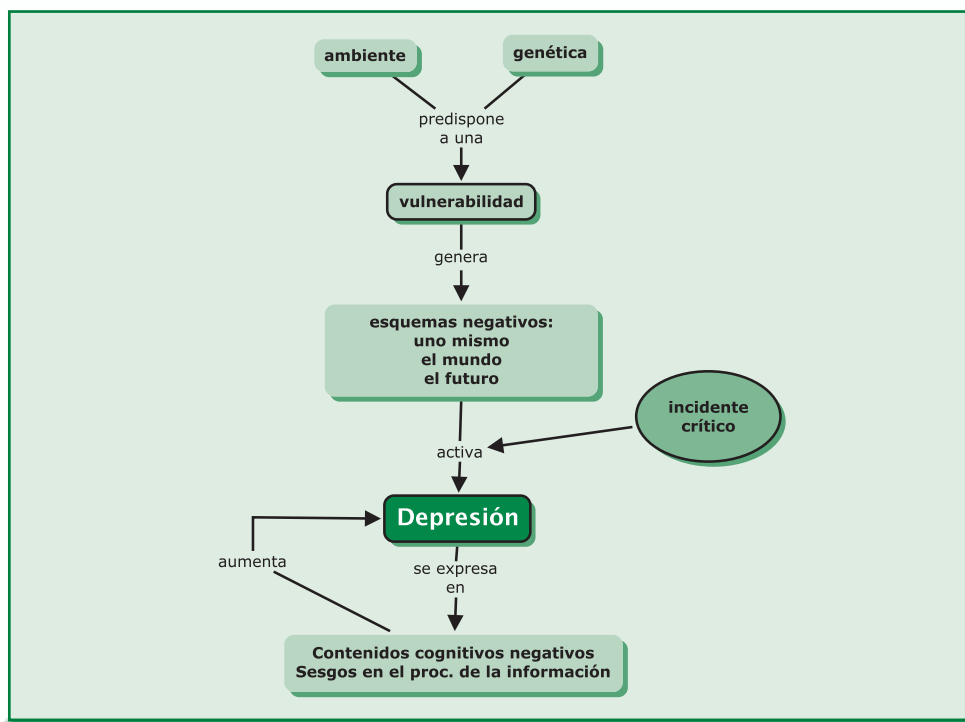
Beck postula que en la depresión unipolar no endógena, los individuos tienen una vulnerabilidad cognitiva que se dispara ante situaciones estresantes de la vida. Esta vulnerabilidad consiste en un conjunto de esquemas negativos y desadaptativos que a menudo reflejan pérdida, privación, inutilidad o derrota (Beck, 1967, 1970).

De acuerdo con el modelo, en la depresión hay un mal funcionamiento del procesamiento de la información debido a la activación de creencias nucleares profundas por acontecimientos o situaciones importantes de la vida del individuo y que

conducen a síntomas fisiológicos, emocionales o conductas disfuncionales. No se plantea que las cogniciones sean la causa de la depresión o de cualquier otro trastorno emocional. Las causas pueden ser debidas a numerosos factores, (genéticos, bioquímicos, evolutivos, de personalidad, ambientales, etc.) o a la interacción de varios de ellos. Lo que realmente se postula es la *primacía de los síntomas*: la activación de esquemas negativos y las distorsiones cognitivas consiguientes, serían el primer eslabón de la cadena de síntomas depresivos (Beck, 1976). En la figura 2 se presenta la representación gráfica del modelo.

Aunque la organización cognitiva del individuo no se considera el factor causal de la depresión, sí se afirma que contribuye a una mayor predisposición a que ciertos acontecimientos o experiencias negativas desencadenen este trastorno. El modelo asume que el primer síntoma depresivo es la *activación* de esquemas negativos relacionados con la visión de uno mismo, el mundo y el futuro. En consecuencia, las personas con esquemas negativos o con tendencia a cometer errores de procesamiento (debido a su aprendizaje infantil o experiencias tempranas), serán más proclives a padecer trastornos depresivos que las personas con pocos esquemas negativos y/o con baja tendencia a cometer errores en el procesamiento de la información.

Figura 2. Modelo de depresión de Beck



Adaptado de M.J. Scott (2009) Symple effective Cognitive Behaviour Therapy. A Practitioner's Guide (p.38)

Cuanto mayor es el arraigo de las creencias depresogénicas (e.g. “*soy un inútil*”, “*no hay nada que merezca la pena*”, etc.), y la intensidad de las emociones asociadas, mayor es la vulnerabilidad a que se desencadene una depresión ante acontecimientos negativos de la vida. Independientemente que cuál haya sido la causa de la depresión, la mayoría de los pacientes muestran ciertas características cognitivas comunes: pensamientos automáticos negativos, distorsiones cognitivas, déficits cognitivos y esquemas cuyos contenidos hacen referencia a una visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro que Beck denominó la *Tríada Cognitiva*.

a. La Tríada Cognitiva

La Tríada Cognitiva hace referencia a tres esquemas o patrones cognitivos que inducen al individuo a percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro desde un punto de vista negativo. La visión negativa de *sí mismo* hace que el individuo se perciba como incompetente, inadecuado y desgraciado y se refleja en la percepción de un *mundo* que le hace demandas excesivas o insuperables, exento de interés y que no proporciona ninguna gratificación. La visión negativa del *futuro* es de desesperanza, debido a la convicción de que nada de lo que percibe o experimenta en el presente cambiará, salvo para incrementarse las dificultades, el desánimo o el sufrimiento. Según el modelo, de estos tres patrones cognitivos se derivan el resto de los síntomas que suelen aparecer en los cuadros depresivos: falta de motivación, deseos de suicidio, pasividad, dependencia, indecisión, falta de energía, etc.

La consolidación de esquemas negativos y la predisposición a sesgar la información es posible que venga de la infancia. Experiencias personales negativas, la identificación con personas significativas o percepciones de actitudes de otros hacia el niño, podrían facilitar el aprendizaje de actitudes y creencias que configuran una parte importante del contenido de los esquemas referentes a uno mismo, el futuro y el mundo. Además otros factores que contribuyen a una mayor predisposición a que se consoliden o activen unos esquemas negativos. Beck resalta especialmente dos estilos de personalidad: *autonomía* y *sociotropía*. Los individuos autónomos tienen a obtener mayor satisfacción cuando ésta proviene de la autonomía, independencia, libertad y logro personal, mientras que en los individuos *sociotrópicos* el bienestar es mayor cuando se sienten aceptados, con afecto, acompañados y tienen aprobación social. Los estilos de personalidad pueden ayudar a predecir ante qué circunstancias o situaciones pueden activarse esquemas depresógenos y, por consiguiente, a cuáles son más proclives o vulnerables.

Un esquema inactivo durante años puede llegar a activarse ante una situación o acontecimiento vital determinado. La respuesta dada por el individuo y las conexiones existentes entre los esquemas pueden activar a su vez otros igualmente negativos, de manera que los esquemas idiosincrásicos se van haciendo más activos y pueden llegar a ser evocados por cada vez mayor número de estímulos que mantienen

escasa relación lógica con ellos (Beck et al., 1979). Se considera que los acontecimientos en sí mismos no producen depresión, a no ser que la persona esté predispuesta por esquemas cognitivos a ser sensible a este tipo de sucesos. Eso explicaría por qué ante acontecimientos vitales importantes, determinadas personas caen en depresión y otras no. Cuando la depresión es leve, el individuo puede contrarrestar la influencia de los esquemas negativos por la activación de otros esquemas más positivos o menos negativos. Cuando la depresión es más severa, los errores en el procesamiento de la información son mayores y se incrementa el número de distorsiones cognitivas que dificultan la activación de esquemas positivos adecuados. La identificación de los patrones o esquemas negativos y el análisis de la evidencia actual que los sustenta, puede ayudar a disminuir la fuerza con la que el paciente tiene esos esquemas y sus colorarios y a poder sustituirlos o reemplazarlos por nuevos esquemas más adaptativos. (DeRubeis, Webb, Tang y Beck, 2010).

b. Distorsiones cognitivas

Los esquemas negativos activados en los individuos depresivos les llevan a cometer una serie de errores en el procesamiento de la información o *distorsiones cognitivas* que por una parte, facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir la información del medio y, por otra, permiten al depresivo mantener la validez de sus creencias. En sus primeros escritos, Beck (1967) identificó 6 distorsiones que cometían los pacientes depresivos: (1) *Inferencia arbitraria*, (2) *abstracción selectiva*, (3) *generalización excesiva*, (4) *maximización/minimización*, (5) *personalización*, (6) *pensamiento absolutista y dicotómico*.

Posteriormente, Beck et al., (1979) amplían a 11 las distorsiones cognitivas modificando el nombre de alguna de las anteriores y añadiendo 5 nuevas: (1) *pensamiento de todo o nada*, (2) *sobregeneralización*, (3) *descontar lo positivo*, (4) *saltar a las conclusiones*, (5) *leer la mente*, (6) *adivinación*, (7) *magnificar/minimizar*, (8) *razonamiento emocional*, (9) *declaraciones de “debería”*, (10) *etiquetar* y (11) *culpabilidad inapropiada*.

Otros autores han ido incrementando el número de sesgos cognitivos negativos. Por ejemplo Freeman y DeWolf (1992) y Freeman y Oster (1999) incluyeron tres nuevas distorsiones: 1) *valía personal dependiente de opiniones externas*, 2) *comparación* y 3) *perfeccionismo*.

De todos los errores cognitivos que se han ido señalando, Yurica y DiTomasso (2004) recogen las 17 distorsiones cognitivas más frecuentes que estarían de acuerdo en resaltar la mayoría de los terapeutas cognitivos. Muchas de estas distorsiones no son exclusivas de pacientes depresivos y suelen estar presentes en otros muchos trastornos o problemas emocionales o conductas disfuncionales. En la Tabla 1 se presentan las distorsiones cognitivas recogidas por Yurica y DiTomasso.

Tabla 1. Distorsiones cognitivas

DISTORSIONES COGNITIVAS	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Inferencia arbitraria / saltar a las conclusiones	Proceso de obtener una conclusión negativa en ausencia de evidencia empírica suficiente que la avale.	<i>“No encuentro trabajo porque soy un desastre”</i>
Catastrofismo	Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va a ocurrir.	<i>“Es peor que no lo intente porque fracasaré y será horrible”</i>
Comparación	Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión de ser inferior o mucho peor que los demás.	<i>“Aunque me esfuerzo no consigo ser tan agradable como mi compañero”.</i>
Pensamiento dicotómico/blanco o negro	Tendencia a colocar las experiencias o comportamientos de uno mismo y de los demás en categorías que sólo admiten dos posibilidades opuestas (bueno/malo, positivo/negativo).	<i>“O saco un 10 en el examen o soy un fracasado”.</i>
Descalificación de lo positivo	Proceso de rechazar o descalificar las experiencias, rasgos o atributos positivos.	<i>“Me salió bien la cena pero fue por chiripa”.</i>
Razonamiento emocional	Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta.	<i>“Siento terror de subirme al avión, es muy peligroso volar”.</i>
Construir la valía personal en base a opiniones externas	Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de los otros.	<i>“Mi novio me dice que soy una inculta, seguro que tiene razón”.</i>
Adivinación	Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas.	<i>“Estoy segura de que aunque salga con amigos me sentiré mal”.</i>
Etiquetado	Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa.	<i>“Soy un fracasado”.</i>
Magnificación	Tendencia a exagerar o a magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación o acontecimiento.	<i>“Me ha salido el examen fatal, es horrible, no lo puedo soportar”.</i>
Leer la mente	Conclusión arbitraria de que alguien está pensando negativamente de uno sin evidencia que la apoye.	<i>“Sé que mi padre, en el fondo, piensa que soy un inútil”.</i>
Minimización	Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias.	<i>“Me han llamado los amigos cinco veces pero podrían haberme llamado más”.</i>
Sobregeneralización	Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias, o aplicarlas a una amplia gama de situaciones no relacionadas.	<i>“Me ha salido mal la comida, nunca seré capaz de hacer nada bien”.</i>

DISTORSIONES COGNITIVAS	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Perfeccionismo	Esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa de perfección sin examinar lo razonable de estas normas perfectas, a menudo en un intento de evitar experiencias subjetivas de fracaso.	<i>“Las cosas hay que hacerlas perfectas, si no es mejor no hacerlas”.</i>
Personalización	Proceso de asumir causalidad personal en las situaciones, eventos y reacciones de los otros cuando no hay evidencia que la apoye.	<i>“María y Juan se están riendo, seguro que es de mí”.</i>
Abstracción selectiva	Proceso de focalizarse exclusivamente en un aspecto, detalle o situación negativa, magnificando su importancia poniendo así toda la situación en un contexto negativo.	<i>“Soy un desastre. He perdido el paraguas”.</i>
Afirmaciones con “Debería”	Hace referencia a las expectativas o demandas internas sobre las capacidades, habilidades o conductas de uno mismo o de los otros, sin analizar si son razonables en el contexto en el que están llevándose a cabo.	<i>“Debería haberse dado cuenta de que yo lo estaba pasando mal y no continuar preguntándome”.</i>

c. *Pensamientos automáticos*

Los pensamientos automáticos, como ya se ha señalado anteriormente, son las auto-verbalizaciones, pensamientos o imágenes que aparecen ante una situación externa o interna determinada y que son el resultado de la interacción, en el caso de la depresión, de los supuestos depresogénicos, los acontecimientos activadores, los sesgos que se comenten al interpretar tales acontecimientos. Son una parte tan importante de la expresión de las creencias o de la visión de uno mismo y del mundo que los pacientes suelen considerarlos aseveraciones verdaderas no distorsionadas.

2.2.2. *Modelo cognitivo de la ansiedad*

El modelo de ansiedad de Beck (1976) enfatiza el papel que juegan en los problemas de ansiedad las creencias subyacentes del individuo y la interpretación que realiza de los estímulos a los que teme, incluyendo sus propias reacciones fisiológicas. Mientras que en los trastornos depresivos los esquemas y creencias nucleares negativas giran fundamentalmente en torno a derrota, pérdida o privación, en los trastornos de ansiedad tienen que ver con amenaza o peligro.

Las respuestas de ansiedad se mueven en un continuo que va desde las reacciones fisiológicas normales a reacciones exageradas ante un peligro percibido. Las distorsiones cognitivas o sesgos negativos que se producen en el procesamien-

to de los estímulos internos o externos, son las mismas que en la depresión aunque con pensamientos automáticos diferentes. Las creencias subyacentes de peligro predisponen a los individuos a: 1) restringir su atención a posibles amenazas en su entorno, 2) interpretar catastróficamente los estímulos ambiguos, 3) subestimar los propios recursos de afrontamiento, 4) subestimar la probabilidad de que otras personas puedan ayudarle si se encuentra en peligro, 5) llevar a cabo conductas de seguridad disfuncionales como la evitación o huida (Beck, 2005; Beck, Emery y Greenberg, 1985). En la Tabla 2 se exponen algunas creencias nucleares y sus creencias intermedias.

Tabla 2. Creencias nucleares y creencias intermedias asociadas según la propuesta de Beck

CREENCIAS NUCLEARES SOBRE SÍ MISMO	PRINCIPALES SUPUESTOS BÁSICOS
Necesidad de control	<i>Si no tengo el control total de una situación, algo malo ocurrirá.</i>
Necesidad de evitar situaciones desconocidas	<i>Si se trata de una situación nueva, no seré capaz de hacerle frente.</i>
Necesidad de estar siempre calmado	<i>Si me siento nervioso, conseguiré estar más nervioso y haré el ridículo o algo horrible me pasará.</i>
Necesidad de ser tan competente o más que los otros en todas las situaciones	<i>Si yo no sé o no contribuyo tanto como los otros, me siento incompetente y estoy ansioso</i>

Existen variaciones en las creencias nucleares y en las intermedias dependiendo del tipo de trastorno de ansiedad y de la naturaleza del peligro o amenaza. En el trastorno de pánico, reacciones fisiológicas específicas que se producen ante determinadas situaciones o reacciones normales de ansiedad llevan a interpretaciones catastrofistas (e.g. la falta de aire puede ser interpretado como signo de asfixia, la despersonalización como señal de locura, etc.). La evitación, como conducta de seguridad, permite al individuo mantener la creencia de que si se acerca a la situación en la que inicialmente se han producido los síntomas de ansiedad, se desencadenarán los ataques de pánico (Clark, Salkowskis, Öst, et. al., 1997). En el caso de la hipocondría, se suele focalizar la atención en sensaciones corporales interpretando cualquier pequeña sensación como señal de estar padeciendo una grave enfermedad (e.g. notar palpitaciones significa que se está teniendo un infarto, tener alguna molestia abdominal significa tener un cáncer de estómago o de colon, etc.) (Avia, 1999; Avia, Ruiz, Olivares, Crespo, Guisado, Sánchez, Varela, 1996).

En los trastornos de ansiedad social, los esquemas negativos asociados tienen que ver con creencias desadaptativas relacionadas con incompetencia en la realización de actividades sociales que llevarán a creerse inadecuado y totalmente inaceptable para los otros y a creer que van a ser rechazados. Es un miedo a la evaluación negativa por parte de los demás (Clark y Wells, 1995).

En los pacientes con trastornos de Estrés Postraumático (Clark y Ehlers, 2004) suele producirse una integración inadecuada de la experiencia traumática en la memoria autobiográfica. Las creencias que se generan después del suceso traumático resaltan la visión de que: 1) “el mundo es un lugar peligroso”, 2) “las cosas nunca volverán a ser como antes”, 3) “Yo no tengo control”. Por último, en la fobia la percepción de peligro está asociada a una situación o estímulo particular.

En la Tabla 3 se presentan las diferencias en la tríada cognitiva de pacientes depresivos y con trastornos de ansiedad.

Tabla 3. Diferencias en la tríada según trastorno

	TRIADA COGNITIVA		
	VISIÓN DE UNO MISMO	VISIÓN DEL MUNDO	VISIÓN DEL FUTURO
Depresión	Negativa: incompetente, inadecuado	Negativa: poco gratificante, demandas excesivas	Negativa: Desesperanza
Ansiedad	Vulnerable	Amenazante	Incontrolable

2.2.3. Modelo cognitivo de los trastornos de personalidad

Beck, Freeman *et al.* (1990) utilizan la teoría de la evolución y el modelo de procesamiento de la información para explicar los trastornos de personalidad. Se postula que los patrones prototípicos de la personalidad podrían ser considerados como estrategias filogenéticas encaminadas a asegurar la supervivencia y la reproducción de la especie. Los trastornos de la personalidad serían expresiones exageradas de aquellas estrategias primigenias. La secuencia psicológica progresa de la evolución al arousal motivacional y afectivo y finalmente, a la selección e implementación de estrategias relevantes. Cada trastorno de personalidad se caracteriza

por un conjunto de creencias, actitudes, afectos y estrategias que forman un perfil cognitivo. Las estructuras básicas (esquemas) son las unidades fundamentales de la personalidad. En la Tabla 4 se presentan algunas de las creencias nucleares y creencias intermedias o supuestos básicos asociados a distintos trastornos según la propuesta de Beck.

Tabla 4. Trastornos de personalidad, creencia nucleares y supuestos básicos

TRASTORNO	CONCEPCIÓN DE SÍ MISMO	PRINCIPALES CREENCIAS
POR EVITACIÓN	Vulnerable al desprestigio Socialmente inepto Incompetente	<i>Es terrible ser rechazado, humillado. Si la gente supiera como soy de verdad, me rechazaría No tolero los pensamientos desagradables</i>
POR DEPENDENCIA	Necesitado Débil y Desvalido Incompetente	<i>Necesito a la gente para sobrevivir, para ser feliz</i>
PASIVO AGRESIVO	Autosuficiente Vulnerable al control Vulnerable a las interferencias	<i>Las cosas deben hacerse a mi manera. Ser controlado por otros es intolerable Los otros interfieren en mi libertad de acción</i>
OBSESIVO COMPULSIVO	Responsable Rinde cuentas Fastidioso Competente	<i>Yo sé lo que es mejor Los detalles son fundamentales La gente debería trabajar mejor, esforzarse más</i>
PARANOIDE	Justo Inocente Noble Vulnerable	<i>Las intenciones son sospechosas No hay que confiar Hay que mantenerse en guardia</i>
ANTISOCIAL	Solitario Autónomo Fuerte	<i>Tengo derecho a violar las reglas Los otros son tontos Los otros son explotadores</i>
NARCISISTA	Especial Superior Por encima de reglas y normas	<i>Puesto que soy especial, merezco reglas especiales Soy mejor que los otros Estoy por encima de las reglas</i>
HISTRIÓNICO	Encantador Impresionante	<i>La gente está para servirme y admirarme No tienen derecho a negarme lo que me merezco Soy mejor que los otros</i>
ESQUIZOIDE	Autosuficiente Solitario	<i>Los otros no me compensan Las relaciones son desastrosas, indeseables.</i>

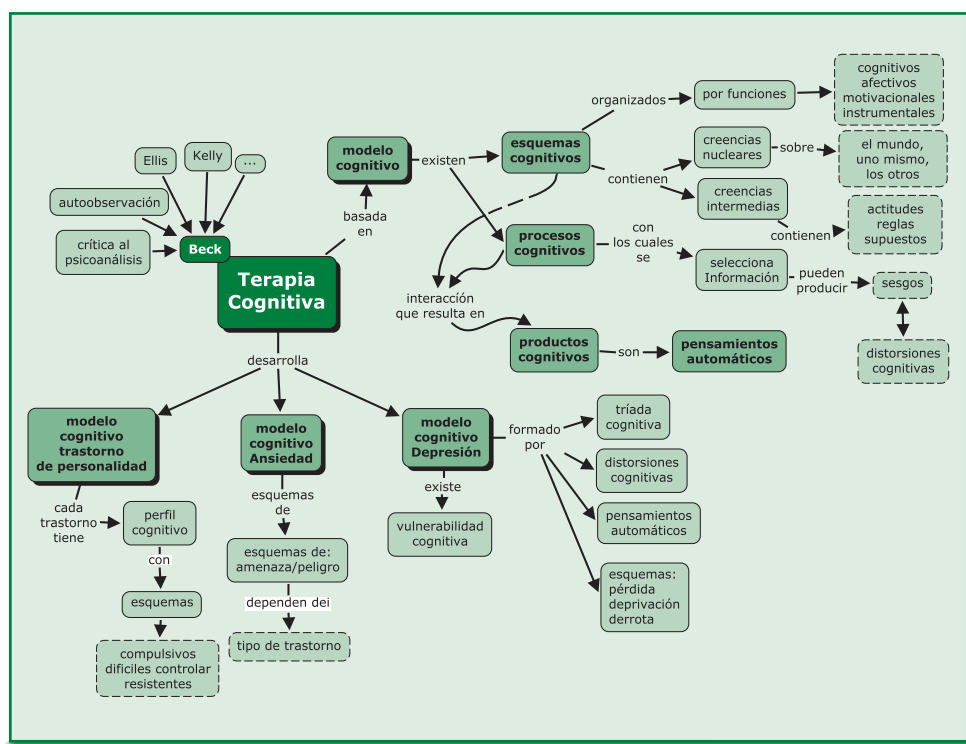
Adaptado de Beck, Freeman et al., 1995

En los trastornos de personalidad, los esquemas desadaptativos se activan a través de muchas situaciones, tienen cualidades compulsivas y son difíciles de controlar y modificar. La conducta y actitudes disfuncionales de las personas con trastornos de personalidad son inflexibles, imperativas, presentan una generalización excesiva y son resistentes al cambio.

Según Beck, Freeman *et al.* (1990) en cada trastorno de personalidad se puede encontrar un perfil sobre la base de sus rasgos típicos cognitivos, afectivos, cognitivos y conductuales, si bien individuos concretos pueden presentar rasgos de más de un tipo de personalidad.

El tratamiento de los trastornos de personalidad desde la Terapia Cognitiva es similar al de los problemas afectivos y los trastornos de ansiedad en cuanto a técnicas y procedimientos de intervención, sin embargo, presenta algunas diferencias importantes. En principio, se requiere mucho más tiempo y esfuerzo para modificar los esquemas y pensamientos disfuncionales.

2.3. Mapa conceptual de la Terapia Cognitiva



3. El proceso de intervención en Terapia Cognitiva

El interés de Beck por proporcionar un marco conceptual cognitivo de los problemas emocionales ha ido acompañado, de un interés similar por ofrecer procedimientos y técnicas de intervención coherentes con él. Podríamos definir la Terapia Cognitiva como un procedimiento de intervención estructurado, de tiempo limitado que utiliza como estrategias de intervención fundamentales el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis, para ayudar a las personas a aprender a identificar y contrastar sus pensamientos disfuncionales

La Terapia Cognitiva no sólo se centra en las distorsiones cognitivas del cliente, también en los problemas externos relacionados con su malestar. El terapeuta colabora con el paciente para conseguir la modificación de sus patrones cognitivos disfuncionales, extendiéndose esta colaboración a la toma de decisiones y búsqueda de soluciones a demandas y problemas ambientales. La Terapia Cognitiva pretende cubrir dos objetivos fundamentales a corto y largo plazo. A corto plazo, eliminar los síntomas y las creencias disfuncionales subyacentes que presenta el paciente. A largo plazo, que adquiera las habilidades necesarias que le permitan, en el futuro, corregir las distorsiones cognitivas que vaya cometiendo y ayudarle a incorporar, como parte de su repertorio habitual, actitudes y formas de funcionamiento más adaptativos y racionales.

En el libro *Terapia Cognitiva de la depresión* Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) describen detalladamente los aspectos fundamentales del tratamiento de la depresión incluyendo las características del terapeuta, la estructuración de las sesiones y las técnicas de intervención. Posteriormente se han publicado numerosos libros de aplicación a otros trastornos como conducta suicida, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, pareja, etc., o aplicaciones en grupo o diferentes contextos, que describen detalladamente los pasos que han de darse (Beck, 2005; Beck, Emery, Greenberg, 1985; Beck, Freeman, Davis, et al., 1990; Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, Fennell, 2005). En esencia, las recomendaciones son similares.

3.1. Características del terapeuta y relación con el paciente

Como ya se señaló anteriormente, la Terapia Cognitiva no sólo se centra en las distorsiones cognitivas del cliente, también en los problemas externos relacionados con su malestar. Durante las primeras entrevistas, el terapeuta es más directivo en la recogida de información diagnóstica y en la explicación del tratamiento. Igualmente, su responsabilidad es decisiva a la hora de enseñar a detectar y cuestionar los pensamientos, distorsiones y creencias y en la selección de las técnicas de intervención que pueden ser más adecuadas en distintos momentos. No obstante, es el paciente el que ha de detectar sus pensamientos idiosincrásicos y aprender a cues-

tionarse las inferencias que le llevan a otorgar un significado particular a sus experiencias. Antes de finalizar la terapia, el terapeuta colabora igualmente en la valoración sobre si el paciente ha adquirido las habilidades y entrenamiento necesario para detectar y cuestionarse los pensamientos que se activen ante situaciones futuras y que le produzcan malestar emocional.

Aunque se han publicado numerosos manuales de tratamiento y de autoayuda, se ha señalado insistentemente que la Terapia Cognitiva no consiste en la aplicación de una serie de técnicas de forma automática y uniforme a todos los pacientes como si de un libro de recetas se tratara. Cada caso debe ser cuidadosamente conceptualizado dentro del marco teórico cognitivo y eso llevará al terapeuta a elegir las estrategias y técnicas adecuadas para cada paciente.

Blackburn y Davidson (1990) agrupan las habilidades fundamentales del terapeuta cognitivo en dos bloques: 1) habilidades generales similares a las exigidas a cualquier psicoterapeuta y 2) habilidades específicas requeridas a un terapeuta cognitivo. Son las siguientes:

HABILIDADES GENERALES	HABILIDADES ESPECÍFICAS
• conocimiento de psicopatología • habilidades de entrevista • habilidades terapéuticas generales (empático, genuino, cálido, etc.)	• conocimiento del modelo cognitivo • colaboración • educación y cortesía • habilidad para escuchar • profesionalidad • flexibilidad • humor

3.2. Estructuración del proceso terapéutico

Ingram y Hollon (1986) señalan los 7 pasos que se llevan a cabo a lo largo del proceso terapéutico para conseguir el cambio cognitivo:

1. Proporcionar la lógica del tratamiento.
2. Entrenar al cliente en técnicas de autorregistro.
3. Promover la realización de conductas mediante técnicas específicas y programación de tareas para casa.
4. Identificar pensamientos automáticos, creencias subyacentes y procesos por los que se han formado y mantienen.
5. Contrastar creencias y llevar a cabo un examen lógico de las estrategias de razonamiento defectuosas.
6. Articular los supuestos básicos subyacentes (esquemas).
7. Preparar para la terminación de la terapia y prevenir de recaídas

8. La duración del tratamiento de la mayoría de los trastornos emocionales conlleva un número de sesiones limitadas: en el caso de la depresión reactiva unipolar, entre 15 y 20 con una periodicidad semanal. En casos más graves podría ser conveniente realizar dos sesiones semanales durante 4-5 semanas y posteriormente se pasaría a una semanal (Beck. et al., 1971).

Primera sesión

Los objetivos que han de cubrirse son: recoger información relevante sobre la problemática del cliente, establecer un buen rapport, explicar brevemente los fundamentos teóricos de la Terapia Cognitiva, esbozar el tratamiento y generar expectativas de cambio.

Scott (2009) los presenta de forma detallada los objetivos y divide la entrevista en dos fases, la primera dedicada al diagnóstico psicopatológico, para lo que se recomienda realizar: a) una entrevista abierta para obtener el rapport, b) diagnóstico diferencial, c) entrevista estructurada y d) diagnóstico. La segunda implica una entrevista que incluya: 1) pruebas psicométricas, 2) compartir con el cliente la formulación provisional de cada trastorno identificado, 3) analizar las expectativas del cliente sobre la terapia y el terapeuta. 4) seleccionar los problemas más urgentes y accesibles clarificando las metas que han de ser específicas, realistas, factibles, evaluables y que se lleven a cabo en un plazo limitado; 5) definir el rol del terapeuta y el del cliente durante las sesiones y en la propuesta de tareas para casa, 6) proponer una actividad entre sesiones que garantice una experiencia de éxito inmediata y 7) recabar información sobre la opinión del paciente y su reacción a esta primera entrevista.

Puesto que la reducción de la sintomatología se convierte en un objetivo prioritario de la primera entrevista, es necesario especificar los síntomas que relata el cliente de forma objetiva y concreta. Beck clasifica los síntomas depresivos en varias categorías: (1) *afectivos* (tristeza, apatía, pérdida de sentimientos, pérdida de gratificaciones, pérdida de alegría, ansiedad, distancia emocional de otras personas), (2) *motivacionales* (deseo de escapar, deseo de evitar actividades cotidianas, deseo de evitar problemas), (3) *cognitivos* (dificultad para concentrarse, problemas de memoria y atención, distorsiones cognitivas), (4) *conductuales* (lentitud, pasividad, agitación, evitación de contacto con otras personas) (5) *fisiológicos* (alteraciones de sueño, alteraciones del apetito, etc.).

Una vez mostrada al paciente la relación entre sus emociones negativas y sus pensamientos, es necesario, seleccionar algún tipo de problema ante el que se presenten uno o varios síntomas objetivos (motivacional, fisiológico, conductual, etc.) y perfilar juntos, terapeuta y paciente, estrategias concretas para manejarlo con éxito durante la sesión y fuera de ella.

Un aspecto que hay que cuidar muy especialmente en la primera sesión es mantener un feedback recíproco entre paciente y terapeuta para comprobar si el terapeuta ha entendido correctamente cuál es el problema del paciente, cuáles son las posibles reacciones encubiertas del cliente hacia la terapia, qué tipo de emociones y pensamientos tiene durante ésta, si ha entendido las explicaciones del terapeuta y si sintoniza con ellas. Este feedback es crucial porque permitirá establecer la colaboración que requiere la Terapia Cognitiva para marcar los objetivos y métodos de tratamiento, y obtener una base sólida para definir y formular de manera concreta los problemas del cliente.

El resto de las sesiones se dedican a cumplir los objetivos terapéuticos propios de la TC: el cambio de las cogniciones negativas que están en la base del malestar emocional del paciente.

Estructura del resto de las sesiones

La estructura formal es muy similar y podría organizarse en seis fases:

1. Comenzar la sesión dedicando un tiempo a revisar el estado general del paciente y establecer los objetivos que se establecerán como agenda del día.
2. Discutir y comentar aspectos relacionados con la última sesión y lo que el paciente ha sentido o le ha ocurrido entre sesiones.
3. Revisar los registros de las tareas programados para casa en la sesión anterior, prestando especial atención a los puntos de mayor conflicto o dificultad.
4. Cuestionar y buscar evidencia empírica de pensamientos automáticos, sesgos negativos y creencias subyacentes extraídos de las tareas para casa o lo acontecido durante la semana.
5. Programar de común acuerdo nuevas actividades, anticipando las posibles dificultades, dudas o predicciones de los resultados y realizando ensayos de conducta (imaginación, role-playing, etc.) si se considera necesario.
6. Obtener feedback de la sesión comentando y resumiendo el contenido de la sesión, incluyendo lo que se ha dicho o le ha alterado, lo que le ha sido útil o no le ha ayudado, cómo se siente, y si algo de ello debe tratarlo en próxima sesión.

3.3. Principales técnicas de intervención

3.3.1. Técnicas conductuales

La mayoría de las técnicas forman parte del repertorio habitual de la Terapia de Conducta, si bien el objetivo último que se persigue con la aplicación de estas técnicas es distinto. Mientras que para el terapeuta de conducta el cambio en la conducta manifiesta es un fin en sí mismo, para el terapeuta cognitivo es un medio para conse-

guir la modificación de las cogniciones del paciente, que es el objetivo primordial de la Terapia Cognitiva. Las técnicas conductuales se consideran herramientas que permiten realizar al paciente experimentos mediante los cuales pueda probar la validez de sus hipótesis o creencias. El hecho de *hacer cosas* que antes no hacía, porque *creía* que no podía o no era capaz, le permite descubrir cómo algunos pensamientos influyen negativamente en sus emociones, motivación y conducta.

La aplicación de las técnicas cognitivas exige un mínimo de funcionamiento conductual. Cuando éste no existe, se instaura mediante la aplicación de técnicas conductuales. Estas técnicas permiten que el paciente inicie acciones que le ayuden a reducir los pensamientos obsesivos, modificar actitudes poco adecuadas y obtener sentimientos de bienestar.

a. Programación de actividades: Es una de las estrategias terapéuticas más importantes en Terapia Cognitiva. Durante la sesión, terapeuta y paciente van programando las actividades diarias que realizará el paciente, utilizando una jerarquía de tareas según la dificultad percibida por éste. Puesto que un objetivo fundamental es que el paciente se perciba capaz de controlar su tiempo y realizar algunas actividades, el programa que se establezca ha de ser realista para que pueda llevarlo a cabo y obtener pruebas a favor de su capacidad. Si se programan demasiadas actividades o no se tiene en cuenta el nivel de dificultad que presentan para el paciente, se pueden producir efectos contraproducentes ya que la no realización de las actividades programadas pueden servir para demostrarle, precisamente, su incapacidad.

La programación y el registro de actividades diarias sirven, en el caso de pacientes depresivos, para poner a prueba la creencia de que no pueden hacer nada. Las actividades realizadas, por pequeñas que sean, permiten al terapeuta tener una base para refutar las creencias de incapacidad absoluta. Al mismo tiempo, ya que al realizar la programación se procura elegir aquellas actividades que, aunque sea en grado mínimo, proporcionen algún tipo de agrado al cliente, la satisfacción asociada a actividades concretas va sensibilizando al paciente hacia sentimientos de bienestar. Esto permite contrarrestar sus creencias de que es incapaz de experimentar satisfacción, incrementando la probabilidad de repetir las actividades que le hacen sentir mejor.

En cada una de las tareas o actividades que realiza el paciente se le pide que evalúe, en una escala de 0 a 5 puntos, el grado de dominio y agrado que ha experimentado al llevarla a cabo. En el caso de personas con problemas de ansiedad, el grado de dominio y el nivel de ansiedad o malestar. En los pacientes con ansiedad, la programación y el registro de actividades diarias permiten poner a prueba las creencias básicas de que algo peligroso o amenazante le va a ocurrir, no podrá afrontarlo y los demás no le podrán ayudar.

- b. Role-playing:** En la aplicación de esta técnica se presta una especial atención a los pensamientos automáticos de los pacientes. El *role-playing* se suele llevar a cabo durante las sesiones, mediante ensayo de conducta o modelado con el terapeuta. Se trata de realizar con esta técnica experimentos en los que comprobar o refutar las hipótesis planteadas en relación a sus creencias ante una acción o interacción determinada. Por ejemplo, una persona deprimida puede no querer ir a comprar al supermercado por pensar que puede equivocarse al pagar, que la tendera va a pensar que es un enfermo mental, etc. Las técnicas de modelado y *role-playing* no sólo sirven para ensayar la conducta a realizar, sino también para que el paciente compruebe que sus pensamientos sobre lo que va a ocurrir no son necesariamente verdad, puesto que existen alternativas diferentes a las que él ha pensado (e.g. no tiene por qué equivocarse, la tendera puede no fijarse en él, pensar que está cansado, que no ha dormido, que es tímido, etc.).
- c. Técnicas de afrontamiento:** Además de las anteriormente indicadas se utilizan otras muchas técnicas conductuales según el trastorno objeto de tratamiento, aunque siempre con el objetivo de modificar los pensamientos disfuncionales.
- **Técnicas de control de estímulos:** Se utilizan, por ejemplo, para aliviar las dificultades de sueño que suelen presentarse en los trastornos de ansiedad y depresión. Incluye reducir los estímulos que interfieren en el sueño e incrementar los que lo inducen (e.g. no tomar café por la tarde/noche, no trabajar o realizar actividades estimulantes, tratar de ir a la cama a la misma hora, hacer ejercicios de relajación antes de acostarse o en la cama, evitar rumiaciones sobre problemas o preocupaciones han ocurrido durante el día, tratar de alejarlos con distracciones sobre acontecimientos agradables, etc.).
 - **Relajación** como estrategia de *coping*. Es decir, utilizar la relajación para poder reducir la ansiedad que interfiere con el afrontamiento adecuado de una situación particular.
 - **Exposición graduada** a las situaciones temidas o evitadas, fundamentalmente en pacientes con problemas de ansiedad. La exposición se puede realizar mediante Desensibilización Sistemática en la imaginación, o exposición in vivo, estableciéndose previamente la jerarquía de situaciones según el nivel de dificultad.
 - **Control de la Respiración o técnicas de hiperventilación.** Se utilizan especialmente en el trastorno de pánico o ante síntomas somáticos amenazantes como ocurre en los problemas de agorafobia. Se utilizan también cuando la relajación resulta difícil de aplicar.
 - **Entrenamiento asertivo:** que permita poner en práctica las estrategias entrenadas para manejarse adecuadamente en situaciones o ante personas que producen ansiedad. Incluye ser capaz de decir “no”, expresar opiniones, realizar preguntas o pedir ayuda.

3.3.2. Técnicas emotivas

Se utilizan inicialmente por el terapeuta durante las sesiones, y en ellas se entrena al paciente para que las use en su medio natural cuando sienta que la emoción es demasiado elevada y necesite controlarla. Beck menciona algunas de las que pueden ser útiles con pacientes depresivos:

- a. **Inducción de autocompasión.** Se utiliza excepcionalmente con algunas personas cuando no pueden llorar y necesitan hacerlo. Puede llevarse a cabo de varias formas. 1) Pedir al paciente que describa detalladamente todos sus sentimientos negativos. Esto suele ser suficiente en muchos para desencadenar el llanto y provocar autocompasión. 2) Descripción por el terapeuta de la historia de otra persona con problemas parecidos a los del paciente con la mayor emoción posible. La identificación puede llevar a convertir la compasión que siente por el otro en autocompasión y sacar la tristeza que tiene contenida. 3) El terapeuta puede hacer role-playing asumiendo el papel del paciente y verbalizando, con la mayor emoción posible, sentimientos de autocompasión para movilizar los del paciente. 4) El terapeuta puede también proporcionar información personal relacionada con sentimientos de autocompasión, provocados por experiencias o vivencias parecidas a las que está experimentando el cliente, para provocar en él su propia autocompasión. Estas sugerencias de Beck hay que tomarlas con mucha precaución ya que los pacientes depresivos adolecen de un exceso de llanto, de pena por sí mismo y de autocompasión y es precisamente en la reducción de estos síntomas y sentimientos en los que se ha de centrarse la terapia.
- b. **Inducción de cólera controlada.** Se trata de señalar aspectos de la experiencia o la situación que puedan provocar cierto enfado con la vida, personas o situaciones. El sentimiento de enfado es útil para reducir la profunda tristeza que se puede sentir en un momento determinado. Esta técnica ha de ser utilizada con precaución porque en pacientes depresivos el sentimiento de enfado a veces genera sentimientos de culpa tan aversivos o más que el de tristeza.
- c. **Distracción externa.** Ver la T.V., llamar por teléfono, leer un libro, etc., son formas de distracción que sirve para aliviar los sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad. Igualmente, el paciente puede concentrarse en algún aspecto del medio y poner en juego el mayor número posible de modalidades sensoriales (vista, oído, gusto, tacto...) y mantener la distracción hasta que se reduzca el malestar.
- d. **Hablar de forma limitada de los sentimientos.** Otro procedimiento para reducir el sentimiento de tristeza es procurar no estar hablando permanentemente de sus sentimientos con las personas de su alrededor, puesto que la expresión

continua del malestar hace que el sentimiento se mantenga y se intensifique el recuerdo que provoca la expresión verbal constante.

- e. **Evitar verbalizaciones internas catastrofistas** o de incapacidad del tipo “no puedo soportar tanto sufrimiento” ayuda a aliviar el sentimiento de tristeza, dado que estas verbalizaciones incrementan la percepción de incapacidad y catastrofismo. El paciente ha de intentar sustituir estos comentarios por otros que resalten su fortaleza para soportar el sufrimiento y que le permitan incrementar su tolerancia a la frustración y al dolor.
- f. **Análisis de responsabilidad.** Para reducir los sentimientos de culpa, frecuentes en los pacientes depresivos, es conveniente analizar con todo detalle las razones que se da el paciente para sentirse responsable de la conducta de otros. También se deben analizar los patrones arbitrarios e idiosincrásicos que le hacen sentir que hace las cosas mal o que le llevan a considerarse culpable por determinados pensamientos y deseos. Con ello se pretende buscar evidencia que permita al paciente recopilar información más objetiva sobre las razones que le llevan a experimentar sentimientos de culpa.

Los procedimientos utilizados y entrenados durante las sesiones para reducir los síntomas afectivos se programan también como tareas para casa, para que se practiquen entre sesiones y se reduzca la intensidad de su malestar.

3.3.3. Técnicas cognitivas

Beck denomina *técnicas cognitivas* al conjunto de técnicas que se utilizan para facilitar el cuestionamiento socrático que permite identificar y cambiar pensamientos negativos.

Los dos procedimientos fundamentales mediante los cuales se lleva a cabo la detección y el cuestionamiento de pensamientos, distorsiones y creencias son los *autorregistros* y el *descubrimiento guiado*.

a. Autorregistros

Los autorregistros se utilizan desde las fases iniciales para recoger información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día y conocer ante qué situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye el malestar, así como para analizar el grado de dominio y agrado de las actividades que llevan a cabo. El estado emocional suele valorarse en una escala de 0 (sentirse muy mal) a 100 (sentirse muy bien). Tienen una doble utilidad: permiten obtener información detallada de lo que le ocurre al paciente a lo largo de la semana, y sirven de línea base para comparar los cambios posteriores

Durante las fase de tratamiento se utilizan para seguir entre sesiones el cuestiona-
miento de las cogniciones que surgen ante acontecimientos activadores buscando
evidencia que permita confirmarlas o refutarlas.

El autorregistro más utilizado es el *Registro diario de pensamientos distorsiona-
dos* (DTR) propuesto inicialmente por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979). Está dividi-
do en 6 columnas. En la primera se anota el día y hora en la que ocurren los aconte-
cimientos, en la segunda se especifican las situaciones concretas indicando en cada
una de ellas dónde estaba y qué estaba pasando cuándo sucedió. En la tercera ha de
especificarse la emoción o emociones concretas que se experimentaba indicando su
intensidad (1%-100%) En la cuarta columna se apuntan los pensamientos automáti-
cos e imágenes que pasaron por su mente. Estas cuatro columnas son las que se uti-
lizan cuando se trata de identificar pensamientos automáticos y establecer su rela-
ción con las emociones. Posteriormente, cuando se ha iniciado el proceso de debate
y búsqueda de evidencia y de alternativas al pensamiento automático explicitado, se
procede a rellenar las dos columnas siguientes. La quinta recogería las respuestas
alternativas a los pensamientos automáticos indicados añadiendo la credibilidad
que se les concede. En la sexta se anota el resultado de la reevaluación de la credibi-
lidad de los pensamientos automáticos iniciales así como de la intensidad de sus
emociones.

Ejemplo de registro diario de pensamientos distorsionados:

FECHA Y HORA	SITUACIÓN	EMOCIONES	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	RESPUESTAS RACIONAL	RESULTADO
Lunes a las 9.00	Estoy en la calle y veo a un perro y se pone a ladrar	Ansiedad (70%)	Ladra porque se ha enfadado y me quiere morder	Que un perro ladre no necesariamente significa que esté enfadado y quiera morder (60%)	Credibilidad de que el perro ladra porque me quiere morder (30%) Grado de ansiedad (20%)

En general la mayoría de los registros que se utilizan recogen en las columnas
iniciales días y horas en el que tiene lugar el malestar emocional, situaciones con-
cretas en las que se produce, tipo de emoción y grado de intensidad y pensamien-
tos automáticos identificados. En función de lo que se pretenda trabajar, se irán
añadiendo columnas en las que pueden anotarse, por ejemplo, el nombre de la
distorsión o distorsiones asociadas a cada pensamiento automático, pensamientos
racionales alternativos, ventajas e inconvenientes de cada pensamiento automático
negativo y de los pensamientos racionales alternativos, supuestos básicos que sub-
yacen a los pensamientos negativos y ventajas e inconvenientes de mantener esos
supuestos, etc.

b. Descubrimiento guiado

Hace referencia al proceso de ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático.

Para alcanzar los fines que persigue el cuestionamiento socrático el terapeuta va guiando al paciente mediante preguntas abiertas hasta donde considera necesario llegar, pero permitiendo que sea el paciente el que llegue al hacer libremente sus asociaciones y argumentaciones.

Hay una serie de preguntas generales que se utilizan para cuestionar cogniciones disfuncionales:

¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos?

¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esa situación?

¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esta manera?

La primera es especialmente pertinente cuando se está cuestionando y debatiendo el carácter disfuncional de los pensamientos y distorsiones cognitivas

Ejemplo: ¿cuál es la evidencia en que te basas para pensar que caes mal a tus compañeros de trabajo? ¿Cual es la evidencia en la que te basas para pensar que tienes un tumor cerebral?

La segunda pregunta tiende a formularse cuando ya se ha aprendido a identificar las distorsiones cognitivas y los sesgos atribucionales en los que se basan los pensamientos automáticos ante situaciones concretas y lo que se pretende es que el paciente aprenda a realizar interpretaciones alternativas.

Ejemplo: ¿qué otras alternativas a que te estén rechazando podrían dar cuenta del hecho de que a veces algún compañero no te mire cuando entras al despacho? ¿Qué otras alternativas a tener un tumor cerebral pueden explicar el que a veces te duela la cabeza?

La tercera pregunta suele formularse cuando lo que se pretende es detectar posibles creencias o esquemas disfuncionales que sirven de soporte a los pensamientos y sesgos cognitivos negativos. Por ello no se buscan las posibles distorsiones cognitivas que están detrás de los pensamientos, simplemente se dan por válidos los argumentos planteados.

Ejemplo: ¿qué ocurriría o qué consecuencias tendría si, efectivamente, le caes mal a tus compañeros?; ¿qué ocurriría si realmente tuvieras un tumor cerebral?

c. Técnicas cognitivas específicas

Las técnicas cognitivas específicas que se utilizan mediante el cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado son muy variadas. Algunas de las más habituales son:

- **Técnicas de reatribución:** encaminadas a modificar los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales de *locus de control* (interno/ externo), *estabilidad* (estable/inestable) y *especificidad* (global/ específico). En general, las personas depresivas suelen hacer atribuciones internas, estables y globales a la hora de explicar sus errores o fracasos, y externas, inestables y específicas para sus éxitos.
- **Técnica de *conceptualización alternativa*:** Se trata de buscar de forma activa, con la ayuda inicial del terapeuta, interpretaciones distintas a las realizadas por el cliente en un primer momento, y encontrar explicaciones alternativas a los problemas que se le plantean. Mediante esta técnica se pretende contrarrestar la tendencia a realizar interpretaciones *únicas* y la dificultad de encontrar solución a los problemas.
- **Técnicas basadas en la imaginación:** Constituyen un elemento de trabajo fundamental en Terapia Cognitiva. Hay un porcentaje importante de personas a las que les resulta mucho más fácil detectar imágenes visuales que pensamientos asociados a sensaciones de malestar. Desde las primeras fases de la terapia se utiliza algún tipo de técnica en la que está implicado el uso de la imaginación. Una forma habitual de explicar la influencia de las cogniciones en las emociones y en la conducta, es pedir que se imagine una situación particular e ir preguntando al cliente por los sentimientos y conductas que le acompañan, luego cambiar los pensamientos manteniendo la situación y preguntar por el cambio de sentimientos y conductas que se producen.

Beck, Rush, Shaw, y Emery (1979) recogen algunas de las principales técnicas cognitivas basadas en la imaginación que se utilizan en Terapia Cognitiva:

- **Parada de imágenes.** Se pide al paciente que cuando comience una fantasía, recuerdo o imagen que le provoque malestar emocional, dé un golpe fuerte o diga “alto” para interrumpir el curso de la imaginación. Después puede inten-

tar imaginar alguna escena o fantasía agradable para evitar la aparición de las imágenes desagradables.

- *Repetición continuada.* Cuando el paciente informa de grandes dificultades para interrumpir el curso de una fantasía o imaginación, se recomienda que rememore y repita incesantemente la escena o fantasía que provoca malestar hasta que se reduzca la sintomatología emocional.
- *Proyección temporal.* Consiste en pedir a la persona que cuando le venga una imagen con alto contenido emocional, intente imaginar la escena como si ocurriese en un momento temporal distinto: una semana después, un mes, un año, pretendiendo que la distancia le permita alcanzar cierta objetividad.
- *Imaginar metáforas.* Puede ayudar al paciente a representarse mentalmente visiones alternativas de una situación.
- *Parada de imagen catastrofista.* Se pide al paciente que, ante la representación mental de escenas o imágenes catastrofistas, intente incluir en la escena o fantasía los datos positivos, agradables o neutros que ha omitido, con el fin de que la fantasía se acerque más a la realidad, al considerar también otros datos objetivos.
- *Imaginación inducida.* Se trata de que el paciente intente transformar una imaginación negativa en otra más neutra o positiva, con la intención que vaya experimentando mayor control de su imaginación y pueda fantasear con situaciones o conductas más adaptativas.
- *Repetición de metas.* Para incrementar la autoeficacia percibida, se pide al paciente que repita en su imaginación las conductas y acciones deseadas, incluyendo las autoinstrucciones positivas que le puedan facilitar su ejecución.
- *Imaginación positiva.* Se sugiere al paciente que genere fantasías o imágenes positivas que le permitan reducir el tiempo dedicado a las negativas. Este tipo de fantasías positivas le pueden ser útiles como técnicas distractivas cuando el malestar emocional se incrementa.
- *Imaginación como estrategia de coping.* Se entrena al paciente para que utilice la imaginación como estrategia de afrontamiento al visualizarse a sí mismo haciendo frente a distintas situaciones o visualizando cómo lo harían otras personas (modelado encubierto). Deberá ir cambiando la situación de menos a más amenazante y entrenándose mentalmente en distintos posibles finales.

En la Tabla 5 se recogen a modo de resumen las principales técnicas de intervención conductuales, emotivas y cognitivas para modificar pensamientos automáticos.

Tabla 5. Principales técnicas de intervención para modificar pensamientos automáticos

TÉCNICAS PARA PROMOVER EL CAMBIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	
TÉCNICAS CONDUCTUALES	• Programación de actividades • Role-playing • Técnicas de afrontamiento: • Técnicas de control de estímulos – Relajación – Exposición graduada – Control de la respiración – Entrenamiento Asertivo
TÉCNICAS EMOTIVAS	• Inducción de autocompasión • Inducción de cólera • Distracción externa • Hablar de los sentimientos • Análisis de responsabilidad
TÉCNICAS COGNITIVAS	• Mediante autorregistros y descubrimiento guiado se utilizan las siguientes técnicas: Técnicas de reatribución • Técnicas de conceptualización alternativa • Técnicas basadas en la imaginación: – Parada de imágenes – Repetición continuada – Proyección temporal – Imaginar metáforas – Parada de imagen catastrofista – Imaginación inducida – Repetición de metas – Imaginación positiva – Imaginación como estrategia de coping

3.3.4. *Técnicas para identificar y modificar esquemas cognitivos y supuestos básicos subyacentes*

Las técnicas utilizadas son similares a los que se utilizan para identificar y modificar pensamientos automáticos, si bien incorporan otras técnicas más específicas tanto para identificar como para cambiar creencias nucleares y supuestos básicos subyacentes.

La identificación y modificación de creencias y esquemas no parte de la comprobación de si los pensamientos automáticos asociados están basados en distorsiones cognitivas o sesgos negativos. Independientemente de si el contenido de un pensamiento automático es verdadero o falso, el objetivo es identificar qué creencias nucleares, o supuestos básicos se activan ante las situaciones conflictivas que generan malestar.

Dobson Y Dobson (2009) señalan algunos requisitos importantes para iniciar el cambio de los esquemas cognitivos subyacentes del cliente: a) que se haya reducido

notablemente el malestar emocional, las conductas disfuncionales y los pensamientos negativos; b) que sus creencias disfuncionales supongan un riesgo para posibles recaídas; c) que tenga la capacidad de establecer un debate más abstracto; d) que no tenga riesgo de un trastorno psicótico; e) que conozca y esté dispuesto a llevar a cabo un tratamiento de mayor duración con resultados a más largo plazo.

Estos autores describen algunas de las estrategias más específicas que se utilizan tanto identificar creencias como para el cambio de las creencias negativas por otras nuevas más adaptativas.

a. Obtener e identificar creencias:

Entre las técnicas más utilizadas en Terapia Cognitiva para identificar o detectar esquemas cognitivos o creencias nucleares destacan las siguientes.

- **Búsqueda de reglas de inferencia del tipo “si A...entonces B”:** Una de los procedimientos más utilizados es detectar en las opiniones y explicaciones del cliente expresiones del tipo: “Si...entonces”. En muchas ocasiones estas creencias no son explícitas y es el terapeuta el que ha de facilitar que afloren formulando la primera parte de la regla. Por ejemplo: “Si quedas con una chica, entonces...”.
- **Detectar los *debería* y *tendría*:** El valor desadaptativo de los imperativos categóricos formulados en términos de “debería” y “tendría” ha sido subrayado por Ellis y su modificación es precisamente uno de los objetivos centrales de la TREC como ya vimos en el capítulo anterior. El uso frecuente de palabras como *debería* o *tendría* en las valoraciones de la propia conducta o la de los demás son indicios de la utilización de reglas que asumen que las personas han de ser infalibles consigo mismos, con los otros o con el cumplimiento de las reglas o normas establecidas.
- **Detectar temas comunes en los pensamientos automáticos ante distintas situaciones:** Durante el proceso de identificación y modificación de pensamientos automáticos pueden surgir patrones similares de pensamientos, emociones o conductas ante distintas situaciones. Por ejemplo, sentirse orgulloso porque le han felicitado por realizar un buen trabajo, no significa necesariamente que exista un esquema negativo relacionado con la *necesidad de aprobación*. Ahora bien, este esquema podría estar presente si en el análisis de distintas situaciones se ponen de manifiesto verbalizaciones, conductas y emociones que indican que la motivación del trabajo es conseguir la felicitación de los demás o cuando los pensamientos y emociones positivas sólo se producen si media la felicitación de personas significativas. Analizar estos pensamientos automáticos puede facilitar el descubrimiento de uno o varios supuestos básicos, que estarían activados ante distintas situaciones.

- **Utilizar la técnica de la flecha descendente:** Es una de las técnicas más específicas para detectar las creencias nucleares más profundas utilizada también en la TREC. El objetivo es ir ahondando mediante una serie de preguntas encadenadas hasta llegar a las creencias disfuncionales o esquemas más profundos del paciente. La respuesta a cada pregunta sirve para formular otra nueva hasta llegar a la respuesta final que sería la formulación de la creencia o esquema más profundo. En las respuestas a las distintas preguntas de la cadena pueden ir apareciendo creencias básicas o reglas intermedias que también serán objeto de análisis y posterior modificación. Un ejemplo sería el siguiente:

Cliente: Me siento fatal porque mi novio no se ha acordado de llamarme por mi cumpleaños.

Terapeuta: ¿Que significa para ti el hecho de que no te haya llamado por teléfono?

C: Que tal vez le estoy dejando de gustar

T: ¿Y si fuera así ¿que pasaría?

C: Que me puede dejar

T: ¿Qué pasaría si te dejara?

C: Que si el/ella no me considera suficientemente atractivo/a significa que no lo soy y por tanto no podría volver a tener pareja.

T: ¿Y si no encontraras pareja?

C: Me moriría porque sin una pareja que me quiera y me valore, yo no podría vivir.

- **Plantear situaciones hipotéticas:** Cuando se sospecha que puede haber esquemas negativos asociados a determinadas situaciones que no se presentan habitualmente puede ser útil trabajar con este tipo de situaciones planteadas hipotéticamente y analizar cómo cree el cliente que respondería. A partir de ahí se podrían ir analizando con los procedimientos anteriores los supuestos básicos asociados a dichas situaciones.
- **Perspectiva histórica:** Analizar desde cuándo se tienen los pensamientos automáticos puede llevar a revisar al periodo evolutivo en el que comenzaron a manifestarse. Indagar las experiencias que se han tenido a lo largo de la vida y la influencia de personas significativas puede llevar a detectar reglas, creencias y esquemas disfuncionales que siguen actuando y sirviendo de base a los pensamientos negativos, conductas desadaptadas y malestar emocional.
- **Técnicas emotivas:** Se trata de promover y rememorar situaciones asociadas a un alto contenido emocional porque estas situaciones, más allá del pensamiento negativo verbalizado, suelen esconder una creencia básica disfuncional. Otra forma de detectar estas creencias es analizar con más profundidad los pensamientos asociados a las situaciones que fueron valoradas

con mayor malestar emocional en los registros que se realizaron para identificar y debatir los pensamientos distorsionados.

- **Evaluación mediante cuestionarios:** Existen numerosos cuestionarios que recogen creencias, reglas o supuestos básicos que tienen que ver básicamente en su mayoría con la forma de pensar sobre uno mismo, el mundo o las relaciones interpersonales. La Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Wissman y Beck (1980), el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ), entre otros, son algunos cuyos ítems indicaran la existencia de diferentes esquemas o creencias disfuncionales. Muchas de las afirmaciones que se recogen en estos cuestionarios, además de indicar creencias básicas específicas, permiten identificar esquemas complejos que hacen referencia a patrones o conjuntos de creencias y reglas que suelen generarse en la infancia y que se mantienen en la edad adulta, por lo que suelen estar tan arraigados que no son fáciles de modificar.

3.3.5. Técnicas para el cambio de creencias nucleares y supuestos básicos

Cambiar creencias disfuncionales no es fácil, sobretudo los esquemas o patrones cognitivos complejos que están muy arraigados en la infancia, los que se han formado a raíz de experiencias traumáticas, aquellos que tienen una fuerte carga emocional, o los que forman parte de un código moral, sistema de valores, normas rígidas o reglas muy estrictas del grupo social al que se pertenece. Es por su alto nivel de dificultad por lo que la Terapia Cognitiva suele quedarse en el cambio de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas o en creencias poco profundas y arraigadas. No obstante, algunas de las técnicas dirigidas a favorecer el cambio de creencias recogidas por Dobson y Dobson (2009) son las siguientes:

- **Reconocimiento de un continuo:** Consiste en ir mostrando al cliente cómo los esquemas disfuncionales se pueden organizar en un continuo que va desde un patrón de pensamiento o rasgos muy categoriales (e.g. dependiente), pasando por conjuntos de creencias intermedias (e.g. *“soy incapaz de conseguir las cosas sin ayuda”*; *“no tengo criterio para elegir lo correcto”*, etc.) hasta llegar a creencias específicas (e.g. *“si voy al cine solo, me perderé”*). Abordar el esquema en su totalidad (dependencia) no sería eficaz, mientras que ir trabajando las distintas creencias que lo componen, comenzando por las que están más cerca de las situaciones cotidianas, puede ser lo más eficaz para conseguir su cambio.
- **Registro de datos positivos y recoger evidencia de los nuevos y viejos esquemas:** Es necesario definir un esquema positivo alternativo que permita ir evaluando la evidencia que apoya sus componentes cognitivos, emocionales y conductuales. Por ejemplo, si el esquema antiguo se formula en términos de

“soy incapaz de conseguir nada por mí mismo”, cambiarlo implicaría sustituirlo por: “soy capaz de conseguir la mayoría de las cosas por mi mismo”. A partir de esta formulación se trataría de registrar los datos positivos que proporcionan apoyo empírico a dicha creencia (e.g. “he ido al banco solo”, “he comprado un pantalón que me gusta sin ayuda”) con el fin de ir consolidando el esquema positivo e ir eliminando el negativo.

- **Establecer el criterio de lo que se considera cambio de creencia:** En la modificación de creencias, al igual que en la de cualquier otro pensamiento, conducta o emoción, han de establecerse pautas objetivas que sirvan de indicios para determinar si se está produciendo el cambio de una creencia negativa hacia otra más positiva.
- **Role-playing:** Otra estrategia especialmente útil para cambiar creencias disfuncionales es practicar conductas y establecer debates con el terapeuta que permitan incrementar la competencia y habilidad para abordar situaciones. Por ejemplo, defender opiniones relacionadas con un tema determinado puede ayudar a las personas a modificar su esquema de “ser una persona estúpida por ser incapaz de formarse una opinión”.
- **Ensayo de conducta:** Los esquemas tienen un fuerte apoyo en la experiencia, por lo que es fundamental realizar tareas conductuales que permitan poner a prueba algunos de los aspectos en los que se sustenta, bien el esquema negativo o bien el positivo que se desea instaurar. La experiencia directa que aporta la realización de acciones asociadas al nuevo esquema positivo puede servir como factor corrector de experiencias anteriores y proporcionar un aprendizaje experiencial coherente con la nueva forma de pensar y, como consecuencia, de sentir y actuar.
- **Actuar “como si”:** puede considerarse como una extensión del ensayo de conducta. Consiste en actuar *como si* el nuevo esquema estuviera ya consolidado. Para ello, en primer lugar se analizan a fondo las conductas, emociones y forma de pensar asociadas al esquema que se desea eliminar y se contrasta con cómo se podría funcionar si ya se hubiera consolidado el nuevo esquema. Como señalan McKay y Fanning (1991), la manera de proceder es solicitar al cliente que comience a actuar *como si* en situaciones o escenarios definidos y acotados, con el fin de evitar que se sienta abrumado por tener que cambiar su manera de actuar y pensar sobre sí mismo. Actuar *como si* excesivamente, puede ser contraproducente porque puede reforzar el antiguo esquema negativo en lugar de consolidar el nuevo. La falta de espontaneidad y familiaridad con la nuevas formas de comportarse pueden llevar a considerar al que actúa que no está siendo él mismo y que por tanto, todo es falso.
- **Confrontar con el pasado datos de las nuevas y antiguas creencias:** La búsqueda de información sobre la evidencia que apoya las creencias es especialmente

útil cuando aparecen emociones intensas o patrones de pensamiento que rememoran experiencias o sentimientos del pasado. El análisis comparativo del valor adaptativo de estas creencias en el contexto social, personal y emocional en que se formaron y del valor que tienen en la actualidad, puede favorecer notablemente el cambio. Así mismo, realizar un análisis retrospectivo de la vida del cliente puede ayudar también a encontrar evidencia que apoye la nueva creencia nuclear que se pretende instaurar. Beck (1995) sugiere que esta técnica sea utilizada cuando el cliente haya comenzado a hacer progresos en el fortalecimiento de nuevas creencias más adaptativas.

- **Promover una nueva imagen:** Imaginarse a sí mismo cómo sería y cómo le gustaría que cambiara su vida en distintas áreas son técnicas que ayudan a promover el cambio hacia esquemas más adaptativos y a consolidar los avances que se van produciendo. Por ejemplo, qué metas le gustaría alcanzar, qué imagen le gustaría dar, qué tipo de relaciones mantendría, cómo vestiría, etc.
- **Solicitar apoyo social y consenso:** Una forma adicional de conseguir el cambio de esquemas disfuncionales y sustituirlos por otros más adaptativos es revelar a las personas del entorno las creencias o reglas disfuncionales y debatir con ellas las ventajas y desventajas de mantener dichas creencias, así como buscar argumentos que resalten la necesidad del cambio.
- **Análisis de ventajas e inconvenientes del cambio de esquemas.** Es conveniente debatir con el cliente que el cambio de esquemas puede conllevar ventajas e inconvenientes. Por ejemplo, cambios en el esquema de *necesidad de dependencia* puede proporcionar beneficios importantes para la persona como mayor autonomía y capacidad decisional pero también resentirse la relación de pareja si de alguna manera se había consolidado sobre el principio de *necesidad de dependencia/deseo de protección*.
- **Proyección en el tiempo:** Consiste en imaginarse en un futuro más o menos cercano en el que ya se haya consolidado la nueva creencia pensando, sintiendo y actuando de la manera deseada. Por ejemplo, si el esquema negativo estaba relacionado con *necesidad de dependencia de otras personas para realizar actividades*, el paciente puede imaginarse que ya tiene instaurada la nueva visión de sí mismo (*ser independiente*) y está llevando a cabo actividades que en la actualidad no realiza porque no se atreve a llevarlas a cabo sin que le acompañen. Tener presente los beneficios del cambio puede también incrementar la motivación y ayudar a superar las dificultades que se presentan durante el proceso de cambio.
- **Biblioterapia:** Sugerir lecturas que puedan ayudar a entender mejor las diferencias entre creencias adaptativas y desadaptativas, así como las ventajas e inconvenientes, para conocer y debatir otros puntos de vista sobre el mundo y otras reglas sociales y personales por las que regirse.

En la Tabla 6 se exponen las principales técnicas de identificación de creencias y supuestos subyacentes, así como las técnicas más efectivas para cambiarlas.

Tabla 6. Principales técnicas de identificación y modificación de creencias y supuestos subyacentes

TÉCNICAS PARA IDENTIFICAR CREENCIAS	TÉCNICAS DE CAMBIO DE CREENCIAS
• Búsqueda de reglas de inferencia “si...entonces” • Detectar los <i>debería</i> y <i>tendría</i> • Detectar temas comunes en los pensamientos automático • Utilizar mediante diálogo guiado la técnica de la Flecha descendente • Plantear situaciones hipotéticas • Perspectiva histórica • Técnicas emotivas • Evaluación mediante cuestionarios	• Reconocimiento de un continuo • Registro de datos positivos • Establecer el criterio de cambio • <i>Role-playing</i> • Ensayo de conducta • Actuar <i>como si</i> • Confrontar con el pasado • Promover una nueva imagen • Solicitar apoyo social y consenso • Análisis de ventajas e inconvenientes del cambio de esquema • Proyección en el tiempo • Biblioterapia

3.3.6. Tareas para casa

Las tareas para casa son parte integral de la Terapia Cognitiva, pues a través de ellas se obtienen la mayoría de los datos que permiten analizar y debatir con el paciente sus supuestos básicos inadecuados y sus pensamientos automáticos. Permiten al paciente comprobar también la validez de sus pensamientos. Sirven además para proporcionar datos relacionados con los problemas que se van presentando y facilitan la estructuración y programación de sesiones de trabajo terapéutico.

Por todo ello, es fundamental hacer ver al paciente que las tareas para casa o ejercicios entre sesiones son un componente básico del tratamiento, de cuya realización depende en gran medida el éxito terapéutico. El papel del paciente en el diseño de las tareas para casa se va incrementando a medida que avanza el tratamiento, puesto que el objetivo último es conseguir que sea capaz de organizar sus propias actividades y moldear y dirigir su propia conducta. La programación adecuada de actividades, como ya se comentó al hablar de las técnicas conductuales, ocupa un lugar destacado en el trabajo durante las sesiones.

4. Evidencia empírica y estudios de resultados

El interés de Beck por la formulación de teorías y el diseño de técnicas de intervención eficaces ha ido siempre acompañado de la consiguiente contrastación empírica.

En 2005, cuarenta años después de que publicara su primera formulación del modelo cognitivo en la revista *Archives of General Psychiatry*, publicó en la misma revista un artículo titulado *"The current state of Cognitive Therapy. A 40-year Retrospective"*. En este artículo Beck realiza una revisión de los resultados de los estudios llevados a cabo durante ese período que incluye tanto los que ponen a prueba los supuestos del modelo cognitivo y como los que aportan evidencia empírica sobre la eficacia de la Terapia Cognitiva en diversos trastornos. Estos estudios pueden agruparse en función de la hipótesis conceptual o terapéutica que pretende contrastar.

- *Tríada cognitiva y sesgos negativos.* El mayor volumen de estudios empíricos se han realizado para poner a prueba el modelo cognitivo de la depresión. Hollon, Kendall y Lumry (1985) revisaron 220 estudios y encontraron que el 91% de las investigaciones proporcionaban apoyo empírico al modelo. De los estudios específicos sobre componentes cognitivos, 150 aportaron evidencia que apoyaba la existencia de la tríada cognitiva frente a 14 que no la encontraron. Por otro lado, Haaga, Dyck y Ernst (1991) de su revisión meta-analítica concluyen que existe suficiente evidencia que apoya la existencia de sesgos negativos en todos los tipos de depresión: unipolar y bipolar, reactiva y endógena.
- *Esquemas cognitivos de peligro y amenaza:* la hipótesis de la presencia de esquemas cognitivos de peligro y amenaza en los pacientes con trastorno de ansiedad también ha sido contrastada. Los resultados de muchos de estos estudios parecen indicar que estos esquemas predisponen a llevar a cabo conductas de seguridad y a realizar interpretaciones catastrofistas de estímulos ambiguos (Coles, Heimberg, 2002). Los trabajos que confirman dichas hipótesis se han realizado en trastornos de pánico (Wenzel, Sharp, Sokol y Beck, 2006), ansiedad social y fobia social (Hirsch, Meynen, Clark, 2004) y estrés post-traumático (Clark y Ehlers, 2004) entre otros.
- *La hipótesis de la especificidad cognitiva* propone un perfil cognitivo diferente para cada trastorno emocional (Greenberg y Beck, 1989). Varios de los estudios llevados a cabo con pacientes que presentaban sólo problemas de ansiedad o sólo de depresión han encontrado patrones específicos para cada trastorno. Los resultados de estos estudios indican que los pacientes depresivos presentan mayores creencias de desesperanza, derrota y fracaso que los pacientes con ansiedad, cuyas creencias están relacionadas con amenaza o peligro. (Clark y Beck, 1989; 1999; Greenberg y Beck, 1989).

- *Perfiles cognitivos.* Beck (2005) revisa también algunos de los estudios que aportan evidencia empírica sobre la existencia de perfiles cognitivos diferenciados en una amplia gama de trastornos como anorexia nerviosa (Vitousek, 1996), trastorno obsesivo compulsivo (Clark, 2004; Salkovskis, Wroe, Gledhill, Morrison, et al., 2000) trastorno de pánico (Clark, Salkovskis, Öst, et al., 1997), problemas dismorfofóbicos (Wilhelm, Otto, Lohr, Deckersbach, 1999) y trastornos de personalidad (Beck, Butler, Brown, Dahisgaard, Beck y Beck, 2001).
- *Eficacia de la Terapia Cognitiva frente a los grupos placebo y lista de espera.* Butler, Chapman, Foreman y Beck (2006) identificaron unas 300 publicaciones sobre estudios de resultados de la Terapia Cognitiva y 16 estudios meta-analíticos. Del análisis detallado de estos resultados los autores concluyen que, en comparación con los tratamientos placebo o los grupos de lista de espera, la Terapia Cognitiva es más efectiva para la depresión unipolar, ansiedad y depresión infantil y varios trastornos específicos de ansiedad, especialmente ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo. Los resultados son menos claros en cuanto a la efectividad de la TC en la reducción de la bulimia en comparación con los que se producen sólo con medicación.
- *Terapia Cognitiva vs. tratamiento farmacológico.* Cuando se compara con condiciones de tratamiento activos, la Terapia Cognitiva para la depresión muestra resultados similares o marginalmente superiores a los de los tratamientos farmacológicos, según indica el metaanálisis de Goaguen, Cottraux, Cucherat y Blackburn (1998) llevado a cabo con 18 estudios que comparaban la efectividad de tratamientos farmacológicos y Terapia Cognitiva en pacientes depresivos.
- *Terapia Cognitiva y farmacológica combinada.* Beck (2005) señala otros estudios que considera prometedores de la aplicación de la Terapia Cognitiva a varios trastornos mentales (por ejemplo esquizofrenia) en combinación con el tratamiento psicofarmacológico. Igualmente, aporta resultados positivos de la combinación de la Terapia Cognitiva con tratamientos farmacológicos en los problemas de depresión bipolar.
- *Terapia Cognitiva vs. otras intervenciones.* Los resultados no son concluyentes, entre otras razones porque muchas de las investigaciones y estudios de meta-análisis realizados no distinguen entre intervenciones Cognitivo Conductuales y Terapia Cognitiva. A pesar de ello, Beck (2005) aporta los resultados del estudio de Chambless y Gillis (1993) para mostrar evidencia de la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual y de la Terapia Cognitiva para mejorar la mayoría de los trastornos de ansiedad descritos en el DSM-IV-R. El metaanálisis llevado a cabo por Abramowitz (2004) pone también de manifiesto la efectividad de la Terapia Cognitiva y la Terapia Cognitivo-Conductual para reducir tanto los síntomas emocionales como las conductas de evitación y los pensamientos disfuncionales en diferentes trastornos de ansiedad.

- *Mantenimiento de los beneficios terapéuticos.* Los resultados de la revisión de Butler, Fennell, Robson y Gelder (2006) indican que los beneficios alcanzados durante el tratamiento se mantienen una vez finalizado el tratamiento y las recaídas son menores tanto en depresión unipolar como en un amplio rango de trastornos de ansiedad en adultos. En los estudios sobre la efectividad a largo plazo de la combinación de la Terapia Cognitiva y la farmacológica, los resultados parecen ser, sin embargo, contradictorios (DeRubeis, Hollon, Amsterdam, Shelton *et al.*, 2005; Garety, Fowler, Freeman, Bebbington *et al.*, 2008; Scott, Paykel, Morris, Bentall *et al.*, 2006).
- *Terapia Cognitiva en problemas de salud en general.* Por último, Beck (2005) presenta diferentes estudios cuyos resultados resaltan la efectividad de la TC, en combinación con el tratamiento médico pertinente, para mejorar una amplia variedad de problemas de salud. Por ejemplo problemas de corazón (Chavalier, Cottraux *et al.*, 2004) hipertensión (Shapiro, Hui, Oakley, Pasic y Jamner, 1995), cáncer (Greer, 1992; Moorey, Greer, Bliss y Law, 1998), dolor de cabeza (Blanchard, Appelbaum, Radnitz, Michultka *et al.*, 1990), dolor crónico (Nicholas, Wilson, y Goyen, 1992), síndrome de fatiga crónica (Shape, Hawton, Simkin, Surawy *et al.*, 1996), colon irritable (Greene y Blanchard, 1994), síndrome premenstrual (Blake, Salkovskis, Gath, Day y Garrod, 1998), artritis reumatoide (Bradley, Turner, Young, Agudelo *et al.*, 1985), etc.

5. Resumen

- La Terapia Cognitiva fue formulada y desarrollada por Aaron Beck a comienzos de los años sesenta
- En el origen de la formulación de la Terapia Cognitiva, Beck señala los principales factores que contribuyeron: su descontento con los resultados del psicoanálisis, sus investigaciones sobre depresión, la observación de sus pacientes y la autoobservación de sus pensamientos ante situaciones vitales negativas de alto contenido emocional.
- Beck resalta la influencia de los trabajos de diferentes autores en las primeras formulaciones de la TC. Entre los autores más destacados figuran psicólogos tan eminentes como Kelly y Piaget y psicoanalistas tan relevantes como Alexander, Adler, Horney y Sullivan
- Beck formula un modelo cognitivo para explicar los trastornos emocionales, inicialmente la depresión, y un procedimiento de intervención basado en el modelo.
- El modelo cognitivo sostiene que los individuos ante una situación estimular no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emo-

cional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo.

- Beck propone un modelo de organización cognitiva en el que se resalta el importante papel que juegan los *esquemas*, *distorsiones cognitivas* y *pensamientos automáticos* en la manera de responder ante las situaciones estímulares.
- Los esquemas cognitivos son entidades organizativas conceptuales complejas compuestas de unidades más simples que contienen nuestro conocimiento de cómo se organizan y estructuran los estímulos ambientales
- Las distorsiones cognitivas hacen referencia a la tendencia de los individuos a procesar, codificar y recuperar información coherente con las claves contenidas en alguno de sus esquemas previos
- Los pensamientos automáticos son los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por el medio, los esquemas y creencias (en sus distintos niveles de accesibilidad) y distorsiones cognitivas.
- Beck propone distintos modelos cognitivos para explicar trastornos psicopatológicos como la depresión, la ansiedad y los trastornos de personalidad.
- El modelo cognitivo de la depresión fue el primero desarrollado por Beck y sigue siendo el que tiene mayor relevancia. En este modelo se señala la importancia de la tríada cognitiva en los problemas depresivos. La tríada cognitiva hace referencia a tres esquemas o patrones cognitivos que inducen al individuo a percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro desde un punto de vista negativo.
- Los esquemas negativos activados en los individuos depresivos les llevan a cometer una serie de errores o *distorsiones cognitivas* en el procesamiento de la información. Beck señala 11 distorsiones cognitivas que suelen estar de alguna forma presentes en las personas deprimidas. Posteriormente otros autores han añadido algunas distorsiones más. Muchas de las distorsiones cognitivas que comenten los pacientes depresivos, también suelen estar presentes en otros trastornos emocionales o malestar emocional.
- En el modelo cognitivo de la ansiedad y de los trastornos de personalidad se destacan esquemas negativos específicos que estarían a la base de estos problemas.
- El proceso de intervención de la TC está dirigido fundamentalmente a modificar los patrones cognitivos disfuncionales
- La Terapia Cognitiva es un procedimiento de intervención estructurado, de tiempo limitado que utiliza como estrategias de intervención fundamentales el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis, para ayudar a las personas a aprender a identificar y contrastar sus pensamientos disfuncionales

- La Terapia Cognitiva se centra en la organización cognitiva de los pacientes, pero también presta atención a los problemas externos relacionados con su malestar.
- La Terapia Cognitiva utiliza técnicas cognitivas, conductuales y emotivas para promover el cambio de los esquemas, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos. Muchas de las técnicas que utiliza, fundamentalmente las conductuales y emotivas, forman parte del repertorio habitual de la Terapia de Conducta aunque su aplicación tiene como principal objetivo la modificación de cogniciones en lugar de conductas.
- Tanto la Teoría como la Terapia Cognitiva han dado lugar a muchísimas investigaciones destinadas a contrastar empíricamente sus principales supuestos teóricos así como la efectividad de la Terapia Cognitiva como procedimiento de intervención.

6. Bibliografía recomendada

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.f. y Emery, G. (1979): *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao. Desclée De Brouwer.

- Este libro, publicado originalmente en 1983, describe con detalle la Terapia Cognitiva de la depresión, incluyendo los fundamentos teóricos, procedimientos diagnósticos y de intervención. Incluye una descripción exhaustiva de técnicas específicas para modificar pensamientos automáticos así como creencias y supuestos básicos.

Beck, A.T., Freeman, A. y cols. (1995): *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona. Paidós.

- Libro en el que se describe el modelo cognitivo de los trastornos de personalidad, indicando en cada uno de ellos los esquemas cognitivos específicos y dando pautas para el tratamiento.

Beck, J.S. (2000): *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Madrid. Gedisa.

- Judith Beck describe en este libro los conceptos básicos de la Terapia Cognitiva, pero se centra en explicar desde un punto de vista práctico cómo se lleva a cabo el proceso de terapia cognitiva. Describe de forma didáctica y con muchos ejemplos, cómo planificar el tratamiento, los contenidos esenciales de las sesiones, y las principales técnicas de intervención.

Beck, J.S. (2007): *Terapia cognitiva para la superación de retos*. Madrid. Gedisa.

- El libro tiene un carácter eminentemente práctico, en él se van analizando los principales problemas que se presentan durante el proceso de intervención de la Terapia Cognitiva ofreciendo pautas concretas para abordarlos.

7. Referencias bibliográficas

- Adler, A. (1958). *What life should mean to you*. NY. A. Porter Ed., (publicado originalmente en 1931).
- Alexander, F.P. (1950). *Psychosomatic medicine: its principles and applications*. N.Y. Norton & Co.
- Avia, M.D. (1999). *Enfermos imaginarios*. Barcelona. Océano
- Avia, M.D.; Ruiz, M.A.; Olivares, M.E.; Crespo, M.; Guisado, AB.; Sanchez, A. Y Varela, A. (1996). The meaning of psychological symptoms: effectiveness of a group intervention with hypochondriacal patients. *Behavior Research and Therapy*, 34, 1, 23-31
- Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1974). Behavior Theory and the models of man. *American Psychologist*, 29, 859-869.
- Beck, A.T. (1963). Thinking and Depression: 1, Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatric*, 9, 324-333.
- Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: 2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatric*, 10, 561-571.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical Experimental and Theoretical Aspects*. NY: Harper and Row.
- Beck, A.T. (1970). Cognitive Therapy: Nature and relation to Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. Philadelphia. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy, An International quarterly*, 1, 5-37
- Beck, A.T. (1988a). Cognitive approach to panic disorder: theory and therapy. En S. Rachman y J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological Perspectives*. Hillside, New Jersey : Erlbaum, 91-110.
- Beck, A.T. (1988b). *Love is Never enough*. Nueva York. Harper and Row.
- Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive-therapy: a 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959
- Beck, A.T., Butler, A.C., Brown, G.K., Dahlsgaard, K.K., Beck, N., Beck, J.S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1213-1225.
- Beck, A.T., Emery G. y Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety Disorders and phobias: a cognitive perspective*. NY: Basic Books.
- Beck, A.T., Freeman, A. and associates (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. NY. The Guilford Press.

- Beck, A.T. y Mahoney, M. (1979). Schools of thought: A comment on Wolpe's "Cognition and causation in behavior and its therapy". *American Psychologist*, 34 (1), 93-98.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press. Nueva York. Publicado en castellano en Desclée De Brower, 1983.
- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1986). A critique of the theoretical bases of cognitive-behavioral theories and therapy. *Clinical Psychology Review*, 6, 177-197.
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy. A systematic individual and social psychiatry*. N.Y. Grove Press.
- Blackburn, I.M. y Davidson, K. (1990). *Cognitive Therapy for depression and anxiety*. Oxford. Blackwell Scientific Publications.
- Blake, F., Salkovskis, P., Gath, D., Day, A. y Garrod, A. (1998). Cognitive therapy for premenstrual syndrome: a controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 307-318.
- Blanchard, E.B., Appelbaum, K.A., Radnitz, C.L., Michultka, D., Morill, B., Kirsch, C., Hillhouse, J., Evans, D., Guarniere, P., Attanasio, V., Andrasik, F., Jaccard, J. y Dentinger, M.P. (1990). Placebo-controlled evaluation of abbreviated progressive muscle relaxation combined with cognitive therapy in the treatment of tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 210-215.
- Blatt, S.J., Zuroff, D.C., Quinlan, D.M. y Pilkonis, P.A. (1996). Interpersonal factors in the brief treatment of depression: Further analyses of NIMH TDCRP. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 162-171.
- Bradley, L., Turner, R.A., Young, L.D., Agudelo, C.A., Anderson, K.O., y McDaniel, L.K. (1985). Effects of cognitive-behavioral therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis (RA) patients: preliminary outcomes. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 14, 51-64.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Foreman, E.M. y Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Butler, A.C., Fennell, M., Robson, P. y Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- Caro, I. (2003). *Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona. Paidós.
- Chambless, D.L. y Gillis, M.M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Clark, D.M. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. NY. Guilford Press.
- Clark, D.M. y Beck, A.T. (1988). Cognitive approaches. En C.G. Last and M. Hersen (Eds.), *Handbook of Anxiety Disorders*. NY. Pergamon. 362-385

- Clark, D.M. y Beck, A.T. (1989). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. En P. Kendall y D. Watson (Eds.), *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*. Orlando, Fla: Academic Press, 279-411
- Clark, D.M. y Beck, A.T. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. NY: John Wiley & Sons.
- Clark, D.M., Beck, A.T. y Brown, G.K. (1992). Sociotropy, autonomy and life event perceptions in dysphoric and nondysphoric individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 635-652.
- Clark, D.M. y Ehlers, A. (2004). Posttraumatic stress disorder: from cognitive theory to therapy. En R.L. Leahy (Ed.), *Contemporary Cognitive Therapy: Theory, Research, and Practice*. NY: Guilford Press.
- Clark, D.M., Salkowskis, P.M., Öst, G.L., et. al. (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 203-213.
- Clark, D.M. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R.G. Heimberg, M. Liebowitz, D.A. Hope y F. Scheier (eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. NY: Guilford Press.
- Coles, M.E. y Heimberg, R.G. (2002). Memory biases in the anxiety disorders: Current status. *Clinical Psychology Review*, 22, 587-627.
- Dattilo, F.M. y Padesky, C.A. (1990). *Cognitive Therapy with couples*. Florida. Professional Resource Exchange, Inc. Sarasota. Publicado en español por Desclée De Brouwer, 1995.
- Deacon, B.J. y Abramowitz, J.S. (2004). Cognitive and behavioural treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 429-441.
- DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Young, P.R. et al. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 409-416.
- DeRubeis, R.J., Webb, C.A., Tang, T.Z. y Beck, A.T. (2010). Cognitive Therapy. En K.S. Dobson (Ed.). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. NY: The Guilford Press.
- Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Durham, R.C., Chambers, J.A., McDonald, R.R., Power, K.G. y Major, K. (2003). Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of general anxiety disorders?: an 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine*, 33, 499-509.
- Durham, R.C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treloving, L.R. y Fenton, G.W. (1994). Cognitive Therapy, analytic psychotherapy, and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, 315-323.

- Durham, R.C. y Turvey, A.A. (1987). Cognitive Therapy vs. Behaviour Therapy in the treatment of chronic general anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 229-234.
- Frank, J. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: John Hopkins Press.
- Freeman, A. y DeWolf, R. (1992). *The 10 dumbest mistakes smart people make and how to avoid them*. NY: The Harper Collins.
- Freeman, A. y Oster, C. (1999). Cognitive Behavior Therapy. En M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.), *Handbook of comparative interventions for adult disorders* (2^o edición). 108-138. NY: Wiley.
- Garety, P.A., Fowler, D.G., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G. y Kuipers, E. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction psychosis: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 192, 447-455.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cocherat, M. y Blackburn, I.M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Greenberg, M.S. y Beck, A.T. (1989). Cognitive Theory and therapy of anxiety and depression. En P. Kendall y D. Watcon (eds.), *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*. Orlando, Fla: Academic Press. 279-411.
- Greene, B. y Blanchard, E.B. (1994). Cognitive Therapy for irritable bowel syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 576-582.
- Greer, S. (1992). Terapia psicológica adyuvante para mujeres con cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, 36, 71-83.
- Haaga, D.A., Dyck, M.J. y Ernst D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215-236.
- Hamilton, K. y Dobson, K. (2002). Cognitive Therapy of depression: Pre-treatment patient predictors of outcome. *Clinical Psychology Review*, 22, 875-893.
- Hirsch, C.R., Meynen, T. y Clark, D.M. (2004). Negative self-imagery in social anxiety contaminates social interactions. *Memory*, 12, 496-506.
- Hollon, S.D., Kendall, P.C. y Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognition in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 52-59.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and Human growth: The struggle toward self-realization*. N.Y Norton & Company.
- Horvath, A.O. y Bedi, R.P. (2002). The alliance. En J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. N.Y. Oxford University Press. 37-69.
- Jasper, K (1968). *General Psychopathology*. Chicago: University of Chicago Press. (Publicado originalmente en 1913).
- Kazdin, A.E. y Wilson, G.T. (1978). *Evaluation of behavior therapy: Issues, evidence, and research strategies*. Cambridge, Mass: Ballinger.

- Kelly, G. (1955). *The Psychology of Personal Constructs* (2 vols.) N.Y. Norton and Company.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. N.Y. McGraw-Hill.
- Mahoney, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge: Ballinger.
- Mahoney, M.J. (1980). Psychotherapy and the structure of personal revolutions. En M.J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy Process: Current issues and future directions*. N.Y. Plenum Press, 157-180.
- Martin, D., Garske, J.P. y Davis, K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytical review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- McKay, M. y Fanning, P. (1991). *Autoestima: Evaluación y mejora*. Barcelona. Martínez Roca.
- Meichenbaum, D.B. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. N.Y. Plenum Press.
- Meyer, B., Pilkonis, P.A., Krupnick, J.L., Egan, M.K, Simmens, S.J. y Sotsky, S.M. (1992). Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: Further analyses from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression. Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1051-1055.
- Moorey, S.; Greer, S., Bliss, J. y Law, M. (1998). A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counseling in patients with cancer. *Psychooncology*, 7, 218-228.
- Nicholas, M.K., Wilson, P.H. y Goyen, J. (1992). Comparison of cognitive-behavioural group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. *Pain*, 48, 339-347.
- Peaget, J. (1960). *The moral judgment of the child*. (publicado originalmente en 1932). Glencoe Ill. Free Press.
- Persons, J.B. (1989). *Cognitive therapy in Practice: A case formulation Approach*. Norton & Company.
- Safran, J.D., Vallis, T.M., Segal, Z.V. y Shaw, B.F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 509-526.
- Salkovskis, P.M., Clark, D.M. y Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 51-61.
- Salkovskis, P.M.; Wroe, A.L., Gledhill, A., Morrison, N, Forrester, E., Richards, C, Reynolds, M y Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Shahar, G., Blatt, S.J., Zuroff, D.C. y Pilkonis, P.A. (2003). Role of perfectionism and personality disorder features in response to brief treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 629-633.

- Shape, M., Hawton, K., Simkin, S., Surawy, C., Klimes, I., Peto, T.; Warrell, D. y Seagroatt, V. (1996). Cognitive behaviour therapy for the chronic fatigue syndrome: a cognitive randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 312, 22-26.
- Shapiro, D. Hui, K.K., Oakley, M.E., Pasic, J. y Jamner, L.D. (1995). Effectiveness of a combined behavioral-drug intervention for hypertension: drug, personality, and quality of life effects. En J.E. Dimsdale y A. Baum (Eds.), *Quality of life in behavioral Medicine Research: Perspectives in Behavioral Medicine*. Hillsdale. NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 171-190
- Scott, M.J. (2009). *Simply effective Cognitive Behaviour therapy: a practitioner's Guide*. NY. Routledge.
- Scott, J. y Freeman, A. (2010). Beck's Cognitive Therapy. En N.Kazantzis, M.A. Reinecke y A. Freeman (Eds.), *Cognitive and Behavioral Theories in Clinical Practice*. NY. The Guilford Press.
- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., et al. (2006). Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 313-320.
- Sullivan, H.S. (1953). *Interpersonal theory of psychiatry*. N.Y. Norton & Co.
- Vitousek, K.N. (1996). The current status of cognitive-behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. En P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy*. NY. Guilford Press. 383-418.
- Weishaar, M.E. (1993). *Aaron T. Beck*. Sage Publications.
- Weishaar, M.E. y Beck, A.T. (1986). Cognitive Therapy. En W. Dryden y W. Golden (Eds.), *Cognitive-Behavioral Approaches to Psychotherapy*. Londres: Harper and Row. 61-91.
- Wenzel, A., Sharp, I.R., Brown, G.K., Greenberg, R.K. y Beck, A.T. (2006). Dysfunctional beliefs in panic attacks: the Panic Belief Inventory. *Behaviour Research and Therapy*. 44,819-833.
- Wilhelm, S., Otto, M.W., Lohr, B. y Deckersbach, T. (1999): Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 71-75.
- Wolpe, J. (1976a). Behavior Therapy and its malcontents: I. Negation of its base and psychodynamic fusionism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7. 1-5.
- Wolpe, J. (1976b). Behavior Therapy and its malcontents: II Multimodal eclecticism, cognitive exclusivism and "exposure" empiricism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7109-116.
- Wolpe, J. (1978). Cognition and causation in human behavior and its therapy. *American Psychologist*, 33, 347-446.
- Young, J.E. y Klosko, J.S. (1994). *Reinventing Your Life*. NY. Plume Book.

- Yurita, C.L. y DiTomasso, R.A. (2004). Cognitive Distorsions. En A. Freeman, S.H. Felgoise, A.M. Nezu, C.M. Nezu, M.A. Reinecke (Eds.), *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. 117-121. Springer
- Zuroff, D.C., Blatt, S.J., Sotsky, S.M., Krupnich, J.L., et al. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 114-124.