

2017

ĪberAM

Revisi3n | Review

RIP Volumen 10 #2

2027-1786.rip.10211

ID:

# Terapia cognitiva

Antecedentes, teorĪa y metodologĪa  
[Investigaci3n documental]

Cognitive Therapy: background, theory and methodology  
[Documentary research]



Diego Fernando **Gonzalez Tuta**  
Andrea Paola **Barreto Porez**  
Yenny **Salamanca Camargo**



Photo by: **OpenClipart-Vectors**

Revista Iberoamericana de

# PsicologĪa

ISSN-I: 2027-1786 | e-ISSN: 2500-6517

Publicaci3n Semestral

ID: 2027-1786.rip.10211

Keywords: Cognitive Therapy

Subtitle: background, theory and methodology [Documentary research]

Title: Terapia cognitiva

Subtítulo: Antecedentes, teoría y metodología [investigación documental]

Alt Title / Título alternativo:

English: Documentary research on cognitive therapy: background, theory, and methodology

Spanish: Investigación documental sobre terapia cognitiva: antecedentes, teoría y metodología

Author (s) / Autor (es):

Gonzalez Tuta, Barreto Porez, & Salamanca Camargo

Keywords / Palabras Clave:

English: background; methodology; psychotherapy; techniques; theory; cognitive therapy

Spanish: antecedentes; metodología; psicoterapia; técnicas; teoría; terapia cognitiva

Submitted: 2016-11-27

Accepted: 2017-12-20

Diego Fernando **Gonzalez Tuta**, Psi  
ORCID: [0000-0003-1917-6658](https://orcid.org/0000-0003-1917-6658)

Source | Filiación:  
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

BIO:  
Psicólogo, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

City | Ciudad:  
Tunja [co]

e-mail:  
[diego.gonzalezuta@uptc.edu.co](mailto:diego.gonzalezuta@uptc.edu.co)

Andrea Paola **Barreto Porez**, Psi  
ORCID: [0000-0002-6512-4907](https://orcid.org/0000-0002-6512-4907)

Source | Filiación:  
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

BIO:  
Psicóloga, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

City | Ciudad:  
Tunja [co]

e-mail:  
[andrea.barreto@uptc.edu.co](mailto:andrea.barreto@uptc.edu.co)

## Abstract

The following is a documentary research in which a review and analysis of the background, theory, and methodology of Cognitive Therapy were carried out. The work was based on the review of scientific articles and books related to the subject and published during the period between 1980 and 2015. Among the findings regarding the background, there was a noticeable influence of ancient philosophers such as Epictetus and Seneca, Kant and Popper, as well as psychoanalysts such as Freud, Horney, and Sullivan; As for the theory, some elements that make up its structure were identified, such as the acknowledgement of three levels of response (cognition, emotion and behavior), which interact and influence the patterns of thought, behavior and emotion, the acknowledgement of irrational beliefs, cognitive distortions and automatic thoughts as generators of psychological disorders; in terms of the methodology, Cognitive Therapy a brief therapy with an active and directional approach, assumed in great part by the therapist, which distinguishes it from other therapeutic processes. It is also worth mentioning the brevity of the process and the high level of structuring; Lastly, regarding the limitations of this approach, the need for empirical validation of some variables is highlighted, specifically those related to the therapist's role and that haven't been considered, also the comorbid manifestation of the disorder, the characteristics of the patient, as well as the complexity implied in its application and the need to follow-up on, and study, the patients who do not respond well to therapy.

## Resumen

La presente es una investigación documental en la que se llevó a cabo la revisión y análisis de los antecedentes, la teoría y la metodología de la Terapia Cognitiva, lo anterior a partir de la revisión de libros y artículos científicos relacionados con el tema y publicados durante el período comprendido entre 1980 y 2016. Entre los hallazgos referentes a los antecedentes se identificó la influencia de antiguos filósofos tales como Epicteto, Séneca, Kant y Popper, así como de psicoanalistas como Freud, Horney y Sullivan; en cuanto a la teoría se identificaron elementos que componen su estructura, como el reconocimiento de tres niveles de respuesta (cognición, emoción y comportamiento), los cuales interactúan entre sí e influyen a su vez los patrones de pensamiento, comportamiento y emoción, el reconocimiento de creencias irracionales, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos como generadores de los trastornos psicológicos; en lo que refiere a la metodología, la Terapia Cognitiva es una terapia breve con un enfoque activo y directivo, asumido en gran parte por el terapeuta, lo cual la distingue de otros procesos terapéuticos. También es de destacar la brevedad del proceso y el elevado nivel de estructuración. Por último, respecto a las limitaciones de este enfoque, se resalta la necesidad de validación empírica de variables relacionadas con el papel del terapeuta y que no han sido consideradas, la manifestación comorbida del trastorno, las características del paciente, así como la complejidad que implica su aplicación y la necesidad de seguimiento y estudio de aquellos pacientes quienes no responden bien a esta terapia.

Citar como:

**Gonzalez Tuta, D. F., Barreto Porez, A. P., & Salamanca Camargo, Y.** (2017). Terapia cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología [investigación documental]. *Revista Iberoamericana de Psicología* *issn-l:2027-1786*, *10* (2), 201-107.

Obtenido de: <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1114>

Yenny **Salamanca Camargo**, MSc MA Psi  
AutorID: [14071806400](https://orcid.org/14071806400)  
ORCID: [0000-0002-0928-8907](https://orcid.org/0000-0002-0928-8907)

Source | Filiación:  
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

BIO:  
Master Internacional en Psicología Clínica y de la salud, Asociación Española de Psicología Conductual y Magister en Psicología, énfasis clínico, Universidad del Norte

City | Ciudad:  
Tunja [co]

e-mail:  
[yenny.salamanca@uptc.edu.co](mailto:yenny.salamanca@uptc.edu.co)

# Terapia cognitiva antecedentes, teoría y metodología

[Investigación documental]

Cognitive Therapy: background, theory  
and methodology [Documentary research]

Diego Fernando **Gonzalez Tuta**  
Andrea Paola **Barreto Porez**  
Yenny **Salamanca Camargo**

## Introducción

De acuerdo con Toro y Ochoa (2010), y Maldonado (1984), la definición de **Terapia Cognitiva** puede abordarse desde la perspectiva que la caracteriza como un enfoque terapéutico basado en un conjunto de técnicas conductuales, verbales y emocionales, las cuales intervienen modificando los pensamientos alterados y promoviendo estilos de cognición adaptativos. Dicho enfoque terapéutico se caracteriza por ser un proceso activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, consolidado gracias a la investigación empírica que sustenta su teoría y sus técnicas. Al respecto, sobresalen algunos **Modelos Clásicos de la Terapia Cognitiva**, como la *Terapia Racional Emotivo-Conductual de Ellis* y la *Terapia Cognitiva de Beck*, las cuales tienen una base común y que las convierte en los dos modelos psicoterapéuticos representativos del enfoque cognitivo en psicoterapia (Cabezas Pizarro & Lega, 2006).

## Terapia Racional

Autores como Ellis (1980; 1995; Ellis & Dryden, 1989), este con Dryden (1989), y así mismo Cabezas y Lega (2006), abordan el desarrollo histórico del **Modelo de la Terapia Racional (TR)**. Al respecto, se resaltan algunos de los eventos con mayor relevancia: en el año 1955 Ellis presentó su modelo de terapia y, posteriormente, en 1957 presentó por primera vez un ensayo sobre dicho modelo, en el que daba cuenta de sus progresos hasta aquel momento; siete años después, en 1961, complementó su modelo terapéutico al incluir aspectos emotivos y, consecuentemente modificó su nombre a **TRE (Terapia Racional Emotiva)**, nombre con el que permanecería los siguientes treinta años, y que la destacaba como *cognitivista, positivista y activa-directiva*. Durante este periodo, la **TRE** se aplicó en diferentes modalidades terapéuticas, de tipo individual, grupal, marital y familiar; además, tuvo acogida en campos como la educación, la industria y el comercio, en países como Estados Unidos, Italia, Alemania occidental, Holanda, Australia, Inglaterra y México.

Finalmente, en 1993 se adicionó el componente comportamental y su nombre cambió desde entonces a *Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC, o REBT* como actualmente se reconoce por sus siglas en inglés), aludiendo así a la implementación de técnicas conductuales. Ellis, en su intento por difundir la **TREC**, escribió y dio conferencias relacionadas, impactando en diferentes profesionales como Glasser (1965), Beck A. (1976), Bandura (1997) y Meichenbaum (1977); citados por (Ellis & Maclaren, 2004), quienes acogieron su modelo; posteriormente, y debido a la gran acogida de su modelo en Nueva York, Ellis fundó un instituto para la formación de profesionales bajo los fundamentos de la **TREC**, el cual actualmente existe bajo el nombre **Instituto Albert Ellis**, en honor a su fundador (Farley, 2009).

## Modelo Cognitivo de Beck

Por su parte, el **Modelo Cognitivo de Beck**, como su nombre lo indica, es una terapia de tipo cognitivo, enfocada en modificar los pensamientos y conductas disfuncionales (Beck J., 1995); citado, por (de Sá Barbosa, Bulcão Terroso, & de Lima Argimon, 2014). Beck, tras distanciarse del psicoanálisis, comienza a tratar la depresión empleando esta terapia, interviniendo exitosamente y resolviendo muchos problemas de la época. De acuerdo con Korman (2013) y Caro (2013), los desarrollos más notables de Beck toman lugar a partir de 1976, año en que acuñó el término de **Psicoterapia Cognitiva** y llevó a cabo la primera exposición de su modelo, dando a conocer los niveles de la cognición por él identificados: pensamientos automáticos, esquemas o asunciones subyacentes y distorsiones cognitivas (Hayes & Robins, 1995).

En 1977, junto a su equipo, publicó un artículo producto de treinta años de investigación, en el que caracterizó el modelo para el tratamiento de la depresión con un número limitado de sesiones y presentó, a la vez, algunos manuales de aplicación de dicho modelo. Tras años de dedicación a la tarea de sentar las raíces teóricas, metodológicas y científicas de su modelo, Beck A. (1993) concluyó que:

*La **Terapia Cognitiva** ha cumplido los criterios de un sistema de psicoterapia al proveer una teoría coherente y comprobable de la personalidad, la psicopatología y el cambio terapéutico; un conjunto de principios, estrategias y técnicas comprensibles y comprobables que se articulan con la teoría; y un cuerpo de datos clínicos y empíricos que soporta la teoría y su eficacia.*

(Beck A. T., 1993, pág. 194)

Ya hacia 1983, Beck A. desarrolla el **Modelo de Vulnerabilidad Cognitiva**, relacionado con el modelo de diátesis estrés, en el que identifica contenidos esquemáticos de sociotropía y autonomía con el componente de diátesis, así como los eventos vitales y la predominancia de dichos esquemas con el componente de estrés (Clark, Beck, & Alford, 1954; Clark & Beck, 1954; Otani, y otros, 2014); citados por (Toro Tobar, Arias López, & Sarmiento López, 2016). Para 1991, Beck desarrolló el **Modelo Completo de Personalidad Cognitiva** en el que incorporó los conjuntos de esquemas llamados **modos múltiples**, los cuales definió como suborganizaciones de la personalidad, de orden cognitivo, afectivo, conductual y motivacional (Caro Gabalda, 2013).

Por último, en 2014 actualizó su modelo y, consecuentemente, su nombre, denominándolo **Modelo Cognitivo Genérico-Integrativo**, partiendo de la premisa fundamental que la articulación de procesos cognitivos y conductuales explican la base común de los trastornos y su diferenciación; esta actualización incluyó acotaciones conceptuales como: la función adaptativa (la cual explica el surgimiento de la psicopatología en función de los esfuerzos del organismo por mantener un grado determinado de funcionalidad), el procesamiento dual (que refiere a dos modalidades de procesamiento de información, las cuales actúan recíprocamente, a saber el sistema automático y el reflexivo), los esquemas (definidos como estructuras que se desarrollan gracias a factores genéticos), disposiciones memorísticas y atencionales sesgados y factores estresantes repetitivos (Beck & Haigh, 2014).

## Método

### Tipo de estudio

Se trata de una investigación documental de tipo monográfico basada en los lineamientos de Kaufman y Rodríguez (1993); citadas por (Morales, 2003) quienes resaltan la naturaleza analítica, crítica e informativa de la monografía por otro lado Baena Paz (1982); citada por (Ávila Baray, 2006), destaca este tipo de investigación como una técnica basada en la selección y recopilación de información por medio de la lectura y crítica de diversos materiales bibliográficos.

### Unidad de análisis

En esta investigación fueron objeto de análisis **24 libros y 45 artículos** en los que se aborda de manera directa el tema de la **Terapia Cognitiva**, todos publicados en el periodo comprendido entre 1980 y 2016. **12** de ellos se encuentran escritos en otros idiomas diferentes al español.

### Procedimiento

Inicialmente, se llevó a cabo la elección y acopio de la bibliografía relacionada con el tema en cuestión y se procedió con la organización, análisis e interpretación de los documentos seleccionados, a partir de la elaboración y uso de unas fichas bibliográficas y hemerográficas;

luego, se procedió con la lectura rápida del material, la delimitación del tema y la elaboración del esquema conceptual y se llevó a cabo la lectura minuciosa de la bibliografía, y finalmente, se procedió con la elaboración y organización de fichas de contenido, la revisión del esquema anteriormente mencionado, la organización definitiva del fichero y la organización y análisis del material recopilado.

En cuanto a consideraciones éticas, cabe mencionar que para llevar a cabo este estudio se tuvo en cuenta la **Ley 23 de 1982** (Ley 23 de 1982) sobre derechos de autor, capítulo III Artículo 31, que dictamina que es permitido citar a un autor mediante la transcripción de los pasajes necesarios, siempre que éstos no sean muchos en número ni estén seguidos, de tal manera que puedan considerarse como una reproducción simulada y sustancial que constituya un perjuicio para el autor de la obra; En consonancia con dicha ley, en cada cita se mencionó tanto el nombre del autor como el título del trabajo citado. Adicionalmente, se tuvo en cuenta las recomendaciones del manual de estilo y publicación de la APA (sexta edición), en lo concerniente a este tipo de estudios.

## Resultados

Con el fin de dar cuenta de los hallazgos del presente estudio de una manera organizada, a continuación, se exponen clasificados en las siguientes categorías: Antecedentes teóricos y empíricos, Teoría y Metodología.

### Antecedentes teóricos y empíricos

en lo que refiere a los antecedentes teóricos, se tuvo en cuenta los planteamientos de (Korman, 2011) quien reconoce dos acontecimientos importantes en el surgimiento de la **Terapia Cognitiva**, a saber, la crisis del psicoanálisis frente a los criterios de efectividad y la revolución cognitiva. Asimismo, se tuvo en cuenta la existencia de, por lo menos, tres tendencias de la **Terapia Cognitiva** que posiblemente se relacionan con los acontecimientos anteriormente mencionados: el interés por los estudios de efectividad, el rechazo al psicoanálisis y el interés por figurar dentro de las ciencias cognitivas (Ellis, 1999; Vila Castelar & Fernández Santaella, 2004; Caro Gabalda, 2007; Miró Barranchina, 2008; Toro & Ochoa, 2010; Fiero, 2011)

Si bien Hoffman, Beck y Asmundson (2013) consideran que la **Terapia Cognitiva** no estaba relacionada directamente con una tradición filosófica en particular, resaltan que los planteamientos de Ellis (1980) reconocían algunas influencias de Kant, Reichenbach, Russell y Popper. Por su parte, Miró (2008) identifica una convergencia entre Séneca y los terapeutas cognitivos respecto a lo beneficioso que es mantenerse activo para vencer la desesperación y la melancolía y señala el aporte de Epícteto en su obra Enchiridion, en la que afirma que *“los hombres se perturban no por los acontecimientos en cuanto tales sino por la visión u opinión que tienen de estos mismos”*.

Adicionalmente, Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (2002) encontraron otras influencias y similitudes, entre las que se citan autores como Freud, Horney y Sullivan, el concepto de **Terapia Cognitiva de Lungwitz** (1926) y la existencia de una línea de psicoanálisis cognitivo, impulsada por autores como Arieti (1947, 1955, 1967, 1978), Bowlby (1971, 1973, 1980) y Erdelyi (1974). En esta misma línea, Meichenbaum (1977); citado por (Caro Gabalda, 1997) menciona el aporte de Adler (1920), Korman (2013) menciona a Rappaport (1958), quien trabajó, desde el

psicoanálisis, sobre una teoría del pensamiento y Vila y Fernández (2004), refieren a Kelly, como quien propuso la tesis de que un sistema de creencias influye sobre la conducta.

En cuanto a los antecedentes empíricos, según Keegan (2007); citado por (Korman, 2011; Miró Barranchina, 2008), la **Terapia Cognitiva** ha sido reconocida, desde sus orígenes hasta la actualidad, por el interés en la validación empírica. Este interés, es compartido por los sistemas de salud pública, que en algunos casos han fomentado el uso de enfoques que cuentan con respaldo empírico, como es el caso de la **Terapia Cognitiva** (Korman, Viott, & Garay, 2010; Hoffman, Asmundson, & Beck, 2013).

Al respecto es importante resaltar que Aaron Beck (1991) formuló algunos criterios para evaluar los sistemas psicoterapéuticos, los cuales incluían la evidencia sobre la validez de sus supuestos y su efectividad como tratamiento; en cuanto al primer criterio, Beck (1979); citado por (Saco & Beck, 1995) informó que había más de treinta y cinco estudios que apoyaban las hipótesis derivadas de su modelo; en cuanto al segundo criterio, Hoffman, Beck y Asmundson (2013), afirmaron la efectividad de la **Terapia Cognitiva** para un considerable número de trastornos, al punto que sus protocolos han sido clasificados como “*tratamientos con apoyo empírico según lo definido por el Grupo de trabajo de la APA División 12 en 1995*”. (pág. 203).

En lo que respecta a la **TREC**, se ha encontrado que algunos de sus supuestos cuentan con validez empírica sobre, por ejemplo Ellis y Maclaren (2004) y, Ruíz Fernández, Díaz García y Villalobos Crespo (2012) hacen referencia a estudios que confirman la relación entre el nivel de malestar y la intensidad de las creencias irracionales, y entre los tipos de distorsiones cognitivas y algunos trastornos emocionales específicos; hechos como estos reafirman la efectividad de esta terapia como tratamiento psicológico para diferentes trastornos donde además explican y justifican su amplio uso. (DiGiuseppe, 2010); citado por (Ruíz Fernández, Díaz García, & Villalobos Crespo, 2012).

Por su parte el desarrollo investigativo del modelo de Beck, se ha centrado principalmente en el trastorno depresivo, el cual incluye las primeras observaciones y formulaciones, la creación del marco general de tratamiento, los resultados de los primeros estudios de efectividad, las especificaciones respecto al terapeuta, las técnicas, los trastornos específicos, entre otras, que han sido abordadas en investigaciones posteriores (Beck & Haaga, 1992); así mismo, se han identificado datos relacionados con validación teórica de la conceptualización de la depresión, así como informes que han relacionado la percepción negativa, la desesperanza y la selectividad de la memoria hacia recuerdos negativos, con la presencia del trastorno (Saco & Beck, 1995).

Cabe resaltar que estudios muestran que la **Terapia Cognitiva** es más efectiva que las condiciones control, la terapia conductual, otra psicoterapia o la farmacoterapia, en tanto se calcula una reducción del nivel de depresión entre el 65 y el 70%, y se considera que sus efectos a largo plazo son superiores frente a la farmacoterapia (Saco & Beck, 1995; Semerari, 2002); Gaffan et- al. 1995, citados por (Blackburn & Moorhead, 2002).

En cuanto a su abordaje para la ansiedad, Sanderson y Beck (1990); citados por (Sanderson & Rego, 2002), reconocen una reducción significativa y sustancial en ansiedad generalizada; y, en una comparación de este tratamiento para la ansiedad, con terapia breve de apoyo, se concluyó su superioridad. Por su parte, Aaron Beck (1995) resalta su efectividad para el tratamiento del trastorno de pánico, por encima de la terapia conductual, el placebo y la farmacoterapia. Fahr y Down, (2002) recomiendan la combinación de esta terapia con las técnicas de exposición en el tratamiento de fobias; y para el caso del trastorno obsesivo compulsivo, se ha concluido que la **Terapia Cognitiva** es equivalente en eficacia a otros tratamientos con estudios de respaldo (Wilhelm, Steketee, Reilly, Harrington y Baer, 1998; citados (Wilhelm, 2002).

En general se concluye que la **Terapia Cognitiva** ha sido estudiada en diferentes trastornos y se han reportado buenos resultados para trastornos psicóticos (Ellis, 1980), para la conducta suicida (Brown, y otros, 2005; Freemann & Renecke, 1995);, para el trastorno bipolar (Knapp & Beck, 2008), las drogodependencias (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993), los trastornos de personalidad (Blackburn & Moorhead, 2002), entre otros. Otras ventajas de la **Terapia Cognitiva** refieren a sus efectos en el mantenimiento de los resultados, la prevención de recaídas y la funcionalidad de su modelo de formulación clínica (Beck A. T., 1991; Sandoval & Quiñones, 1997; Toro & Ochoa, 2010). Una mención bien ajustada a la situación de la **Terapia Cognitiva** respecto a su validez empírica es la referida por (Semerari, 2002):

*Para casi todos los trastornos considerados (depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, desórdenes alimentarios, trastorno postraumático de estrés, abuso del alcohol, disfunciones sexuales, trastornos de la edad evolutiva) las diferentes formas de Terapia Cognitiva se han revelado realmente eficaces y prometedoras, así como bastante estables en los resultados valorativos en los controles sucesivos. (Semerari, 2002, pág. 120).*

## Teoría

Se identifica una estructura soportada sobre algunos puntos en común como: la identificación de tres niveles de respuesta (cognición, emoción y comportamiento), su respectiva interacción y su influencia en los patrones de pensamiento, comportamiento y emoción, lo cual quiere decir que la interpretación que se da a algún evento influencia el modo de actuar y sentir, relación que se consolida en el aprendizaje (Meichenbaum, 1989; Ellis, 1990, citados por (Ruiz Sánchez & Cano Sánchez, 2002; Beck J. , 2000; Aguado & Silberman, 2004; Knapp & Beck, 2008; Bados & Garcia, 2010; Korman, 2013; Fiero, 2011);).

Según Ellis (citado por (Rodríguez, 2010; Ferrer Botero, 2010), por la tendencia natural las creencias de las personas tienden a ser irracionales y está irracionalidad consiste en una falta de coherencia entre dichas creencias y la orientación al alcance de metas y propósitos (Ellis & Dryden, 1989); Adicionalmente, Ellis (1999) plantea que el motivo común de malestar es la imprecisión cognitiva, pues si el pensamiento no parte de una buena percepción de la realidad, no será lógico y no contribuirá al bienestar y alcance de metas que la persona se fija, por tanto, generando malestar. A lo anterior agrega que su enfoque se centra en combatir la irracionalidad y plantea el ABC, donde (A) son los acontecimientos por los que personas pasan, (B) las interpretaciones y valoraciones que se pueden hacer de estas experiencias y (C) las consecuencias. (Ruíz Fernández, Díaz García, & Villalobos Crespo, 2012).

Abordando aspectos más etiológicos, Ellis (1995) hace referencia a tres creencias primarias: el sí mismo como alguien desgraciado y sin valor, la gente como injusta y desconsiderada y el medio como frustrante y dañino. De estas creencias primeras se derivan tres creencias irracionales secundarias, las cuales refieren al valor aversivo de la situación (el tremendismo), la capacidad para afrontar la situación desagradable (la insoportabilidad) y la valoración de sí mismo y otros a partir del acontecimiento (la condena).

Por su parte, la expresión patológica o tendiente a la irracionalidad, se identifica en la existencia de distorsiones cognitivas que surgen a partir de los denominados sesgos negativos, los cuales son una tendencia de las personas a procesar, codificar y recuperar información que se encuentra en alguno de sus esquemas previos (Ruíz Fernández, Díaz García, & Villalobos Crespo, 2012)

Respecto a las emociones, Ellis (1999) aclara que, a pesar de clasificarse como negativas y positivas, también se pueden clasificar según su grado de adecuación. Por su parte, Beck (1993) afirma que las emociones son el foco para la identificación de las creencias centrales y, por tanto, el terapeuta debe estar alerta y conceder importancia a las ocasiones cuando toma lugar una intensificación de las emociones negativas en el paciente, para lo cual debe ser capaz de empatizar con las experiencias emocionales dolorosas del paciente, al mismo tiempo que identifica las cogniciones irracionales, establece los límites entre pensamientos negativos y sentimientos negativos y, paralelamente, fomentar emociones agradables.

Como se ha venido mencionando, en el *Modelo de Beck* los trastornos son producto de alteraciones de los componentes cognitivos, comportamentales y emocionales, los cuales están sujetos al modelo diátesis-estrés. Este modelo plantea la existencia de **vulnerabilidades cognitivas**, las cuales están disponibles en los esquemas negativos que envuelven creencias, actitudes y suposiciones acerca de sí mismo, los demás y el mundo, y que predisponen a distintos tipos de alteraciones. Dicha vulnerabilidad debe correlacionar con un evento estresante afín con el contenido esquemático para activar la patología (Riso, 2006; Knapp & Beck, 2008). Cabe aclarar que la diátesis fue complementada desde la teoría de los modos, estructurando así una explicación de la generación de los **trastornos psicológicos** a partir de las características relacionales de los modos primarios, entre las cuales se encuentra el umbral de activación y la permeabilidad (Beck & Haigh, 2014). En el modelo de Beck se encuentra que cada trastorno tiene su propia conceptualización cognitiva, así como estrategias relevantes basadas en los principios generales de la **Terapia Cognitiva** (Beck A. T., 1991). Este modelo estructura el funcionamiento según una jerarquización del procesamiento de la información que varía en abstracción, arraigamiento y nivel de conciencia; al respecto, Clark y Beck (1997); citados por (Toro & Ochoa, 2010) señalan que la información se organiza en dos niveles: el primero, que es superficial y alberga los pensamientos automáticos (o también llamados productos cognitivos), y el segundo, más profundo, que alberga los supuestos subyacentes, los cuales incluyen las creencias intermedias y las nucleares.

Un elemento primordial del *Modelo de Beck* son los **pensamientos automáticos**, los cuales son auto-verbalizaciones, pensamientos o imágenes, que se encuentran en el nivel más inmediato de la conciencia y, por tanto, son de más fácil acceso (Beck A. T., 1991), plantean que estos pensamientos resultan de la interacción entre supuestos y creencias centrales, que a su vez forman parte de los esquemas, los cuales son estructuras organizadas de conocimiento que organizan, codifican y analizan la información respecto a experiencias previas (Knapp & Beck, 2008; Toro & Ochoa, 2010; Ruíz Fernández, Díaz García, & Villalobos Crespo, 2012). Según Bados y García (2010) y, Tonneau (2011) las creencias intermedias se encuentran en un nivel más profundo que los pensamientos automáticos y están formadas casi siempre del contenido de una creencia más profunda **creencia central** y se expresan como reglas de nivel medio, actitudes y suposiciones (Beck J., 2000)

Las creencias centrales **-según varios autores-**, son concepciones o ideas fundamentales y profundas de uno mismo y del mundo, se caracterizan por ser globales, categóricas, incondicionales y estables en el tiempo (Beck J., 2000; Brown, y otros, 2005; Bados & García, 2010; Ruíz Fernández, Díaz García, & Villalobos Crespo, 2012); mientras que los esquemas, vienen a ser estructuras organizadas compuestas de unidades más simples de conocimiento, los cuales organizan, codifican y analizan la información respecto a experiencias previas vividas (Safran & Segal, 1994; Knapp & Beck, 2008; Toro & Ochoa, 2010). Un esquema puede ser disfuncional cuando permite una manera distorsionada de percibir el entorno, lo cual provoca sufrimiento expresado en reacciones emocionales y conductuales, las conducen a interpretaciones irruptoras y no diferenciadas de diferentes situaciones (Procacci, 2002)

Siguiendo esta línea, Hayes y Robins (1995) consideran que la **Terapia Cognitiva**, pretende cambiar los procesos cognitivos de los pacientes, a partir de la intervención, partiendo del supuesto que si se modifican las cogniciones, estas influenciarán el estado de ánimo y las conductas; en consonancia Korman (2011), agrega que, desde este marco teórico, el tratamiento logra resultados positivos y que el fin último es la funcionalidad del paciente. Esto es posible mediante la exploración y validación de las cogniciones a partir de la lógica y el valor adaptativo, los cuales permiten identificar la modificación de cogniciones desadaptativas, y por tanto la ausencia de patología (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). En este sentido, Cabezas y Lega (2006) mencionan que se han llevado a cabo comparaciones teóricas entre la **TREC** y la TC y ambas indican que existe una relación entre inferencias y procesos secundarios (**TREC**) y distorsiones cognitivas (TC). Además, Vila y Fernández (2004), refieren que los modelos expuestos anteriormente (La **TREC** y la **Terapia Cognitiva**) fueron desarrollados por sus representantes de manera independiente, sin embargo, es posible identificar las influencias mutuas y, por tanto, se encuentran algunas semejanzas entre ambos planteamientos. En este sentido, Vila Castelar y Fernández Santaella (2004), comentan que, a pesar de que los modelos de la **TREC** y la **Terapia Cognitiva** fueron desarrollados manera independiente por sus representantes, es posible identificar influencias mutuas manifiestas en semejanzas entre sus planteamientos, por ejemplo:

- la utilización del paradigma ABC en la explicación del trastorno
- el planteamiento de la terapia como una forma de tratamiento breve
- un estilo activo y directivo en la terapia, nunca uno prescriptivo
- la focalización de la terapia hacia la solución de los problemas del paciente, mediante una evaluación funcional de sus síntomas y un acuerdo respecto a la priorización de los problemas a abordar en la terapia
- la ampliación progresiva del campo de aplicación de la **Terapia Cognitiva**, el cual va desde los trastornos depresivos y de la ansiedad a prácticamente cualquier trastorno psicopatológico, por ejemplo, trastornos de personalidad, psicosis, abuso de sustancias, etc.

## Metodología

Según Vila Castelar y Fernández Santaella (2004) y, Gómez y Salgueiro (2007), los modelos de Beck y de Ellis propenden por una terapia breve con un enfoque activo y directivo, así como una alta importancia otorgada a la psicoeducación y las tareas para casa; así por ejemplo, en el modelo de Beck se encuentra un marcado interés por la estructuración del proceso terapéutico y la formulación cognitiva de caso (Beck J., 2000). Adicionalmente, en el modelo de Ellis, se destaca el uso de técnicas emotivas (Ellis, 1999) y la alta exigencia de creatividad y energía por parte del terapeuta para combatir la irracionalidad (Ruíz Fernández, Díaz García, & Villalobos Crespo, 2012; Caro Gabalda, 2007).

Ahor bien, las características distinguibles del proceso terapéutico según Beck *et-al.* (1979); citado por (Saco & Beck, 1995; Caro Gabalda, 2007; Toro & Ochoa, 2010), están relacionadas con: **el papel activo y directivo del terapeuta**; la brevedad del proceso, que por lo general, no es superior a treinta sesiones; la realización de sesiones semanales con una duración aproximada de una hora y el elevado nivel de estructuración, es decir que el terapeuta y el paciente tienen clara y muy presente la organización que facilita el desarrollo de cada sesión y del proceso en general, así como las metas específicas que se persiguen.

La **Terapia Cognitiva** y, en particular el *Modelo de Beck*, describe el tipo de relación que se debe establecer entre el terapeuta y el paciente, haciendo referencia a una empresa común, en la que se evalúan, ponen a prueba y modifican las cogniciones del paciente,

en un esfuerzo compartido y con espíritu científico denominado **empirismo colaborativo** (Beck J., 2000). En cuanto a las particularidades metodológicas, para Becky Knapp (2008) la modificación de las creencias disfunciones se lleva a cabo a través del reconocimiento de la relación emoción-cognición-conducta, la comprobación de la validez de los pensamientos en cuestión, la sustitución de dichos pensamientos por otros más realistas y razonables, y, finalmente, la identificación y modificación de creencias subyacentes.

En cuanto a la parte técnica Beck (1991) plantea que la **Terapia Cognitiva** ha permitido el desarrollo de diferentes técnicas y estrategias que favorecen la estructura terapéutica; la naturaleza metodológica de estas puede asociarse, principalmente, con la persuasión verbal y la comprobación empírica de hipótesis, así como su combinación con técnicas provenientes de otros enfoques, constituyendo un eclecticismo técnico así el objetivo perseguido no sea diferente, a saber, la modificación de creencias disfunciones (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Con todas estas herramientas, el modelo de conceptualización desarrollado por Beck (2000) permite identificar y relacionar funcionalmente datos personales del paciente, creencias centrales sobre el sí mismo, los demás y el mundo, creencias intermedias catalogables como normas, actitudes y suposiciones, estrategias defensivas o de afrontamiento y el estado de los niveles de respuesta (cognición, emoción y conducta).

Según Díaz, Ruiz y Villalobos (2012), el modelo de Ellis lleva a cabo la fase de tratamiento en tres etapas: el **insight Racional-Emotivo**, el aprendizaje de una base de conocimiento racional-emotivo y el aprendizaje de una nueva filosofía de vida. La primer etapa consiste en el reconocimiento, por parte del paciente, de que sus creencias causan sus problemas, y que tratar de entenderlas o identificar su origen no las cambiará, sino que la forma de cambiarlas es combatiéndolas energicamente y sustituyéndolas; por su parte, la segunda fase busca dotar al paciente con herramientas para cuestionar y combatir las creencias irracionales, y la tercera fase busca arraigar y reforzar las creencias nuevas, así como el hábito de cuestionar creencias irracionales. Entre las técnicas cognitivas de la **TREC**, Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (2002) identifican: detección, discriminación y refutación de creencias irracionales, tareas cognitivas para la casa, definición (uso más adecuado del lenguaje), técnicas referenciales (similares al reencuadre), técnicas de imaginación, proyección en el tiempo e hipnosis, entre otras.

Es preciso reconocer que este enfoque, como todos los demás, adolece también de limitaciones, las cuales han llevado a nuevos desarrollos, como la **Terapia Cognitiva Centrada en la Atención Plena (TCAP)**, cuyos resultados muestran que quienes son tratados con esta tienen buenos niveles de aceptación, y en su mayoría notan cambios en su forma de pensar, sentir, así como en su relación con los demás (Cebolla i Martí & Miró Barranchina, 2008). Respecto a la validación empírica, Caro Gabalda (2011) propone un cambio de enfoque que responda a nuevas preguntas y complemente los esfuerzos por demostrar el cambio terapéutico. Echeburúa, de Corral y Salaberría (2010), por su parte, señalan limitaciones en el enfoque de los estudios de la validación empírica como la no consideración de variables a nivel del terapeuta, de la manifestación comorbida del trastorno, o de las características del paciente.

Otros autores han señalado la complejidad que implica la aplicación de la **Terapia Cognitiva** como terapia cognitivo conductual, ya que la evaluación de los componentes cognitivos y la de los conductuales representa algunas dificultades. Al respecto, Thoma, Pilecki y McKay (2015) reportaron resultados de la comparación entre las fases de reestructuración cognitiva y activación conductual, resultando la primera necesaria, más no suficiente, para obtener los resultados deseados; adicional a lo anterior, también reportaron la inferioridad

Gonzalez Tuta, Barreto Porez, & Salamanca Camargo

de esta fase del tratamiento en comparación con la activación conductual y a la medicación. En conclusión, en palabras de Tonneau (2011) “*los pocos estudios dirigidos a la separación de los efectos de los componentes cognitivos de los de comportamiento no han demostrado ninguna ventaja notable de la primera*” (pág. 259).

La **Terapia Cognitiva** también necesita interesarse por el estudio de sus estrategias, ya que según Wenzel (2012), no se ha tratado de determinar, por ejemplo, “*si el trabajo básico con las creencias aumenta los efectos brindados por el trabajo inicial con los pensamientos automáticos, los patrones de comportamiento inútiles y las habilidades de afrontamiento conductual*” (pág. 32). Otro aspecto a mejorar también tiene que ver con el estudio de aquellos pacientes que no responden bien a la terapia, los cuales, según Hayes y Robins (1995) se caracterizan por un nivel avanzado de disfunción cognitiva o de deterioro interpersonal, aunque esta dificultad podría enfocarse como área de estudio relacionada con la demanda metacognitiva de este modelo terapéutico, pues según propone Carcinone (2002), la revisión heurística de comportamientos y procesos psicológicos, como los manejados dentro de la **Terapia Cognitiva**, hacen parte de los procesos metacognitivos.

Finalmente, Caro Gabalda (2011) insiste en la necesidad de ajustar algunos parámetros del diseño de las investigaciones referidos a la inclusión de: estudios multisitio, terapeutas entrenados y supervisados adecuadamente, el reconocimiento de la alianza inicial y la caracterización del paciente más allá del nivel de afectación y del diagnóstico.

## Conclusiones

Al analizar los antecedentes teóricos y empíricos de la **Terapia Cognitiva**, se encuentra que esta surge en medio de varios acontecimientos significativos como el declive del psicoanálisis ante los criterios de efectividad y el auge del cognoscitismo. Además, recibe influencia desde la filosofía, el psicoanálisis y la psicología a partir de diferentes pensadores terapeutas y escuelas que resaltaban unánimemente el papel de la cognición en la comprensión de la psicopatología. En cuanto a la teoría, esta se sustenta sobre una estructura con algunos puntos comunes, como: la identificación de tres niveles de respuesta (cognición, emoción y comportamiento) y su respectiva interacción, así como su influencia en los patrones de pensamiento, comportamiento y emoción; la presencia de creencias irracionales, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos que pueden dar paso a trastornos como producto de alteraciones de los componentes cognitivos, comportamentales y emocionales, los cuales están sujetos al modelo diátesis-estrés.

Adicionalmente, se enfatiza que este modelo estructura el funcionamiento en una jerarquización del procesamiento de la información, el cual varía en abstracción, arraigamiento y nivel de conciencia. Finalmente, en cuanto a su metodología, se caracteriza por ser una terapia breve con un enfoque activo y directivo, que otorga alta importancia a la psicoeducación y a las tareas en casa. El proceso terapéutico tiene características distinguibles relacionadas con el papel activo y directivo del terapeuta, con la brevedad del proceso y el elevado nivel de estructuración y el esfuerzo compartido y con espíritu científico denominado **empirismo colaborativo**. Respecto a las limitaciones de este enfoque, son de resaltar la necesidad de validación empírica, relacionada con la no consideración de variables a nivel del terapeuta, de la manifestación comorbida del trastorno y/o de las características del paciente, también la complejidad en su aplicación y la necesidad de estudiar aquellos pacientes que no responden bien a la terapia.

# Referencias

- Aguado, H., & Silberman, R. (2004). La terapia cognitiva en acción: Estrategias para detectar y cambiar los pensamientos y supuestos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2, 61-79. Obtenido de <http://www.hhv.gob.pe/revista/2004II/5%20LA%20TERAPIA%20COGNITIVA%20EN%20ACCION%20ESTRATEGIAS%20PARA.pdf>
- Ávila Baray, H. L. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación*. México DF [mx]: Eumed | Edición electrónica. Obtenido de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/203/index.htm>
- Bados, A., & Garcia, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona. Obtenido de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Baena Paz, G. (1982). *Manual para elaborar trabajos de investigación documental* (5, reprint ed.). México DF [mx]: Editores Mexicanos Unidos.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York [us]: W H Freeman & Company;
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders* (reprint [2001] ed.). Nueva York [us]: International Universities Press [1976]; Penguin [1991].
- Beck, A. T. (1991). Cognitive Therapy as the Integrative Therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(3), 191-198. DOI:[10.1037/h0101233](https://doi.org/10.1037/h0101233)
- Beck, A. T. (1991). Cognitive Therapy: A 30-Year Retrospective. *American Psychologist*, 4(46), 368-375. DOI:[10.1037/0003-066X.46.4.368](https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.368)
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, Present and Future. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 61(2), 194-198. DOI:[10.1037/0022-006X.61.2.194](https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.194)
- Beck, A. T. (1995). Terapia cognitiva: pasado presente y futuro. En M. J. Mahoney (Ed.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas [Cognitive and constructive Psychotherapies: theory, research and practice]* (translated[1997] ed., Vol. 88 Biblioteca de Psicología, págs. 49-61 [267]). Bilbao [es]: Journal of Consulting and Clinical Psychology[1993]; Springer[1995]; Desclée de Brouwer [1997].
- Beck, A. T., & Haaga, D. A. (1992). The future of cognitive therapy. *Psychotherapy*, 29(1), 34-38. DOI:[10.1037/0033-3204.29.1.34](https://doi.org/10.1037/0033-3204.29.1.34)
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. (2014). *El modelo cognitivo genérico [Traducción no oficial de: Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model -Annual Review of Clinical Psychology issn:1548-5943;1548-5951- 10:1-24; DOI:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734]*. (E. Roca, Ed.) Obtenido de Publicaciones y Materiales para la Psicoterapia: <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/pdf/Modelo%20cognitivo%20generico%20de%20Beck.%20Traducci%C3%B3n.pdf>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión [Cognitive therapy of depression]* (translated [es:1983] ed., Vol. 21 Biblioteca de Psicología). New York [us]: The Guilford Press[1979] Desclée de Brouwe [1983].
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Terapia cognitiva de las drogodependencias [Cognitive Therapy of Substance Abuse]* (1 translated [es:1999] ed., Vols. 190 Psicología, Psiquiatría y Psicoterapia). (A. Rodríguez Fornells, Trad.) Barcelona [es]: The Guildford Press[1993]; Paidós Iberica [1999].
- Beck, J. (1995). *Terapia Cognitivo-Comportamental. Teoría e Práctica* (1 translated[1997] reprint[2007] ed.). (S. Costa, Trad.) Porto Alegre [br]: Artmed, Artes Médicas.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona [es]: Gedisa [2008].
- Blackburn, I., & Moorhead, S. (2002). Depresión. En W. Lydon, J. Jones, & Díaz de Santos (Ed.), *Terapias cognitivas con fundamento empírico* (págs. 15-46). Mexico DF [mx]: Manual Moderno.
- Brown, G., Have, T., Henriques, G., Xie, S., Hollander, J., & Beck, A. (2005). Cognitive therapy for prevention of the suicide attempts. A randomized controlled trial. *JAMA*, 563-570. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16077050>
- Cabezas Pizarro, H., & Lega, L. I. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional EmotivoConductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación*, 30(2), 101-109. DOI:[10.15517/revedu.v30i2.2232](https://doi.org/10.15517/revedu.v30i2.2232)
- Carcinone, A. (2002). El concepto de metacognición como constructo clínico fundamental para la psicoterapia. En A. Semerari, *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relacion terapéutica* (págs. 23-47). Desclée de Brouwer.
- Caro Gabalda, I. (Ed.). (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (Vol. Psicología Psiquiatría Psicoterapia). Barcelona [es]: Paidós.
- Caro Gabalda, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. (Vol. 142). Desclée de Brouwer.
- Caro Gabalda, I. (2011). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. (Vol. 166). Barcelona: Desclée de Brouwer.
- Caro Gabalda, I. (2013). El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck reflexiones críticas. *Boletín de Psicología*, 109, 19-49. Obtenido de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N109-2.pdf>
- Caro Gabalda, I. (2013). Lo cognitivo en psicoterapias cognitivas una reflexión crítica. *Boletín de Psicología*, 107, 37-69. Obtenido de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N107-3.pdf>
- Cebolla i Martí, A., & Miró Barranchina, M. T. (2008). Efectos de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena: Una aproximación cualitativa. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 257-268. Obtenido de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/259>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1954). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice* (reprint [2009] ed.). New York [us]: The Guildford Press.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1997). Estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En I. Caro Gabalda (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (V. Monsalve Dolz, Trad., Vol. Psicología Psiquiatría Psicoterapia, págs. 119-130). Barcelona [es]: Paidós.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1954). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression* (reprint [1999] ed.). New York [us]: John Wiley & Sons, Inc.
- de Sá Barbosa, A., Bulcão Terroso, L., & de Lima Argimon, I. I. (2014). Epistemologia da terapia cognitivocomportamental: casamento, amizade ou separação entre as teorias? *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 34(86), 63-79. Obtenido de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1415-711X2014000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-711X2014000100006)
- DiGiuseppe, R. A. (2010). Rational-Emotive Behavior Therapy. En N. Kazantzis, M. A. Reinecke, & A. Freeman (Eds.), *Cognitive and behavioral theories in clinical practice* (pág. [380]). New York [us]: The Guildford Press.
- Echeburúa, E., De Corral, P., & Salaberría, K. (2010). Efectividad De Las Terapias Psicológicas: Un Análisis De La Realidad Actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 85-99. DOI:[10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4088](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4088)
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. New York [us]: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1995). Reflexiones sobre la terapia racional-emotiva. En M. J. Mahoney (Ed.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas [Cognitive and constructive Psychotherapies: theory, research and practice]* (translated[1997] ed., Vol. 88 Biblioteca de Psicología, págs. 93-112 [267]). Bilbao [es]: Journal of Consulting and Clinical Psychology[1993]; Springer[1995]; Desclée de Brouwer [1997].
- Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera. Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual*. (Vol. 182). Barcelona [es]: Editorial Paidós.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao [es]: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A., & Maclaren, C. (2004). *Las relaciones con los demás: Terapia del comportamiento emotivo racional [Relationships with others: Rational emotive therapy]*. (M. T. Boseli, Trad.) Barcelona [es]: Océano Ambar.
- Fahr, D. R., & Down, E. T. (2002). Fobias. En W. Lydon, Jones, & J. *Terapias cognitivas con fundamento empírico* (págs. 67- 79). Mexico: Manual Moderno.
- Farley, F. (2009). Albert Ellis (1913-2007) [Obituarie]. *American Psychologist*, 64(3), 215-216. DOI:[10.1037/a0015441](https://doi.org/10.1037/a0015441)

- Ferrer Botero, A. (2010). Las terapias cognitivas: Mitos y aspectos controvertidos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(3), 1-21. Obtenido de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-48922010000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100006)
- Fiero, M. (2011). El desarrollo conceptual de la ciencia cognitiva. Parte II. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 185-196. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502012000100013&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502012000100013&script=sci_abstract&tlng=es)
- Freemann, A., & Renecke, M. A. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Glasser, W. (1965). *La 'Reality Therapy' un nuevo camino para la psiquiatría* (translated [es:1979] ed.). Madrid: Narcea [1979].
- Gómez, B., & Salgueiro, M. d. (2007). Terapia cognitiva y medicación: un dilema en la trinchera. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII(3), 205-218. Obtenido de <http://www.clinicapsicologica.org.ar/numero.php?idn=17>
- Hayes, A., & Robins, C. (1995). Una valoración de la terapia cognitiva. En M. J. Mahoney (Ed.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas [Cognitive and constructive Psychotherapies: theory, research and practice]* (translated [1997] ed., Vol. 88 Biblioteca de Psicología, págs. 64-80 [267]). Bilbao [es]: Journal of Consulting and Clinical Psychology [1993]; Springer [1995]; Desclée de Brouwer [1997].
- Hoffman, S. G., Asmundson, G. J., & Beck, A. T. (2013). The Science of Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 199-212. DOI: [10.1016/j.beth.2009.01.007](https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.007)
- Kaufman, A. M., & Rodríguez, M. E. (1993). *La escuela y los textos* (reprint [2001] ed.). Buenos Aires [ar]: Santillana [1993] Aique [2001].
- Keegan, E. (2007). *Escritos de psicoterapia cognitiva*. Buenos Aires [ar]: Eudeba.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(s2), 54-64. DOI: [10.1590/S1516-44462008000600002](https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002)
- Korman, G. P. (2011). Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en la Argentina. *Revista Interamericana de Psicología*, 45(2), 115-122. DOI: [10.30849/rip/ijp.v45i2.141](https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v45i2.141)
- Korman, G. P. (2013). El legado psicoanalítico en la terapia cognitiva de Aaron Beck. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(3), 470-486. Obtenido de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-52672013000300011&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-52672013000300011&script=sci_abstract&tlng=es)
- Korman, G. P., Viotti, N., & Garay, C. (2010). Orígenes y profesionalización de la psicoterapia cognitiva. Algunas reflexiones sobre la reconfiguración del campo psi en Buenos Aires. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(2), 141-150. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921801004>
- Ley 23 de 1982, Sobre derechos de autor (Congreso de la República de Colombia 28 de Enero de 1982). Obtenido de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3431>
- Maldonado, A. (1984). Un modelo de terapia cognitiva desde la perspectiva de la psicología del aprendizaje. *Anuario e psicología*, 1(30), 76-95. Obtenido de <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/64526/88357>
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*. Boston [us]: Springer-Verlag. DOI: [10.1007/978-1-4757-9739-8](https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9739-8)
- Miró Barranchina, M. T. (2008). La Terapia Cognitiva en España. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 165-175. Obtenido de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/132>
- Morales, O. A. (2003). Fundamentos de la Investigación Documental y la Monografía. En N. Espinoza, & Á. Rincón (Edits.), *Manual para la elaboración y presentación de la monografía* (págs. 20-34). Merida [ve]: Universidad de Los Andes. Obtenido de [http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/16490/1/fundamentos\\_investigacion.pdf](http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/16490/1/fundamentos_investigacion.pdf)
- Otani, K., Suzuki, A., Matsumoto, Y., Sadahiro, R., Enokido, M., Kuwahata, F., & Takahashi, N. (2014). Distinctive correlations of sociotropy and autonomy with working models of the self and other. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1643-1646. DOI: [10.1016/j.comppsy.2014.05.013](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.013)
- Procacci, M. (2002). Un nuevo programa para la psicoterapia cognitiva del paciente grave. En Semerari, & A, *Psicoterapia cognitiva del paciente grave* (págs. 55-78). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá, Colombia: Grupo editorial norma.
- Rodríguez, F. (2010). Para el Origen de un Malentendido: Una apostilla al nombre de terapia(s) cognitiva(s). *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(1), 15-22. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921797002>
- Ruiz Fernández, M. d., Díaz García, M. I., & Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (2 ed., Vol. 170 Biblioteca de Psicología). Bilbao [es]: Desclée de Brouwer; UNED, Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Ruiz Sánchez, J. J., & Cano Sánchez, J. J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Madrid [es]: R&C Editores.
- Saco, W. P., & Beck, A. T. (1995). Cognitive Theory and Therapy. En E. E. Beckham, & W. R. Leber (Edits.), *Handbook of Depression. Second Edition* (2 ed., págs. 329-351). New York [us]: The Guilford Press.
- Safran, D., & Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Sanderson, W. C., & Rego, S. A. (2002). Trastorno de angustia. En W. Lydon, & J. Jones, *Terapias cognitivas con fundamento empírico* (págs. 81-106). Mexico: Manual Moderno.
- Sandoval, M., & Quiñones, R. (1997). Terapia cognitiva y comportamiento verbal. *Suma Psicológica*, 4(1), 35-55. DOI: [10.14349/sumapsi1997.273](https://doi.org/10.14349/sumapsi1997.273)
- Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva* (Vol. 206). Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Thoma, N., Pilecki, B., & McKay, D. (2015). Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(3), 423-462. DOI: [10.1521/pdps.2015.43.3.423](https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.423)
- Tonneau, F. (2011). Belief Modification in Cognitive Therapy. *Clinica y Salud*, 22(3), 257-266. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742011000300006&script=sci\\_abstract](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742011000300006&script=sci_abstract)
- Toro Tobar, R. A., Arias López, H. A., & Sarmiento López, J. C. (2016). Sociotropía y autonomía: ¿Evidencias para la hipótesis de especificidad de síntomas en depresión? *Psicología Clínica*, 28(3), 35-52. Obtenido de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-56652016000300003&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-56652016000300003&script=sci_abstract&tlng=es)
- Toro, R., & Ochoa, D. (2010). Los perfiles cognitivos psicopatológicos en la formulación cognitiva de caso. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1), 97-110. Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/10347/36675>
- Vila Castelar, J., & Fernández Santaella, M. d. (2004). *Tratamientos psicológicos: La perspectiva experimental* (2 [2009] ed.). Madrid [es]: Pirámide.
- Wenzel, A. (2012). Modification of Core Beliefs in Cognitive Therapy. En I. Reis de Oliveira (Ed.), *Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy* (1 digital ed., págs. 17-34 [202]). Rijeka [hr]: Intech. Obtenido de <http://library.umac.mo/ebooks/b28350212.pdf>
- Wilhelm, S. (2002). Trastorno obsesivo-compulsivo. En W. Lydon, & J. J., *Terapias cognitivas con fundamento empírico* (págs. 107-121). Mexico: Manual Moderno.