**Investigación documental sobre Terapia Cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología**

**Documentary research on Cognitive Therapy: Background, theory and methodology**

**Resumen**

Se trata de una investigación documental de tipo monográfico en la que se realizó un análisis de los antecedentes, la teoría y la metodología de la terapia cognitiva, a partir de las publicaciones realizadas entre 1980 y 2015, las cuales se seleccionaron en función de criterios de accesibilidad y relevancia. Respecto a los antecedentes, se resalta la influencia de antiguos filósofos tales como Epícteto y Séneca, de filósofos de la ciencia como Kant y Popper y de psicoanalistas como Freud, Horney y Sullivan, siendo reconocida desde sus orígenes hasta la actualidad por el interés en la validación empírica, concluyendo su efectividad en un considerable número de trastornos, por encima de otras terapias tales como la terapia conductual y la farmacoterapia; en cuanto a la teoría, los planteamientos más importantes, se relacionan con la predominancia cognitiva en la psicopatología y el tratamiento, el modelo ABC, el uso de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales y en cuanto a su metodología, se reconoce como una terapia con enfoque breve, activo, directivo y altamente estructurado que se aplica generalmente de manera individual y que cuenta con un completo modelo de formulación clínica, que ha permitido el desarrollo de diferentes técnicas y estrategias que favorecen la estructura terapéutica. A partir de los hallazgos, se resalta la necesidad de seguir estudiando su complejidad, las razones por las que algunos pacientes que no responden bien a esta terapia y la necesidad de ajustar algunos parámetros del diseño de estas investigaciones.

**Palabras clave:** psicoterapia; técnicas; teoría; terapia cognitiva; TREC.

**Abstract**

It is a monographic documentary research in which an analysis of the background, theory and methodology of cognitive therapy was carried out, starting with the publications made between 1980 and 2015, which were selected according to criteria of accessibility and relevance. Regarding the background, the influence of ancient philosophers such as Epícteto and Séneca, of philosophers of science such as Kant and Popper and of psychoanalysts such as Freud, Horney and Sullivan, being recognized from its origins to the present by the interest in empirical validation, concluding its effectiveness in a considerable number of disorders, over other therapies such as behavioral therapy and pharmacotherapy; In terms of theory, the most important approaches are related to cognitive predominance in psychopathology and treatment, the ABC model, the use of cognitive, emotional and behavioral techniques and, in terms of its methodology, it is recognized as a therapy with brief, active, directive and highly structured approach that is generally applied individually and that has a complete model of clinical formulation, which has allowed the development of different techniques and strategies that favor the therapeutic structure. From the findings, the need to continue studying its complexity, the reasons why some patients who do not respond well to this therapy and the need to adjust some parameters of the design of these investigations are highlighted.

 Keywords: history; methodology; psychotherapy; techniques; theory; Cognitive therapy, REBT.

**INTRODUCCIÓN**

De acuerdo con Beck et al. (1979) y Maldonado (1984), la definición de terapia cognitiva puede abordarse desde la perspectiva de quienes afirman que es 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 y que se caracteriza por ser un proceso activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, consolidado bajo la investigación empírica de su teoría y sus técnicas; al respecto es de resaltar que sobresalen los modelos clásicos de la terapia cognitiva; específicamente de la terapia racional emotivo-conductual de Ellis y de la terapia cognitiva de Beck las cuales, tienen una base común, que las convierte en los dos modelos psicoterapéuticos representativos del enfoque cognitivo en psicoterapia (Cabezas y Lega, 2006).

Respecto a la Terapia Racional (TR), Ellis, (1980 y 1997), Ellis y Dryden, (1989) y Cabezas y Lega, (2006), hacen referencia a la descripción del desarrollo histórico de este modelo así: en el año 1955, Ellis, presentó su modelo de terapia titulado así y posteriormente, en 1957 realiza la primera presentación de un ensayo sobre este modelo mostrando sus progresos hasta aquel momento; siete años después (1961), complementó su modelo terapéutico adicionando elementos emotivos y cambiando su denominación a TRE (emotiva), reconociéndola como cognitivista, positivista y activa-directiva; con este nombre permaneció treinta años en modalidades terapéuticas: individual, en grupo, marital y familiar; además, tuvo acogida y aplicabilidad en campos como la educación, la industria y el comercio y teniendo una gran acogida en países como Estados Unidos, Italia, Alemania occidental, Holanda, Australia, Inglaterra y México.

Finalmente, a partir de 1993 se le adiciona el componente comportamental, denominándola desde entonces, Terapia Racional Emotiva Conductual, (TREC, o como actualmente se reconoce o con sus siglas en inglés la REBT) y con ello se resaltó la implementación de técnicas conductuales. “Ellis, en su intento por difundir la TREC escribió y dio conferencias al respecto, impactando en diferentes profesionales como Glasser (1965); Beck (1976); Bandura (1997); y Meichenbaum (1977) quienes acogieron su modelo” (Ellis y McLaren, 2004); posteriormente y debido a la gran admisión de su modelo en Nueva York, el mismo Ellis fundó un instituto para la formación de profesionales bajo los fundamentos de la TREC; el cual, actualmente se denomina “Instituto Albert Ellis” en honor a su fundador (Farley, 2009).

En cuanto al modelo cognitivo, se encuentra que Beck se aleja del psicoanálisis y comienza a tratar la depresión con esta terapia de tipo cognitivo cuya intervención se encargó de resolver problemas actuales e intentar cambiar los pensamientos y conductas disfuncionales (Beck 1995-1997; citado por De Sá, Bulçao y De Lima, 2004). Posteriormente, en 1967, este mismo autor, realiza la primera exposición de su modelo, en el que explica los siguientes niveles de la cognición: pensamientos automáticos, esquemas o asunciones subyacentes y distorsiones cognitivas (Hayes y Robins, 1997).

Según Korman (2013) y Caro (2013), los desarrollos de Beck se dieron así: en 1976, acuñó el término de psicoterapia cognitiva y al siguiente año, junto con su equipo, publicó un artículo producto de treinta años de teoría e investigación en el que se caracterizaba el modelo para el tratamiento de la depresión con un número limitado de sesiones y presentando a la vez, algunos manuales de aplicación de dicho modelo. Tras años de dedicación en la tarea de sentar las raíces teóricas, metodológicas y científicas de su modelo, Beck (1993) concluye 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” (p. 194).

Posteriormente, hacia 1983, Beck, desarrolla el modelo de vulnerabilidad cognitiva, el cual se relaciona con el modelo de diátesis estrés, en el que identifica contenidos esquemáticos de sociotropía y autonomía con el componente de diátesis y la coincidencia de los eventos vitales con la predominancia de dichos esquemas con el componente de estrés. (Clark, Beck & Alford, 1999, Clark & Beck, 2010 & Otani et al. 2014; citados por Toro, Arias y Sarmiento, 2016). En 1991, desarrolló el modelo completo de personalidad cognitiva, en el que incorporó los conjuntos de esquemas llamados modos múltiples, los cuales se definen como suborganizaciones de la personalidad de orden cognitivo, afectivo, conductual y motivacional (Caro, 2013).

Por último se identificó que en el año 2014 actualizó su modelo denominándolo modelo cognitivo genérico-integrativo, el cual puede entenderse como la articulación de procesos cognitivos y conductuales explicando la base común de los trastornos y su diferenciación. Esta actualización incluye 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; otro concepto, es el procesamiento dual, el cual hace referencia a dos modalidades de procesamiento de la información, las cuales actúan recíprocamente y que son el sistema automático y reflexivo; por otra parte, los esquemas, los cuales se definen como estructuras que se desarrollan gracias a factores genéticos, disposiciones memorísticas y atencionales sesgados y factores estresantes repetitivos(Beck, 2014).

**Método**

*Tipo de estudio*

Se trata de una investigación documental de tipo monográfico basada en los lineamientos de Kaufman y Rodríguez (1993, citados por Morales, 2003) quienes resaltan la naturaleza analítica, critica e informativa de la monografía y Baena (1985, citado por Ávila, 2006) quien, a su vez, 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*

Esta investigación se desarrolló teniendo como unidad de análisis compuesta por 24 libros, 45 artículos de los cuales 12 están en otros idiomas; todos publicados entre 1980 y 2015 y en los que se aborda la temática de la terapia cognitiva.

Procedimiento

Inicialmente se realiza la elección y acopio de la bibliografía relacionada con el tema; posteriormente, se procede con la organización, análisis e interpretación de los documentos seleccionados; para lo cual, se procede con la elaboración de fichas bibliográficas y hemerográficas, la lectura rápida del material, la delimitación del tema, la elaboración del esquema conceptual, la ampliación del material sobre el tema ya delimitado, la lectura minuciosa de la bibliografía, la elaboración y organización de fichas de contenido, la revisión del esquema, la organización definitiva del fichero y por último la organización y análisis del material recopilado.

*Consideraciones éticas*

Para la elaboración del presente estudio se tuvo en cuenta la Ley 23 (1982) sobre derechos de autor, capitulo III Artículo 31º el cual menciona que es permitido citar a un autor transcribiendo los pasajes necesarios, siempre que éstos no sean tantos y seguidos que razonadamente puedan considerarse como una reproducción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra de donde se toman; en cada cita se menciona el nombre del autor de la obra citada y el título de dicha obra; adicionalmente, se tiene en cuenta las recomendaciones del manual de estilo y publicación de la APA sexta edición, en lo referente a citas y referencias.

**Resultados**

A continuación, se hace referencia a los resultados de acuerdo a los elementos que se tuvieron en cuenta dentro del cuerpo de la monografía y que se clasifican en: 1. Antecedentes teóricos y empíricos, 2. Teoría y 3. Metodología.

1. ***Antecedentes teóricos y empíricos:***  específicamente y respecto a los antecedentes teóricos, es importante resaltar los planteamiento de Korman (2011), quien menciona que la crisis del psicoanálisis frente a los criterios de efectividad y la revolución cognitiva son dos acontecimientos importantes en el surgimiento de la terapia cognitiva y que existen por lo menos tres tendencias de la terapia cognitiva que posiblemente se relacionan con estas circunstancias: el interés por los estudios de efectividad, su rechazo al psicoanálisis y su interés por figurar dentro de las ciencias cognitivas (Ellis, 1999; Vila y Fernández 2004; Caro, 2007; Miró, 2008; Toro y Ochoa, 2011; Fiero, 2011b).

Si bien Hoffman, Asmundson y Beck (2013) mencionan que la terapia cognitiva no está relacionada directamente con una tradición filosófica en específico, Ellis (1980) reconoce algunas influencias o analogías, como por ejemplo, la contribución de Kant (1787) relacionada con sus escritos sobre el poder de la cognición; Reichenbach (1953) Russell (1965) y Popper (1959) quienes contribuyeron con sus nociones de la hipotetización humana sobre la realidad; por su parte, Miró (2008) señala que Séneca concuerda con los terapeutas cognitivos en que mantenerse activo es ideal para vencer la desesperación y la melancolía; mientras que, Epícteto en su obra Enchiridion afirma que “los hombres se perturban no por los acontecimientos en cuanto tales sino por la visión u opinión que tienen de estos mismos” (Restrepo, 2009, p. 70).

En general, se encuentra que existen algunas similitudes e influencias recogidas por Ruiz y Cano, (2002) como por ejemplo: la jerarquía de la cognición de Freud (1923), la tiranía de los deberías de Horney (1950) y el concepto de "distorsión paratáxica" de Sullivan (1953), el uso del concepto de terapia cognitiva de Lungwitz (1926) muy similar al de Beck, la existencia de una línea de psicoanálisis cognitivo que impulsó figuras como Arieti (1947, 1955, 1967, 1978), Bowlby (1971, 1973, 1980), Erdelyi (1974).

Otros autores relacionados con la terapia cognitiva son: Adler (1920) quien había propuesto un modelo de psicopatología similar al de la terapia cognitiva; Rappaport (1958), quien trabajaba una teoría del pensamiento desde el psicoanálisis y Kelly, quien propuso un sistema de creencias que influye en la conducta (Vila y Fernández, 2004; Meichenbaum, 1997, citados por Caro, 1997).

En lo que respecta a los antecedentes empíricos, según Keegan (2007, citado por Korman, 2011) y Miró (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 ha fomentado el uso de enfoques que cuenten con respaldo empírico como lo es la terapia cognitiva (Korman, Viott, y Garay, 2010; Hoffman, Asmundson y Beck, 2013).

Beck (1991b) formuló algunos criterios para evaluar los sistemas psicoterapéuticos, los cuales incluían la evidencia sobre la validez de sus supuestos y su efectividad como tratamiento; respecto al primero, Beck (1979, citado por Saco y Beck, 1995) informaba que había más de treinta y cinco estudios que apoyaban las hipótesis derivadas de su modelo, respecto al segundo, Hoffman, Asmundson y Beck (2013), concluyen que la terapia cognitiva es efectiva 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”. (p. 203).

Por otro lado, la TREC, cuenta con validez empírica sobre algunos de sus supuestos, por ejemplo, Ellis y McLaren (2004) y Díaz, Ruiz y Villalobos (2012) refieren 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. La TREC es muy amplia y cuenta con evidencia de su efectividad como tratamiento psicológico en diferentes trastornos (Ellis y McLaren, 2004; Díaz, et al., 2012 y DiGiuseppe, 2010 citados por Díaz, et al., 2012).

Para Beck y Haaga (1992) el desarrollo investigativo del modelo de Beck centrado inicialmente en el trastorno depresivo, está conformado por las primeras observaciones y formulaciones, la creación del marco general de tratamiento, los resultados de los primeros estudios de efectividad y las especificaciones realizadas en las investigaciones posteriores, con respecto al terapeuta, las técnicas, los trastornos específicos, etc; así mismo, se identifican datos relacionados con validación teórica de la conceptualización de la depresión e informes que relacionan la percepción negativa, la desesperanza y la selectividad de la memoria hacia recuerdos negativos, con la presencia del trastorno (Saco y Beck, 1995).

Los estudios refieren que la terapia cognitiva es más efectiva que las condiciones control, la terapia conductual, otra psicoterapias o la farmacoterapia; se calcula una reducción del nivel de depresión del 65 al 70%, y sus efectos a largo plazo son superiores frente a la farmacoterapia ( Saco y Beck, 1995; Gaffan et. al. 1995, citados por Blackburn y Moorhead, 2002; Semerari, 2002).

Respecto a la ansiedad, Sanderson y Beck (1990, citado por Sanderson y Rego, 2002), refieren una reducción significativa y sustancial en ansiedad generalizada; así mismo, en una comparación de tratamiento de ansiedad con terapia cognitiva y con terapia breve de apoyo, se concluyó la superioridad de la primera; por su parte, Beck (1997) resalta la efectividad de la terapia cognitiva para el tratamiento trastorno de pánico sobre la terapia conductual, el placebo y la farmacoterapia; por otro lado, Fahr y Down (2002) recomiendan la combinación de la terapia cognitiva con las técnicas de exposición en el tratamiento de fobias y para el 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 por Wilhelm, 2002).

La terapia cognitiva ha sido estudianda en diferentes trastornos, de los cuales se reportan buenos resultados, entre ellos se encuentran: los trastornos psicoticos (Ellis, 1980), la conducta suicida (Brown, et al. 2005; Freemann y Renecke, 1995), el trastorno bipolar (Beck y Knapp, 2008), drogodependencias (Beck, Wright, Newman, y Liese, 1999), trastornos de personalidad (Blackburn y Moorhead, 2002), entre otros. Dentro de las ventajas de la terapia cognitiva, se encuentran en el mantenimiento de los resultados, la prevención de recaidas y la funcionalidad de su modelo de formulacion clinica (Beck, 1991a; Sandoval y Quiñonez, 1997; Toro y ochoa, 2011). Una mencion bien ajustada a la situacion de la terapia cognitiva respecto a su validez empirica es la referida por Semerari, (2002):

Para casi todos los trastornos considerados (depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, desórdenes alimentarios, trastorno postraumática 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. (p. 120).

1. ***Teoría:***  respecto a este aspecto se identifica una estructura soportada en algunos puntos en común como: La identificación de los tres niveles de respuesta (cognición, emoción y comportamiento), su respectiva interacción y su influencia en los patrones de pensamiento, comportamiento y emoción, es decir, que la interpretación que se da de algún evento influencia el modo de actuar y sentir, así; esta relación se consolida en el aprendizaje (Meichenbaum, 1989 y Ellis, 1990, citados por Ruiz y Cano, 2002; Beck, 2000; Aguado y Silberman, 2004; Beck y Knapp, 2008; Bados y Garcia, 2010; Korman, 2011; Fiero, 2011b); adicionalmente, Beck y Ellis, manejan una serie de conceptos y planteamientos, autónomamente desarrollados.

Según Ellis, citado por (Rodríguez, 2010 y Ferrer 2010), por tendencia natural las creencias de las personas tienden a ser irracionales, está irracionalidad consiste en una falta de coherencia entre dichas creencias y la orientación al alcance de metas y propósitos (Ellis y Dryden, 1989); así mismo, 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 es lógico y no contribuye al bienestar y alcance de las metas que la persona se fija y por tanto; es un pensamiento que va a generar malestar. Adicionalmente, refiere que su enfoque se centra en combatir la irracionalidad y plantea el ABC el cual es explicado por Diaz, et al., (2012) así: (A) son los acontecimientos por que las personas pasan, (B) las interpretaciones y valoraciones que se pueden hacer de estas experiencias, y (C) las consecuencias.

Abordando aspectos más etiológicos, Ellis (1997) hace referencia a tres creencias primarias relacionadas con el sí mismo como alguien desgraciado y sin valor, la gente como injusta y desconsiderada y el medio como frustrante y dañino; adicionalmente, existen tres creencias irracionales secundarias, derivadas de las primarias, estas se refieren al valor aversivo de la situación: el tremendismo; la capacidad para afrontar la situación desagradable: la insoportabilidad, la valoración de sí mismo y otros a partir del acontecimiento: la condena (Ruiz y Cano, 2002).

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 (Diaz, et al., 2012). Respecto a las emociones, Ellis (1999) aclara que aunque las hay negativas y positivas, se pueden clasificar de otra forma según su grado de adecuación; mientras que Beck et al. (1983), afirman que: son el foco para la identificación de las creencias centrales y que por tanto el terapeuta debe estar alerta y conceder importancia a las ocasiones en que se produce una intensificación de las emociones negativas en el paciente; debe ser capaz de empatizar con las experiencias emocionales dolorosas del paciente, y al mismo tiempo identificar las cogniciones irracionales y establecer los límites entre pensamientos negativos y sentimientos negativos y paralelamente debe fomentar estas emociones agradables

A su vez en el modelo de Beck los trastornos son producto de alteraciones de los componentes cognitivos, comportamentales y emocionales; estos tres niveles de respuesta, están sujetos al modelo diátesis-estrés, el cual postula que existen “vulnerabilidades cognitivas”, que están disponibles en los esquemas negativos que envuelven creencias, actitudes y suposiciones acerca de sí mismo, los demás y el mundo, los cuales predisponen a contraer distintos tipos de alteraciones, esta vulnerabilidad deben correlacionarse con un evento estresante que sea afín con el contenido esquemático para activar la patología (Riso, 2006; Beck y Knapp, 2008). Cabe aclarar que la diátesis fue complementada desde la teoría de los modos estructurando 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, 2014).

Por extensión 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, 1991b). En otros términos el modelo de Beck, estructura el funcionamiento según una jerarquización del procesamiento de la información, que varían en abstracción, arraigamiento y nivel de conciencia; al respecto, Clark y Beck (1997; citados por Ochoa y Toro, 2010) señalan que la información se organiza en dos niveles: en el primero, el cual es superficial y en el que se encuentran los pensamientos automáticos o también llamados productos cognitivos, y el segundo, el nivel más profundo, en el que se encuentran los supuestos subyacentes, los cuales incluyen las creencias intermedias y las nucleares.

Un concepto primordial en el modelo de Beck es el de pensamientos automáticos, los cuales según varios autores, 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; aunque algunos autores los consideran como procesos inconscientes; según Beck (1991a) y Bados y Garcia (2010), 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 con respecto a experiencias previas (Beck y Knapp, 2008; Toro y Ochoa, 2010; Díaz, et al., 2012). Por su parte, según Bados y Garcia (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 llamada creencia central; se expresan como reglas de nivel medio, actitudes y suposiciones (Beck, 2000).

Las creencias centrales que según varios autores (Beck, 2000; Brown, et al., 2005; Bados y Garcia, 2010; Diaz, et al., 2012) 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. Los esquemas, vienen a ser estructuras organizadas compuestas de unidades más simples de conocimiento los cuales organizan, codifican y analizan la información con respecto a experiencias previas vividas (Safran y Segal, 1994; Beck y Knapp, 2008; Toro y Ochoa, 2010). Un esquema puede ser disfuncional cuando permite una manera distorsionada de percibir el entorno, lo cual provoca sufrimiento que se expresa en las reacciones emocionales y conductuales, y estas a su vez conducen a interpretaciones irruptoras y no diferenciadas de diferentes situaciones (Procacci, 2002).

En consecuencia Hayes y Robins (1997) consideran que la terapia cognitiva, pretende, a partir de la intervención, cambiar los procesos cognitivos de los pacientes, ya que desde su base considera que si se modifican las cogniciones estas influenciaran el estado de ánimo y las conductas. Korman (2011) quien apoya la idea anterior, adiciona 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, et al, 1983); mientras que, 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, por ejemplo:

a) Utilizar el paradigma ABC en la explicación del trastorno b) plantear la terapia como una forma de tratamiento breve c) utilizar en la terapia un estilo activo y directivo, pero nunca prescriptivo. d) focalizar la terapia la solución de los problemas del paciente a través de una evaluación funcional de sus síntomas y una priorización acordada de los problemas para abordar en la terapia y, e) ampliar progresivamente el ámbito de la aplicación de la terapia cognitiva desde los trastornos depresivos y de la ansiedad a prácticamente cualquier trastorno psicopatológico: trastornos de personalidad, psicosis, abuso de sustancias, etc. (p. 165).

3. ***Metodología***: Respecto a este último aspecto, según Vila y Fernández (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, 2000); mientras que 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 (Diaz, et al., 2012; Caro, 2007).

Ahora bien, las características distinguibles del proceso terapéutico según Beck et al. (1979, citado por Ochoa y Toro, 2010), Caro (2007) y Saco y Beck (1995), 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 (mas no excluyentemente) el modelo de Beck (2000), describe el tipo de relación que se debe establecer entre el terapeuta y el paciente, haciendo referencia a una empresa común, la de evaluar, poner a prueba y modificar las cogniciones del paciente, en un esfuerzo compartido y con espíritu científico denominado *empirismo colaborativo.* En cuanto a las particularidades metodológicas, para Beck y Knapp, (2008) la modificación de las creencias disfunciones se realiza a través del reconocimiento de la relación emoción-cognición-conducta, la comprobación de la validez de los pensamientos identificados, la sustitución de los pensamientos identificados por otros más realistas y razonables, y, finalmente, la identificación y modificación de creencias subyacentes.

En cuanto a la parte técnica, Beck (1991b) plantea que la terapia cognitiva ha permitido el desarrollo de diferentes técnicas y estrategias que favorecen la estructura terapéutica; la naturaleza metodológica de estas, pueden asociarse principalmente con la persuasión verbal y la comprobación empírica de hipótesis, y su combinación, con técnicas provenientes de otros enfoques puede catalogarse como un eclecticismo técnico, aun así el objetivo no es diferente al ya mencionado en otros apartados, las técnicas buscan la modificación de creencias disfunciones (Beck, et al. 1983). Es así que 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 estado de los niveles de respuesta (cognición, emoción y conducta).

Por su parte, tal como lo refiere Díaz, et al., (2012), el modelo de Ellis lleva a cabo la fase de tratamiento en tres etapas descritas como insight Racional-Emotivo, aprendizaje de una base de conocimiento racional-emotivo y 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, que tratar de entenderlas o identificar su origen no las cambian, y que la forma de cambiarlas es combatirlas enérgicamente y sustituirlas; la segunda fase, busca dotar al paciente de herramientas para debatir y combatir las creencias irracionales y la tercera fase busca arraigar y reforzar las creencias nuevas así como el hábito de debatir creencias irracionales. Entre las técnicas cognitivas de la TREC, Ruiz y Cano, (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.

Aunque la terapia cognitiva ha tenido nuevos desarrollos como la terapia cognitiva centrada en la atención plena (TCAP), en la que los resultados muestran que los participantes tratados con este tipo de terapia, tienen buenos niveles de aceptación, y que la mayoría de participantes notan cambios en su forma de pensar, sentir y en su relación con los demás (Cebolla y Miró 2008); Caro (2011) refiriéndose a la validación empírica, propone un cambio de enfoque que responda a nuevas preguntas, y complemente los esfuerzos por demostrar el cambio terapéutico; a su vez, Echeburúa, De Corral y Salaberría, (2010) señalan limitaciones en el enfoque de los estudios de la validación empírica, relacionados con variables no consideradas a nivel del terapeuta, de la manifestación comorbida del trastorno, o de las características del paciente.

Otros autores han referido la complejidad resultante de 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, por ejemplo Thoma, et al. (2015) reportaron resultados de la comparación entre las fases de restructuración cognitiva y activación conductual, donde la primera, es necesaria más no suficiente para obtener los resultados deseados; más adelante, también informaron de la inferioridad de esta fase del tratamiento respecto a la activación conductual y a la medicación; 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” (p. 259).

Por otro lado, 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” (p. 32). Otro aspecto a mejorar, también tienen que ver con el estudio de aquellos pacientes que no responden bien a la terapia, los cuales según Hayes y Robins, (1997) 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 Carcione (2002), la revisión heurística de comportamientos y procesos psicológicos como los manejados dentro de la terapia cognitiva hace parte de los procesos metacognitivos. También es necesario ajustar algunos parámetros del diseño de las investigaciones, referidos a la inclusión de: estudios multisitio, terapeutas entrenados y supervisados adecuadamente, reconocimiento de la alianza inicial, y especificación del paciente más allá del nivel de afectación y del diagnóstico (Caro, 2011).

**Conclusiones**

La terapia cognitiva surge en medio de varios acontecimientos significativos como el declive del psicoanálisis y el auge del cognoscitivismo, recibiendo influencia filosófica, psicoanalítica y psicológica de diferentes pensadores terapeutas y escuelas que resaltaban unánimemente el papel de la cognición en la comprensión de la psicopatología. Esta terapia, cuenta con respaldo empírico para varias de sus aplicaciones en las que se destaca el abordaje en trastornos emocionales; sus planteamientos teóricos, han sido comprobados a partir de la investigación, siendo además reconocida a nivel metodológico, como una terapia con enfoque breve, activo, directivo y altamente estructurado que se aplica generalmente de manera individual y que cuenta con un completo modelo de formulación clínica y que a su vez, ha desarrollado e integrado un amplio abanico de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales; su desarrollo y aplicabilidad, ha dado lugar a otras terapias que también son reconocidas como cognitivas tales como la terapia de esquemas, la terapia cognitiva constructivista y la terapia cognitiva centrada en la atención plena, entre otras.

**Referencias**

Aguado, H., y Silberman, R. (2004). La terapia cognitiva en acción: estrategias para detectar y cambiar los pensamientos y supuestos. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizar, 2* 61-79.

Bados, A., y Garcia, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Barcelona, España: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión.* Henao, Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Beck, A. (1991a). Cognitive Therapy as the Integrative Therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, *1*(3), 191-198.

Beck, A. (1991b). Cognitive Therapy. A 30-Year Retrospective. *American Psychologist, 4*(46), 368-375.

Beck, A. (1993). Cognitive therapy: Past, Present and Future. *Journal of consulting and clinical Psychology, 61*(2), 194-198.

Beck, A., y Knapp, P. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasilera de Psiquiatria, 30*(Supl II), S54-64.

Beck, A., y Haigh, E. (2014). El modelo cognitive genérico.(Elia Roca, Trad.) *Anuario de psicología clínica, 10,* 1-24. (Obra original publicada en 2014)

Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización.* Barcelona, España: Gedisa editorial.

Brown, G., Have, T., Henriques, G., Xie, S., Hollander, J., y Beck, A. (2005). Cognitive therapy for prevention of the suicide attemps. A randomized controlled trial. *JAMA, 204*(5), 563-570.

Cabezas, H., y Lega, L. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Educación, 30*(2), 101-109.

Carcinone, A. (2002). El concepto de metacognición como constructo clínico fundamental para la psicoterapia. En A. Semerari. (Ed.), *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relacion terapéutica* (pp. 23-47). Henao, Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Caro, I. (1997). *Manual de Psicoterapias cognitivas*. Barcelona, España: Editorial Paidós.

Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Henao, Bilbao: Desclée de Brouwer.

Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas*. Henao, Bilbao: Desclée de Brouwer.

Caro, I. (2013). Lo cognitivo en psicoterapias cognitivas una reflexión crítica. *Boletín de Psicología, 107,* 37-69.

Caro, I. (2013). El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck reflexiones críticas. *Boletín de Psicología*, *109,* 19-49.

Cebolla, A., y Miró, M. (2008). Efectos de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena: una aproximación cualitativa. *Apuntes de psicología, 26*(2), 257-268

De Sá, A., Bulcão, L., De Lima,I. (2014). Epistemologia da terapia cognitivo-comportamental: casamento, amizade ou separação entre as teorias? *Boletim Academia Paulista de Psicologia [en linea]*, *34*(Enero-Junio).

Díaz, M. I., Ruiz, M. A., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales.* Henao, Bilbao: Desclée de Brouwer.

Echeburúa, E., Del Corral, P., y Salaberría, K. (2010). Efectividad De Las Terapias Psicológicas: Un Análisis De La Realidad Actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 15*(2), 85-99.

Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia.* Henao, Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ellis, A. (1997). Reflexiones sobre la terapia racional-emotiva. En M. Mahoney. (Ed.), *Psicoterapias cognitivas y socioconstructivistas* (pp. 93-112). Henao, Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera. Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual.* Barcelona, España: Editorial Paidós.

Ellis, A., y Dryden, W. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva.* Henao, Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer

Ellis, A., y Mclaren, C. (2004). *Las relaciones con los demás. Terapia del comportamiento emotivo racional.* Barcelona, España: Editorial océano.

Farley, F. (2009). Albert Ellis Obituaries. *American Psicologist, 64*(3), 215–216.

Ferrer, A. (2010). Las terapias cognitivas: mitos y aspectos controvertidos. *Revista de psicología universidad de Antioquia, 2*(3), 1-21.

Fiero, M. (2011a). El desarrollo conceptual de la ciencia cognitiva. Parte I. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 40*(3) 519-533.

Fiero, M. (2011b). El desarrollo conceptual de la ciencia cognitiva. Parte II. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 41*(1), 185-196.

Gómez, B., y Salgueiro, M. C. (2007). Terapia cognitiva y medicación: un dilema en la trinchera. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 16*(3), 205-218.

Hayes, A., y Robins, C. (1997). Una valoración de la terapia cognitiva. En M. Mahoney. (Ed.), *Psicoterapias cognitivas y socioconstructivistas* (pp. 64-80). Henao, Bilbao: Desclée de Brouwer.

Hoffman, S., Beck, A., y Asmundson, G. (2013). The Science of Cognitive Therapy. *Behavior Therapy 44,* 199–212.

Korman, G. (2011). Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en la Argentina. *Revista lnteramericana de Psicologia, 45*(2), 115-122.

Korman, G. (2013). El legado psicoanalítico en la terapia cognitiva de Aaron Beck. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 65*(3), 470-486.

Mahoney, M. (1997). *Terapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica.* Henao, Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.

Maldonado, A. (1984). Un modelo de terapia cognitiva desde la perspectiva de la psicología del aprendizaje. *Anuario e psicología, 1*(30), 76-95.

Miró, M. T. (2008). La Terapia Cognitiva en España. *Apuntes de psicología, 26*(2), 165-175.

Procacci, M. (2002). Un nuevo programa para la psicoterapia cognitiva del paciente grave. En A. Semerari. (Ed.), *Psicoterapia cognitiva del paciente grave* (pp. 55-78). Henao, Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá, Colombia: Grupo editorial norma.

Rodríguez, F.G. (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.

Ruiz, J., y Cano, J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Madrid, España: Úbeda (Jaén) : R&C Editores.

Saco, W., y Beck, A. (1995). Teoría y terapia cognitiva. En Beckham, E.E. y Leber, W.R. (Ed.), *Handbook of Depression. Second Edition* (pp. 329-351). New York. U.S.A: Guilford.

Safran, D., y Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona, España: Editorial Paidós.

Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva.* Barcelona, España: Editorial Paidós.

Thoma, N., Pilecki, B., y Mckay, D. (2015). Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodynamic Psychiatry, 43*(3), 423–462.

Tonneau, F. (2011). Belief Modification in Cognitive Therapy. *Clinica y Salud, 22*(3). 257-266.

Toro, R., y Ochoa, D. (2010). Los perfiles cognitivos psicopatológicos en la formulación cognitiva de caso. *Revista Colombiana de Psicología, 19*(1), 97-110.

Toro, R., Arias, H. y Sarmiento, J. (2016). Sociotropía y autonomía: ¿evidencias para la hipótesis de especificidad de síntomas en depresión?.P*sicología clínica Rio de Janeiro, 28*(3), 35-52.

Vila, J., y Fernández, M. (2004). *Tratamientos psicológicos.* *La perspectiva experimental.* Madrid, España: Ediciones pirámide.

Wenzel, A. (2012). Modification of Core Beliefs in Cognitive Therapy, En I. De Oliveira (Ed.), *Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy* (pp. 17-34). Rijeka, Croatia: Intech.