



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

FORMACIÓN DEL TERAPEUTA COGNITIVO
CONDUCTUAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

P R E S E N T A:

MARÍA ELIZABETH RAMÍREZ LÓPEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

COMITÉ DE TESIS:

DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOZA

DR. ARIEL VITE SIERRA

MTRA. NELLY FLORES PINEDA

MTRA. ALMA MIREIA LÓPEZ ARCE-CORIA



MÉXICO D.F.

OCTUBRE 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

FORMACIÓN DEL TERAPEUTA COGNITIVO
CONDUCTUAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

P R E S E N T A:

MARÍA ELIZABETH RAMÍREZ LÓPEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

COMITÉ DE TESIS:

DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOZA

DR. ARIEL VITE SIERRA

MTRA. NELLY FLORES PINEDA

MTRA. ALMA MIREIA LÓPEZ ARCE-CORIA



® Facultad
de Psicología

MÉXICO D.F.

OCTUBRE 2011

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	5
Capítulo 1. Formación teórica	
Antecedentes del surgimiento de la terapia cognitiva conductual.....	9
Orígenes del modelo cognitivo conductual.....	10
Aportes de las diferentes escuelas a la terapia cognitivo conductual.....	13
Derivaciones de la terapia cognitivo conductual.....	40
Conceptos en la terapia cognitivo conductual.....	52
Técnicas en la terapia cognitivo conductual.....	65
Capítulo 2. Formación práctica	
Formación previa.....	85
Durante la formación.....	91
Cooperación y enseñanza.....	103
Supervisión de casos.....	104
Instituciones de formación en terapia cognitivo conductual en México D.F.....	106
Propuesta para la formación de terapeutas cognitivo conductuales.....	107
Plan curricular.....	112
Alcances y limitaciones.....	120
Referencias.	

Resumen.

En la ciudad de México la oferta académica para la formación de terapeutas cognitivo conductuales es escasa. Además, las currículas existentes no hacen una puntual revisión del origen del mismo, de los avances, modalidades y derivaciones que ha tenido.

El entrenamiento es teórico académico, si bien va, aplicado práctico pero no vivencial experiencial.

Por ello, se desarrolla un diseño curricular que busca solventar lo que se asume como carencias dentro de esas capacitaciones, integrando la parte vivencial experiencial a través de que el alumno sea partícipe de su propio proceso terapéutico percatándose de sus propios esquemas, distorsiones cognitivas, que tiene como persona y sobre la labor de terapeuta usando el mismo modelo cognitivo.

Este diseño se sustenta en la revisión histórico cronológica de la trayectoria que ha seguido el modelo cognitivo conductual, desde su génesis, conceptos y técnicas que conforman su cuerpo teórico práctico y que se apoya en los pilares básicos que lo conforman: aprendizaje clásico, operante, social y cognoscitivo.

La formación de terapeutas cognitivo conductuales debe asumirse con responsabilidad tanto por la institución que la imparte como por el alumno que la cursa.

Abstract

In the city of Mexico the academic offer for the behavioral cognitive formation of therapists is scarce. Also, the existent currículas doesn't make a punctual revision of the origin of the same one, of the advances, modalities and derivations that he has had.

The training is theoretical academic, although he goes applied practical but not vivencial experiencial.

In and of itself, a curricular design is developed that looks for to pay what is assumed as lacks inside those trainings, integrating the part vivencial experiencial through that the student is participant of his own therapeutic process noticing of his own schemas, cognitive distortions that he has as person and on therapist's work using the same cognitive model.

This design is sustained in the chronological historical revision of the trajectory that has followed the behavioral cognitive pattern, from its genesis, concepts and technical that conform its practical theoretical body and that he leans on in the basic pillars that conform it: classic learning, operant learning, social and cognitive.

The formation of therapists cognitive behavioral debit side to assume so much with responsibility for the institution that imparts it like for the student that studies it.

Palabras clave: Formación de terapeutas; Cognitivo conductual

Key words: Formation of therapists; Cognitive behavioral

Introducción

Es patente el auge que ha cobrado la terapia cognitivo conductual, las bondades que ha demostrado en los diversos ámbitos en los que se está aplicando y como se ha expandido al terreno institucional, sea éste clínico, educativo o laboral.

Reconoce Judith Beck que la terapia cognitivo conductual se ha adaptado para pacientes con diferentes grados de educación, de cultura y edades, desde niños pequeños hasta adultos mayores. Se aplica individualmente o en grupo y es aplicable en escuelas, clínicas públicas y prisiones entre otras (Beck, 2011).

De ello no hay duda pero es claro que en la mentalidad de los estudiantes de psicología ha existido la dicotomía entre las escuelas y técnicas terapéuticas del “allá y entonces” y las del “aquí y ahora”, transmitida por los docentes y los textos que estudian.

Igual actitud se muestra cuando se están formado en metodología de la investigación, la contraposición entre los modelos positivistas o cuantitativos y los naturalistas o cualitativos, sin percatarse que no hay razón para plantear la “o” disyuntiva sino apropiarse y visualizar la “y” conjuntiva, integrativa y enriquecedora de los modelos, como se da en la investigación mixta. Desde esta forma tradicional de visualizar las teorías, se genera una confrontación mental y actitudinal que empobrece y conlleva a la descalificación poco informada de los modelos teóricos explicativos de la conducta del ser humano y su abordaje terapéutico.

Cuando se hace un rastreo de los orígenes de las teorías, se reconocen las influencias que tuvieron y las circunstancias histórico evolutivas que moldearon las ideas que dan sustento a esos paradigmas así como los puntos de confluencia que tienen entre sí, en ese afán de dar sentido y explicación a la conducta normal y patológica desplegada por el ser humano.

Las corrientes terapéuticas avanzan en oleadas o épocas, la primera fue la psicodinámica, una de sus representantes es el psicoanálisis; la segunda oleada la

constituyen las teorías del aprendizaje ejemplificadas por el conductismo y la teoría cognitivo conductual; la tercera han sido las teorías humanistas, dentro de ellas se encuentran la existencial, gestalt, centrada en el cliente, entre otras; la cuarta época se dio con las teorías multiculturales y la quinta con el postmodernismo y el constructivismo (Craske, 2010).

Así, no debe perderse de vista la época y el lugar en el que se postulan las teorías ya que dan cuenta de los avances de las ideas bajo las cuales se ha buscado explicar la conducta humana, por ello, es fundamental adaptar esas ideas y técnicas a la actualidad y locación en donde se trabaja, ya que no son los mismos problemas los que presenta una persona que habita en zonas rurales o urbanas.

Los problemas focales de las sociedades cambian, lo que obliga al estudio social por parte de los profesionistas para que puedan contextualizar cada uno de los casos.

Por otro lado, hay que visualizar como se planea la formación de terapeutas en las diferentes currículas que se ofrecen para la formación y entrenamiento de los mismos y a su vez, las causas que llevan a estos a ingresar a esos programas, ya que en voz de varios candidatos a la formación cognitivo conductual de posgrado se detectan ideas parciales, cargadas de emotividad y falta de información suficiente, es igual que cuando el bachiller señala que “quiere estudiar una licenciatura siempre y cuando no lleve matemáticas”; ya que argumentan que los motivos de su ingreso a la formación es la brevedad del curso, la accesibilidad económica, la facilidad de sus conceptos y técnicas.

El problema es que muchos psicólogos consideran que el abordaje cognitivo conductual es una técnica fácil ya que “nada más hay que cambiar los pensamientos” sin darse cuenta que detrás de este modelo terapéutico está una teoría que lo respalda y que es importante saber cuáles son sus orígenes, cómo ha evolucionado y qué técnicas son las propias para la intervención con el paciente.

Así mismo el terapeuta debe mostrar un sólido conocimiento de la psicopatología, para poder hacer diagnóstico diferencial y planear la intervención propia al caso, mismo

Beck señaló un riesgo: “Muchos de los terapeutas en periodo de aprendizaje creen que la terapia cognitiva consiste únicamente en hacer que los pacientes identifiquen y corrijan sus pensamientos negativos...Es difícil, cuando no imposible, llevar a cabo con éxito una terapia cognitiva sin un conocimiento profundo de la teoría en la que se basa” (Beck, Rush, Shaw y Emery 2001, p. 34).

La capacitación de psicoterapeuta es una seria responsabilidad tanto para la institución que la ofrece como para el psicólogo que la cursa, ya que en sus manos está la atención del dolor emocional humano, por ello, es importante que el estudiante esté informado de los fundamentos teóricos del modelo y no sólo se limite a buscar cambiar los pensamientos como acto de fe y buena voluntad y que baste, por parte del paciente, con el deseo o la indicación de hacerlo para poderse desprender de esos pensamiento y modificar así su malestar. Es necesario tener una formación sólida para poder entender los procesos por los cuales la persona presenta síntomas y está teniendo conductas poco adaptativas en y con su entorno.

Además es conveniente, tener claros los aspectos que se involucran en la tarea del terapeuta como son las creencias, emociones y conductas propias para que se trabajen y asuman responsablemente y no se considere que si no avanza en un proceso terapéutico es sólo responsabilidad del paciente.

Es por ello que en el presente trabajo se hace una semblanza de los orígenes del modelo cognitivo-conductual y se plantea la influencia conceptual de otras teorías y autores en la conformación del mismo y sus derivaciones. Así mismo, se revisan los conceptos y postulados que son piedra angular de la teoría, para después hacer un pasaje por las técnicas que se usan en la práctica de la terapia cognitivo-conductual.

En el capítulo dos se trabajan las recomendaciones que hacen los textos hacia los terapeutas noveles y su formación, así como los problemas y errores que se pueden llegar a cometer en la práctica clínica, para después hacer una panorámica de las posibilidades de formación que tienen los egresados de psicología como terapeutas cognitivo conductuales y

finalizar con la propuesta que se asume en el presente trabajo señalando sus alcances y limitaciones.

Capítulo 1

FORMACIÓN TEÓRICA

Dentro de la formación de los nuevos terapeutas cognitivo conductuales es importante que conozcan cuáles fueron los antecedentes que gestaron el nacimiento del modelo, por ello se contextualiza socio históricamente las variables que intervinieron para ello.

Antecedentes del surgimiento de la terapia cognitiva conductual

En el terreno de la psicoterapia, en el siglo XIX se desarrollaron dos grandes vertientes metodológicas y sus desviaciones para el estudio de la conducta humana y son el conductismo a través de J. B. Watson y el psicoanálisis cuyo representante es Sigmund Freud. En tanto a su aplicación y desarrollo, la primera mitad del siglo XX predominó el psicoanálisis y en la segunda mitad, la terapia conductual.

En esta perspectiva, el programa conductista consistía, en hacer una psicología cuyos enunciados teóricos y empíricos fueran escuetamente extensionales, es decir, potencialmente exteriorizables a una observación en tercera persona y no en primera y no consistentes en representaciones acerca *de*, sino en respuestas *a* y que era profundamente reduccionista a estímulo-respuesta. Mientras el psicoanálisis se basó en un vocabulario observacional intencional, proporcionado por la introspección, que define objetos tales como pensamientos, imágenes, representaciones mentales, para desarrollar una psicología con un vocabulario teórico, también interno e intencional (Riviere, 1991).

A Estados Unidos de Norteamérica llegó un grupo de psicoanalistas reconocidos que migraron debido a la persecución que se dio durante la Segunda Guerra Mundial en Europa. Dentro de ellos se encontraban Erik Erikson, Harry Stack Sullivan, Karen Horney y muchos más. En América, lugar al que tuvieron que adaptarse no sólo a las condiciones cotidianas de vida, sino también a las laborales, mostraron los desacuerdos que tenían ya con el psicoanálisis clásico y gestaron un nuevo movimiento que dio lugar a la psicología

del yo, siendo Erick Erickson el primero en aproximarse a la concepción de la influencia de la sociedad en el desarrollo del Yo.

Bajo la atmósfera de un psicoanálisis convulso por su adaptación a la academia americana y que estaba reformulando muchos de sus conceptos teóricos, fue que Aaron Beck estudió, se graduó y practicó el psicoanálisis y se sintió decepcionado del mismo, ya que percibió inconsistencias teórico técnicas.

Por los mismos años, en la década de los 50's, Albert Ellis, se separó de la práctica psicoanalítica y generó un modelo teórico práctico diferente llamado *terapia racional emotiva*.

Beck consideraba que por parte de los profesionales había resistencia sobre el psicoanálisis debido a la falta de datos empíricos que apoyaran las formulaciones teóricas y se dedicó a la investigación para encontrar dichos datos, así mismo quería desarrollar una forma más breve para atender principalmente la depresión que en ese entonces era el motivo de su interés, así planteó Beck: "...las primeras ideas surgieron en 1956, cuando me propuse validar determinados conceptos psicoanalíticos acerca de la depresión" (Beck et al. 2001, p.7).

Es así como se inicia un modelo teórico práctico, basado en priorizar la cognición, cuyos antecedentes conceptuales son tomados reconocidamente por su autor, de diferentes áreas del conocimiento tanto anterior a su formulación como de los contemporáneos a él y en los cuales es patente la importancia que se da a las ideas aunque no se les haya otorgado el peso que después Aaron Beck les atribuyó.

Orígenes del modelo cognitivo conductual

El avance de las ideas que constituyen teorías explicativas de la conducta humana, desde las épocas de los grandes filósofos hasta los inicios del siglo XXI, ha sido con base a

los antagónicos entre alma (mente) y cuerpo que a la postre se transformó esta dicotomía entre observable y no observable, entre empirismo y naturalismo.

También Beck reconoce la influencia del taoísmo y budismo en sus formulaciones teóricas así, en el mundo antiguo, en el año 566 a. C, el budismo planteaba que la realidad es construida por los pensamientos, por los juicios valorativos que encarnan pasiones y generan sufrimiento. Este es un planteamiento base del modelo de Beck ya que en estas aseveraciones se deja ver el manejo cognitivo que muchos de los filósofos eminentes manejaban (sin reconocerlo como tal) y daban peso franco en sus planteamientos calificados de mentalistas.

Aristóteles fue un filósofo que impactó también a Beck, sobre todo a través del reconocimiento del hombre como una unidad y el peso que dio al uso de la razón como vía para el autoconocimiento y logro de la felicidad.

En la Edad Media y Renacimiento aparece otro pensador, Tomás de Aquino seguidor de Aristóteles y apegado a la doctrina cristiana. Él divide a las conductas humanas como “actos del hombre y actos humanos” explicando que los primeros son los naturales, como es el caso de las operaciones del alma vegetativa y los actos involuntarios y los segundos son las acciones libres que el sujeto realiza porque así lo quiere y que son consecuencia de su razón y de su voluntad. Habla de las cuatro potencias del alma que señala son: vegetativa, sensitiva, intelectual y apetitiva, poniendo especial atención a la potencia intelectual, dando ya evidencia de la importancia que le concedía a la cognición (Copleston, 1976).

Después, en el siglo XVIII Emmanuel Kant, filósofo alemán, introduce el concepto de esquema cognitivo al que considera, una construcción mental de la experiencia que refleja al mismo tiempo el mundo real de los objetos y hechos, siempre cambiantes y la lógica subyacente de las categorías que la mente impone a la experiencia; argumenta que el conocimiento, por lo tanto los significados personales de la experiencia humana, son contruidos por la mente humana.

En primera instancia, se observa como Kant usó el concepto de apercepción tomado de Leibniz quien fue el primero en mencionarlo y este concepto es la base de la conformación de las cogniciones y por otro, Beck plantea que el término de esquema "...puede rastrearse hasta Bartlett (1932, 1958) y Piaget (1926, 1936, 1952) y que se ha empleado para designar las estructuras que integran y adscriben significado a los hechos", (Beck, Freeman, Davis, et al. 2005, p. 47), puede verse como el concepto, bajo el mismo significado había sido planteado ya por Kant, y que influyó en forma importante en la terminología usada en la teoría cognitiva y que como lo maneja Beck en su obra es mucho más parecido al de Kant que al de Piaget.

Kant (1998) argumentó: "Hay que admirar cómo hombres, por lo demás agudos, pueden creer encontrar una diferencia entre la facultad de desear inferior y la superior en las representaciones que están enlazadas con el sentimiento de placer tengan su origen en los sentidos o en el entendimiento" (p. 39). Así mismo Browski (1993) señala que a Kant: "Pudo el tema moral haberle impulsado, para fundamentarlo a buscar los principios de la teoría del conocimiento, pero en la Crítica de la razón pura, por su lado culmina señalando los límites entre saber, deber y creer" (p. 3). Que son los cimientos de la terapia cognitiva y que Beck también hace referencia a pensamientos superiores e inferiores en su teoría.

Kant consideró que la enfermedad mental era el resultado de no adecuar el sentido privado, de los significados racionales compartidos socialmente. Lo atribuye a los esquemas, aspecto que Beck también plantea escribiendo: "En el campo de la psicopatología, el término 'esquema' se ha aplicado con un contenido ideosincrático altamente personalizado que se activa durante los trastornos..." (Beck et al. 2005, p.48).

También expresó Kant (1980): "La voluntad es pensada como una facultad de determinarse a uno mismo a obrar conforme a la representación de ciertas leyes. Semejante facultad sólo en los seres humanos puede hallarse." (p. 43). Estos argumentos son base de las concepciones que trabaja Beck.

Sin duda, hay muchos otros planteamientos filosóficos que dan cuenta de cómo se venía dilucidando la importancia de los aspectos mentales que influían en el comportamiento del hombre y que están compilados en diversos textos como son los de Hernández y Sánchez (2007), Ruiz y Cano (1999) entre otros y que dieron pauta e influyeron en muchos otros científicos, no sólo en Aaron Beck, para que el avance de las ideas fueran tomando forma y evolucionando hasta llegar al punto que a este trabajo compete, por ello ahora se abordan cronológicamente, las corrientes cuyos postulados y avances también influyeron y permitieron que Beck llegara a la elaboración de su modelo y las corrientes cognitivas avanzaran.

Aportes de las diferentes escuelas a la terapia cognitivo conductual

En 1859 Charles Darwin publica su libro *El Origen de las especies* en donde expone la preservación de las mismas por selección natural. (Darwin, 1992). Los estudios de Darwin inician la teoría evolucionista sustentada en la metodología naturalista y se hace mención de este autor y su obra ya que Beck toma conceptos de esta teoría, que introduce en su propio modelo, como el concepto de “estrategias” que las cataloga como “...genéticamente determinadas y que facilitaron la supervivencia y la reproducción fueron presumiblemente favorecidas por la selección natural...” (Beck et al. 2005, p. 37). Este es uno de los conceptos, así como el de esquema en el que basa su modelo explicativo de la patología, así plantea “Los síndromes somáticos (trastornos del Eje I) pueden también conceptualizarse en términos de principios evolucionistas” (Beck et al. 2005, p. 39). También la hostilidad la explica basada en la evolución (Beck, 2003).

Los inicios de los estudios sobre percepción son básicos para el desarrollo de lo que después se constituyó como la ciencia cognitiva por lo que se hace referencia a Fechner quien en 1830 publicó sus primeros estudios sobre la percepción del color y en 1851 trabaja en psicofísica para demostrar la unidad cuerpo-mente a través de establecer una ciencia exacta de las relaciones funcionales entre los fenómenos físicos y mentales, distinguiendo entre psicofísica interior (la relación entre sensación y excitación nerviosa) y exterior (la relación entre sensación y estímulo físico). Al hacer esto, creyó haber alcanzado el camino

para demostrar una verdad filosófica fundamental: que la mente y la materia son simplemente diferentes modos de concebir una y la misma realidad.

Fue Fechner quien habiendo sido matemático entre otras cosas, inicia la medición de conductas humanas, dando la calidad de empíricos a sus trabajos. (Goldstein, 1999) y dio inicio a la psicología experimental.

Las teorizaciones de Fechner influyeron en la ideología de Freud, para la creación del psicoanálisis como de Wundt en la formulación del naciente conductismo (Díaz-Guerrero, 1979).

Otro estudioso de los fenómenos de la percepción fue Helmholtz quien partía del reconocimiento de que las sensaciones no permiten un acceso directo a los objetos y fenómenos sino que sólo sirven a la mente como señales de la realidad. La percepción, desde este punto de vista, requiere un proceso lógico, activo, inconsciente y automático por parte del perceptor que utiliza la información suministrada por la sensación para inferir las propiedades de los objetos y fenómenos externos (Matlin y Foley, 1996).

Se puede observar como Helmholtz a mediados del siglo XIX, anticipó gran parte de la posterior psicología cognitiva que tiene como base la percepción, entendida ésta como la interpretación de las sensaciones e influye en las concepciones de Wundt.

Vale la pena recordar que es en 1879 cuando Wilhelm Wundt crea el primer laboratorio de psicología en Alemania y es este evento el que da a ésta la categoría de ciencia y la separa de la filosofía en función de los estudios que realiza sobre las sensaciones, influido por los estudios de Fechner.

Wundt, rechazando una fundamentación metafísica de la psicología, planteó la necesidad de superar las limitaciones del estudio directo de la conciencia por medio de métodos genéticos, comparativos, estadísticos, históricos y, particularmente, experimentales. Consideraba que sólo de este modo, sería posible llegar a una necesaria comprensión de los fenómenos conscientes como "productos complejos de la mente

inconsciente". Inició los estudios de tiempo de reacción, trabajó también con los sentimientos (Boring, 1980).

Para Wundt hay dos aspectos esenciales en el comportamiento del hombre: lo objetivo, lo que se ve y se siente y lo subjetivo que lo consideró como lo que se capta de lo que se percibe, a lo que, al igual que Kant llamó aperccepción cambiando la noción previa que usaba que era la de inconsciente. Planteó "el sentimiento es la marca de la reacción de aperccepción sobre el contenido de lo sensorial" (Boring, 1980, p. 350). Consideró la aperccepción como fenómeno, como cognición y como actividad. La aperccepción tenía una función cognitiva.

Wundt distinguía la aperccepción de la asociación diciendo que la primera ocurre en condiciones lógicas entre los contenidos mentales, mientras que los contenidos asociativos no son lógicos. Se nota un inicio de lo que después se conoce como pensamientos automáticos en el modelo de Beck.

Así Wundt creía que el propósito primordial de la psicología era estudiar el modo en que las asociaciones de sensaciones e ideas simples dan origen a las ideas complejas, entendía que el método adecuado para estudiarlas era la introspección, proceso que requiere del sujeto, observar lo que ocurre en su conciencia y dar cuenta de esos descubrimientos (Boring, 1980). Es perceptible un inicio de la ciencia cognitiva.

Se evidencia como Wundt inicialmente concebía la integración de los métodos de estudio (introspección y experimentación) que después los separó en sus trabajos.

Por otro lado, en Europa, Sigmund Freud trabaja una nueva teoría psicodinámica a la que se denominó psicoanálisis. En ella colocó la concepción dinámica de la psicología, que después ha sido tomada por diversas teorías incluyendo la conductual explicando el aprendizaje (Díaz-Guerrero, 1979).

En el trabajo de Freud, El yo y el ello de 1923, plantea dos modos de funcionamiento mental, el proceso primario que concierne al funcionamiento mental

inconsciente guiado por el proceso del placer y el proceso secundario de naturaleza preconsciente y consciente que tiene que ver con las funciones tradicionalmente denominadas cognitivas, que son la memoria, pensamiento, evocación, etc y que son guiadas por el principio de realidad. Este segundo modo de funcionamiento mental deriva del primero al imponer la realidad exterior restricciones a la consecución de los deseos (Ruiz y Cano, 1999)

Esta clasificación del funcionamiento mental viene ya de las ideas de Kant y se prolonga a la conceptualización de la teoría cognitiva, en pensamientos inferiores y superiores y da la pauta a las restricciones sociales

Los conceptos de displacer, principio de realidad, compulsión a la repetición, angustia, catexia, entre otros, se han tenido de base y reexplicado bajo las teorías del aprendizaje usando otros tecnicismos y dándoles una connotación objetiva (Díaz-Guerrero, 1979).

Por otro lado, y con el antecedente de que tanto Beck como Ellis se formaron en el psicoanálisis, venían con el aprendizaje de los conceptos del modelo del cual partieron y es evidente su incorporación en sus respectivos paradigmas, así Beck maneja el término “catexia”, el que después puntualiza que se refiere a “fuerza o intensidad”, el de consciente que es usado por ambos autores y que en su desacuerdo y búsqueda de objetividad o bien abandonan o reformulan.

Continuando con un eje cronológico, en 1898 en Estados Unidos, Edward Thorndike trabaja en la comprensión del aprendizaje y genera las leyes del ejercicio, de la preparación o disposición y la que más trascendencia tuvo, la del efecto que a la postre fue la que dio origen a lo que Skinner llamó condicionamiento instrumental y ley del refuerzo.

La ley del efecto plantea: “Cuando una respuesta o un grupo de respuestas conducen al éxito o a un estado satisfactorio de los asuntos, la conexión entre esta situación y esta respuesta se ve forzada, mientras que otras respuestas no tan satisfactorias (es decir, irritantes) se debilitan, y, por consiguiente, es menos probable que vuelvan a ocurrir” (Garrett, 1981, p. 82).

Thorndike trabajó con lo que llamó cajas problema, en las que a través de ensayo y error los gatos que eran sus animales experimentales, encontraban la salida de las mismas, aprendían a resolver problemas, dando inicio a la explicación de este tipo de aprendizaje, por ensayo y error al que llamó por “selección y conexión”. (Díaz-Guerrero, 1979)

Posteriormente Thorndike revisó la ley del efecto cuando descubrió que la recompensa negativa (el castigo) no necesariamente debilitaba la unión y que en alguna medida parecía tener consecuencias de placer en lugar de motivar el comportamiento. La teoría fue criticada por los conductistas pero para las explicaciones de la adquisición del aprendizaje es importante al explicar que una conducta puede ser reforzante por sí misma y mantenerse.

Thorndike planteó cinco principios del aprendizaje animal y los consideró subordinados a las leyes del ejercicio y del efecto y son:

- Respuesta múltiple o reacción variada a la situación,
- Disposición o actitud,
- Actividad parcial o fragmentaria,
- Asimilación o analogía y
- Desplazamiento asociativo.

Por los mismos años, Ivan Pavlov, quien estudiaba teología y abandonó para introducirse a la medicina, se dedicó al estudio de la fisiología intestinal y desarrolló entre los años 1890 y 1900 su ley del reflejo condicionado que da inicio a la investigación y explicación del aprendizaje por medio del condicionamiento clásico.

Cita Pavlov (1997) el trabajo de Thorndike de 1898, La inteligencia animal, y señaló que: “Mostró en su experimento que con rapidez y orden obtenía el animal las diversas soluciones del problema. Todo este proceso se explicaba como el fruto de asociaciones entre los estímulos visuales y táctiles por un lado y el aparato locomotor por otro.” (p. 6), a lo que llamó facultad de asociación y es la base de su trabajo.

Plantea Klein (1994): “Ni Thorndike ni Pavlov fueron conductistas; ellos simplemente describieron el proceso de aprendizaje.” (p.31) y “...describieron respectivamente, dos procesos de aprendizaje diferentes, el condicionamiento clásico y el condicionamiento instrumental.” (p.30). Estas teorías fueron importantes para el desarrollo de diversas corrientes, entre ellas el conductismo y cognoscitvismo, ya que sentaron las bases de la explicación del aprendizaje (Díaz-Guerrero, 1979).

Por ello, Pavlov siendo ruso y con los avances que en sus investigaciones iba teniendo, escribió: “Entre nosotros y los americanos existe, sin embargo, una diferencia excepcional. Como allí el estudio objetivo se sigue por los psicólogos, es natural que, aunque se ocupen en el estudio de meros hechos externos, no dejarán de pensar como tales psicólogos en lo que se refiere al planteamiento de los problemas al análisis de los mismos y a la presentación de resultados” (Pavlov, 1997, p.7), dejando ver su desacuerdo con el mecanismo de los conductistas.

Con el modelo del aprendizaje por condicionamiento clásico, en el que demuestra como un estímulo neutro adquiere las propiedades de respuesta de un estímulo condicionado, se logra dar explicación a muchas de las respuestas del ser humano, plantea Pavlov desde la concepción neurofisiológica: “...un gran número de estímulos de todas clases actúa siempre a través de los hemisferios como señales temporales e intercambiables para el número comparativamente menor de agentes de carácter general que determinan los reflejos innatos, siendo éste el medio por el que puede llevarse a cabo el comercio entre el organismo y el medio que le rodea.” (Pavlov, 1997, p. 18; Alcaraz y Guma, 2001). A lo que llamó función señal. Luego comenta Pavlov: “...la función fundamental y más general de los hemisferios cerebrales, es la de reaccionar a las señales presentadas por innumerables estímulos de significación intercambiable” (Pavlov, 1997, p. 16).

Si bien Pavlov aborda la explicación de lo que observaba como respuestas fisiológicas, dio peso al *significado* de los estímulos.

En su trabajo de laboratorio, Pavlov (1997) pudo observar otros fenómenos que se presentaban en sus animales de experimentación y dando explicación a ello, conceptualizó

el condicionamiento de segundo orden, planteando: “El nuevo estímulo deberá administrarse algunos segundos antes que el estímulo primario sea puesto en acción” (p. 33) “...y uniendo así la acción del nuevo estímulo con la del estímulo condicionado, obtendremos fenómenos completamente nuevos y de orden distinto” (p. 34). Klein (1994) describe este tipo de condicionamiento así: “...una vez que se ha asociado un EC con un EI, la presentación del EC junto con otro estímulo neutro (EC2) dota a este último estímulo con la capacidad de provocar la RC.” (p. 92). Y consideró que en la sustitución de estímulo se da una RC igual al EC. Ejemplo de este tipo de condicionamiento lo considera Aaron Beck en el uso de drogas ya que la persona que consume sustancias ilícitas asocia algunos estímulos que son neutros con la recompensa obtenida de la utilización de la droga. Cuando los usuarios hacen combinación de sexo y drogas para el incremento del placer, se puede ver el condicionamiento de segundo orden. (Beck, 1999)

Señala Pavlov (1997), sobre los agentes o estímulos que pueden hacerse condicionados, “A saber: que las innumerables fluctuaciones individuales del medio externo e interno del organismo, pueden cada una de ellas, ya aisladas, ya colectivamente, ser representadas por cambios definidos en el estado de la célula de la corteza cerebral, adquiriendo estos cambios las propiedades de un estímulo condicionado.” (p. 44)

Con los hallazgos que iba teniendo y teorizando Pavlov, llegó a describir el condicionamiento de tercer orden también, “Estos reflejos condicionados de tercer orden pueden ser obtenidos, sin embargo, a partir de un reflejo condicionado de segundo orden en el caso de reflejos defensivos” (Pavlov, 1997, p. 35). Aunque él mismo señaló que era difícil demostrar este tipo de aprendizajes por condicionamiento y los llamó reflejos concatenados.

Otro concepto de gran importancia que planteó Pavlov fue el de neurosis experimental ya que observó: “...que cuando los dos estímulos se volvieron muy parecidos, los perros ya no discriminaban y respondían ante ambos estímulos... mostraban también una agitación extrema: gemían, aullaban e intentaban escapar del arnés donde estaban amarrados.” (Klein, 1994, p. 270)

Así mismo Pavlov postuló los conceptos de inhibición que es el debilitamiento del condicionamiento más o menos profundo y algunas veces desaparece el reflejo condicionado, ésta puede ser interna y/o externa, la última, toma modalidades de temporal o permanente, así también explica la inhibición condicionada. (Pavlov, 1997; Klein, 1994), que finalmente es un desaprendizaje.

Los conceptos de neurosis experimental, condicionamiento de segundo orden y de inhibición, son asumidos por la terapia cognitiva y conductual, bajo otra nomenclatura.

Pavlov trabajó básicamente con perros y Thorndike usó en sus investigaciones gatos, pollos, gallinas antes de expandirlos al ser humano, principalmente jóvenes y en esos años se formalizaba la etología como escuela, que derivó del evolucionismo, por ello ya Pavlov señalaba que había respuestas que sólo en el hombre se podían ver.

En 1913 Jonh B. Watson basado en los estudios de Pavlov como en los de Thorndike fundó la escuela de psicología conductista en los Estados Unidos, hizo objeto del estudio de la psicología lo factible de medir, de observar, sin tomar en cuenta en dónde se produce. En sus investigaciones demostró la relación entre la mielinización cerebral y el aprendizaje, ésta es una primera evidencia de lo que después la teoría cognitiva tiene en consideración, se muestra severo y caustico cuando sobre emociones discurre, planteando la asociación de creencias ideológicas regionales con las reacciones corporales de las personas (Watson, 1976).

El experimento con el Pequeño Albert que hizo Watson es ampliamente conocido, ya que por medio del condicionamiento clásico generó la reacción de miedo hacia una rata blanca y después pretendía demostrar el descondicionamiento, situación que no pudo realizar ya que se empezaba a cuidar la ética en los trabajos experimentales de laboratorio y le fue retirado el niño al que condicionaba (Klein, 1994).

Aún así, el trabajo de Watson abrió el camino para los múltiples estudios sobre miedo y fobias que los conductistas llevaron a cabo, explicando la calidad de aprendidas de

estas conductas y que al transcurrir del tiempo, los estudiosos cognitivos la toman en cuenta explicando lo que son las distorsiones cognitivas, que a la postre son condicionamientos.

Siguiendo una línea cronológica, en 1925 Hobart Mowrer inició sus estudios bajo la tutela de uno de los más recalcitrantes conductistas, Max Friedrich Meyer. En 1930 experimentaba con shock eléctrico como agente condicionante y planteó que el miedo era una respuesta condicionada que está gobernado por las leyes del condicionamiento clásico.

Mowrer fue influenciado por la conclusión que Freud hizo en 1936, de que los síntomas de los humanos que reflejan la psicopatología resultan del intento del paciente de escapar de la ansiedad que generan los estímulos (señales de daño) asociados con experiencias traumáticas previas, e influido por las ideas de Harry, S. Sullivan acerca de la importancia de las relaciones interpersonales, dedicó su trabajo a dos líneas fundamentales: el aprendizaje y la clínica. Mowrer junto con Dollard y Miller hicieron un primer intento de articular el conductismo y el psicoanálisis en la Universidad de Yale con el propósito de elevar la teoría de aprendizaje por condicionamiento al status de la teoría psicoanalítica del aprendizaje (O'Donohue y Fisher, 2008).

Luego, en 1947 Mowrer trabaja con dolor y miedo y plantea su teoría de los dos factores-dos procesos de aprendizaje en la que considera que sólo las respuestas emocionales (viciales y vasculares) mediadas por el sistema nervioso autónomo pueden ser condicionadas por condicionamiento clásico y que las respuestas mediadas por el sistema nervioso central, pueden ser aprendidas instrumentalmente. Trabajó con la enuresis bajo condicionamiento instrumental (O'Donohue y Fisher, 2009).

Asumió que la conducta mal adaptada resulta del intento del individuo que cae en ansiedad o miedo que ha sido clásicamente condicionado, entonces se hace condicionamiento instrumental de la conducta que disminuye el miedo, ésta pueden ser movimientos repetitivos o contar, tipo respuestas compulsivas. La respuesta instrumental es llamada respuesta de evitación, la consideraba un epifenómeno de escape por ello también la llamó "Teoría de la evitación de los dos procesos" (Domjan y Burkhard, 1992, p. 329). Todas las leyes del condicionamiento clásico y del instrumental entran en juego. Y en 1950

la modifica señalando que sólo hay un tipo de aprendizaje pero dos tipos de reforzamiento (O'Donohue y Krasne, 1995).

Esta teoría dio luz para explicar la ansiedad que subyace a padecimientos clínicos, en su tiempo básicamente, los trastornos de ansiedad como fobias y compulsiones, pero que posteriormente se introduce como técnica terapéutica en la modificación conductual.

En la teoría de Mowrer los conceptos centrales son imágenes, pensamientos y recuerdos que funcionan como indicadores condicionados y que se encuentran controlando los estímulos en la mayor parte del mantenimiento de la patología. Ya se presentan relaciones explicativas que después son básicas en las teorías cognitivo conductuales.

Por otro lado, en 1932 Edward Tolman publica su obra: Conducta intencional en los animales y en el hombre. Él siendo conductista aunque no radical, quería usar métodos para llegar a la comprensión de los procesos mentales de humanos y de animales, propuso un enfoque cognitivo del aprendizaje que no fue aceptado por la mayoría de los psicólogos de su tiempo. Planteó que para entender el aprendizaje era necesario referirse a dos tipos de variables, algunas observables y otras deducibles por el psicólogo a partir de los datos observables, a éstas las llamó variables intermedias que son: los propósitos y las cogniciones. Los propósitos se refieren a la persistencia o afán de un organismo en la realización de una serie de conductas hasta que alcanza una meta; las cogniciones se refieren a la comprensión que el animal parece tener de las relaciones medios-fines existentes entre las cosas, a lo que llamó flexibilidad de la conducta. (Klein, 1994). Con base a estas observaciones planteó el concepto de mapas cognitivos.

Al trabajo realizado por Tolman se le consideró estímulo-estímulo y no perteneciente a los estudios estímulo-respuesta ya que consideró que: "...la recompensa no es necesaria para que se produzca el aprendizaje, sino que basta con la experiencia simultánea de dos acontecimientos." (Klein, 1994, p.49). De acuerdo a Tolman (1977), la recompensa influye en la ejecución de la respuesta pero no sobre el aprendizaje, la expectativa de la recompensa motiva la conducta dirigida a esa recompensa.

Es precisamente la referencia a estados internos y sobre todo la mención de la expectativa de respuesta lo que acerca la tesis de Tolman a la psicología cognitiva y da luz sobre la asociación de ideas que se mantienen y que en el modelo cognitivo son las distorsiones cognitivas.

Haciendo el recorrido histórico, es en 1938 cuando se publica el primer libro de Burrhus Frederic Skinner: *Las conductas de los organismos*. Influido por la teoría de los reflejos condicionados de Pavlov, los estudios de Thorndike y por el conductismo de Watson, Skinner creyó que era posible explicar la conducta de los individuos como un conjunto de respuestas.

Así Skinner inicia la elaboración de sus postulados teóricos y señala que: “El conductismo no es la ciencia del comportamiento humano. Es la filosofía de esa ciencia” (Skinner, 1974, p. 3).

Skinner no creía en los conceptos mentalistas y hace la crítica a Tolman señalando: “Aunque Tolman insistía en que en sus determinantes de la conducta debían ‘describirse en última instancia mediante experimentos’ y en que ‘tienen que inferirse a partir de la conducta’, no obstante los convirtió en su objeto principal de investigación marcando así la pauta de la psicología cognitiva” (Skinner, 1974, pp. 13, 14)

Considera que se ha llamado procesos cognoscitivos a la percepción, búsqueda, evocación y solución de problemas pero él los explica con base a las contingencias, discriminación de estímulo, refuerzo. Al pensamiento lo llama conducta encubierta y que finalmente también es una conducta. (Skinner, 1974)

Así comenta: “No es sorprendente que los modernos psicólogos cognitivos hayan sido influenciados en gran medida por la teoría de la información, en que se afirma que un sistema convierte el input en output adquiriendo, procesando, almacenando y recordando la información” (Skinner, 1974, p. 13). Fue así como produjo el concepto de la caja negra, haciendo referencia a lo que pasaba en el cerebro, aspectos que no le interesaban.

Skinner (1974) realizó múltiples investigaciones y fue el fundador oficial del condicionamiento operante y cuando en su obra se refiere a las emociones las explica: “Casi todos los términos que describen emociones que tienen una referencia directa con las condiciones incitadoras fueron originalmente metáforas” (p. 24), “Podemos suponer que el sentimiento es simplemente responder a estímulos, pero el informe es el producto de las contingencias ambientales especiales dispuestas por la comunidad.” (p. 30)

Considera que es la comunidad hablante la que ha puesto nombre a las percepciones y han sido aprendidas gracias al uso del lenguaje, “...eso no implica que no se pueda aprender a describir algunos de los estados del cuerpo, porque la comunidad verbal puede solucionar en alguna medida el problema de lo privado” (p. 23), explica: “...cuando se toman en consideración todas las variables relevantes, no hay que recurrir a un aparato interno, ya sea mental, fisiológico o conceptual.” (Skinner, 1975, p. 14). Y a la conducta verbal la define como: “...la conducta que es reforzada a través de la mediación de otras personas...”, y continúa: “Las conductas del hablante y del oyente, tomadas en conjunto, forman lo que podría denominarse episodio verbal total.”(Skinner, 1981, p. 12)

Skinner desde 1953, se mantuvo alejado y cuidadoso de la mención y uso del concepto emoción, al igual que Watson y así lo explicó: “Definimos una emoción-en la medida en que deseamos hacerlo- como un estado particular de fuerza o debilidad de una o más respuestas, inducido por cualquier operación de una clase determinada” (Skinner, 1977, p. 195) La emoción es un modelo de conducta para él.

Con la publicación de su obra *Ciencia y conducta humana* en 1953, se dio inicio a la *modificación de conducta* (Martin y Pear, 1999).

Sin embargo los postulados teóricos de Skinner se han insertado en el modelo cognitivo así como las técnicas de modificación de conducta que elaboró y reconoció con posterioridad: “El uso de estímulos condicionados para provocar, de esta forma, respuestas emotivas tiene una gran importancia práctica...” (Skinner, 1977, p. 198)

Por otro lado, si bien es cierto que los filósofos de la antigüedad abordaban abierta o encubiertamente el concepto de cognición dentro de sus planteamientos mentalistas, fue alrededor del año 1900, que el enfoque empírico sobre la cognición se inició con los aportes de las escuelas del comportamiento, con los conceptos de la teoría del condicionamiento y aprendizaje iniciadas por Pavlov y originadas por la experimentación, en principio dedicada a la psicología experimental del aprendizaje.

El camino que siguió la ciencia cognitiva se inició desde el mentalismo de los antiguos filósofos y continuó con los estudios experimentales del aprendizaje, como ya se apuntaba, y se nutrió de un enfoque diferente al empírico, que se gestaba con algo definido como la psicología humanista, mediante la cual se pudo ampliar el concepto de existencia y motivación en lo que es la cognición basándose en explicar cómo se entiende el entorno, cómo se conforma el mundo conceptual sobre ese entorno, cómo se adquiere consciencia sobre él, qué se siente, que se percibe, que se aprende y cómo se tienen en memoria las cosas o los acontecimientos. De aquí surgen desde luego los elementos para la conformación de una psicología cognitiva donde la conducta humana puede ser observada como expresiones del procesamiento de información del sistema cognitivo.

El término cognición usado en este desarrollo, viene del latín *cognitio*, etimológicamente se entiende como el conocimiento alcanzado mediante el ejercicio de las facultades mentales; lo cual implica la existencia de un tipo de habilidad a la cual se denomina como la facultad o capacidad mental, explicada como función o como estructura, esto a su vez lleva a observar con más detenimiento el término mente, tanto como sistema físico y como sistema dinámico, sistema definido también, como facultad intelectual y su base estructurada, actuando dentro de los marcos del pensamiento, la memoria, la imaginación y la voluntad, enfoque opuesto al mecanicismo conductista y particularmente al desarrollo de Skinner.

Beck (2002), quien asume que su modelo es cognitivo, señala: “La palabra cognitivo, deriva del término latino que implica el ‘pensamiento’, se refiere a la manera en que los hombres elaboran juicios y toman decisiones y como unos interpretan las acciones

de otros.” (p. 12). También entiende la cognición como “un pensamiento o una imagen de la que uno puede no ser consciente, a no ser que le preste atención” (Beck et al. 2001, p. 137), además considera que es quien determina la emoción y la conducta, postulado antagónico al desarrollado por Skinner. Y en 1997 plantea que la cognición “es definida como esa función que envuelve inferencias acerca de nuestras experiencias y acerca de la ocurrencia y control de los eventos futuros”. (Brad y Beck, 1997, p.14)

El planteamiento que sustenta a la ciencia cognitiva es que el ser humano, no es solamente un reactor del ambiente como lo considera el conductismo o de las fuerzas biológicas, visto desde el modelo psicodinámico, sino un transmisor y receptor activo de impresiones e interpretaciones, donde pueden existir o coexistir elementos de carácter intencional o de propósitos concretos y abstractos.

Por un lado, la cognición fue identificada como parte de la psicología cognitiva, y por otro, más mecano determinista; del procesamiento de información.

Y es en 1936 que los trabajos de Alan Turing sobre las máquinas computadoras y los algoritmos dan inicio al desarrollo del procesamiento de la información, situación que empezaba a saldar la barrera que durante muchos años el conductismo manejó, que era la llamada caja negra, lo que sucedía en el cerebro, la interpretación de las sensaciones y que sólo daba crédito al estímulo y la respuesta. Turing despojó a la computadora del sentido mecanicista convirtiéndola en una forma, en un proceso que daba cuenta de lo que se manejaba como mental o con posterioridad, la razón y que la psicología cognitiva llamó la metáfora del ordenador. Trabajó el concepto de “la máquina que piensa” y dio cierta objetividad a lo subjetivo. (Riviere, 1991). La gestación de esta tesis explicativa estaba precedida y sustentada en los estudios de neurología, fisiología cerebral y los avances de la tecnología.

Aaron Beck en su obra, constantemente se remite al mecanismo del procesamiento de la información, así asume: “Los sistemas de estructuras entrelazados de estructuras especializadas que forman los esquemas, son los responsables de la secuencia que va desde

la recepción de estímulo hasta el punto final de una respuesta conductual. Canalizan el procesamiento cognitivo desde las primeras etapas hasta las finales”. (Beck et al. 2005, p. 48), y “Una premisa fundamental de la teoría clínica cognitiva es que el procesamiento de la información del medio es esencial para la adaptación y supervivencia humana” (Clark et al. 1999, p. 57). Es notoria la influencia de la teoría del procesamiento de información, sobre todo en el uso del concepto, aunque nunca repara Beck, ni abunda en la misma, sino la asume como esos avances que la teoría cognitiva y del procesamiento de la información iban teniendo.

La ciencia cognitiva se diversificó en dos ramas, la clásica o naturalista y la tecnológica dando lugar a los trabajos sobre inteligencia artificial y sus relaciones con el pensar humano racional, la neurociencia y las redes artificiales de comunicación inteligente que influyeron en una de las actuales derivaciones de la terapia cognitiva conductual, el constructivismo.

Dentro de la rama naturalista, los procesos cognitivos son definidos como actos o procesos de conocimiento que implican, atención, percepción, sensación, memoria, imaginación, razonamiento, resolución de problemas y toma de decisiones, estos son una aproximación al sentido o significado de la cognición que asume la teoría cognitiva y que a la postre, se integran como técnicas dentro de la terapia cognitiva. Así mismo dentro de estos procesos cognitivos se analizan las interacciones cognición, emoción y comportamiento, bajo el entorno de un sistema social definido en el cual se desarrolla.

En ese desarrollo que venía teniendo el cognoscitvismo, en Europa Jean Piaget inició su trabajo sobre la naturaleza del conocimiento y en 1923 publica su primer libro: El lenguaje y el pensamiento en el niño. Si bien es cierto que la motivación de Piaget fue explicar los procesos de aprendizaje, trabajar sobre la epistemología, la teoría cognitiva señala sus contribuciones como incitadores y base para el avance de la misma y Aaron Beck plantea que de sus trabajos asume ciertos conceptos como el de esquema, no hace mayor alusión ni deja ver mayor influencia de la teoría genética de Piaget, y como ya se había apuntado, el concepto de esquema usado por Beck se asemeja más al expresado por

Kant. Son las derivaciones de la terapéutica cognitiva como la constructivista, que si se fundamentan en los postulados piagetianos.

Otro autor que influyó en gran medida al desarrollo posterior de la psicología cognitiva fue Noam Chomsky quien en 1956 publicó su libro Estructuras sintácticas y en 1959, Conducta verbal, en el que critica al conductismo y básicamente al instrumental representado por Skinner, sus críticas fueron con base al tratamiento que éste último le daba a la expresión verbal de los pacientes considerándola una conducta más, sin dar crédito al contenido, de reducir a un vocabulario puramente extensional todos los productos de la mente.

En los años en que se constituía la nueva psicología cognitiva, Chomsky presentaba un enfoque formalista de lo mental, que se había opuesto con éxito a las pretensiones conductistas de explicar el lenguaje, desde el mecanicismo (Riviere, 1991).

El trabajo de Chomsky considera una gramática universal en la que juega un papel relevante la sintaxis y la posibilidad que ésta da para la formulación de los pensamientos humanos, planteando: “Cuando estudiamos el lenguaje humano, nos acercamos a lo que algunos podrían llamar ‘esencia humana’, las cualidades distintivas del entendimiento que, por lo que sabemos hasta ahora, son específicas del hombre e inseparables de cualquier fase crítica de la existencia humana, personal o social.” (Chomsky, 1980, p. 171) y tratando la comunicación como un conjunto de hipótesis, los llama rasgos generales del lenguaje humano que dan cuenta de los fenómenos lingüísticos (Chomsky, 2002).

No es motivo de este trabajo el análisis de los postulados de Chomsky que son básicamente lingüistas, por lo que no se exponen, sino de hacer patente su aporte en el desarrollo del cognoscitivismo y apuntar que sus planteamientos se han tomado ampliamente en cuenta para el avance en la computación y el procesamiento de la información, que han continuado las explicaciones cognitivas.

Chomsky nominó a su teoría Gramática generativa y a la fecha continúa discutiendo sobre el lenguaje y manteniéndose como activista en su país, Estados Unidos.

Regresando a la evolución que se daba en el conductismo y ya contemporáneo al trabajo de Beck, Joseph Wolpe en 1958 también experimentó con condicionamiento clásico para generar miedo y probó la llamada neurosis experimental que había planteado Pavlov.

Wolpe (1993) externa su definición de miedo diciendo "...es el patrón individual característico de respuestas autónomas del organismo a una estimulación nociva" (p. 35), está basada en una respuesta incondicionada y definió a la neurosis "...como hábitos inadaptables, persistentes y aprendidos cuya característica sobresaliente es la ansiedad" (p. 35) y que puede ocurrir en cualquier etapa de la vida y posteriormente le agregó a su definición "...en un organismo fisiológicamente normal." (Wolpe, 1998, p. 49)

La teoría que trabajó Wolpe es la inhibición recíproca que plantea que cuando una respuesta antagonista a la ansiedad ocurre en la presencia del estímulo que la evoca, como efecto se da una total o parcial supresión de la ansiedad, la asociación se debilita. Esta inhibición recíproca tiene sus antecedentes en la fisiología y la respuesta de los músculos (O'Donohue y Fisher, 2009).

Wolpe concluyó que las conductas inadaptables están basadas en el aprendizaje, no en la patología ni en problemas de desarrollo y para restaurarlas se requiere de desaprenderlas (Wolpe, 1995).

Las técnicas con las cuales trabajó ese desaprendizaje incluyen relajación, desensibilización, saturación y corrección cognitiva, así mismo hizo uso del entrenamiento asertivo.

Wolpe adaptó la técnica de relajación progresiva que Jacobson publicó en 1938 con la que demostró la superposición entre cuerpo y mente probando que el estado de los músculos influía sobre la intensidad de la respuesta refleja. Hizo patente la relación directa músculo-pensamiento-emoción.

El desaprendizaje o contracondicionamiento, Wolpe lo trabajó bajo la técnica de relajación y después bajo indicaciones verbales, integró la imaginación, lo que lo llevó a la desensibilización sistemática que fue el primer tratamiento basado en la inhibición recíproca. (Craske, 2010; Klein, 1994).

Estas técnicas se han usado en la terapia conductual y se introdujeron en la cognitivo conductual.

La inhibición recíproca tiene consecuencias sobre el aprendizaje que generalmente no se observan en el reforzamiento de una respuesta, las personas inevitablemente también refuerzan la inhibición de la respuesta contraria. En estas conceptualizaciones se observa la influencia de los planteamientos de Pavlov y de Tolman.

La relación señalada por Wolpe existe en los hábitos cognitivos; una respuesta verbal es inhibida y sus probabilidades disminuyen cuando una respuesta verbal diferente es evocada en la presencia del estímulo original. (Wolpe, 1995)

Aunque también Wolpe observó que la inhibición recíproca no es la única relación que existe entre respuestas simultáneas ya que algunas respuestas son mutuamente facilitadoras y otras son mutuamente independientes.

Wolpe se percató que una tercera parte de los miedos estaban basados en un error, en un falso concepto y requerían corrección cognitiva, señaló la importancia de diferenciar si los miedos son condicionados clásicamente o basados cognitivamente.

Wolpe en 1993 criticó la técnica terapéutica usada por Beck para eliminar ciertos miedos ya que de acuerdo a él, no contempló la diferencia que él señalaba, los miedos condicionados (O'Donohue y Krasne, 1995).

En 1957 Mednick abundando en los estudios de los dos factores de Mowrer, aporta sobre procesos simbólicos tomando en cuenta la conducta verbal considerando que el

miedo y la ansiedad son condicionados mediando un proceso verbal cubierta o encubiertamente y que constituye parte del complejo de estímulos y si una conducta instrumental se está aprendiendo para reducir el miedo, será aprendido todo el estímulo presente, incluyendo los estímulos verbales. Como consecuencia, los estímulos verbales pueden propiciar la ansiedad, estímulos que tengan similitud semántica con los que estuvieron en la situación original.

Por otro lado, es en 1959 cuando Thomas G. Stampfl también integró conceptos de la teoría psicoanalítica y del aprendizaje experimental en la elaboración de su teoría y técnica terapéutica denominada Terapia implosiva y explicó teóricamente el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología adoptando la teoría de los dos factores de Mowrer del aprendizaje de la evitación.

Stampfl consideró a la conducta desadaptada como una conducta aprendida, resultante de la exposición del organismo al pasado, específicamente a las experiencias aversivas condicionadas de considerable intensidad y también asumió los postulados que en 1951 hicieron Maslow y Mittleman quienes plateaban que los síntomas neuróticos, mecanismos de defensa y la conducta mal adaptada en general, resultaba de un estado de anticipación o expectación de una catástrofe como uno de sus principales rasgos. Esta anticipación provista de fuerza motivacional para el desarrollo de los síntomas, la catástrofe anticipada, se siente inespecífica por el paciente. Estos autores concluyeron que lo que es temido envuelve la anticipación de abandono, daño, aniquilación, condena y desaprobación, humillación, esclavitud, pérdida de amor y completa deprivación. (O'Donohue y Krasne, 1995), y esta conclusión es similar al concepto que Aaron Beck explicita sobre el esquema central en el paciente depresivo.

También por los años 50's, Beck et al. (2005) ubica las creencias disfuncionales en los aspectos de la interacción de la naturaleza-crianza y escribe que: “Los individuos particularmente sensibles al rechazo, el abandono o la frustración, suelen desarrollar miedos y creencias intensas sobre el significado catastrófico de esos hechos”. (p. 45)

Stampfl señaló que el condicionamiento en los humanos es múltiple, envuelve un complejo set de estímulos comprendiendo externos e internos que se convierten en estímulos condicionados y que estos eventos son codificados en la memoria de largo plazo.

Desde este análisis, para el estado central de este constructo, las imágenes, pensamientos y recuerdos que funcionan como pistas condicionadas, representan la mayor parte del control de la estimulación en el mantenimiento de la psicopatología.

Los principios del aprendizaje involucrados en esta transferencia son: generalización de estímulo primaria, condicionamiento de segundo orden, generalización de estímulo primario, generalización de la respuesta mediada, mediación semántica y simbólica y reactivación de la memoria o reintegración de eventos aversivos pasados. Aseguró que el desaprendizaje emocional es una función de la exposición repetida al estímulo condicionado. La terapia de implosión plantea que estas exposiciones y la extinción emocional subsecuente son la llave para la remoción de síntomas. Usó la técnica de imaginación sobre todo con eventos pasados que envuelven dolor y castigo.

Este modelo es caracterizado como estímulo-respuesta, aunque es claro que tiene bases eclécticas, da un franco acercamiento al cognitivo-conductual en relación a la explicación de la etiología de la psicopatología y la forma de tratamiento (O'Donohue y Krasne, 1995).

Un desarrollo contemporáneo al de Beck fue el de Albert Bandura quien siendo originalmente conductista, no trabaja con la conducta de miedo, él se centra en la agresión en jóvenes y publica su primer libro en 1959, en relación a la conducta agresiva que consideró aprendida socialmente y escribió "...Se ha visto que la exposición a modelos que despliegan actividades amenazantes sin que haya de por medio consecuencias adversas, tiene efectos desinhibitorios sobre los observadores, pues extingue vicariamente los temores de éstos." (Bandura y Ribes, 1978, p. 321)

Planteó que el mundo y el comportamiento de una persona se causan mutuamente a lo que denominó determinismo recíproco, avanzando en sus estudios consideró que había interacción entre tres variables: el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos de la persona, en esta concepción plantea que existen mecanismos internos de representación de la información, que son cruciales para que exista aprendizaje al que denominó en un inicio aprendizaje social, consideraba que: "...las personas no están equipadas con un repertorio innato de conductas, tienen que aprenderlas. Las pautas de respuestas nuevas pueden adquirirse por experiencia directa o por observación." (Bandura, 1987, p. 31)

Estas representaciones son construidas a partir de las asociaciones estímulo-respuesta y ellas son las que en definitiva determinan el aprendizaje. Por tanto asume que el contenido del aprendizaje es cognitivo y su teoría se reconoció también con el nombre de teoría social cognitiva, aprendizaje vicario o aprendizaje por observación.

En su teorización considera que:

...el funcionamiento humano es entendido en base a la interacción de influencias recíprocas: el medio ambiente, la conducta y factores personales incluyendo –procesos afectivos, cognitivos y fisiológicos- que son vistos como determinantes recíprocos uno del otro. Segundo: el funcionamiento de la personalidad es entendido en términos de un paquete de capacidades cognitivas con las cuales las personas aprenden acerca de, interpretan y anticipan los eventos del ambiente y guían y motivan sus propias acciones (O'Donohue y Krasne, 1995, p. 357).

En la explicación del aprendizaje social usa el término modelamiento para referirse al aprendizaje que ocurre como resultado de observar modelos y luego imitarlos, colocando más énfasis en la cognición y menos en el reforzamiento, considerando también a los reforzadores sociales.

Bandura expone la teoría de la autoeficacia que se refiere a los pensamientos de la persona acerca de sus capacidades para actuar en una condición dada, al juicio de qué

conductas se pueden hacer, independientemente del valor con que lo haga o lo sienta, recae en cogniciones y afectos y contiene 4 puntos básicos:

- a) la definición de la percepción de la autoeficacia incluyendo las distinciones entre las variables;
- b) un análisis del juicio de los efectos de la autoeficacia, esto es, procesos psicológicos que están directamente afectados por la valoración de la eficacia;
- c) análisis de los determinantes de la autoeficacia percibida, incluyendo las diferentes fuentes de información que inciden diferencialmente en el juicio de la autoeficacia y
- d) una metodología para analizar las cadenas recíprocas entre el ambiente, la percepción de la autoeficacia y la conducta (O'Donohue y Krasne, 1995).

En la relación que hace de la parte social y cognitiva considera que las creencias de las personas con base a su eficacia pueden desarrollarse a través de cuatro formas de influencia: a) experiencias de dominio; b) experiencias vicarias; c) persuasión social y d) favorecer el estado físico, reducir el estrés y las proclividades emocionales negativas y corregir las falsas cogniciones (Bandura, 1999).

Desde el momento en que Bandura introduce la imaginación en particular, deja de ser un conductista estricto y empieza a acercarse a los cognoscitivistas e influye en las técnicas terapéuticas cognitivas, es más, consideró el autocontrol como una medida de adaptación social que se adquiere mediante el modelado o mediante el refuerzo directo (Bandura y Walters, 1963). De estos preceptos Beck considera que el abuso de sustancias está más relacionado con la teoría sobre aprendizaje social, bajo la expectativa de resultados positivos a sus síntomas (Beck, 1999).

En la misma época que surgía el modelo de Beck, apareció también un disidente del psicoanálisis norteamericano, fue Albert Ellis, para él, el desencanto con la técnica analítica fue por lo prolongado del tratamiento y los pocos resultados que veía con sus pacientes a quienes abordaba bajo la técnica ortodoxa, después, según él mismo señala, modificó la

intervención hacia la psicoterapia orientada psicoanalíticamente pero como tampoco le convenció, empezó a hacer una serie de modificaciones al procedimiento y fue más directivo e inquisitivo.

Ellis (2003) consideró que: “El principio más importante del psicoanálisis es en esencia el mismo de la teoría psicológica del aprendizaje conductista, la cual rechaza en su mayor parte la teoría de la respuesta condicionada de Pavlov”. (p. 16), y planteó: “...tanto los psicólogos freudianos como los conductistas estaban haciendo mal al prescindir de gran parte de los aspectos del habla o del lenguaje en las neurosis humana.” (p.24), fue que inició una charla activa y propositiva con el paciente en lugar de tener el papel pasivo de escucha que le marcaba la técnica analítica.

Ellis (2003) en su obra, explica como fue modificando por sí mismo la intervención terapéutica hasta llegar a darle crédito al paciente en lo que decía y a invitarlo a cuestionarse sobre lo que decía, por ello consideró que a diferencia de los animales inferiores, el hombre tiene “...autoconsciencia o capacidad de pensar sobre el pensamiento” (p. 21)

Dentro de su constructo considera que el hombre no sólo es un animal muy sugestionable sino que es autosugestionable de una forma anormal, que la razón principal por la que sigue creyendo en la mayoría de los sinsentidos es que se le adoctrinó durante su infancia y por ello sigue readoctrinándose de forma activa con las ideas negativas originales y hace un intento fuerte y enérgico de agarrarse a sus irracionalidades más primarias (Ellis, 2003). Ellis en este argumento evidencia una fuerte carga de aprendizaje.

También considera que los seres humanos tienen estímulos desagradables, tanto imaginados o definidos como reales, miedos de procesos puramente verbales o de otro tipo de señalización. “Aprenden de sus padres, de la gente y de la comunicación de masas a temer a las palabras, pensamientos y gestos de los demás...” (Ellis, 2003, p. 24)

Acá se detectan el uso del concepto de señalización que había ya planteado Helmholtz, la influencia de Bandura sobre el aprendizaje social y la de la psicolingüística que estaba trabajando Chomsky.

Bien es cierto que durante la narrativa de sus hallazgos técnicos no hace alusión al haberse basado en otras posturas teóricas, ni modelos y denomina a su proceder técnica racional, fue después que incorporó el concepto de emotiva, y ubicó el objetivo señalando: “El tema central de la TR es que el hombre es el único animal que es a la vez racional e irracional; que sus perturbaciones emocionales o psicológicas en gran parte son el resultado de su pensamiento lógico e irracional” (Ellis, 2003, p. 38).

También Ellis reseñó: “Así que entre 1953 y 1956 estudié intensamente cientos de métodos diferentes, y en enero de 1955 saqué a la luz la terapia racional (TR) cambiándola a terapia racional emotiva (RET) en 1961, y a terapia racional emotivo-conductual (REBT) en 1993” (Ellis, 1999, p. 20). En la cita las siglas están en inglés.

Es a posteriori que reconoce que su técnica comparte elementos con otros modelos pero la clasifica diciendo: “En su forma general, la TR es sinónima de lo que usualmente se llamó terapia de comportamiento cognoscitivo (TCC), pero también tiene un componente emotivo característico...por lo tanto es más completa que muchas formas de TCC” (Ellis y Abrahms, 1980, p. 149).

Toma de las técnicas conductuales los procedimientos de autocontrol, asignación de tareas, métodos de relajación de Jacobson, entrenamiento en destrezas, control de estímulos. De las técnicas cognoscitivas incorpora la sugestión y autosugestión, interpretación de defensas, presentación de elecciones y acciones alternativas, precisión semántica, enseñanza de afirmaciones dialécticas y filosofías racionales, métodos de distracción, imaginar y fantasear, humor y paradoja.

También a su modelo se le conoce como ABC ya que identificó A= acontecimientos; B=creencias y C= consecuencias y después agregó otros dos elementos

que son D= discusión y E= efecto cognoscitivo por lo que también se le conoce como la técnica ABCDE.

Ellis planteó que pasó del positivismo lógico al realismo crítico y agregó a su modelo otra serie de indicadores que también nominó con letras como son: metas o propósitos (G); planteamientos (P); efectos o nuevas filosofías, emociones y conductas (E) que le permitían identificar elementos en el pensamiento del paciente y ubicarlos para trabajarlos con él (Ellis, 1999).

La técnica de Ellis es catalogada dentro de los modelos cognitivo conductuales pero ha seguido un derrotero diferente al plantado por Aaron Beck.

Otro aporte conceptual que tomó en cuenta Beck en la elaboración de su modelo fue el de Richard Lazarus quien estaba también en disconformidad con la forma de manejar las emociones por parte de los conductistas y tampoco le satisfizo el abordaje psicoanalítico basado en el Yo para explicar lo que para él era motivo de interés ya que su trabajo se enfocó al estudio de las emociones y el estrés, acuña el concepto de afrontamiento que lo define como un acto que controla las condiciones aversivas de su ambiente por lo que disminuye el disturbio psicológico (Monat y Lazarus, 1991).

Plantea Lazarus su teoría del valor, expectancia o mediación cognitiva en la que modifica el modelo diagramático conductual E-R insertando en él la O, quedando estímulo-organismo-respuesta, en el que concibe la O como la mente, motivación, intenciones situacionales, creencias sobre el self y el mundo y los recursos personales (Lazarus, 1999). Habiendo insertado la mediación cognitiva señala que el afrontamiento funciona como tal, que es un mediador de la emoción, por ende señala:

- La actividad cognitiva puede influir el desarrollo de la atención,
- La actividad cognitiva puede alterar el significado subjetivo o la significancia de un evento y calificarlo como ‘bien hecho’

- Las acciones pueden alterar el ambiente personal actual de las relaciones (Monat y Lazarus, 1991, p. 183).

Se nota como también incorporó el papel cognitivo en su trabajo pero él lo abordó desde la respuesta, de cómo actúa el individuo para disminuir el estrés. A partir de ahí elaboró su propio modelo que se conoce como terapia multimodal.

Hasta aquí se hace una compilación de algunas de las teorías y conceptos que de una u otra forma influyeron en la conformación del modelo cognitivo de Aaron Beck y que conforman, como se había mencionado, los cuatro pilares teóricos básicos en que se apoya: aprendizaje clásico, operante, social y cognitivo (Saparrow, 2007) y se muestran en la figura 1 para una visión integral de las mismas, para luego continuar con las derivaciones que del modelo han aparecido.

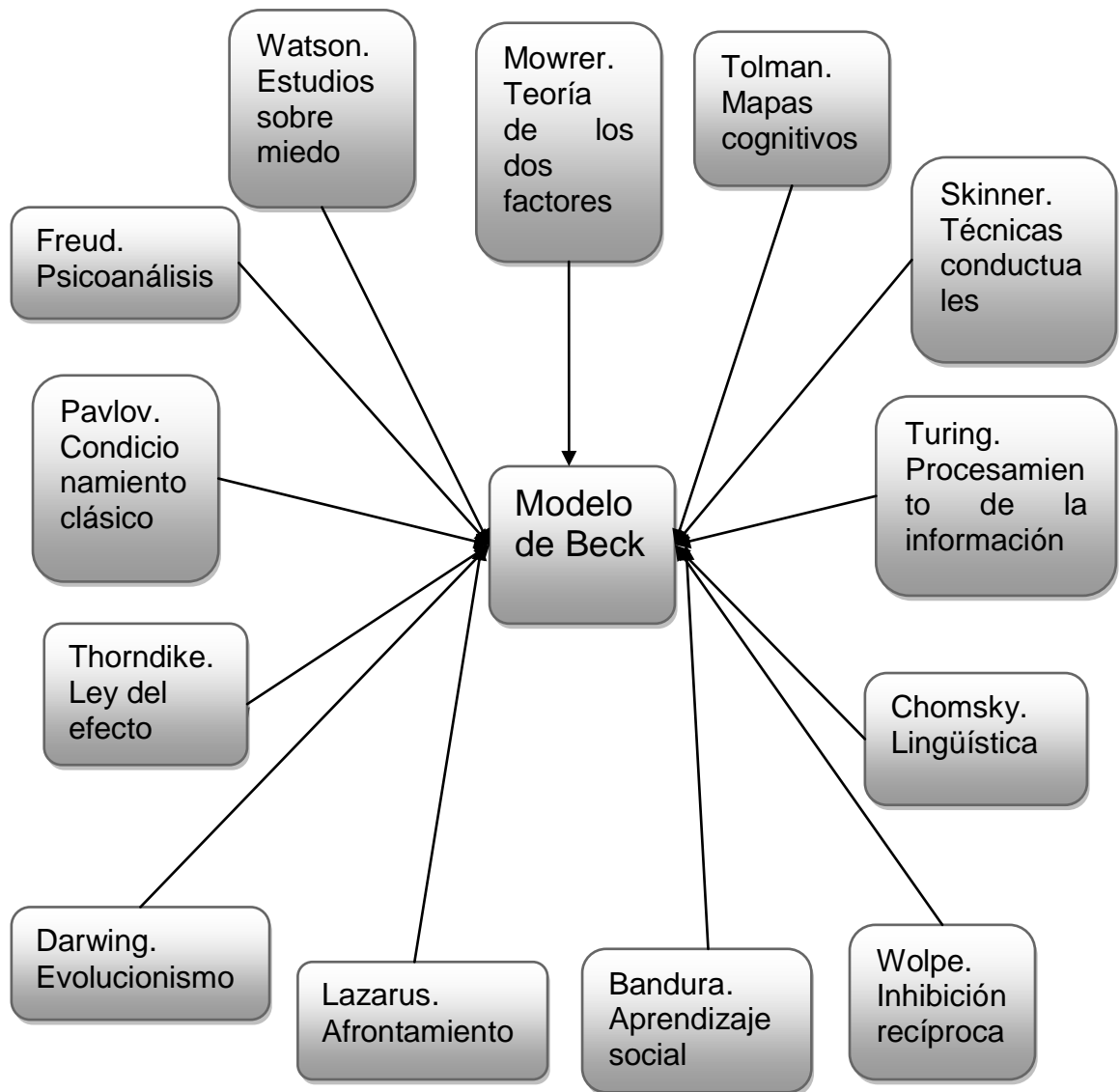


Figura 1. Autores y conceptos influyentes en la TCC.

Derivaciones de la terapia cognitivo conductual

Como en todo campo teórico, con el modelo cognitivo surgieron desavenencias que dieron lugar a derivados de este enfoque. Uno de estos movimientos es el constructivista basado en las ideas de Kelly y el desarrollo del cognoscitismo dentro de su ramo de la teoría cibernética y las ideas de Piaget, dando mayor crédito a constructos psicoanalíticos por medio de la escuela italiana con los planteamientos de Guidano y Liotti.

En 1980 circulaba insatisfacción en el ámbito de la psicoterapia cognitiva, no con la técnica ni los resultados clínicos, sino con la teoría, la revolución cognitiva planteó cuestiones profundas sobre la naturaleza de la mente, diferentes a la de autores con formación comportamentalista (Semerari, 2002).

A los nuevos abordajes conceptuales se les ha identificado como la *revolución cognitiva* que está nutrida por seis disciplinas específicas o el llamado hexágono cognitivo constituido por: la inteligencia artificial, las neurociencias, la psicología cognitiva, la lingüística, la antropología y la filosofía.

Frente a estas discrepancias, Beck reconoció “Las últimas dos décadas han presenciado un rápido acopio de conocimientos sobre los problemas de la mente,...Este enfoque llamado terapia cognitiva (el suyo), forma parte de un movimiento más amplio en psicología y psicoterapia denominado ‘la revolución cognitiva.’” (Beck, 2002, p.12), con lo que adscribe su modelo dentro de esa revolución.

La connotación de *revolución* fue tomada, de Thomas Kuhn, filósofo de la ciencia que planteó que éstas no progresan siguiendo un proceso uniforme por la aplicación de un hipotético método científico que se verifica, sino que se dan dos fases diferentes de desarrollo científico; en un primer momento, hay un amplio consenso en la comunidad científica sobre cómo explotar los avances conseguidos en el pasado ante los problemas existentes, creándose así soluciones universales que Kuhn llamaba paradigma y en un

segundo momento, se buscan nuevas teorías y herramientas de investigación conforme las anteriores dejan de funcionar con eficacia. Si se demuestra que una teoría es superior a las existentes, entonces es aceptada y se produce una "revolución científica" (O'Donohue y Krasner, 1995).

Aunque en la última etapa de su producción Kuhn restringe el concepto de revolución científica al de un proceso de especiación y especialización por el cual una disciplina científica va acotando los márgenes de su objeto de estudio, alejándose de los horizontes de otras especialidades.

Así mismo los constructivistas se apoyaron en los planteamientos de Lakatos que sobre heurística positiva señala que consiste en un conjunto de supuestos teóricos considerados conflictivos o incontestables que constituyen el núcleo metafísico de una teoría, de estos supuestos surgen problemas y metodologías para dar luz a las anomalías detectadas. Las teorías son entidades envolventes por lo que su evolución no es siempre progresiva. La cualidad de progresiva o degenerativa de una teoría se juzga por como ésta ha abusado del contenido empírico y como algunos de los supuestos nuevos pueden corroborar mejor los hechos (O'Donohue y Krasner, 1995).

Ante los eventos narrados, en 1997 Beck da respuesta a las críticas y a través de 10 axiomas da cuenta de la constante revisión y actualización de su modelo por lo que considera que está patente la especiación del objeto de estudio en su teoría lo que la lleva a ser científica (Alford y Beck, 1997) y en 1999, también escribe ampliamente y sustenta los fundamentos teóricos que Teasdale y Bernad señalaron como poco sólidos en el modelo de la explicación de la depresión (Clark, Beck, y Alford, 1999).

Delineando las desviaciones del modelo, el constructivismo propone que es el sujeto (observador) quien activamente construye el conocimiento del mundo exterior, y que la realidad puede ser interpretada en distintas formas. Así la idea de adquirir un conocimiento "verdadero" se desvanece, idea plateada por Mahoney en 1989 (Feixas y Villegas, 2000; Clark et al. 1999). Ante esta aseveración Beck sustenta: "En los contextos sociales, en los

que las realidades fenomenológicas se intersectan, hay muchas realidades personales como también una realidad física objetiva o contexto con el cual las realidades subjetivas interactúan.” (Clark et al. 1999, p. 61)

Fue en 1955 cuando George A. Kelly, contemporáneo al desarrollo de Beck, publica su libro *La psicología de los constructos personales*, que son los postulados fundamentales de su modelo en el que considera que los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por la manera en que anticipa los acontecimientos. Concibe al hombre como “...científico al tipo popperiano (refiriéndose a Karl Popper, científico de la ciencias) que busca, partiendo de su sistema de constructos, predecir los hechos y controlar las propias previsiones según la marcha de las propias validaciones y de las invalidaciones, para así modificar y elaborar su propio sistema cognitivo”. (Semerari, 2002, p.44) e inicia el movimiento llamado constructivista.

El constructivismo describe la unidad elemental del sistema cognitivo, la construcción, término tomado de la teoría de Piaget, como una estructura dicotómica, en analogía con las opciones presentadas por las hipótesis opuestas de un científico al predecir el curso de los resultados experimentales. Postula la consistencia entre el conocimiento a considerar y la experiencia tal como es construida por el resto del sistema cognoscitivo existente.

Afirman que el determinismo estructural representa el núcleo de la metateoría constructivista en psicología clínica.

Son tres los elementos fundamentales comunes a esta perspectiva que desarrolla la metáfora de la mente como organismo vivo: 1) la naturaleza activa y motora de la mente; 2) la distinción entre aspectos nucleares y periféricos; y 3) la naturaleza autoorganizada de los sistemas.

La postura constructivista pone énfasis en los conceptos de objetivos y creencias en las interacciones con el ambiente.

Los constructivistas consideran que uno de los mayores logros de la revolución cognitiva fue obtener un progreso decisivo en la explicación del papel de las emociones en los procesos mentales y las relaciones interpersonales. Gracias al avance de las neurociencias plantean la autonomía de los procesos emocionales a más de un siglo atrás cuando James (1884) lanzó la hipótesis de que a cada emoción básica le correspondía un estado específico de activación viceromotora y que las emociones no era otra cosa que la percepción de estados específicos del cuerpo (Semerari, 2002).

Si bien es cierto que abordan las emociones desde el apoyo de otras disciplinas, no son los primeros en dar primacía al papel de las emociones ni a las relaciones interpersonales ya Sullivan y Ellis se habían ocupado de ellas.

La escuela Italiana fue más allá y se apoyó en los resultados de los estudios de Bowlby sobre la teoría del afecto trazando un puente entre las concepciones psicoanalíticas y cognitivas. También reconocen las influencias de Aaron Beck, de la psicología de las emociones, las teorías piagetianas de desarrollo cognitivo y la psicología del ser.

Liotti y los constructivistas trabajan y se apoyan en los conceptos de conciencia e inconsciente cognitivo basados en los trabajos sobre percepción y la definición de estímulos subliminales de donde toman el concepto de la metateoría o mentalismo y señalan que lo pueden medir en el laboratorio por medio de los estudios del umbral de percepción llegando a la conclusión de que lo inconsciente, son los estímulos que están a nivel subliminal por lo que no puede dar cuenta el individuo a nivel consciente de esa información, pero si sabe de ella. “El hecho de que la información inconsciente influya sobre los procesos cognitivos conscientes es conocido desde hace tiempo gracias a los estudios experimentales sobre los efectos de estímulos subliminales, llamado también ‘conocimiento tácito’ ” (Semerari, 2002, p. 57).

La conciencia se redescubrió como un problema y se planteó preguntas clave sobre su estructura y su función y sobre las relaciones entre los procesos conscientes y la

elaboración inconsciente. Y señalan que: "... se dio respuesta a la metáfora del iceberg de Freud: la conciencia representa una ínfima parte de los procesos cognitivos que emerge de una mole mayor de procesos de elaboración inconsciente" (Semerari, 2002, p. 58).

Uno de sus fundamentos es considerar la conciencia como un proceso dinámico, constituido por una progresiva construcción jerárquica de modelos de realidad, donde la experiencia se plasma dentro de estructuras cognoscitivas de la actividad del ordenamiento del sujeto. La búsqueda de coherencia es el principio regulador que guía todo el proceso, consideran que la experiencia consciente humana debe proceder de un amplio dominio de procesos inconscientes.

El segundo factor teórico lo constituye el nacimiento en los sistemas cognoscitivos humanos del sentido de unicidad y continuidad de uno mismo, de la experiencia de la identidad personal. Así la labor de la terapia cognitiva es la de describir y explicar el modo en que los sistemas cognitivos mantienen estables su identidad a través de praxis autorreferenciales de complejidad creciente.

Con base en estos postulados Guidano dio un peso importante a los conceptos y procesos de la teoría del apego e identidad. Señala "Las relaciones de apego y la construcción del sentido del sí mismo es muy importante en el desarrollo del ser humano. Una de las características del apego en el sistema humano es que se trata de un proceso autorreferencial que permite construir un sentido del sí-mismo consistente, estable y continuo en el tiempo." (Guidano, 2002, p. 39) plantea tres categorías de apego: seguro, evitante y ambivalente.

Guidano denominó a su enfoque posracionalista, plantea que ve el cambio en el individuo, como una construcción de un equilibrio progresivo que se va logrando como resultado de una reorganización del significado personal. Él afirma "...el pensamiento cambia el pensamiento y las emociones cambian las emociones" (Guidano, 2002, p. 114). Mostrando ya diferencia con los enfoques cognitivos de Beck y de Ellis.

La concepción del cambio para Guidano se centra en la articulación del significado personal, en el sentido de uno mismo. A finales de los años 80 planteó: "... no hay ninguna realidad hecha en sí misma fuera de nosotros, que la realidad que nosotros percibimos como realidad objetiva y tridimensional es co-extensiva con nuestra experiencia y no es separable de ella..." (Guidano, 2002, pp. 23, 24). Se basó en la mecánica cuántica.

La escuela catalana del constructivismo está representada por Manuel Villegas y Guillem Feixas, esta escuela intentó desarrollar una metodología integrativa a la que llamaron integración teórica progresiva.

El modelo constructivista tuvo mayor desarrollo entre los años 70's y 80's y ha sufrido a su vez, una gran cantidad de derivaciones así sólo por mencionar algunas están:

- La teoría del constructo personal de George Kelly.
- Modelo multimodal o entrenamiento autoinstruccional de Donald Meichenbaum.
- El posracionalismo de Vittorio Guidano.
- La terapia cognitivo narrativa de Oscar Goncalves.

Caro (2007) considera que los principales modelos cognitivos se definen por su particular conceptualización de los problemas emocionales y no así por las técnicas que usan y hace mención de otros modelos que se están trabajando a partir de la teoría de Beck y son:

- El modelo de solución de problemas de A. Nezu.
- La terapia lingüística de evaluación de I. Caro.
- La terapia de valoración cognitiva de R. Wessler.
- La terapia centrada en esquemas de J. Young. (Caro, 2007, p. 18)

Argumenta Mahoney (1997) que se ha presentado un problema de semiótica, semántica y hermenéutica ya que no queda claro si los diferentes autores están usando el mismo concepto, por ejemplo cognoscitivismo con el mismo significado.

Bajo el concepto de modelos cognitivos constructivistas al parecer, se está alejando y diversificando el objeto de estudio y por ende no se está cumpliendo el objetivo que señalaban sobre la revolución cognitiva ya que no se observa que se esté especiendo y especializando la disciplina, ni se está alejando de los horizontes de otras especialidades y si regresando a concepciones trabajadas mucho tiempo atrás como es la teoría psicoanalítica y la teoría del vínculo, pero el constructivismo no es el único movimiento que está reactivando la postura vincular, el psicoanálisis también lo está haciendo.

Aparte de las derivaciones, se han presentado diversos modelos terapéuticos basados en los clásicos de la terapia cognitivo conductual, generado diversas modalidades de la aplicación de la técnica.

Otras modalidades de la terapia cognitivo conductual.

A partir de 1990 surgen modalidades procedimentales en la aplicación de la terapia cognitivo conductual, que se consideran como: “una natural evolución de la tradicional TCC, más que algo fundamentalmente nuevo” (Forman y Herbert, 2008, p. 77), consideradas la *tercera época* de las terapias cognitivo conductuales. Estas técnicas son experienciales y contextuales y se basan en la aceptación.

Craske (2010), ubica estas aplicaciones terapéuticas basadas en la función del pensar a diferencia de las técnicas clásicas que se sitúan en el contenido del pensamiento.

En estas terapias de la tercera generación se le hace ver a la persona, a través de metáforas, paradojas, ejercicios experienciales, entre otras técnicas, que los intentos de control que mantiene sobre sus eventos privados (pensamientos, sentimientos), lo que cree que ha de hacerse, lo que socialmente está considerado como correcto, no es la solución de

su problema sino que, y paradójicamente, dichos intentos de control forman parte intrínseca del problema mismo (Forman y Herbert, 2008)

Estas modalidades son:

Terapia de aceptación y compromiso (TAC)

Esta forma de terapia está fundamentada en la teoría de los marcos relacionales que es una teoría post Skinneriana de la teoría conductual contextual acerca de cómo el lenguaje influye en la cognición, emoción y conducta. Considera las cogniciones como conductas y, como tales, sujetas a las mismas leyes que cualquier otro comportamiento. Este es un claro precepto en la teoría de Skinner.

Este abordaje plantea como se establecen relaciones arbitrarias entre diferentes estímulos (condicionamiento), apareciendo relaciones no entrenadas, lo que consideran nuevas formas de aprendizaje (Forman y Herbert, 2008). Esto es lo que Pavlov llamó condicionamiento de segundo orden

El planteamiento de la TAC es que este tipo de condicionamiento, se da predominantemente cuando existe el lenguaje. Aspecto que trabajó ampliamente Albert Ellis.

El fundamento teórico de la TAC considera una transformación de funciones, de forma que la persona reacciona de forma similar ante todos los estímulos, establece que todos esos estímulos cobran la misma función. En términos conductuales es una generalización de estímulo.

Los representantes de esta modalidad explicativa y terapéutica son Hayes, Barnes-Holmes, y Roche.

La patología, de acuerdo a este modelo, se basa en la rigidez psicológica por lo que el objetivo central de la terapia es lograr la flexibilidad psicológica a través de hacer

cambios en el contexto y proporcionando una experiencia de cambio, no se dirige a cambiar el contenido de los pensamientos, sino que modifica la función que tienen.

Los elementos centrales de la TAC son:

La *aceptación* de las experiencias subjetivas, pensamientos y sentimientos dolorosos, buscando el control de los mismos, entrenando al paciente a confrontarlos y que no haga la evitación experiencial. Para el logro de la aceptación se usan técnicas de exposición.

La *conciencia*, la observancia del momento presente, incluyendo los eventos internos y externos, para que aunado al control de los mismos, la persona pueda vivir el presente sin hacer la evitación experiencial.

La *defusión* de las experiencias subjetivas, particularmente de los pensamientos, entendido como poner distancia de esos pensamientos y poder actuar aún en la presencia de los mismos. Busca la separación y comprensión de esos pensamientos para poder controlarlos.

Experiencia del *Yo como contexto*, quitando la atención del Yo conceptualizado visto en la narrativa del propio ser, que es la autoidentificación.

La *clarificación de los valores*, identificando los valores personales, separándolos de los valores sociales que conllevan a la distorsión de la autoidentificación y de la fusión cognitiva.

Esta técnica terapéutica promueve el compromiso de acción para la aceptación de la propia experiencia.

Mindfulness. (MTCC)

Esta técnica que se refiere a la observación interior, también reconocida como terapia basada en la conciencia plena. Se sustenta en la experiencia del sentir y no en el conocimiento.

Señala Craske (2010) que en este modelo las cogniciones disfuncionales son tratadas como eventos a ser observados más allá que ser cambiadas o reestructuradas.

Sus gestores son Segal, Williams y Teasdale.

Esta técnica se basa en la terapia cognitiva de Beck y puntualiza la vulnerabilidad cognitiva, considera que el punto a trabajar es la reactividad cognitiva.

El elemento fundamental es descentrar la perspectiva de los patrones de pensamiento, por lo que no buscan cambiar el contenido, sino como los vive la persona, para ello se trabajan la conciencia metacognitiva y la interocepción. La conciencia metacognitiva es la habilidad de percibir el propio pensamiento y la interocepción es ser consciente de las sensaciones corporales.

Esta técnica es una forma de desensibilización de los procesos internos, usa la relajación, meditación, respiración, yoga y ejercicios de estiramientos de yoga, así como técnicas de exposición imaginarias (Segal et al. 2002).

Las sesiones se programan para entrenar al paciente a relajarse y cobrar conciencia de las partes de su cuerpo y de sus pensamientos momento a momento. Se le expone a sus pensamientos valiéndose del cuestionamiento socrático y un punto en el que tienen particular cuidado es el no hacer juicios de valor, por ello no usan los conceptos de pensamientos disfuncionales o irracionales sino que los cambian por el concepto de intención, para evitar el manejo de señales de peligro que llevarían a la tensión muscular y emociones desagradables (Forman y Herbert, 2008).

Así esta técnica terapéutica esta también basada en la aceptación y que al aparecer las ideas disfuncionales o intenciones el paciente no se tense, sino que acepte la existencia de esas ideas.

Se manejan dos objetivos en la implementación de este tipo de terapia, la primera está basada en la reducción de estrés que también se ha usado en forma conjunta con la TREC y la segunda basada en terapia cognitiva.

Como puede observarse, tiene una gran similitud con la técnica conductual de biofeedback.

Terapia dialéctica conductual (TDC)

Su autora es Marsha Linehan quien hizo la adaptación de las TCC clásicas, mindfulness y prácticas zen orientales, para tratar a pacientes borderline y con tendencias suicidas pero se ha ampliado su aplicación a otros padecimientos.

La dialéctica o técnica de la conversación, confronta la tesis con la antítesis para llegar a una síntesis. Ayuda a la persona a superar la tendencia a rebotar entre los extremos de la vulnerabilidad emocional a la autoinvalidación, de la pasividad activa a la competencia aparente y de la crisis implacable al bloqueo del duelo (Linehan, 1993).

Esta técnica requiere la validación constante por parte del terapeuta de los pensamientos y sentimientos del paciente tal como son y se presentan, así como una relación colaborativa y no así competitiva.

Enfatiza la importancia de balancear la aceptación y el cambio de los pensamientos y sentimientos.

Terapia de pareja integradora (TCCI)

Elaborada por Jacobson y Christensen para mejorar la eficacia de la terapia de conducta mediante la adición del elemento de aceptación emocional y por otro lado plantean que algunos problemas de la pareja se pueden resolver a través del compromiso.

Consideran que el mayor daño que viven las parejas no está dado por las incompatibilidades sino por la rigidez negativa de las respuestas emocionales.

Se basa en los siguientes aspectos:

- Hablar de lo que siente y piensa de los problemas es necesario antes de aceptarlos
- La mayoría de las personas en pareja pueden aprender formas de modificar las respuestas emocionales negativas que tienen para enfrentar los problemas así como las respuestas que dan a los mismos.
- La mayoría de las personas pueden aprender nuevas formas de resolver los problemas y emociones que se sienten ante esos problemas.

Esta técnica se apoya mucho más en la asertividad y solución de problemas para el logro de la aceptación.

Se menciona la actualidad del movimiento cognitivo como parte de esta reseña, pero no es objetivo de este trabajo abundar en él, por lo que se pasa al siguiente apartado para analizar los conceptos y técnicas del modelo cognitivo conductual. No sin antes hacer patente que en la enseñanza-aprendizaje del modelo cognitivo conductual no se hace, en términos generales, la aclaración de cuál es el fundamento de los conceptos que se manejan en el aula y se tiende a dar, por parte de los alumnos un manejo tanto teórico como práctico mezclado, sin que el practicante sepa bien a bien qué está haciendo, ni siquiera es consciente de que está haciendo un eclecticismo muy peculiar bajo el riesgo del mal manejo que ello puede dar en la problemática del paciente.

En suma, el modelo cognitivo-conductual y básicamente el original generado por Aaron Beck, constituye un movimiento contemporáneo de integración mucho más amplio que un paquete de técnicas. Posee lineamientos éticos y bases filosóficas y metodológicas determinadas, acordes a la precisión y especificidad de las ciencias del comportamiento y los conceptos y técnicas que lo conforman se detallan a continuación.

Conceptos en la terapia cognitivo conductual

Conviene ahora plantear que Beck concibe la *personalidad*, como una organización relativamente estable compuesta por sistemas y modalidades, es decir, formas de conducta o estrategias y esquemas o creencias, estos dos conceptos son los centrales en su teoría. Por lo que, la integración de los estímulos ambientales y la formación de una respuesta adaptativa dependen de los sistemas entrelazados de estructuras especializadas (esquemas y estrategias).

Así, cada individuo tiene un perfil único de personalidad que depende de los diversos grados de probabilidad de que responda de cierto modo a cierto grado de una situación particular que depende de sus esquemas centrales o básicos o nucleares.

De ahí que las pautas conductuales que se adscriben a los rasgos o disposiciones de la personalidad representan estrategias interpersonales desarrolladas a partir de la interacción entre las disposiciones innatas y las influencias ambientales.

Por ello, uno de los conceptos centrales que trabajó Aaron Beck, en la búsqueda de la explicación del por qué de la conducta humana fue el de *estrategias* que las ubica como rasgos de la personalidad, que están basadas en la evolución y que son la conducta abierta, lo que los demás pueden observar y calificar de otra persona, es la forma en que actúa.

Para Beck, el término estrategia en los seres humanos, puede aplicarse análogamente a formas de conducta que pueden ser adaptativas o inadaptadas, según las circunstancias y son en suma, la capacidad de adaptación.

Señala Aaron Beck que las estrategias podrían analizarse en términos de sus posibles antecedentes en el pasado evolutivo y con fines de dar sustento al planteamiento, equipara instintos animales con conductas humanas a las que luego ubica como rasgos patológicos si están exacerbados y considera que:

Es presumible que la selección natural haya generado algún tipo de ajuste entre la conducta programada y las exigencias del ambiente. Pero nuestro ambiente ha cambiado con más rapidez que nuestras estrategias adaptativas automáticas. Así las estrategias que eran funcionales y adaptativas en otros ambientes ya no se adecuan al sistema actual de una sociedad altamente individualizada y tecnológica. Una inadecuación puede ser un factor en el desarrollo de la conducta que diagnosticamos como trastornos de la personalidad (Beck et al. 2005, p. 39).

Así mismo consideró que las estrategias de supervivencia y reproducción parecen operar en parte a través de una liga entre los centros del placer-dolor.

Para dar lógica a esta descripción, se trabaja el concepto de esquemas que es el otro concepto pilar de la teoría y que son las unidades fundamentales de la personalidad.

Los *esquemas* son estructuras básicas de las que dependen los procesos cognitivos, afectivos y motivacionales, es una estructura con contenido idiosincrásico. Manejados por Beck también como *supuestos* personales y se derivan de creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en la infancia que actúan a nivel “inconsciente”, este último término es usado y válido dentro de la teoría pero tomado en sentido racional, no lo asume como después lo trabajaron los constructivistas bajo la óptica de la percepción entendiéndolo como información subliminal, ni en sentido psicoanalítico.

El esquema es la base de las diferencias psicológicas entre las personas, así como de las semejanzas de la persona consigo misma.

Los esquemas son modalidades activas de organización de los datos que dotan de significado a los acontecimientos, así como al componente afectivo y motivacional. Tienen cualidades estructurales adicionales como amplitud, densidad y flexibilidad o rigidez. También se caracterizan en función de su valencia o nivel de activación que oscila entre los extremos de latente a hipervalente a lo que también llamó Beck, catexia entendido como fuerza o intensidad, y dos niveles de significado, público y privado.

Las creencias o cogniciones suelen ser interpretadas por los individuos como representaciones objetivas de la realidad, son automáticas, habituales y creíbles, la persona raramente se detiene a probar su validez.

El concepto de *significado* del esquema es la “Interpretación que la persona le da a un contexto y de ese contexto en su relación con el self” (Alford y Beck, 1997, p. 15) y cada categoría de significado tiene implicaciones que son trasladadas dentro de patrones específicos de emoción, atención, memoria y conducta y ha recibido el nombre de *especificidad* de contenido cognitivo.

A la par, el individuo puede tener predisposición a específicos fallos en la construcción cognitiva y esto se llama *vulnerabilidad cognitiva* que da lugar a síndromes específicos. A esta vulnerabilidad le han denominado diátesis los constructivistas, término que también incorporó después Beck a su teoría.

La especificidad cognitiva y vulnerabilidad cognitiva están relacionadas (Alford y Beck, 1997).

Como se había apuntado con anterioridad, Beck conceptúa que “Los sistemas de estructuras entrelazados de estructuras especializadas que forman los esquemas, son los responsables de la secuencia que va desde la recepción de estímulo hasta el punto final de una respuesta conductual. Canalizan el procesamiento cognitivo desde las primeras etapas hasta las finales”. (Beck et al. 2005 p. 48), haciendo clara la diferencia entre *procesos* cognitivos que es la forma en que se opera o procesa la información, son los mecanismos

de codificación, almacenamiento y recuperación de la información existente en las estructuras cognitivas y los *contenidos* cognitivos que son en sí, las creencias que conforman los diferentes tipos de esquemas que más adelante se describen, y contienen el significado de la información. En 1997, Beck apuntó que en la patología se pueden tener errores en el contenido o en el proceso o en ambos. (Alford y Beck, 1997)

En esta teoría el término *creencia* es un concepto básico, ampliamente usado y no se define, se señala como se conforma y se sobreentiende como idea, así Judith Beck (2000, 2011), plantea que a partir de la infancia de cada quien, las personas desarrollan ciertas creencias (ideas) acerca de ellas mismas, las otras persona y el mundo. Así mismo el término *supuesto* aparece frecuentemente en sus escritos, de forma indiferenciada, referido a las creencias y por ende a los esquemas, así que creencia y supuesto se han entendido como ideas.

Su padre, Aaron Beck, explica y ubica la conformación de estas creencias en los aspectos de la interacción de la naturaleza-crianza, y esto lleva al allá y entonces y al aprendizaje, lo que requiere para su modificación, una proceso terapéutico de mayor duración. Considera que los individuos sensibles a ciertos aspectos de rechazo, abandono o a la frustración, suelen desarrollar miedos y creencias intensas sobre el significado catastrófico de esos hechos. Desarrollan una autoimagen (autoesquema) negativa que queda reforzada si el rechazo es muy fuerte, reiterado o se produce en un momento de particular vulnerabilidad. Con la repetición, la creencia se estructura.

Es en 2004 cuando Judith Beck hace la distinción reconociendo que: “En los trabajos de terapia cognitiva los términos ‘esquema’, ‘creencias centrales’, ‘supuestos subyacentes’ y ‘creencias disfuncionales’ en algunos momentos habían sido usados intercambiamente aunque en otros momentos se había hecho la distinción” (Pretzer y Beck, 2004, p. 301)

A partir de aquí puntualiza que en el uso contemporáneo los esquemas son estructuras cognitivas que sirven de base para procesar, categorizar e interpretar

experiencias. Las creencias centrales son creencias incondicionales que operan fuera de la conciencia del individuo y con frecuencia no son claramente verbalizadas. Los supuestos subyacentes o creencias disfuncionales son pensamientos condicionales que configuran las respuestas hacia experiencia y situaciones, éstas pueden operar fuera de la conciencia o bien, el individuo puede ser consciente de estos pensamientos. (Pretzer y Beck, 2004)

Por ello, el contenido de los esquemas tiene que ver con las relaciones personales, como las actitudes respecto de uno mismo y de los demás, o con categorías impersonales como son los objetos que pueden ser concretos o abstractos. Los esquemas permiten conectar la información nueva con la antigua, forman un puente entre el pasado y el presente.

En 1996 Beck, respondiendo a las críticas recibidas y atendiendo a la revolución cognitiva, hizo una revisión del concepto de esquema y con base a 12 puntos de reflexión que consideró “problemas”, de los que tomó evidencia de los casos clínicos manejados por él y sus colegas, incluyendo su hija, presenta dos adiciones a su teoría de un solo procesamiento esquemático, escribiendo:

“Llamo la noción de *modos* a una red interconectada de componentes de contenido cognitivo afectivo, motivacional y conductual. Los modos consisten de sectores integrados de suborganizaciones de la personalidad que están designados a pactar con demandas o problemas específicos....Segunda, yo propuse el concepto de cargas (o catexias) para explicar las fluctuaciones en los gradientes de intensidad de las estructuras cognitivas. Este concepto puede ser aplicado al fenómeno de sensibilización, extinción y remisión”. (Beck, 1996, p.2)

Como puede observarse en estas adiciones que señala Beck hace a su teoría, se concreta y oficializan conceptos que venía manejando desde los inicios de sus postulados, se considera que lo novedoso es el reconocimiento de una lógica no del todo lineal y de la aplicación a conceptos de nomenclatura de raíz conductual como es la extinción. Por otro lado, era dar actualidad a la forma de esquematizar el problema del paciente ya que los constructivistas venían ya haciendo uso del concepto “modal” refiriéndose a los *modos*

planteados por Beck, para clasificar el área en la que se detectan las creencias que los pacientes narran ubicándolas en los modales cognitivo, afectivo, conductual, motivacional, relacional que realmente corresponden a los tipos de esquemas que Beck maneja, siendo que los de tipos de modos que clasificó Beck, son tres: a) modos primarios b) modos constructivos y c) modos menores.

El concepto de “energéticos” (cargas de catexia) que en sus escritos anteriores ha llamado “valencia”, da un modelo que explica la instigación de cargas en estados normales y anormales. Ayuda a realizar el informe de la observación clínica que da inicio de un desorden clínico particular (por ejemplo, ansiedad, pánico o depresión) varios sistemas (cognitivo, afectivo, motivacional y conductual) que cambian de una relativa calma a un estado altamente activado y el concepto de modo abarca las condiciones clínicas caracterizadas por la prepotencia (o hipercatexia) de un conglomerado de creencias disfuncionales contiguas, significados y recuerdos que influyen, si no controlan, el procesamiento de la información. (Beck, 1996)

La aclaración del modelo también da cuenta de la observación cuando el síndrome clínico remite, las características interpretaciones disfuncionales y las creencias vienen a ser menos salientes, o aún desaparecen.

Dentro de esta postura Beck ubica que en la memoria, la cognición, el afecto, la motivación, la acción y el control participan sistemas separados pero relacionados. Las unidades básicas de procesamiento, que son los esquemas, están organizados según sus funciones y también según su contenido, así: los esquemas cognitivos se encargan de la abstracción, interpretación y recuerdo; los esquemas afectivos son los responsables de la generación de sentimientos; los esquemas motivacionales se relacionan con los deseos; los esquemas instrumentales son los que preparan para la acción; los esquemas de control permiten la autoobservación y la inhibición o dirección de las acciones (Beck et.al, 2005).

Así mismo consideró subsistemas compuestos por esquemas cognitivos que apuntan a la autoevaluación o metaevaluación; otros a la evaluación de las otras personas; los

subsistemas destinados a almacenar recuerdos episódicos o sistemáticos y a proporcionar acceso a ellos, y otros subsistemas preparan para situaciones futuras y proporcionan la base de las expectativas, previsiones y proyectos de largo alcance.

Así se explica la relación idea-afecto-conducta ya que Beck señala que los esquemas actúan en una progresión lineal lógica, ya que un estímulo presente activa un esquema, se inicia a procesar la información y se activan en secuencia los esquemas afectivos, motivacionales, de acción y de control.

Los esquemas pueden describirse como reglas de inferencia implícita que dan lugar a falsos silogismos, los cuales gobiernan a su vez la producción de pensamientos automáticos (Semerari, 2002).

Los constructivistas como Imbernon (1996) y Riso (2009) por señalar sólo algunos, agregan al concepto de esquema la ubicación en el cerebro y le dan un amplio lugar en sus escritos, así plantean que hablar de esquemas es hablar de la mente humana.

Regresando a la teoría de Beck, los esquemas se clasifican en:

Los *esquemas centrales o nucleares* son ideas fundamentales y profundas, son consideradas por las personas como verdades absolutas, son el nivel más esencial de las creencias. Son rígidas, globales, se generalizan en exceso y es aquí donde se ubica ese autoconcepto que finalmente es lo que la persona cree que es. Se presentan como proposiciones absolutas, duraderas y globales sobre uno. Representan el nivel cognitivo más profundo.

Este concepto de esquema nuclear, los constructivistas lo han dividido en centrales y periféricos, explicando que los centrales son el sentido básico de la propia identidad y los periféricos son la identidad también pero condicional, relacionada a las conductas que emiten otras personas sobre lo que se elabora la creencia (Mahoney, 1997). Esta división del concepto de esquema nuclear está siendo manejado por los estudiantes en forma indiscriminada sin poderlo contextualizar desde uno u otro modelo teórico.

Las *creencias intermedias o supuestos* consisten en actitudes, reglas y presunciones que se relacionan con las creencias centrales, tienen como función operar en el ambiente basadas en éstas últimas y se ligan a las ideas automáticas. De acuerdo a Beck, éstas si son proposiciones condicionales.

Las creencias centrales influyen en el desarrollo de las creencias intermedias que consisten en actitudes, reglas y supuestos (Beck, 2011, p. 31).

Los *pensamientos automáticos*, son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, son específicos para cada situación y constituyen el nivel más superficial de la cognición. Constituyen un flujo de pensamiento que coexiste con otro flujo de pensamiento más manifiesto y son una experiencia común a todos. Parecen brotar de manera automática y suelen ser veloces y breves. Los constructivistas los ubican en el preconsciente y otros en el inconsciente.

Las creencias o esquemas centrales e intermedios se originan en las interacciones con el mundo y con los demás y conllevan aprendizajes que se conforman en esas creencias y son variables en cuanto a su grado de exactitud y funcionalidad, con ellas la persona busca comprender y adaptarse a su medio a través de las estrategias.

Los pensamientos automáticos vienen de la autopercepción y autoevaluación que a su vez se derivan de estructuras más profundas como son los autoesquemas o autoconceptos (creencias centrales) que es el modo como las personas procesan los datos sobre sí mismas y sobre los demás, sufre la influencia de sus creencias y los otros componentes de su organización cognitiva, de hecho llevan a tener un tipo de personalidad y actúa de forma automática, la persona no se percata de estas señales de sí mismo a menos que centre su atención en ellas.

Los supuestos y creencias de la persona facilitan la aparición de sesgos y errores en el procesamiento de la información conocidos como *sesgos cognitivos o creencias*

disfuncionales, que son errores sistemáticos en el pensamiento, son una cognición que persiste frente a la firme evidencia de lo contrario.

Se relacionan con estados de ánimo y conductas, es decir, la estrategia consecuente con esas ideas. Señala Beck “En un terreno especulativo pensamos que esas creencias disfuncionales se originan en la interacción de la predisposición genética del individuo con su exposición a influencias no deseables de otras personas y a hechos traumáticos específicos.” (Beck et. al, 2001, p. 38)

Cuando las creencias disfuncionales son reiteradas, recurrentes son llamadas *distorsiones cognitivas* que se expresan a través de pensamiento e imágenes. Señalan Beck (1997), Craske (2010); que éstas forman un puente entre los pensamientos automáticos y los esquemas ya que las distorsiones cognitivas de información nueva o ambigua recae en los esquemas y después se manifiesta en las ideas automáticas y se hacen accesibles.

Las distorsiones cognitivas tienen características similares a los pensamientos automáticos ya que aparecen sin ninguna reflexión previa o razonamiento, parecen posibles a los ojos del paciente.

Se observa como la conformación de las creencias en sus diferentes modos y categorías, nucleares, centrales o disfuncionales se deben a un error o fallo de procesamiento de la información sin que medie alteración ni funcional o anatómica de los procesos del pensamiento, lo que deja en el terreno del aprendizaje los fallos mostrados y es aquí en donde se ve que esos aprendizajes se dan por medio del condicionamiento clásico de primer y segundo orden y en otras ocasiones y sobre todo cuando ya se expresa una conducta o sea una estrategia, se explica por un aprendizaje instrumental.

Retomando las distorsiones cognitivas, Beck (2000) señala 12 tipos de ellas:

1. Pensamiento de tipo “todo o nada”.
2. Pensamiento catastrófico.

3. Descalificar o dejar del lado lo positivo.
4. Razonamiento emocional.
5. Catalogar.
6. Magnificar-minimizar.
7. Filtro mental o abstracción selectiva.
8. Leer la mente.
9. Sobregeneralización.
10. Personalización.
11. Afirmación de tipo “Tengo que” y “Debo” llamadas imperativos.
12. Visión en forma de túnel.

Los constructivistas han manejado mayor cantidad de distorsiones cognitivas Ruiz e Imbernón (1996) plantean 15 categorías, Riso (2009) maneja 17 ya que de la denominada tener razón deslinda la inhabilidad para desconfirmar, agrega adivinar el futuro, descalificar o dejar del lado lo positivo que emana del filtraje de pensamiento, señala la comparación falsa y orientación hacia el remordimiento

Al respecto Beck (1997) plantea que en su Manual de tratamiento escrito en colaboración con Freeman, “presenta una lista de 140 creencias que abarcan todos los distintos trastornos de la personalidad” (p.54) que pertenecen a las diferentes categorías de distorsiones cognitivas, así por ejemplo, en relación a la adicción a sustancias, habla de las creencias adictivas, permisivas; en la depresión, de abandono, Judith Beck aborda los pensamientos sabotadores y creencias candentes (Beck, 2000, 2009).

Ya que los esquemas, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas tienen que ver con el manejo que la persona hace de las ideas, se pasa al concepto de ***procesamiento de la información*** que es el mecanismo a través del cual se evalúan los estímulos con las creencias centrales e intermedias que se han conformado y seleccionan y sintetizan los datos que ingresan. Aaron Beck usó ampliamente el concepto que tomó de los desarrollos de la ciencia cognitiva, no lo explica sólo lo usa y ha sido criticado por los constructivistas

que señalan que fue uno de los términos que manejó en sentido intercambiable. (Craske, 2010).

Beck plantea que una premisa fundamental en la teoría clínica cognitiva es el procesamiento de la información del entorno de la persona ya que es esencial para la adaptación y supervivencia humana. La capacidad de procesar la información está representada en las funciones cognitivas de percibir, asimilar y elaborar el significado de las experiencias. De la función del procesamiento de la información depende la construcción personal de la realidad, incluye cierto grado de creatividad. El procesamiento de información juega un papel principal en la experiencia subjetiva a través de la mediación y organización del pensamiento, sentimiento, conducta y sensación y permite la compleja interrelación entre los sistemas psicológicos en la adaptación al medio (Alford y Beck, 1999).

El procesamiento de la información incluye los procesos afectivos ante la evaluación de las exigencias particulares de una situación y es el que se encarga de la secuencia que va desde la recepción de estímulo hasta el punto final de una respuesta. Esta secuencia pasa de la evaluación a la activación afectiva y motivacional y finalmente a la selección de la instrumentación de la estrategia pertinente (Beck et al. 2005).

Cuando los esquemas son latentes no participan en el procesamiento de la información, cuando están activados canalizan el procesamiento cognitivo desde las primeras etapas hasta las finales.

El concepto de *triada cognitiva* se inició llamando la triada depresiva ya que Beck empezó su trabajo con este tipo de padecimiento y en ella se considera que el paciente depresivo tiene una concepción negativa del presente, de sí mismo y del futuro, pero en la revisión que Beck hizo en 1997 modifica y amplía el concepto llamándolo ahora triada cognitiva y considera que la patología resulta de los significados mal adaptados construidos alrededor del self, del contexto medioambiental (experiencia) y el futuro (metas) (Beck, 1997). Desde esta postura consideró que hay tipos de triadas cognitivas ya que los

principales trastornos poseen un contenido ideacional propio y distintivo que se manifiesta en el contenido de los pensamientos automáticos. Que es como aborda con posterioridad su trabajo de los trastornos de la personalidad, diferenciando creencias y estrategias propias que permiten identificarlos para ubicar el tipo de trastorno que el paciente padece.

Como se observa, el modelo cognitivo conductual conceptualmente es económico ya que con pocos conceptos pilares, permite, en forma objetiva, explicar la conducta normal y patológica de las personas, es claro, comprensible y accesible al terapeuta y al paciente que es quien también debe comprenderlo para el logro de la modificación de sus creencias, por ello se prosigue con la presentación de las técnicas empleadas en la terapia, aunque antes se agrega la figura 2 en la que se pueden ver en conjunto los conceptos propios del modelo cognitivo conductual.

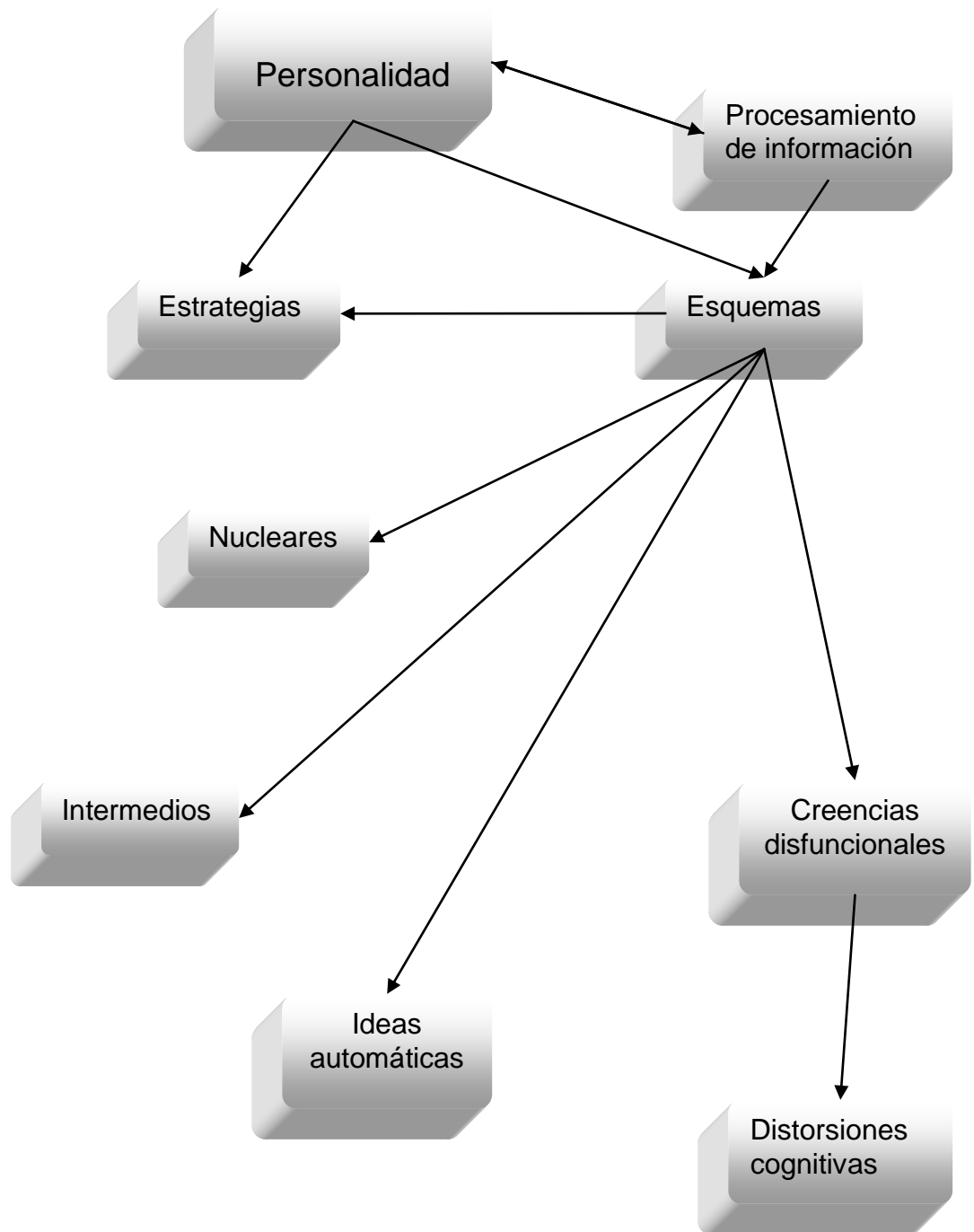


Figura 2. Conceptos principales en la teoría cognitivo conductual.

Técnicas en la terapia cognitivo conductual

Varios autores como son Craske (2010); Semerari (2002); Caro (2007) reconocen que la terapia cognitiva se desarrolló distanciada de los avances de la ciencia cognitiva; que fue incorporando técnicas conductuales y que a partir de ahí, se ha dado la connotación de técnicas cognitivo-conductuales. Señala Caro (2007) que "...la etiqueta cognitivo conductual refleja dos cosas: 1. La mejora del modelo conductual al integrarse con el cognitivo, y 2. Un eclecticismo en su uso, una práctica clínica ecléctica. El modelo cognitivo usa técnicas conductuales (como ayuda para el cambio cognitivo) dentro de un modelo cognitivo pero asume una teoría cognitiva sobre los trastornos y el cambio psicológico..." (p 43).

A la par, el desarrollo tanto teórico como terapéutico se ha visto matizado por los terapeutas que hacen mayor énfasis en la aplicación clínica de elementos conductuales, una de sus representantes es Aurora Gavino o mayoritariamente cognitivos como es Judith Beck.

Esta última autora señalada reconoció que su padre, Aaron Beck desarrolló una forma de psicoterapia denominada terapia cognitiva, pero que actualmente se le conoce con el sinónimo de terapia cognitivo conductual (TCC) (Beck, 2011).

En el modelo cognitivo de Beck las técnicas conductuales se usan como "una serie de pequeños experimentos" (Beck et al. 2001, p. 112), que tienen como objetivo probar la validez de las hipótesis o ideas del paciente acerca de sí mismo. Aclara que para el terapeuta conductual la modificación de conducta es el fin en sí mismo, para el terapeuta cognitivo es un medio para llegar al fin, que es la modificación cognitiva. Hace ver que la modificación por sí misma no garantiza la modificación de las ideas y considera que son útiles ya que producen mejoría en el nivel de funcionamiento, contrarrestan los pensamientos obsesivos, modifican las actitudes inadecuadas y proporcionan sentimiento de gratificación.

Al haber incorporado las técnicas conductuales Beck aclara que: “Las cogniciones sesgadas en una dirección negativa no cambian necesariamente a raíz de una modificación de la conducta. Más bien lo que ocurre es que la modificación conductual permite la identificación de las cogniciones negativas.” (Beck et al. 2001, p. 112)

Por su parte, Caro (2007) enfatiza como “las técnicas aplicadas por Beck hacen válida la visión del ser humano como científico”. (p. 172) Y Judith Beck asevera que “La terapia cognitiva es educativa por naturaleza. La meta del terapeuta es enseñar al paciente a convertirse en su propio terapeuta” (Beck, 2004, p. 25) para lo cual las técnicas empleadas son:

Técnicas conductuales

Las técnicas conductuales aplicadas en la TCC se dividen en las basadas principalmente en el condicionamiento clásico, en el condicionamiento operante, en aprendizaje social, autocontrol y entrenamiento de habilidades (Caballo, 1998).

De las técnicas basadas en el *condicionamiento clásico* las que principalmente se usan en terapia cognitivo conductual son:

Entrenamiento en relajación, está fundamentada en la técnica de Jacobson y el biofeedback, en ella se entrena al paciente a tener el control de cada parte de su cuerpo voluntariamente y a desproveerse de la tensión que incrementa el tono muscular, se han introducido en la práctica, modalidades diversas de la misma como son relajación progresiva, relajación pasiva, relajación autógena y la respuesta de relajación. En la relajación se actúa bajo el principio de inhibición recíproca.

Desensibilización sistemática, consta de dos componentes, la primera es enseñar al paciente una respuesta contraria a la ansiedad, como puede ser la relajación y la segunda, es la exposición graduada al estímulo provocador de miedo. La exposición se puede llevar a cabo en vivo o en la imaginación, es decir en forma encubierta (Caballo, 1998).

De las técnicas basadas en *condicionamiento operante*, se emplean principalmente las siguientes:

Reforzador positivo, es un evento que cuando se presenta inmediatamente después de una conducta, hace que ésta suceda con más frecuencia, es sinónimo de recompensa.

El reforzador positivo encubierto hace uso de la imaginación, se le pide al paciente que imagine la conducta objetivo y una imagen positiva para él. Busca igualmente, incrementar la frecuencia de una conducta ya sea ésta interna o externa a través del reforzamiento positivo en imágenes.

Reforzador negativo, es un evento displacentero o aversivo que incrementa la conducta deseable por cesación del estímulo, se conoce también como condicionamiento de escape (Martin y Pear, 1999).

En la modalidad de encubierto, se adecua un estímulo muy aversivo para la persona a nivel imaginativo y se asocia su huída o evitación a una respuesta de baja frecuencia. La respuesta que se pretende incrementar provoca el cese de ese estímulo aversivo.

Sensibilización encubierta, es la presentación de un estímulo aversivo imaginado inmediatamente después de la imaginada ocurrencia de la conducta no deseada. Este procedimiento es análogo al castigo directo, en su forma abierta.

Extinción, es dejar de reforzar completamente una respuesta que había aumentado su frecuencia de aparición a través de un refuerzo positivo. En la modalidad encubierta se pide al paciente que imagine la ocurrencia de la conducta en ausencia del estímulo reforzante que previamente acompañaba a dicha conducta.

Desvanecimiento, es el cambio gradual de un estímulo que controla una respuesta hacia otro que no estaba condicionado, al final la respuesta se da ante un estímulo parcialmente cambiado o totalmente nuevo (Martin y Pear, (1999).

Discriminación de estímulo, es el procedimiento mediante el cual se aprende a emitir conductas apropiadas en presencia de ciertos estímulos y no en la de otros estímulos.

La técnica principal que se emplea en terapia cognitivo conductual de tipo *aprendizaje social* es:

Modelado, se presenta al individuo una muestra de un comportamiento determinado para inducirle a que realice una conducta similar (Martin y Pear, 1999).

Para hacer el modelado encubierto se trabaja por la imaginación con el paciente realizando conductas que no se imaginaba que podría hacer, siguiendo algún modelo conocido que elija.

De las técnicas de *autocontrol* están:

Registros, si bien en la teoría no se señala como una técnica específica, es un hecho que se utilizan ampliamente, en su modalidad de frecuencia y descriptivo y que dentro de la fase educativa, se enseña al paciente a usar los registros para recabar la información necesaria para trabajarla en las sesiones y éstos derivan básicamente del conductismo.

Programación de actividades, el registro de las actividades diarias constituye la base para poner a prueba las ideas negativas de incapacidad de los pacientes ante las cosas que realiza y se da la tarea de programar a manera de que pruebe ante sí mismo su habilidad, no como una obligación como lo hacen los terapeutas conductuales. Al aplicar esta técnica se compromete al paciente a ir registrando sus pensamientos y sentimientos mientras esté realizando cada tarea. Sirve para contrarrestar la escasa motivación del

paciente y su preocupación en torno a sus ideas. Hay que organizar las actividades que generan mayor placer y por ello se modifica el estado de ánimo y la sensación de dominio.

Supervisión de actividades, esta técnica se sigue de la anterior y en ella el paciente registra las actividades que realiza hora por hora así como el estado de ánimo que acompaña a cada actividad, esto permite ver cómo está usando y distribuyendo su tiempo y las actividades en que ocupa más o menos tiempo y poder planearlas mejor (Beck, 2004).

Asignación de tareas graduadas, en ella se dividen las tareas complejas en pasos o tareas más pequeñas y se inicia por el paso más sencillo y se avanza a cumplir la tarea total. Se debe cuidar la tarea para evitar la posibilidad de fracaso y que se afirme la distorsión cognitiva.

Técnicas de dominio y agrado, en ella el término dominio se refiere al sentido de logro y el agrado se refiere al sentido de placer, diversión o alegría derivados de la realización de una actividad, estas pueden ser independientes, no estar relacionada la una con la otra. Esta técnica se usa para contrarrestar el pensamiento absolutista de “todo o nada” además proporciona datos para identificar y corregir las distorsiones cognitivas.

Tarjetas de apoyo o flash card, son tarjetas en las que el mismo paciente con asesoría del terapeuta, escribe mensajes o ideas que le ayuden a evitar los pensamientos negativos y/o contienen ideas positivas, también pueden tener instrucciones de conductas a realizar o frases motivadoras o de apoyo, que debe visualizar con frecuencia durante el día por lo que deben estar a la mano del paciente (Beck, 2000).

Listado de afirmaciones personales. Son listas diarias de las cosas positivas que el paciente está haciendo y por las cuales merece crédito y lleva a la retroalimentación.

Técnica del pastel, es la realización de un gráfico en forma de pastel en el que se pueden trabajar objetivos, establecimiento de responsabilidades, uso del tiempo, o cualquier

otro tema y que permite que en forma gráfica, el paciente se percate o planee el punto en particular que se está tratando.

Tareas para casa, ésta es una técnica constante en la que se instruye y solicita al paciente y en acuerdo con él, una serie de actividades, para que en el transcurso de una sesión a otra lleve a cabo las actividades acordadas, así como sus respectivos registros que serán analizados, asevera Judith Beck “Las tareas para el hogar no son un elemento accesorio, sino que son parte constitutiva de la terapia cognitiva.” (Beck, 2000, p. 293)

Las tareas tienen como objetivo que el paciente sea activo en la búsqueda de la solución al problema, perciba el control que va teniendo en la solución del mismo y aprenda las técnicas trabajadas; son cinco tareas permanentes típicas:

1. La activación conductual
2. El control de pensamientos automáticos
3. La biblioterapia
4. El repaso de las sesiones anteriores y
5. La preparación de la siguiente sesión.

Las técnicas consideradas como entrenamiento en *habilidades sociales*, devienen del aprendizaje social y las que se emplean son:

Entrenamiento en asertividad y role playing. En general los pacientes se comportan en forma no asertiva a causa de sus creencias negativas, por lo que el juego de roles puede usarse para mostrarle al paciente un punto de vista alternativo o para que vea los factores que interfieren con la expresión de las emociones. Así mismo se puede, si se requiere, trabajar en habilidades sociales. Judith Beck cataloga a estas técnicas como técnicas interpersonales y las maneja también como *dramatización* que la usa para descubrir pensamientos automáticos, buscar respuestas racionales y para modificar creencias centrales e intermedias (Beck, 2004).

Para una mejor visualización de las técnicas conductuales se presentan esquemáticamente en las figuras 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

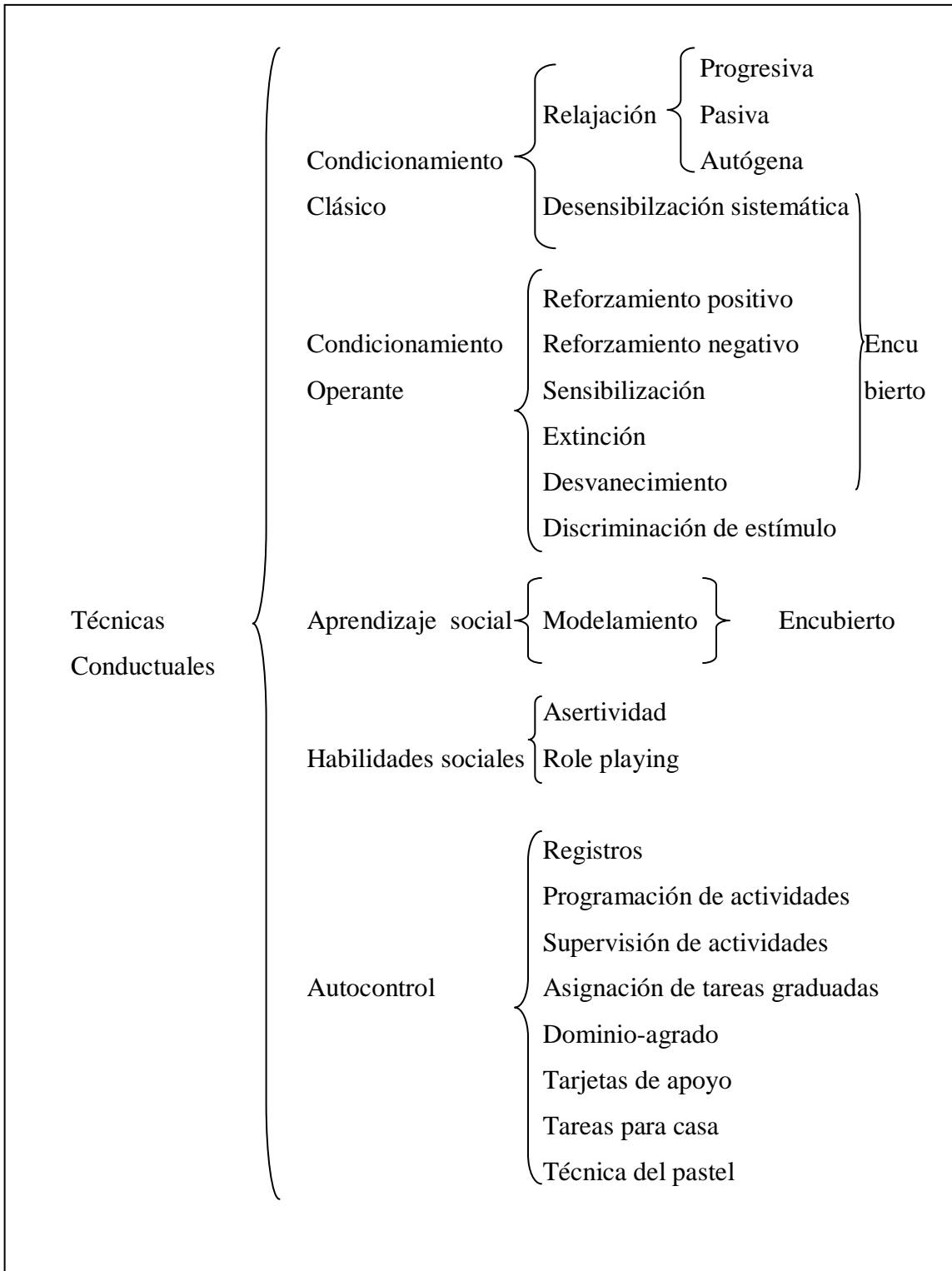


Figura 3. Técnicas conductuales usadas en la TCC

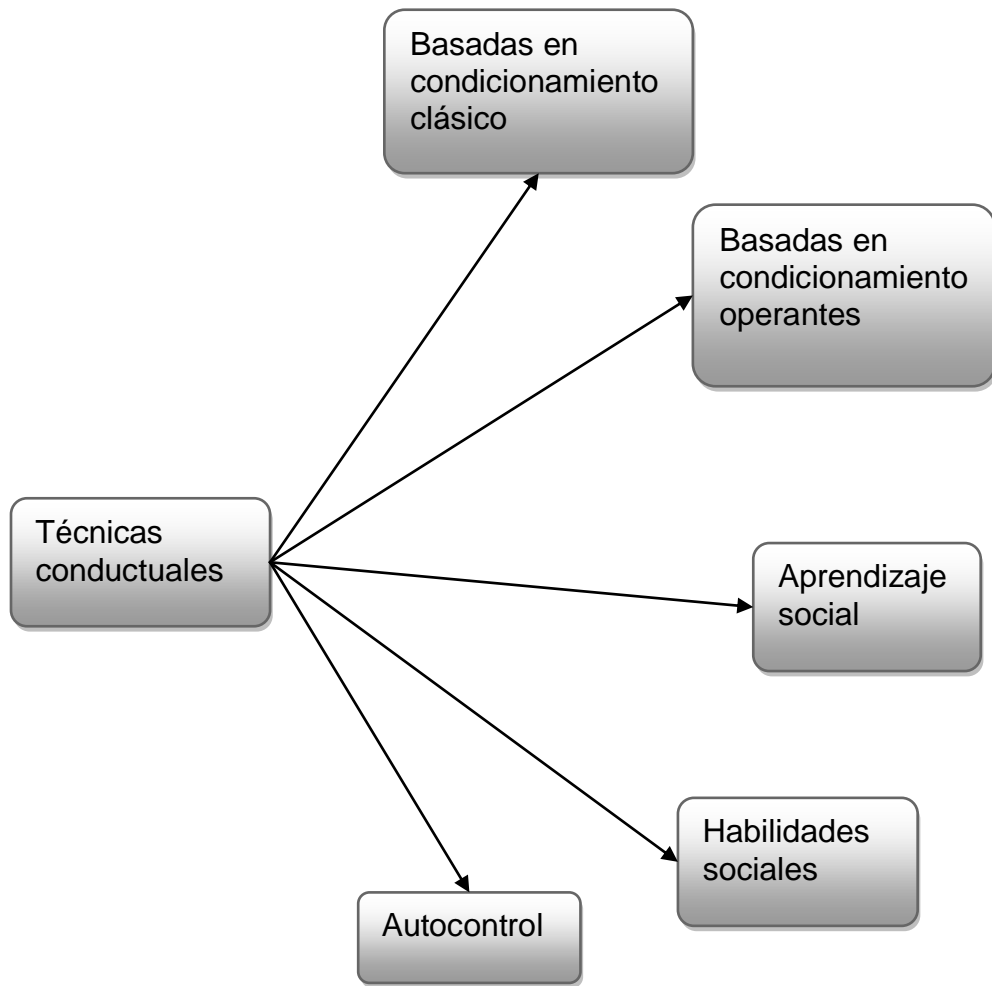


Figura 4. Técnicas conductuales usadas en TCC.

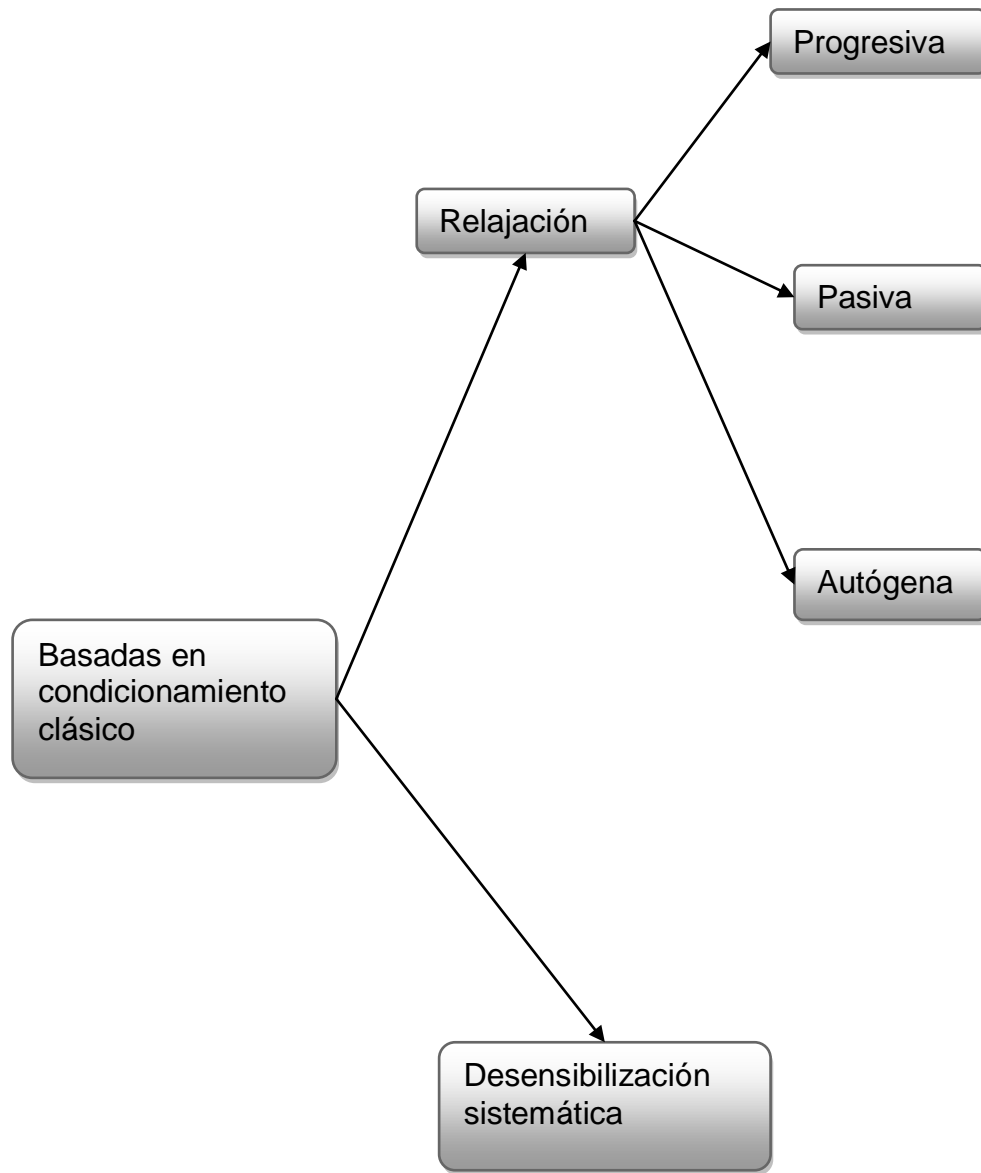


Figura 5. Técnicas basadas en condicionamiento clásico usadas en TCC.

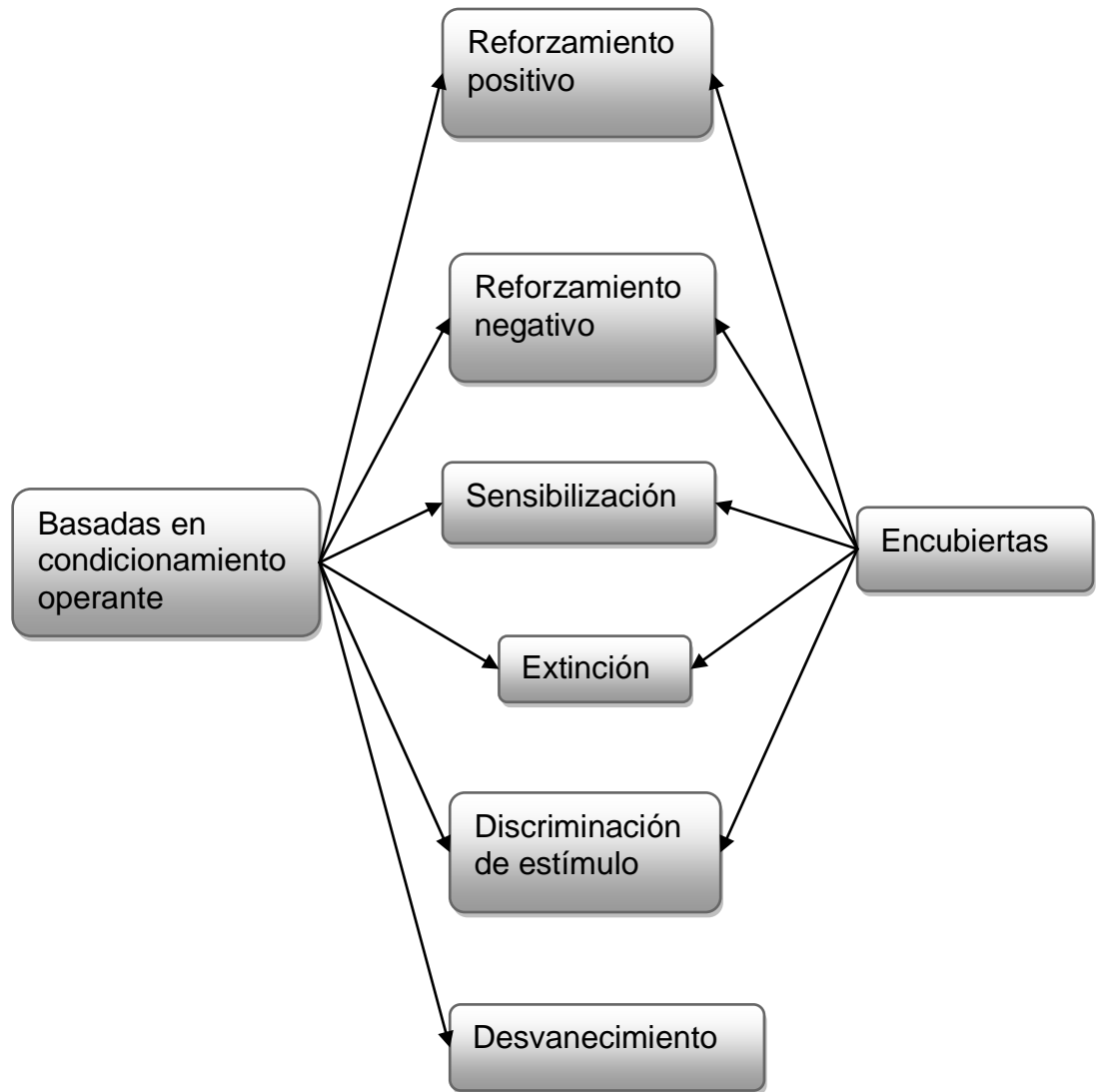


Figura 6. Técnicas basadas en condicionamiento operante usadas en TCC.

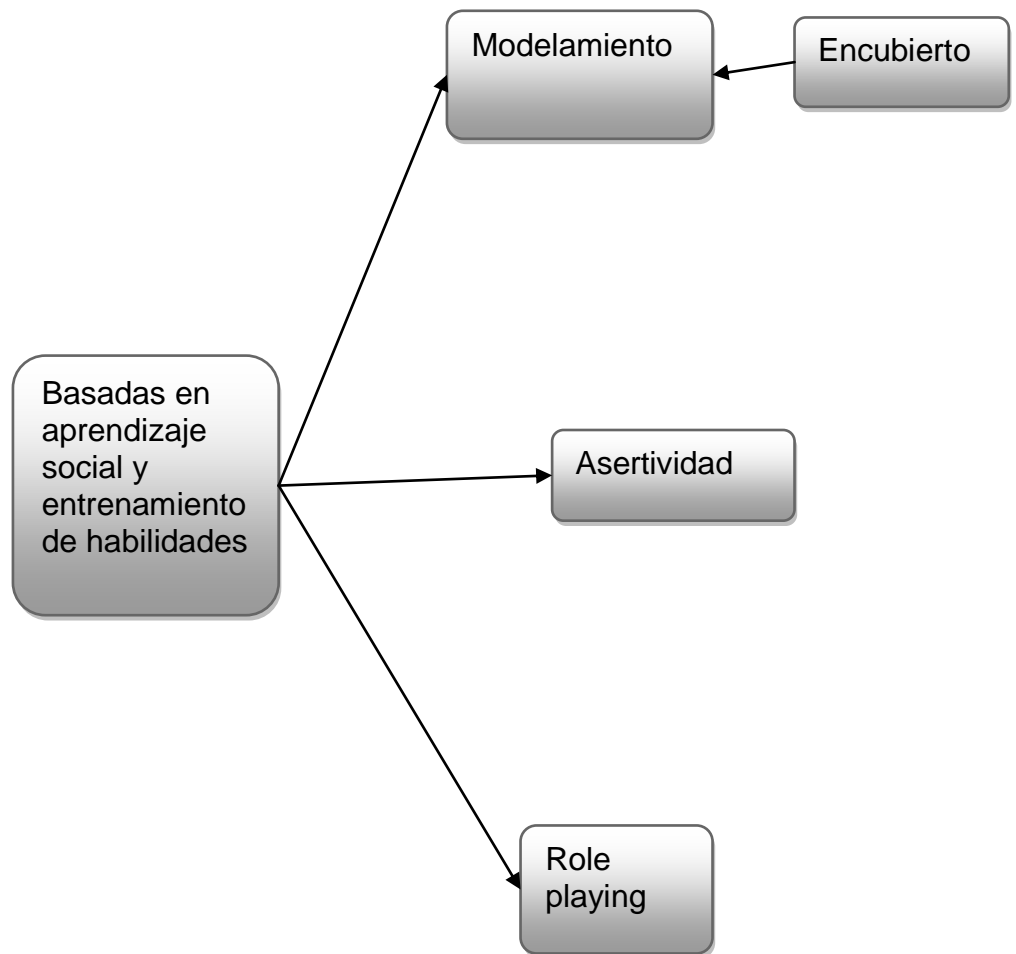


Figura 7. Técnicas basadas en aprendizaje social usadas en TCC.

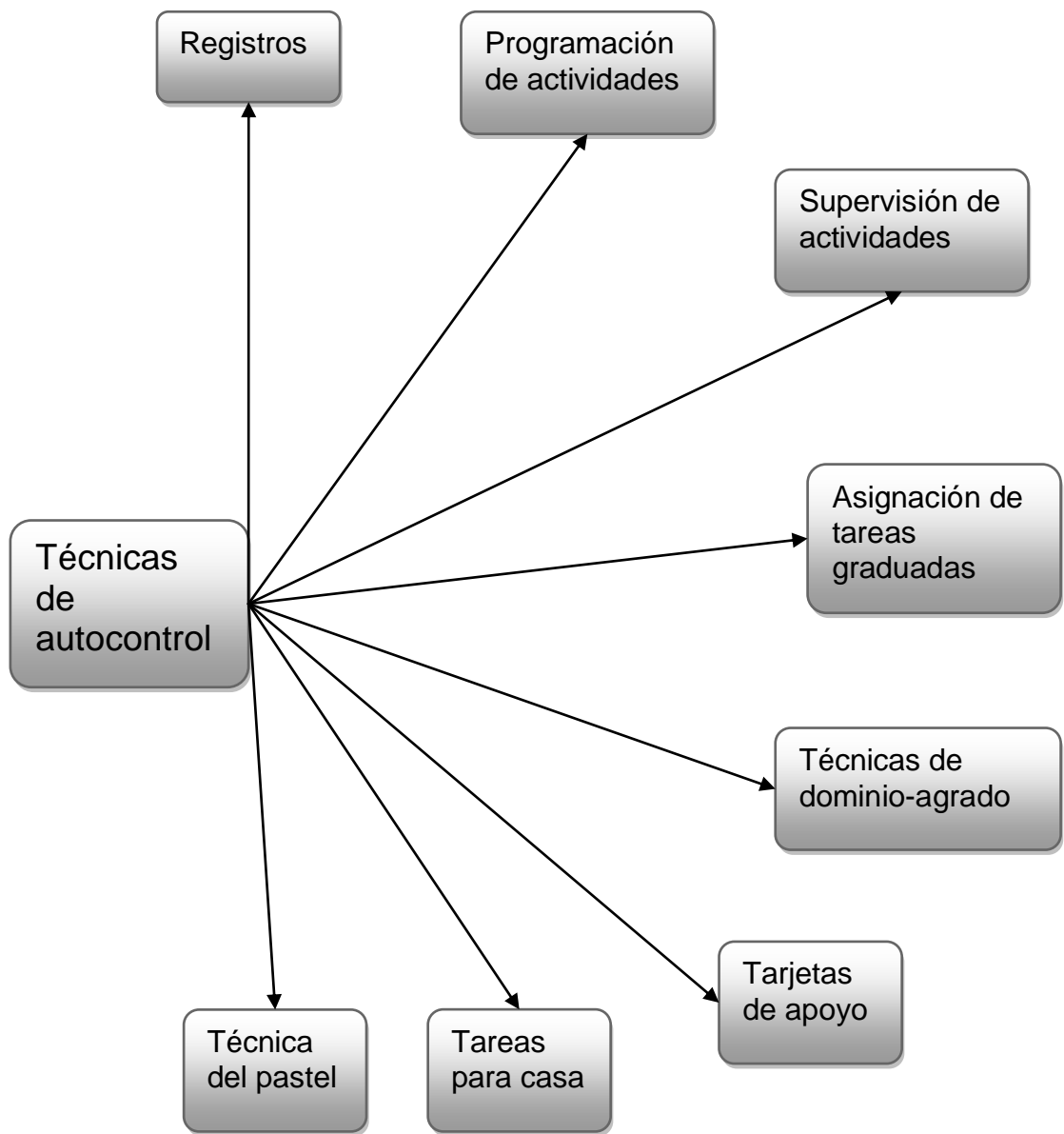


Figura 8 .Técnicas de autocontrol usadas en la TCC.

Técnicas cognitivas

Estas técnicas se dirigen a proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente, identificar y modificar el paradigma personal que maneja (Beck et al. 2001).

Las técnicas cognitivas se basan en seis puntos principales:

- a) identificar los pensamientos que más problemas le están causando a la persona,
- b) ver aquellas cosas que no está percibiendo,
- c) ver más allá de lo que está percibiendo,
- d) desarrollar un conocimiento más válido,
- e) convertir sus ideas negativas en hipótesis e
- f) introducir la duda frente a la certeza. (Caro, 2007)

La aplicación de las técnicas se puede clasificar en etapas que serían:

Socialización del paciente en la terapia cognitiva, o lo que Beck y Bieling (2004) llaman psicoeducación que está constituida por:

El acuerdo y establecimiento *contrato terapéutico* en el que se acuerda la frecuencia de las sesiones y forma de trabajo.

Conceptualización, se le explica al paciente como los pensamientos crean los sentimientos y de ahí se da la conducta, es ubicarlo dentro del modelo y que aprenda a diferenciar entre pensamientos, sentimientos y hechos.

La *biblioterapia*, se refiere a que el paciente lea folletos y/o libros referidos a la terapia cognitiva para que esté informado sobre el proceso.

La siguiente etapa es de *identificación y categorización de pensamientos automáticos*, en donde se instruye al paciente a que registre su pensamiento y el grado en

que cree en cada pensamiento y la emoción que lo acompaña, también se le enseña a diferenciar los pensamientos negativos de las emociones y registrarlos, para que pueda acceder a su mundo cognitivo poniendo en juego la introspección. Se entrena al paciente a plantear el problema en términos concretos y se pasa al *análisis del problema* que puede realizarse a través de:

1. Hacer un *análisis lógico* del tipo de inferencias para ser analizadas y sacar conclusiones. Para hacer el análisis de la lógica incorrecta se debe *cuestionar de forma guiada* los pensamientos del paciente para que alcance una conclusión alternativa.

Se usa el *cuestionamiento socrático*, esta técnica también llamada cuestionamiento hacia abajo o de flecha descendente, deriva de la mayéutica socrática que implica “el arte de dar a luz”. Se usa para ayudar al paciente a plantear su pensamiento (cognición) de manera adecuada, racional, reflexiva e independiente a fin de llegar a conclusiones lógicas y desechar lo ilógico del planteamiento. Lo importante de esta técnica es llevar al paciente, a través de preguntas bien planteadas a que llegue a su propio conocimiento, de ahí se llama cuestionamiento guiado también.

A través del cuestionamiento se conduce al paciente a la búsqueda de respuestas alternativas, la meta es que el paciente lleve a cabo una investigación activa que le permita encontrar soluciones alternativas para su problema. Se usan las hojas de registro de pensamientos disfuncionales, dando un valor a la intensidad de lo que registra. Buscando que dé una respuesta racional supone que el paciente tiene que desarrollar un punto de vista alternativo, más racional, más válido para cada uno de sus pensamientos automáticos y escribe en la siguiente columna del registro un pensamiento racional, finalmente el paciente reevalúa que tanto sigue creyendo en su pensamiento automático y reevalúa la emoción también.

2. Hacer un *análisis empírico* mediante el cual el paciente debe valorar si dispone de evidencia para apoyar dicho pensamiento. A través de otro tipo de cuestionamiento que no necesariamente es el socrático, se lleva a que el paciente se dé cuenta de cuál es la

evidencia que tiene para afirmar esos pensamientos automáticos, en segundo lugar, debe preguntarse si existen puntos de vista alternativos, en tercer lugar, habrá que preguntarse cuáles son las consecuencias, el efecto de pensar así y cuarto lugar deberá anotar cuáles son los errores de pensamiento o distorsiones cognitivas que está cometiendo.

3. *Análisis pragmático* sirve al paciente para que se dé cuenta de cuáles son las consecuencias prácticas de mantener esa creencia, (Caro, 2007). Se trabaja en la posibilidad para encontrar respuestas racionales que se obtienen a través de las preguntas para analizar la lógica incorrecta. Se sintetizan en dos aspectos, a) encontrar evidencia y b) encontrar mediante preguntas y reflexiones puntos de vista alternativos y diferentes sobre las cosas, buscando y modificando distorsiones y errores cognitivos. Para este análisis pragmático se pueden usar los *experimentos conductuales* que permiten que el paciente identifique sus pensamientos automáticos que tienen forma de predicciones y la técnica de *análisis de las ventajas y desventajas*, que es ayudar al paciente a identificar, registrar y sopesar las ventajas y desventajas tanto de lo que hace como de lo que piensa.

Otra etapa es la *comprobación de hipótesis*, para lo cual el paciente tiene que tomar todos y cada uno de sus pensamientos automáticos o sus ideas negativas una por una y convertirlas en hipótesis, se anota la idea lo más concreta posible, seguir el debate con el terapeuta visualizando y recordando todos y cada uno de los pasos de la comprobación de hipótesis, el siguiente paso es la búsqueda de evidencias, las que avalan la idea negativa o bien buscar la evidencia en contra. En tercer lugar, plantear un experimento conductual que permita comprobar la hipótesis negativa y cuarto, observar el resultado del experimento de ahí intentar modificar o reevaluar la idea negativa.

En el entrenamiento de la detección y manejo de las ideas automáticas se emplea la *técnica de parada o detención del pensamiento* que implica que una vez que el paciente se percata de que tiene una creencia automática negativa, voluntariamente detenga el flujo de su pensamiento, esta técnica se puede acompañar de la técnica de *distracción* y *refocalización* que conlleva a que el individuo se distraiga para evitar que la idea automática vuelva a ocupar su pensamiento y la refocalización se usa para ayudarlo a

concentrarse y poner atención a los pensamientos que debe atender y se estén tratando en sesión y para cambiar el foco de atención de las ideas. Estas técnicas están asociadas a técnicas operantes de escape y al usar las dos juntas tiene que ver con la teoría de los dos factores.

La técnica de *retroalimentación* que consiste en que el terapeuta o bien a través de las modificaciones en los registros el paciente se dé cuenta de lo que sí está haciendo y a lo que no le da crédito, que pueda observar los cambios que se están operando y es claro que esta información puede modificar el estado de ánimo y la percepción de eficacia, a lo que Judith Beck (2000; 2004) llama *comparación funcional de sí mismo* y señala la importancia de compararse consigo mismo cuando estaba peor y no necesariamente compararse con otras personas que no tienen problemas.

Imaginería o también conocida como práctica cognitiva, consiste en pedirle al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que compone la ejecución de una tarea, esto obliga al paciente a prestar atención a los detalles, que conlleva la tarea a realizar y contrarresta su tendencia a divagar y planea un sistema preprogramado para la realización, así también sirve para identificar los posibles obstáculos que pudieran dificultar o impedir la realización de la misma y así se puede anticipar y planear su realización lo que deja ver la parte de procesamiento de la información que también está involucrada.

También se usa para analizar los pensamientos imaginados, no verbalizados, bien sea que se queden en forma de imagen y han prevalecido en el pensamiento negativo o automático del paciente.

De esta técnica se derivaron las técnicas de Meichebaum que se aplica en las personas con trastorno por déficit de atención con hiperquinesia y también se ha transpolado al ámbito educativo en el metaprendizaje.

Prevención de respuesta esta técnica apoyada en la imaginería o a través de cuestionamiento, incrementa la tolerancia a la ansiedad y prueba las predicciones que el

paciente pueda hacer sobre todo ante situaciones obsesivas. Los pacientes son instruidos a relajarse y/o usar menos las medidas de seguridad que implementan.

Técnicas emocionales, se usan para regular los afectos mientras realiza una actividad y son: control respiratorio, distracción, actividades autotranquilizantes, medidas de seguridad y lectura de tarjetas de apoyo.

Otras técnicas usadas:

Señala Beck (2000, 2011) que en ocasiones los pacientes tienen problemas de la vida real además junto con el problema psicológico por el cual consultan y agrega otras técnicas para buscar la solución a estos problemas, como son:

Responder a los pensamientos válidos del paciente, cuando el pensamiento del paciente es válido el terapeuta debe buscar resolver el problema evaluando la conclusión del paciente, o examinando la utilidad del pensamiento.

Resolución de problemas, se instruye al paciente a que aprenda a especificar el problema, idear soluciones, seleccionar la solución más conveniente, implementarla y evaluar su eficacia.

Toma de decisiones, cuando el paciente tiene problemas es recomendable hacer la lista de ventajas y desventajas de cada una de las elecciones de solución posibles y se lo ayuda a evaluar cada una y a llegar a la conclusión de cuál es la pertinente.

Intervenciones en el medio ambiente, ésta incluye ayudar al paciente a hacer cambios en su ambiente laboral o de vivienda si así se requiere.

Intervenciones biológicas, cuando el paciente presenta enfermedad física o se sospecha de ella se le recomienda hacerse ver por un médico y se le puede instar a que siga

el tratamiento, así mismo en relación a la práctica de ejercicio, alimentación, sobre todo cuando Beck (2009) ya aplicó la terapia cognitiva para el logro de bajar de peso.

Sobre todo se recomienda usar las *técnicas de apoyo*, mostrando entendimiento profundo de la experiencia del paciente y dando reforzamiento positivo, siendo empático.

En la figura 9 se presentan las principales técnicas cognitivas empleadas para su visualización sintética.

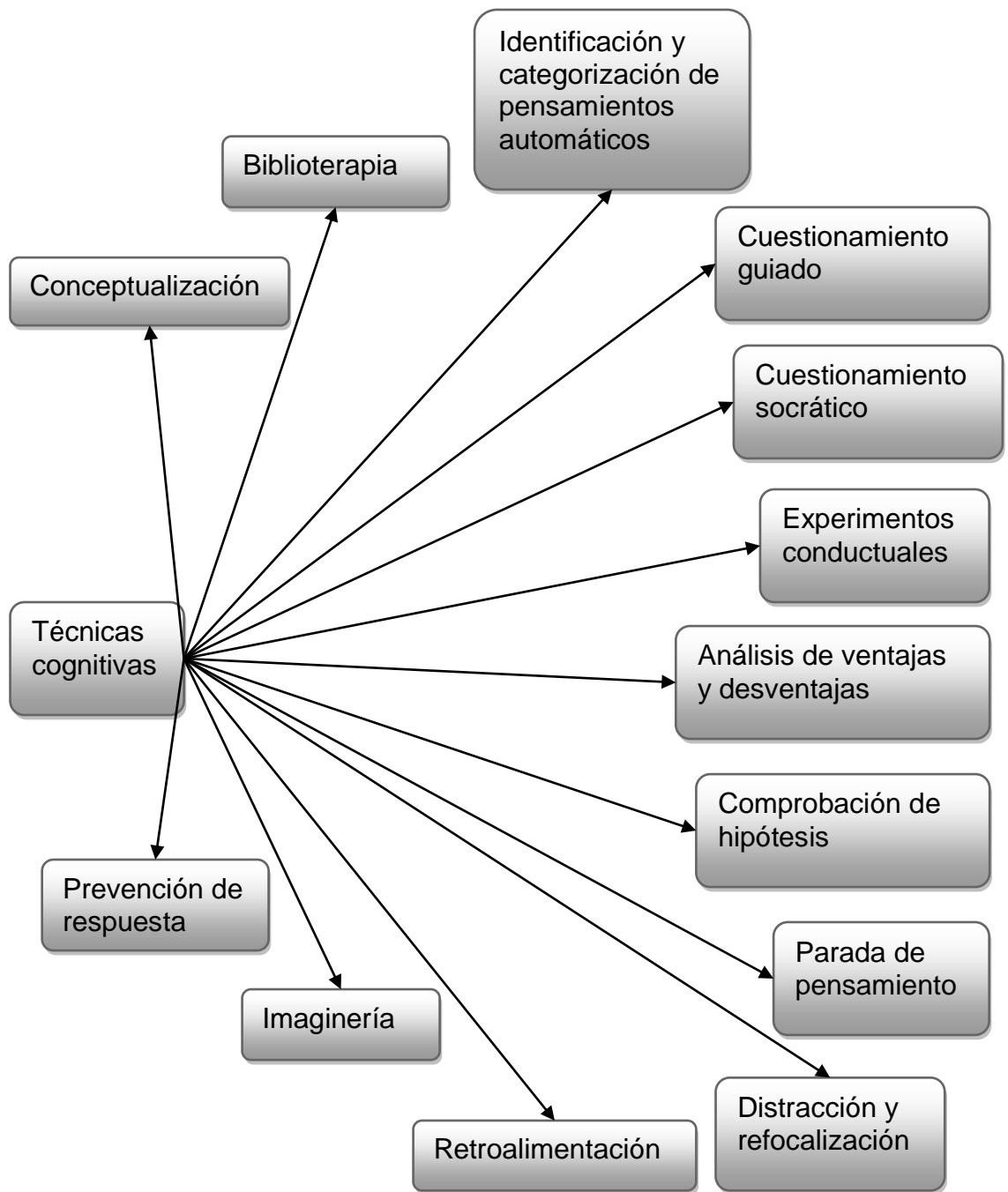


Figura 9. Técnicas cognitivas usadas en la TCC.

Capítulo 2. FORMACIÓN PRÁCTICA

La capacitación para terapeuta debe ser integral, contar con los conocimientos teóricos es fundamental pero los prácticos son esenciales y son los que en la formación académica se pone menor énfasis en general, apunta Gavino (2000) “No existe razón alguna que impida completar la formación teórica rigurosa con una adecuada formación práctica.” (p, 16).

Sobre la misma problemática Craske (2010) escribe que en un estudio realizado en Estados Unidos, el 45.4% de 591 terapeutas que fueron entrevistados se declaraban terapeutas cognitivo conductuales pero sus pacientes reportaron no haberlos percibido como tales y concluye que puede deberse a un mal entrenamiento ya que sólo el 17.8% de los programas de formación proveen la formación didáctica y supervisión clínica y también encuentra que parte del problema se debe al énfasis que se hace en el entrenamiento de los procedimientos por encima del entrenamiento en los principios teóricos.

Por ello en este capítulo se hace una revisión de los aspectos más comunes que vivencía un capacitando a terapeuta y en muchas ocasiones los terapeutas ya en funciones que pueden generar problemas en el desempeño clínico.

La capacitación para ser psicoterapeuta es una actividad posterior a los estudios de licenciatura, libremente escogida y basada en los intereses del discente, y es conveniente que cuente con una sólida *formación previa*.

Formación previa

En la ciudad de México, es común que los alumnos que se matriculan en cursos de especialidad en terapia cognitivo conductual proceden de diversas universidades con diferentes programas curriculares que están soportados con predominancia o exclusividad de uno u otro enfoque teórico por ende cuentan con una formación heterogénea, lo que

lleva a la disparidad de conocimientos previos y experiencia práctica con la que ingresan, por ello es relevante solventar las debilidades que lleguen a presentar, lo deseable es que se impartan cursos propedéuticos para que los candidatos o alumnos ya aceptados cuenten con los prerrequisitos indispensables para el buen desempeño comprensivo en el curso de formación y para que el ritmo de los grupos sea fluido y enriquecedor.

Beck a través de su obra, plantea requisitos que es deseable que el terapeuta cubra, e indicadores que debe tener en consideración. Es un hecho que concibe que el candidato a terapeuta, debe tener una formación anterior en psicología o psiquiatría y no se acuerda que profesionistas que no tienen una formación en estas áreas se matriculen y gradúen como terapeutas.

Así mismo Beck et al. (2001) hacen énfasis en los riesgos que se corren cuando el estudiante está mal informado y formado, motivo del presente trabajo, y señala: “Muchos de los terapeutas en periodo de aprendizaje creen que la terapia cognitiva consiste únicamente en hacer que los pacientes identifiquen y corrijan sus pensamientos negativos...Es difícil, cuando no imposible, llevar a cabo con éxito una terapia cognitiva sin un conocimiento profundo de la teoría en la que se basa” (p. 34).

Por ello se plantea y enfatiza la importancia de la solidez en la formación teórica en la que se estudien los orígenes del modelo y los avances que ha venido teniendo, que permita comprender los conceptos y técnicas que se aplican, Beck et al. (2005) apunta: “A veces, los terapeutas no entienden bien el modelo cognitivo y lo tienen por una especie de ‘libro de recetas’. Así despachan las técnicas con demasiada celeridad con la intención de demostrar capacidad, pero con el costo de que el paciente no se siente involucrado en el proceso de descubrimiento y aprendizaje.” (p. 129).

Además el candidato debe contar con un serio y completo conocimiento de la psicopatología ya que se sabe que el diagnosticar es fundamental y uno de los quehaceres más difíciles en la labor que se realiza dentro del terreno de la salud mental. Así mismo lo apoyan Ledley, Marx y Heimberg (2010).

Un terapeuta debe ubicar las distorsiones del pensamiento de su paciente y sobre todo qué los genera, debe hacer diagnóstico y necesita tener conocimientos abundantes en desarrollo del ser humano y de psicopatología que le permitan llevar a cabo el diagnóstico diferencial entre los diversos padecimientos, sobre todo, no confundir los trastornos de personalidad que son los que mayor complejidad presentan, por ello el no acuerdo de la capacitación de personas que no pertenezcan al área de la salud.

En los últimos años, se observa un abuso en la etiquetación de “Trastornos de la personalidad”, pareciera el diagnóstico “de moda”, lo que evidencia la falta de conocimiento y comprensión de los indicadores de los padecimientos.

Es patente que Beck se centra en criterios clínico psiquiátricos para la elaboración del diagnóstico, a lo largo de toda su obra hace referencia al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), dejando ver como prioriza la importancia de tener claridad, señala:

Pensamos que la voluntad de muchos terapeutas de ignorar las categorías nosológicas tradicionales y de centrarse simplemente en los problemas del paciente es restrictiva y puede producir consecuencias no deseadas. Aunque somos partidarios de la filosofía de ‘tratar al paciente en vez de la enfermedad’, existen razones de peso para clasificar los problemas psicológicos y, en consecuencia, para aplicar técnicas sensibles a fin de establecer un diagnóstico correcto. (Beck et al 2001, p. 29)

Y a la par plantea: “Los terapeutas no deben limitarse a una definición ideosincrática de la depresión dictada por una determinada escuela de psiquiatría o psicología, sino que deben tener en cuenta las descripciones de los síndromes que posean una aceptación generalizada.” (Beck et al. 2001 p. 29)

Pipes escribe que uno de los errores que puede cometer un terapeuta es “tratar de resolver el problema antes de que lo haya entendido” (Pipes y Davenport, 2004, p. 294).

Gavino (2000) abunda, “Antes de idear un tratamiento, sin embargo, el clínico necesita traducir dicho problema en términos teóricos.” (p, 45)

Y Judith Beck (2007) apunta que en psicoterapia: “Las dificultades pueden surgir debido a las creencias distorsionadas del paciente... y/o debido a un error del terapeuta (por ejemplo, si utiliza un tratamiento estándar de la depresión con un paciente que, en realidad, padece otro trastorno)” (p. 20) y “Un diagnóstico equivocado (por ejemplo, un trastorno de pánico diagnosticado erróneamente como una simple fobia.” (p. 29)

Ya que uno de los puntos básicos dentro de la primera sesión con el paciente, es “identificar problemas y establecer objetivos” (Beck, 2000), es muy importante contemplar que el proceso general de la terapia se asemeja al que se lleva a cabo habitualmente en una investigación científica convencional, para poder cubrir este objetivo, la técnica privilegiada para la elaboración diagnóstica y comprensión del caso es la *entrevista*.

La técnica de la entrevista es una recolección de datos por medio de la manifestación verbal (predominantemente) y no verbal, que permite formular la hipótesis diagnóstica, para ello es indispensable el conocimiento de los signos y síntomas de los padecimientos para que se pueda llevar una línea directriz en la misma y saber qué investigar y/o que los datos que está aportando el entrevistado tienen un significado importante ya que cuando no se conocen los signos y síntomas de un padecimiento, los estudiantes los dejan pasar sin percatarse que en ellos están las creencias distorsionadas, pensamientos automáticos y las estrategias que ha venido utilizando el paciente para adaptarse a su situación actual.

Así mismo y siguiendo los pasos propios de una investigación, se debe corroborar la hipótesis formulada, Beck lo plantea de la siguiente forma: “Nosotros formulamos las ideas y creencias desviadas del paciente acerca de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro en términos de hipótesis, cuya validez intentamos comprobar de un modo sistemático” (Beck et al. 2001, p. 16). Esta corroboración se puede hacer siguiendo la entrevista y apoyándose con los múltiples cuestionarios que para el efecto se han desarrollado dentro del modelo de

Beck, estableciendo el diagnóstico y llegado este punto, se pueda ya implementar un plan de intervención, postulando los objetivos a cubrir.

La entrevista requiere que las competencias verbales por parte del terapeuta estén desarrolladas, así como la atención, escucha atenta, comprensión y memoria, que son parte del procesamiento de información, por lo que deben practicarse.

En relación a las *competencias verbales*, tanto fónicas como corporales, una estrategia pedagógica para la práctica y factibilidad de mejora de la misma, es la técnica de simulacro o role playing para que el discente se percate de los mensajes no verbales que usa habitualmente y que sus pares y docente puedan retroalimentarle ya que la persona en general no se percata de su comunicación gestual y al evidenciarla podrá hacer uso de la misma con propósito y no ignorar que puede estar enviando mensajes que son estímulos a los que el paciente seguramente reaccionará.

Acerca de la comunicación verbal, Kleinke (2002) argumenta que la competencia lingüística del terapeuta debe comprender el uso de la metáfora y paradoja. Las metáforas pueden ser contempladas como, instrumentos cognitivos. También Judith Beck recomienda el uso de la metáfora (Beck 2000, 2011).

A la vez, el simulacro como estrategia didáctica, ofrece una amplia oportunidad para practicar la conducción de la entrevista y Ledley et al. (2010) también sugieren el uso del role playing en la capacitación de los futuros terapeutas.

Por otro lado, en este dominio verbal debe tener cuidado el terapeuta, para no caer en una trampa semántica cuando el paciente dice “creo” y hace referencia a un sentimiento o viceversa dice “siento” y habla de un pensamiento o idea, ya que son los elementos clave con los que va a trabajar como terapeuta.

En relación a otras de las competencias cognitivas necesarias para el desarrollo de las sesiones con el paciente, que son la *atención, comprensión y memoria a corto y largo*

plazo, Gavino (2000) detecta problemas en el actuar de terapeutas y señala: “En definitiva la atención selectiva, el uso inadecuado de la memoria y la comprensión de los datos de acuerdo a la forma de pensar propia son fallos frecuentes que se pueden ver en las aulas, pero también fuera de ellas en la práctica profesional.” (p. 20)

Es común que el capacitando a terapeuta está tan tenso pensando qué más preguntar que pierde la atención e ilación en la comunicación de su paciente y por ende la concentración y comprensión del material, obstaculizando el que pueda desde escuchar atentamente lo que su paciente reporta hasta darle forma lógica a lo comunicado, perdiendo datos, volviendo a preguntar, lo que deja ver falta de atención. Así mismo dudan de su capacidad de retención y tienden a tomar nota de todo lo que el paciente dice, repercutiendo en pérdida de atención flotante ya que la selectiva está puesta en escribir y afectan la parte relacional con su entrevistado.

Parte fundamental de la técnica de la entrevista es la *observación* que es poner atención a lo que está comunicando el paciente en forma no verbal y que permite ver la congruencia entre lo que dice y lo que expresa su cuerpo y éste es un material importante para poder comprender lo que le pasa al paciente, pero cuando no se sabe observar integralmente y conectar la información corporal con la verbal, o bien se está tan ocupado en el propio desempeño, que no se logra dar sentido a la necesidad del paciente y su particular forma de expresarla. Por ello es muy valioso practicar la observación, abriendo el campo visual, atendiendo a lo que se ve y haciendo descripciones de lo observado poniendo así en juego la memoria de trabajo y dando significado a lo observado.

Una vez que el alumno maneja las habilidades antes citadas, requiere organizar y sistematizar las ideas para que pueda llegar al objetivo que es la elaboración del diagnóstico a través de la detección de los esquemas y estrategias del paciente. Beck plantea “A medida que el terapeuta va adquiriendo experiencia, podrá emplear un ‘árbol de decisión’ en el transcurso de las sesiones (Beck et al. 2001 p. 15).

Si bien es cierto que se requieren habilidades y conocimientos como prerrequisito para el ingreso a la formación de terapeuta, también hay una serie de elementos que se deben cuidar *durante la formación*.

Durante la formación

Para formarse como terapeuta Beck considera que los candidatos deben satisfacer, entre otros requisitos previos: tener un sólido conocimiento del modelo cognitivo, conocimiento del marco conceptual de la terapia cognitiva, así como de su aplicación específica al tratamiento, entrenamiento formal en un centro de terapia cognitiva en la que se incluirá la supervisión en la terapia con pacientes, entrenamiento en talleres, realización de tareas de monitor de grupo, utilización de cintas de video y libretas de anotaciones. (Beck et al. 2001)

Se agrega y puntualiza la necesidad de ampliar los conocimientos fuera de los requisitos curriculares o bien insertarlos en la misma para hacer integral la formación, así, es importante hacerse de conocimientos de sociología y axiología por lo tanto se aborda el tema de *valores*.

En la formación cultural de cada grupo y subgrupo de personas prevalecen ideas que se constituyen en valores explícitos o implícitos que configuran la forma de pensar y por ende de sentir y actuar de las personas pertenecientes a esos grupos con esa identidad, así, lo que para una persona es un valor, para otra, perteneciente a otro grupo es un disvalor, por ello, el terapeuta deberá comprenderlos para que pueda ubicar y entender la idiosincasia del paciente, debe contextualizar su origen y procedencia.

Kleinke (2002) lo llama formación multicultural, y plantea: "...la obligación de los terapeutas de desarrollar una competencia multicultural. Es evidente que discutir con sus clientes sobre sus creencias y valores, al igual que sobre los cambios que podrían hacer en sus vidas, es algo que se debe hacer con sensibilidad hacia su cultura y ambiente." (p.285)

Y Beck et al. (2005) señalan que un fallo en la terapia es cuando: “El terapeuta subestima el papel de la cultura del paciente...Debemos comprobar que no estemos cometiendo un sesgo etnocéntrico...” (p.124)

Judith Beck alerta al respecto: “Los terapeutas también deben conocer los aspectos clave que afectan a los pacientes y a su tratamiento; por ejemplo, su edad, nivel de desarrollo, nivel intelectual, medio cultural, creencias espirituales, género, orientaciones sexuales, salud física y etapa de la vida.” (Beck 2007, p. 34)

Esta multiculturalidad presente en toda sociedad, debe ser tomada en consideración, así quien como terapeuta atiende grupos de jóvenes debe saber de las tribus urbanas, su idiosincrasia, valores, mitos y ritos y no dar un significado a priori de sus manifestaciones ideológicas, emocionales y conductuales.

Lo mismo sucede con los usuarios de las redes sociales basadas en el desarrollo de las tecnologías de la información, que están marcando comportamientos validados por los mismos usuario como es la forma económica y distorsionada al escribir, también en ellas se presentan una serie de comunicaciones gráficas y escritas que atentan contra los valores establecidos y practicados por muchos de los usuarios y además, están dando pie a problemas serios, sobre todo de pareja ya que se está invadiendo la intimidad de las personas al ingresar a sus páginas y enterarse de eventos que otros publican sobre ellos.

Como los valores están también fundamentados en las ideas religiosas, éstas influyen en la conformación de la manera de pensar de los miembros de un grupo y se transforman en creencias mucho más sólidas y arraigadas que las normas sociales y legales, aspecto que tiene que tener en cuenta el terapeuta, tanto para informarse de los pensamientos predominantes dentro de cada doctrina como para analizar la propia ideología al respecto y no permitir que ésta influya en su quehacer.

Aunado a lo anterior, se tiene que estar pendiente y atento de las modas localistas de la comunidad a la que se atiende, que se transforman en valores grupales, ya que a la fecha,

inicio de la segunda década del siglo XXI, se ha asumido en la forma discursiva un lenguaje con dejes del escuchado en los pacientes con trastornos de la personalidad, usando “como si” en forma de muletilla, que se escucha hasta en los medios de comunicación masiva y que conlleva a que el terapeuta no la use indiscriminadamente y por otro lado, que identifique si su paciente lo verbaliza como moda y que pueda trabajar ese contenido de ficción o falta de certeza que da el “como si”.

Como se puede notar, es fundamental la formación multicultural ya que no cobra el mismo significado el que un joven haga marcas con un exacto o con tinturas en su cuerpo haciéndose tatuajes por pertenecía a un grupo a cuando lo hace con fines autoagresivos, y no se puede ni debe generalizar, así como este argumento se podrían mencionar un sin fin, de ahí lo valioso de contextualizar los hechos dentro de un marco cultural y poder dar el sentido diagnóstico apropiado. Ello requiere un buen nivel de cultura por parte del estudiante.

Pasando a lo que es la intención de la terapia cognitiva, de acuerdo a Beck y Bieling (2004), la ubican como:

La meta principal de la terapia cognitiva es ayudar a los pacientes para que logren remitir sus desórdenes a través de resolver problemas y reducir síntomas. Esto se consigue a través de la colaboración, investigación empírica, que enseña al paciente a ver más clara la realidad a través del examen de sus distorsiones cognitivas centrales. Corrigiendo sus ideas erróneas permitiendo la mejora del estado de ánimo y funcionamiento. (p. 22)

Y Kleinke (2002) escribe que la psicoterapia: “...es una relación de trabajo entre terapeutas y clientes, encaminada a buscar soluciones a los problemas de los clientes, más ventajosas que las que éstos están utilizando hasta ese momento.” (p. 49), por ello es conveniente que el estudiante empiece por ubicar su futura función ya que una de las creencias distorsionadas por parte de los alumnos que señalan Beck y Bieling (2004), así como Ledley et al. (2010), es la de que “van a curar a sus pacientes”.

Si se revisa el significado etimológico de psicoterapia, se tiene que la palabra psico proviene del griego cuyo significado es espíritu, alma o ser y la palabra terapia significa asistente o aquel que cuida de otros.

Ya desde la acepción del vocablo, el alumno debe ir contextualizando su futuro actuar, que lo pone en un lugar de igualdad al de su paciente y no de superioridad ni poder sobre la otra persona. “La psicoterapia no es un ‘tratamiento’ que los clientes reciben de los terapeutas” (Kleinke 2002, p. 49) como se maneja en otros modelos.

Otra de las distorsiones cognitivas que pueden influir en el desempeño del terapeuta son las falsas expectativas que sobre el ser terapeuta puede tener, más allá de que va a curar a sus pacientes que ya se señalaba, pueden estar presentes el prestigio y la movilidad social debida a las ganancias económicas.

El terapeuta debe estar claro que vende un servicio y trabaja intercambiando el servicio por un pago, lo que lo debe llevar a asumirlo.

Otro problema que se detecta es que ningún programa académico cuenta dentro de sus asignaturas, ni siquiera en un tema, la “venta del servicio”, el terapeuta se enfrenta desde la necesidad de tomar decisiones de en dónde va a poner su consultorio, sin conocimiento de la demanda que haya en ese lugar; no tiene conocimiento de los aspectos legales como son los que ante la Secretaría de Hacienda se tienen que cubrir, como es el pago de impuestos, y lo que en muchas ocasiones más conflictúa es ¿cuánto va a cobrar?. Si bien estos aspectos podrían sonar frívolos, son elementos comunes que generan dudas y temores en los recién graduados en clínica.

Por otro lado, ya se hacía mención del carácter educativo de la psicoterapia cognitiva, Judith Beck la califica “...es educativa por naturaleza. La meta del terapeuta es enseñar a su paciente a ser su propio terapeuta” (Beck y Bieling, 2004 p.25). Para el logro de esta meta se debe contar con la disposición y actitud del terapeuta así como del conocimiento y comprensión de que su trabajo es colaborativo con su paciente.

Así que más allá de que el candidato cubra conocimientos teórico conceptuales, que se abordaron en el primer capítulo, se requiere el manejo también, de disposiciones actitudinales necesarias para hacerse terapeuta. Judith Beck concibe que el terapeuta ya debe contar con la capacidad para demostrar empatía, preocupación, competencia, una mirada con interés positivo sobre lo que le pasa a su paciente (Beck 2000, 2011).

El hecho de hacerse terapeutas es emocionante, finalmente desde que el alumno se matricula en la licenciatura, por falta de conocimientos, cree que durante la misma será ya terapeuta y en general los estudiantes se perciben frustrados cuando se dan cuenta que para llegar a esa meta deberán hacer estudios de posgrado y lo mejor es cuando lo asumen, ya que muchos de los egresados empiezan su ejercicio como tales sin haberse especializado. Al respecto Gavino (2000) asevera “A lo largo de su formación los futuros psicólogos clínicos no recibimos entrenamiento en las habilidades terapéuticas necesarias para llevar a buen fin la terapia, o, al menos no interferir en su evolución.” (p. 20)

Así pues como se ha señalado, el candidato a entrenarse como psicoterapeuta tiene una serie de ideas distorsionadas sobre la función de terapeuta como sobre el modelo cognitivo conductual, y si acude a la literatura puede que adquiera conocimientos teóricos pero no los actitudinales, ya que en el campo bibliográfico se encuentran muchos manuales que buscan guiar al terapeuta en su labor como son los de: Beck y Bieling (2004) Creed, Reisweber y Beck (2011); Ledley, Marx y Heimberg (2010); Beck (2000, 2011); Riso (2009) entre muchos otros. En ellos se presentan los conceptos teóricos del modelo y la descripción de la planeación de las sesiones de terapia, junto con consejos sobre determinadas situaciones que pueden presentarse durante el desarrollo de la misma, teóricamente son claros y didácticos pero la sola lectura o estudio de los mismos, no lleva a que una persona se pueda hacer terapeuta autodidacta.

Judith Beck, quien se formó también como terapeuta en el modelo, en su libro *Terapia cognitiva*, en sus dos ediciones (2000, 2011), que los presenta como un manual, sugiere una serie de pasos a seguir por el terapeuta novel, dentro de ellos plantea: “Usted irá aprendiendo a identificar sus propios pensamientos especialmente ‘pensamientos

automáticos' ". "Aprender las habilidades básicas necesarias para la terapia cognitiva, valiéndose de su propia persona como sujeto, lo ayudará a enseñar a sus pacientes esas mismas habilidades", "...tendrá la oportunidad de modificar sus pensamientos disfuncionales y de incidir en su estado de ánimo (y su conducta), tornándose más receptivo respecto del aprendizaje" (Beck 2000, pp. 28 y 29).

Se puede percibir en estos argumentos, así como a lo largo de sus libros, que da la idea de que formarse como terapeuta es sencillo, "Usted podrá crecer como terapeuta cognitivo aplicando a su propia persona las herramientas que se describen en este libro" (Beck, 2000 p. 28), ya que como se lee en la cita, invita a que el lector vaya realizando los ejercicios que en un futuro pondrá a sus pacientes y si bien ello es muy recomendable, ya que permite sentir lo que el paciente sentirá y vivir las dificultades que tendrá, por otro lado no es equiparable ya que el lector lo está haciendo en solitario y sin un motivo clínico, sino formativo. Aunque la misma autora plantea "Para el observador no entrenado, la terapia cognitiva puede resultar engañosamente simple." (Beck, 2000 p. 27). Sin embargo sólo aparece esta frase después de alentar al lector a crecer como terapeuta siguiendo el manual.

La expectativa de ser terapeuta genera en el candidato una serie de emociones y temores que las clases teóricas y prácticas en términos generales no abordan y que el aula no es el lugar adecuado para la socialización de tales emociones y creencias personales ya que podrían presentarse otras distorsiones cognitivas por parte de los estudiantes en relación a parecer vulnerables, no adecuados para la tarea frente al grupo y muchos otros pensamientos, finalmente son personas que también tienen sus propios esquemas nucleares y distorsiones cognitivas, por ello es pertinente abordar los fenómenos que vivencia un candidato a terapeuta y en muchas otras ocasiones los terapeutas ya en funciones de los que generalmente no se habla ni se enseña cómo manejarlos y que es indispensable el solventarlos para poder fungir como terapeutas éticos.

Se empieza por hacer mención de los *temores* que el terapeuta puede presentar:

Al respecto Ledley et al. (2010) comentan: “Aprender nuevas habilidades y empezar a desarrollarlas en la profesión que uno eligió puede ser muy excitante, pero estas experiencias pueden también ser provocadoras de ansiedad.” (p. 1)

Y Pipes y Davenport (2004) plantean “Algunos temores se basan en la realidad, otros en la falta de información y otros, además forman parte de nuestras fantasías...” (p. 133)

Dentro de los temores que puede sentir el discente se enlistan los siguientes:

- a que el cliente sea más inteligente
- a la cercanía excesiva del cliente
- a la dependencia por parte del paciente
- a hacer el ridículo
- a decir lo obvio
- a no ser capaz de ayudar
- a no estar capacitado en el padecimiento
- a hacer que el cliente empeore
- a que el paciente piense que no sabe
- a que no le agrade el cliente.

Y algunas preocupaciones que suelen presentar se ejemplifican en:

- porque al cliente no le agrade el terapeuta
- por perder el control de la sesión
- por perder el control de las emociones
- por establecer una diferencia cultural
- porque el cliente trastorne la vida del terapeuta
- por críticas por parte del paciente
- agresiones por parte del paciente
- por las evaluaciones del supervisor.

Como se observa, el futuro terapeuta presenta distorsiones cognitivas que vienen de sus propios esquemas sean estos intermedios o centrales, ante estos pensamientos en los manuales se encuentran sugerencias como son: “revisar los pensamientos que generan inseguridad” (Ledley et al. 2010, p. 8) o “Usted irá aprendiendo a identificar sus propios pensamientos especialmente ‘pensamientos automáticos’ ” (Beck 2000, p. 28). Pero no se considera que el identificarlos sea suficiente para el cambio, además se corre el riesgo de que los alumnos transformen esos pensamientos en todo positivo, del tipo de las distorsiones cognitivas maníacas y no se tenga parámetros reales que permitan identificar hasta dónde son distorsiones y hasta donde llega una realidad, es decir, se están cometiendo errores por lo que hay que hacer una buena autoevaluación del propio proceder.

Pipes y Davenport (2004) señalan: “Cualquiera que sea la fuente de nuestras preocupaciones, ayuda a que sean tomadas en serio por nuestra parte y la del supervisor. Por un lado, una de sus tareas como terapeuta novel es que no se tome a *sí mismo* demasiado en serio. Si usted se culpa (e indudablemente lo hará) por cometer errores, trate de concebirlos (tanto los reales como los imaginados) como conductas específicas que pueden mejorarse y no como defectos globales de la personalidad” (p.133)

El argumento de que no se tome a sí mismo muy en serio es poco ético y falto de compromiso con el quehacer, lo malo no es que aparezca en un libro, sino el efecto que éste puede causar en el lector, al nuevamente hacer sentir que la labor del terapeuta no debe ser tan seria y no es difícil. Seguro que el terapeuta novel puede equivocarse, pero debe reconocerlo y asumirlo como una oportunidad para su propia superación para lo que deberá estar atento a su actuar sin que ello merme la atención hacia su paciente.

En tanto el trabajo terapéutico es un proceso inserto en una relación, un precepto básico dentro de la terapia es establecer una *fuerte alianza* entre paciente y terapeuta y que éste último debe trabajar para lograrla. Kleinke (2002) argumenta “La psicoterapia tiene lugar dentro de una relación interpersonal. Ello explica que el resultado terapéutico satisfactorio dependa tanto de las competencias interpersonales del terapeuta, como de su dominio técnico” (p. 77). Pero en tanto relación, que depende de la sociabilidad del

terapeuta, se viven *emociones* aparte de los temores y preocupaciones antes descritos y este es otro de los puntos importantes dentro del desempeño terapéutico.

Beck al respecto escribe:

...puede ser útil desprenderse del miedo de que las emociones que uno siente como terapeuta son ‘errores’ o indicaciones de fracaso terapéutico. Las emociones del terapeuta pueden venir de una gran cantidad de fuentes, incluida la visión del terapeuta de su rol profesional, cultural o creencias relacionadas con sus valores, con sus aprendizajes y con las interacciones con las conductas problemáticas del paciente. (Beck et al. 2005 p. 137)

Si bien es cierto que por lo menos se plantea un abanico de posibilidades importantes del origen de las emociones, se queda en el vacío la solución que es necesario implementar.

También en relación a las emociones del terapeuta Beck (2005) discurre,

...el terapeuta necesita tener una manera de reconocer, etiquetar, comprender y expresar sus propias emociones. En vez de no tener emociones o de ser un experto y reprimirlas. Cualquier cambio en la conducta típica del terapeuta puede ser signo de una reacción emocional y los pensamientos asociados. Para captar ese comportamiento, a veces sutil, el terapeuta también puede usar una grabación en la que se pregunte a sí mismo acerca de la situación terapéutica con el cliente sobre todo lo maneja en relación a los pacientes con trastornos del Eje II y con adicciones”. (p. 136)

Y la solución que plantea: “Es posible que la manera en la que el terapeuta ve o maneja los pensamientos y emociones relacionados con la terapia necesite alguna reestructuración cognitiva para reducir la intensidad del afecto negativo o para mantener su atención sobre los objetivos terapéuticos” (Beck et al. 2005 p. 136).

En otro momento había planteado Beck, (2001): “Es crucial que el terapeuta poco experimentado sea siempre consciente de los cambios que se den en las reacciones

emocionales del paciente - así como de las suyas propias”. (p 46). Pero no dice qué hacer con ellas más allá hacerlas conscientes y registrarlas, si bien se presume que hay que corregirlas, no se señala nunca cómo hacerlo.

También argumentó que las reacciones emocionales del terapeuta pueden ser puentes para el cambio más que barreras al progreso, si el terapeuta aprovecha la tecnología del modelo cognitivo. Y reconviene: “El llenado del registro de pensamientos disfuncionales por el propio terapeuta puede ser muy efectivo para dilucidar sus emociones” (Beck et al. 2005, p. 138), y Gavino (2000) agrega “...un fallo en la reacción del terapeuta puede suponer incluso el abandono del tratamiento por parte del paciente.” (p.55)

Beck abordó ampliamente el tema de las emociones en el terapeuta en sus diferentes obras, también sugiere, “El terapeuta debería permitir la presencia de reacciones negativas o positivas hacia su persona, pero no provocarlas o ignorarlas deliberadamente.” (Beck et al 2005, p. 135)

Siguiendo con el manejo de las emociones y en particular de la empatía que es parte de las mismas, Beck (2001) plantea que la aceptación, empatía y autenticidad son actitudes indispensables por parte del terapeuta y en particular con los pacientes con trastorno de la personalidad, escribe: “La irritación que puede hacer sentir el cinismo o negativismo del paciente pueden mitigarse mediante la comprensión empática...” (p 53). Bajo lo cual está pidiendo un manejo altamente cognitivo para que el terapeuta trate de imaginarse el sentir del paciente lo que no se lograría sólo con las clases teóricas, debe tener entrenamiento en autoconocimiento y autocontrol.

Como se había mencionado, la terapia se centra en la parte relacional basada en una fuerte alianza entre el terapeuta y el paciente, aparte y/o debido a las emociones que ésta pueda generar se da la posibilidad o no de la *cercanía o proximidad* emotiva por parte del terapeuta y éste es otro de los elementos que genera distorsiones cognitivas o por esos sesgos, la cercanía no se da, afectando el proceso terapéutico.

Un terapeuta próximo es aquel capaz de ejercitar las competencias de responder activamente a lo que el cliente está diciendo tanto de manera verbal como no verbal y responder de una manera que sea congruente tanto con el mensaje como con los sentimientos que el cliente está comunicando (Kleinke, 2002).

Enlista Kleinke (2002) “Ser próximo requiere de las siguientes competencias:

- Habilidad para atender a lo que el cliente está intentando comunicar
- Motivación para desarrollar una relación íntima con el cliente
- Energía para responder al ritmo demandado por el cliente (afectivo e ideacional)
- Habilidad para identificarse con el marco de referencia del cliente
- Estar entrenado en competencias básicas de entrevista. (p. 81)

La proximidad valida al cliente, da la sensación de que sus problemas son reales y comprensibles, por ello es importante poseer sensibilidad tanto a lo que se refiere al propio comportamiento no verbal como respecto al del cliente.

O’Donohue y Fisher (2008) plantean que el proceso de la terapia pierde su efectividad si el terapeuta se reduce a un ácido debate intelectual. La relación necesita incluir empatía, calidez y un poco de buen humor. Sugieren que hay que incluir creatividad.

Como es claro, el terapeuta percibe emociones durante la sesión de psicoterapia, lo que sugiere la presencia de algún pensamiento automático, lo importante es detectar los propios pensamientos y trabajarlos.

Así que se encuentra un vacío sensible en la formación de terapeuta en el que el alumno como persona no tiene una alternativa clara para el manejo de sus propias emociones incluyendo sus temores y que es un contrasentido que si va a trabajar las emociones de su paciente, no sepa como aclarar las propias o lo haga teóricamente con buenas intenciones pero no sabiendo con qué resultados.

Y se reitera que las emociones incluyendo la posibilidad de ser empático y cercano, están generadas por los pensamientos, por lo que se pasa a revisar las creencias en los capacitandos a terapeutas.

Craske (2010) señala como un fallo en la formación, el que no se plantea un ejercicio en el que se revise la funcionalidad y adaptabilidad de la propia idiosincrasia.

Lo antes expuesto conlleva a que se cometa el error de pensar que lo que el terapeuta piensa está bien y puede querer llevar a esos pensamientos a su paciente ya que forman parte de su código de valores y ningún autor plantea que se analice en la persona del terapeuta esas creencias, por ello se puede correr el riesgo de lo que Aaron Beck si plantea: “Muchos terapeutas inducen al paciente a expresar sentimientos que no están realmente presentes” (Beck et al. 2001, p. 49). Y así previene: “El terapeuta siempre debe tener en cuenta que está tratando al paciente y no a sí mismo. En otras palabras, es de particular importancia que el terapeuta no se sirva de la terapia para resolver sus propios problemas” (Beck et al. 2001, p. 47). En estos argumentos, Beck advierte del peligro, mas no da alternativas para no hacerlo.

Gavino (2000) también escribe: “Tampoco es infrecuente encontrarse con una explicación adaptada a la lógica y valores del futuro terapeuta” (p. 20)

Revisando las creencias que puede presentar el terapeuta, Beck reconoce que éste puede tener pensamientos desadaptativos acerca del paciente, es decir, pensar mal de él o de su padecimiento, lo que viene dado de su propia ideología, de su desarrollo moral y recomienda “...alentamos a los terapeutas a que se impliquen en supervisiones regulares con sus colegas” (Beck et al. 1999, p. 90).

Se considera que la sola supervisión no garantiza que se modifiquen las ideas valorativas hacia su paciente ya que seguro éstas están en sus esquemas y si la supervisión es grupal, no es el escenario para abordarlas ya que como se hizo ver con anterioridad, se generan otras distorsiones cognitivas.

Se tiene que tener claro que las creencias disfuncionales del paciente y del terapeuta pueden ser complementarias y potenciarse recíprocamente. Un punto ciego del terapeuta en relación a sus propias creencias, puede ser un impedimento para el progreso del trabajo terapéutico.

Este se considera que es el punto más relevante en la formación de terapeutas cognitivos conductuales, ya que aprenderán a revisar las distorsiones cognitivas, los pensamientos automáticos, los esquemas y las estrategias de quien les consulten, pero ¿y las propias?, este es el tema central de este trabajo y que más adelante se trabaja.

Cooperación y enseñanza

Como se ha visto, el modelo cognitivo conductual es eminentemente psicoeducativo, es necesario tener la disposición y actitud de colaborar en el aprendizaje del paciente y compartir su saber para que como señala Kleinke (2002), “Es tarea del terapeuta ayudar al cliente a apreciar las posibilidades que la autonomía les ofrece, a planificar, anticipar y asumir la responsabilidad de su autonomía” (p. 288).

El ambiente colaborativo de trabajo permite que el paciente tome decisiones dentro de su propio proceso y conlleva a que ambos, terapeuta y paciente funcionen como un equipo y decidan los problemas a tratar, los jerarquicen, acuerden las tareas para casa, la frecuencia de las sesiones y las metas a lograr, como lo señala Judith Beck a lo largo de toda su obra (Beck, 2000, 2011, Beck y Bieling 2004).

Esa meta, de que el paciente aprenda a manejar su vida la señala Beck en el siguiente argumento: “Uno de de los componentes más poderosos del modelo de la psicoterapia basada en el aprendizaje es el hecho de que el paciente comienza a incorporar muchas de las técnicas que emplea el terapeuta.” (Beck, 2001, p. 14) Así también señala “Con el paso del tiempo, el terapeuta se convierte en un modelo de rol para el paciente, en alguien que éste puede emular cuando se trata de demostrar consideración, tacto, gratitud y comprensión en su propio círculo de íntimos y amigos” (Beck 2005, p. 120), lo que lleva a

que el terapeuta sea un franco y verdadero modelo, esta empresa agrega responsabilidad al terapeuta.

Ahora bien, se puede ver como la psicoterapia cognitivo conductual efectivamente es psicoeducativa ya que lleva a desaprender mecanismos desadaptativos para volver a aprender, ahora mecanismos adaptativos.

Supervisión

Parte importante de la formación para hacerse psicoterapeutas es la *supervisión* de casos, Judith Beck (2007) hace alusión a ella: “Los terapeutas también deberán buscar recursos adicionales, para ser del mismo modo lo más eficaces posible con los pacientes que presentan problemas difíciles. A veces, algunas lecturas serán suficientes, pero, en general, los terapeutas y sus pacientes se benefician de la formación práctica y la supervisión” (p. 360). A diferencia de lo que la autora señala, se plantea la necesidad de que la supervisión es necesaria no sólo en los casos difíciles, sino en todos aquellos casos que atiende, sobre todo el alumno en formación.

La supervisión en su modalidad grupal, permite la revisión de varios casos a la vez, esto conlleva el beneficio de que los estudiantes trabajen en ellos aunque no sean sus pacientes directos, pero tiene la desventaja que el supervisado presenta y narra el caso, su experiencia, pero en ella están insertos sus sesgos cognitivos, si bien los compañeros aportan ideas importantes y valiosas, ya que el caso se ve bajo la mirada de varias personas no deja de ser la supervisión de lo contextualizado por el terapeuta tratante, pero no de lo actuado, ni de lo sentido, ni pensado y en donde, al menos en el modelo cognitivo no es loable analizar las emociones del terapeuta frente a los compañeros, se podrán interrogar esas emociones y sus pensamientos para sumar información, más no trabajar en el significado de los mismos que vienen de los esquemas del terapeuta en ciernes ya que no es, se insiste, el lugar apropiado para hacerlo.

Otro problema que se presenta en la supervisión de casos es que tiene un tiempo asignado dentro de la carga horaria de la planeación curricular, lo que en muchos momentos no da el tiempo necesario y suficiente para la supervisión puntual de cada caso en función también del número de alumnos matriculados en cada grupo de supervisión y la exigencia de atender un determinado número de pacientes por el alumno, este criterio impuesto por el programa académico o por la institución en la que se estén realizando las prácticas.

Otro factor que dificulta el objetivo real de la supervisión es que se asigna una calificación para poder ser promovidos los alumnos, éstos lo viven como una supervisión de su actuar que debe ser calificada, acá se perpetúa otro aprendizaje en donde tanto docentes, en este caso supervisores, como estudiantes, viven la experiencia como algo en donde se espera un actuar perfecto que debe ser sancionado por quien detenta el poder, no se tiene el sentido de evaluación que permite la identificación de ese desempeño con fines de revisión, aclaración de dudas, guía y retroalimentación que son técnicas didácticas insertas en el proceso de aprendizaje, por ello Kleinke (2002) lo señalaba como uno de los factores de preocupación por parte del futuro terapeuta que afecta su actuación.

Lo señalado en el párrafo anterior lleva a que el alumno a su vez reitere la conducta que ha aprendido en el papel de aprendiz, eliminando la información de su reporte que no sabe en dónde insertar o cómo contextualizar dentro del caso, presentando mutilada la conceptualización y como es lógico, significada bajo sus propios esquemas.

La supervisión es una técnica de aprendizaje que todos los autores que sobre psicoterapia cognitivo conductual fueron revisados, acuerdan en su práctica.

Mencionados los problemas que se presentan en la supervisión, se continúa revisando la factibilidad de formarse como terapeutas en el modelo, en la Ciudad de México en relación a la oferta académica.

Instituciones de formación en terapia cognitivo conductual en México D.F

Desde la introducción a este trabajo se hizo alusión a las bondades que ha demostrado la aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual en los diversos padecimientos que aquejan a la población, no importando su edad, condición económica ni cultural, de ello tanto Aaron Beck como Judith Beck y sus colaboradores dan cuenta.

En la ciudad de México sólo existen dos centros académicos privados en los que se puedan realizar estudios de maestría en terapia cognitivo conductual y sólo uno de ellos con aval oficial y se cuenta con otros dos programas académicos, uno perteneciente al sector público y otro al privado ubicado en la zona conurbada, que forman a nivel diplomado y tienen aval de la UNAM.

Otro problema que se presenta es la existencia de cursos que no tienen regulación educativa legal y que por la falta de conocimiento y búsqueda de información válida, los demandantes de capacitación pueden ser presa de engaño.

El aspecto de la regulación de los programas y oferta educativa es tema importante y amplio, que para no desviar la atención del tema central no se trabaja pero no por ello deja de ser un elemento que debe tenerse en cuenta.

Se sabe que algunos de los conocimientos que los alumnos adquieren sobre el modelo cognitivo conductual es en la licenciatura, en la que se dedica una asignatura al tema pero lo común es que sea un tema dentro de una asignatura como puede ser Modelos contemporáneos en psicoterapia, Psicoterapias breves o bien intituladas de alguna otra forma pero no se da mayor peso ni tiempo a la enseñanza aprendizaje del modelo.

Así que la oferta académica es muy limitada y muchos de los lugares disponibles los ocupan estudiantes venidos de otros estados de la República Mexicana y aún de otros países, lo que deja a que los psicólogos egresados interesados en formarse como terapeutas en el modelo, bien sea por deseo personal o por que en la institución en la que laboran así

se los requieren, busquen tener algunos conocimientos por medio de la lectura de artículos y libros.

Pero en México pocos son los reportes que avalan los resultados que de su aplicación se tiene, uno de ellos es el presentado por Jurado y Campos (2005) en relación al trastorno de ansiedad, y además, los pocos autores mexicanos que han escrito al respecto han optado por publicar en la red.

Por otro lado, el abasto de los textos sobre terapia cognitivo conductual es limitada en las librerías del Distrito Federal son pocos los títulos que se han escrito que se encuentran disponibles.

Además se observa como Aaron Beck y Judith Beck abrieron la aplicación de la técnica conductual y han escrito libros para el público en general como son Con el amor no basta (2002) y El método Beck para adelgazar (2009) dos ejemplares dentro de muchos otros que en las librerías mexicanas se encuentran en la sección de desarrollo personal, con ello se hace ver las dificultades que tiene el interesado en documentarse, así como la acuosidad que debería poner la persona empeñada en aprender sobre el modelo para que logre comprender la historicidad del desarrollo cognitivo conductual que se trabajó en el capítulo 1, ya que podrá encontrar otros libros que en su título presentan los conceptos cognitivo conductual que han escrito otros autores como Ellis, Riso, Guidano, etc, propiciando el problema que se expone en este trabajo.

Con los hechos antes señalados, se muestra la dificultad ante la que se encuentra el psicólogo que quiere formarse seriamente en el modelo.

Propuesta para la formación de terapeutas cognitivo conductuales

Después de la revisión documental realizada, de ser supervisor de casos clínicos, tres de ellos en el modelo cognitivo conductual y tras el análisis de los programas que ofrecen las instituciones que cuentan con alguna forma de capacitación, se propone que en

la formación de terapeutas, en primera instancia, se impartan cursos propedéuticos para la homologación de conocimientos que son prerrequisito para el aprendizaje y comprensión del modelo cognitivo conductual en función de que, como ya se expresó, permita un mejor aprendizaje, fluidez en el trabajo y que garantice la formación ética y responsable de los capacitandos.

Segunda, que se inserten en el contenido programático contenidos temáticos sobre sociología y axiología que capaciten para atender y comprender la multiculturalidad.

Tercera, que el supervisor de casos asuma el modelo educativo cognitivo que impera en la educación actual en México en todos los niveles académicos, esto implica que su rol no es de poder, sino, como el mismo modelo cognitivo preconiza, de acompañamiento y que modifique los aprendizajes condicionados de los alumnos en tanto a su rol de estudiantes y los lleve a vivir el trabajo colaborativo, no sólo cooperativo, formando equipos de trabajo y que no grupos.

El docente y supervisor tienen la oportunidad de aplicar en el aula las técnicas propias que se aplican en la terapia cognitiva conductual para elicitar los conocimientos que los alumnos poseen, así, a través del cuestionamiento socrático se lleva al discente a que llegue al saber por sí mismo y que no espere que el instructor se lo de.

También programar prácticas de simulacro o role playing dentro del aula para trabajar las competencias necesarias para llevar a cabo la psicoterapia, competencias que se desarrollaron con antelación y que, con la técnica de retroalimentación se complementa el aprendizaje al ser ésta última mencionada también una técnica de aprendizaje. Estas prácticas se pueden acompañar del uso de la tecnología videograbándolas para tener mayor retroalimentación. Dentro de estas prácticas se debe trabajar la observación, descripción y reporte, siguiendo con el desarrollo de habilidades propias de la labor psicoterapéutica.

Además hacer patente, explicitando la forma en la que se trabaja así se está poniendo en juego el aprendizaje vicario, al ver el alumno como se aplican las técnicas en

el proceso enseñanza aprendizaje que se van a generalizar a la psicoterapia, así también se está realizando el metaprendizaje, autoobservando y autoevaluando el propio actuar.

Ahora, la propuesta principal y fundamental, es que el estudiante se someta a su propio proceso terapéutico para así dar respuesta a los diferentes problemas que en la práctica de la psicoterapia han señalado los autores reseñados, así, se retoman dos citas de Aarón Beck que hacen patente lo que se ha detectado como vacíos dentro de la formación en el modelo y son: “Las emociones del terapeuta pueden venir de una gran cantidad de fuentes, incluida la visión del terapeuta de su rol profesional, cultural o creencias relacionadas con sus valores, con sus aprendizajes y con las interacciones con las conductas problemáticas del paciente.” (Beck et al. 2005 p. 137) y “El terapeuta siempre debe tener en cuenta que está tratando al paciente y no a sí mismo. En otras palabras, es de particular importancia que el terapeuta no se sirva de la terapia para resolver sus propios problemas.” (Beck et al. 2001, p. 47).

Ante estas evidencias es que se plantea la necesidad de que el capacitando lleve a cabo su proceso terapéutico como una forma didáctica y personal, ya que se ha evidenciado durante este escrito, la importancia de los propios esquemas y estrategias del terapeuta como persona y no se consideran suficientes las sugerencias de Aarón y Judith Beck de la propia identificación de los pensamientos y autoregistro de los mismos ya que es sabido que también las distorsiones cognitivas no permiten hacer un fiel autoanálisis.

En este espacio, el terapéutico, el alumno tendrá la oportunidad de revisar sus esquemas y estrategias a sabiendas que está dedicado y asignado para ello, ahora sí, en el lugar y momento apropiado evitando el sentirse calificado y expuesto ante los demás y aún si fuera una experiencia grupal, sería ya pensado y contextualizado como el lugar y tiempo para el aprendizaje personal, de autoobservación y superación.

Se propone que se lleve a cabo la propia terapia en plan de paciente ya que se aprende a ser terapeuta viviendo la terapia en la que se pueden vivir las emociones del paciente y comprenderlo mejor, a la par, de acuerdo al aprendizaje vicario, el propio

terapeuta sirve de modelo en la adquisición de estas habilidades, lo que le daría la calidad de didáctica a la experiencia y cubriría uno de los pilares de la educación que es aprender a ser.

Para dar forma a la propuesta aquí señalada se presenta el siguiente diseño curricular que llenaría los vacíos detectados a través de este documento.

En primer lugar se muestran las líneas curriculares que dan directriz y congruencia al desarrollo y después se presenta el plan curricular, tanto del curso propedéutico como del programa de formación.

Se presenta en módulos para que se pueda dar la carga horaria necesaria y pertinente a cada temática.

Los productos que deberán entregar los estudiantes estarán basados en uno de los cuatro pilares de la educación que es aprender a hacer haciendo, por ello se preconizan trabajos factuales.

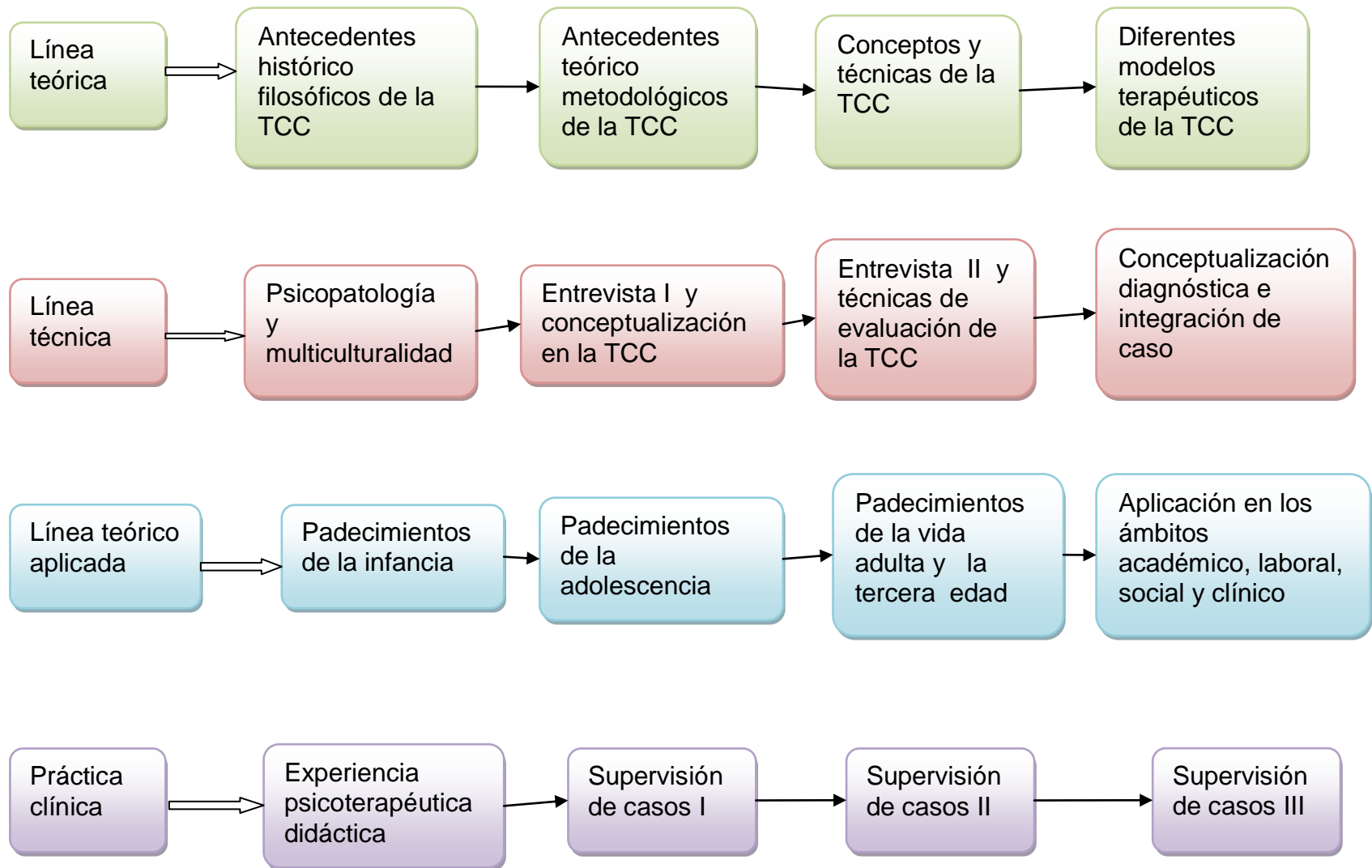
El pilar de la educación aprender a aprender se cubre a través de la investigación bibliográfica y se señala investigación documental también con base a que el estudiante busque otras fuentes más allá de los textos sugeridos y se trabaje la psicología basada en evidencia, cubriendo la parte de actualización e investigación sobre los procesos terapéuticos y sus resultados.

Y aprender a convivir se cubre a través del trabajo colaborativo en la socialización de los aprendizajes y experiencias haciendo lo intrapersonal, interpersonal.

Las evaluaciones para la promoción de los capacitandos se propone que se apege al modelo cognitivo bajo el cual está pensado todo el presente diseño, por ende, se asume la autoevaluación y la coevaluación, que también son técnicas de aprendizaje y de autoobservación y evaluación realista evitando las distorsiones y sesgos cognitivos.

El rol del docente sería de acompañamiento, de facilitador y mediador de los conocimientos por ello se ha hecho mención de el uso de las propias estrategias cognitivas y conductuales puestas en el aula y su explicitación y aprendizaje.

Líneas curriculares



Curso propedéutico

Asignatura	Objetivo	Módulo	Estrategias de aprendizaje
La psicoterapia y papel del terapeuta cognitivo conductual	Que el capacitando reconceptualice el papel de terapeuta	Definición de psicoterapia y funciones del terapeuta	Lluvia de ideas Técnicas expositivas
Habilidades del terapeuta cognitivo conductual	Que el alumno detecte sus fortalezas y debilidades	Habilidades del terapeuta cognitivo conductual	Técnicas grupales Phillips 66 Plenaria Técnicas integrativas
Ética profesional	Que el estudiante identifique las conductas éticas en el desempeño de la profesión	Revisión del código ético y conductas del psicólogo	Análisis de viñetas Debate
La psicoterapia como un servicio	Que el participante identifique que intercambia un servicio	Poner un consultorio particular, aspectos legales, hacendarios, cuánto cobrar, en dónde ponerlo, problemas al asociarse	Lluvia de ideas Investigación de campo
Psicopatología	Que el aprendiz detecte los conocimientos de psicopatología con los que cuenta y solvete sus carencias	Revisión de los trastornos presentados en cada uno de los ejes del DSM IV TR	Investigación bibliográfica Análisis de viñetas Debate

Curso de formación

Primer semestre

Asignatura	Objetivo	Módulo	Estrategias de aprendizaje
Antecedentes histórico filosóficos de la TCC	Que el estudiante contextualice históricamente los eventos que influyeron a la generación de la TCC	Corrientes filosóficas clásicas Corrientes filosóficas modernas Corrientes filosóficas posmodernas	Investigación bibliográfica Técnicas expositivas Cuestionamiento guiado Socialización a través de debate y plenaria
Psicopatología y multiculturalidad	Que el participante aprenda y describa los indicadores de los padecimientos correspondientes a los ejes manejados en el DSM IV TR Que identifique las diversas creencias y valores etnológicos	Criterios del DSM IV TR y CIE 10 Trastornos del eje I Trastornos del eje II Trastornos del eje III Trastornos del eje IV Aspectos sociológicos, religiosos e ideológicos de los grupos pertenecientes a su comunidad	Investigación bibliográfica y documental Técnicas expositivas Cuestionamiento guiado Socialización a través de debate y plenaria
	Que el alumno revise e identifique los padecimientos más comunes en la etapa	Trastornos del sueño Trastornos de aprendizaje	Investigación bibliográfica y documental Técnicas expositivas

Padecimientos de la Infancia	evolutiva de la infancia y los ubique dentro de los ejes correspondientes del DSM IV TR	Trastornos orgánico cerebrales Trastornos de conducta Trastornos de la alimentación	Cuestionamiento guiado Socialización a través de debate y plenaria
Experiencia psicoterapéutica didáctica	Que el capacitando aprenda vivencialmente la planeación y desarrollo del proceso terapéutico, aplicación de técnicas, dificultades vividas por el paciente. Que identifique y modifique sus propios esquemas y estrategias	No aplica	Vivencial

Segundo semestre

Asignatura	Objetivo	Módulo	Estrategias de aprendizaje
Antecedentes teórico metodológicos de la TCC	Que el estudiante aprenda e identifique los conceptos teóricos y técnicas empleadas en la TCC y ubique su origen	Condicionamiento clásico Condicionamiento operante Cognoscitivismo Aprendizaje social	Investigación bibliográfica Técnicas expositivas Cuestionamiento guiado Socialización a través de debate y plenaria
Entrevista I y	Que el participante revise y practique las diversas modalidades de entrevista y que identifique los elementos (esquemas, estrategias, sesgos	Entrevista conductual Entrevista multimodal Conceptualización de casos	Role playing Retroalimentación Técnicas demostrativas

conceptualización en la TCC	cognitivos, etc) necesarios para comprender el caso Que practique la observación y las diferentes forma de registro	clínicos. Elaboración del diagnóstico Técnica de observación y registros	Observación y registros anecdóticos, de frecuencia y descriptivos Análisis de viñetas
Padecimientos de la adolescencia	Que el alumno revise e identifique los padecimientos más comunes en la etapa de la adolescencia y los ubique dentro de los ejes correspondientes del DSM IV TR	Acoso escolar Uso y abuso de sustancias ilícitas Conductas de riesgo Trastornos de ansiedad Trastornos del estado de ánimo	Investigación bibliográfica Técnicas expositivas Cuestionamiento guiado Socialización a través de debate y plenaria
Supervisión de casos I	Que el capacitando piense y analice los casos presentados, organice la información, elabore diagnóstico presuntivo, identifique la información que falta para la corroboración de hipótesis Que realice metaanálisis personal	Integración de los conocimientos previos e incorporación de los nuevos	Técnicas expositivas Retroalimentación Cuestionamiento socrático Toma de decisiones Metaanálisis

Tercer semestre

Asignatura	Objetivo	Módulo	Estrategias de aprendizaje
Conceptos y técnicas de la TCC	<p>Que el estudiante revise, explique e identifique los conceptos de la TCC</p> <p>Que revise y ubique y practique las diferentes técnicas que se aplican en la TCC</p>	<p>Conceptos de la TCC</p> <p>Técnicas cognitivas de la TCC</p> <p>Técnicas conductuales en la TCC</p>	<p>Investigación bibliográfica</p> <p>Técnicas expositivas</p> <p>Cuestionamiento guiado</p> <p>Socialización a través de debate y plenaria</p>
Entrevista II y técnicas de evaluación de la TCC	<p>Que el participante revise y aplique las técnicas de evaluación propias de la TCC</p> <p>Que revise y practique la técnica de la entrevista integrando los conocimientos de psicopatología, de la evaluación con pruebas y cuestionarios y aspectos sociológicos.</p>	<p>Técnicas de evaluación en la TCC</p> <p>Conceptualización del caso</p>	<p>Aplicación, calificación e interpretación de las técnicas de evaluación</p> <p>Role playing</p> <p>Retroalimentación</p>
Padecimientos de la vida adulta y tercera edad	<p>Que el alumno revise e identifique los padecimientos más comunes en la etapa evolutiva de la adultez y tercera edad y los ubique dentro de los ejes correspondientes del DSM IV TR</p>	<p>Problemas de la vida de relación</p> <p>Problemas de salud</p> <p>Problemas laborales</p> <p>Pérdidas</p> <p>Estrés postraumático</p> <p>Trastornos orgánico cerebrales</p>	<p>Investigación bibliográfica</p> <p>Técnicas expositivas</p> <p>Cuestionamiento guiado</p> <p>Socialización a través de debate y plenaria</p>

		Problemas sociales	
Supervisión de casos II	<p>Que el capacitando conceptualice los casos que esté atendiendo, los exponga al grupo y planee la intervención pertinente</p> <p>Que realice metaanálisis personal</p>	Integración de los conocimientos previos e incorporación de los nuevos	<p>Técnicas expositivas</p> <p>Retroalimentación</p> <p>Cuestionamiento socrático</p> <p>Toma de decisiones</p> <p>Metaanálisis</p>

Cuarto semestre

Asignatura	Objetivo	Módulo	Estrategias de aprendizaje
Diferentes modelos terapéuticos de la TCC	<p>Que el estudiante identifique los diferentes modelos terapéuticos de la TCC tanto los de la segunda como tercera generación</p> <p>Que decida la técnica pertinente para cada caso</p>	<p>Modelo de Ellis</p> <p>Modelo de Beck</p> <p>Modelo de Meichebaum</p> <p>Terapia de aceptación y compromiso</p> <p>Terapia basada en la conciencia plena</p> <p>Terapia metacognitiva.</p> <p>Terapia dialéctica conductual</p>	<p>Investigación bibliográfica</p> <p>Técnicas expositivas</p> <p>Cuestionamiento guiado</p> <p>Socialización a través de debate y plenaria</p>
	Que el participante integre la información obtenida a través de	Diagnóstico diferencial	Técnicas integrativas

<p>Conceptualización diagnóstica e integración de caso</p>	<p>la entrevista, observación y evaluaciones, elabore el diagnóstico y evaluación de todos las áreas del paciente</p> <p>Que decida la intervención a llevar a cabo</p>	<p>Integración de caso</p> <p>Reporte de caso</p> <p>Planeación de intervención</p>	<p>Técnicas expositivas</p> <p>Retroalimentación</p>
<p>Aplicación en los ámbitos académico, laboral, social y clínico</p>	<p>Que el alumno haga detección de necesidades y vulnerabilidad</p> <p>Que identifique y planee la intervención a nivel primario, secundario o terciario</p> <p>Que planee la intervención grupal en diversos ámbitos</p>	<p>Detección de necesidades y vulnerabilidad</p> <p>Prevención primaria, secundaria y terciaria.</p> <p>Planeación de intervención grupal</p> <p>Planeación de intervención medioambiental</p>	<p>Investigación bibliográfica</p> <p>Técnicas expositivas</p> <p>Cuestionamiento guiado</p> <p>Socialización a través de debate y plenaria</p> <p>Prácticas de campo</p>
<p>Supervisión de casos III</p>	<p>Que el capacitando conceptualice los casos que atiende, diagnostique, planee la intervención pertinente, establezca metas, evalúe los avances y decida las modificaciones al tratamiento en caso de ser necesario aplicando las técnicas de la TCC</p> <p>Que realice metaanálisis personal</p>	<p>Integración de los conocimientos previos e incorporación de los nuevos</p>	<p>Técnicas expositivas</p> <p>Retroalimentación</p> <p>Cuestionamiento socrático</p> <p>Toma de decisiones</p> <p>Metaanálisis</p>

Alcances y limitaciones

El franco conocimiento y aplicación eficiente del modelo cognitivo conductual a través de la seria capacitación de los recursos humanos, podría dar a las Instituciones de Salud un alto beneficio ya que en tratándose de un modelo que está centrado en metas, tiende en la mayoría de los casos a resolver problemas en terapia breve, lo que permite economía en el presupuesto y tiempo pudiendo atender a mayor cantidad de población demandante del servicio.

La población que requiere ayuda para resolver los problemas emocionales que le aquejan, merece ser atendida por personal seriamente capacitado y éticamente formado que busque psicoeducar hacia la promoción de la salud.

En México, en esta segunda década del siglo XXI, la incidencia de problemas que presenta la sociedad es amplia, generalizada y generada por los estilos de vida, incluyendo desde trastornos de alimentación (sobre peso), hasta trastornos postraumáticos venidos por la falta de seguridad. Con base a que el modelo cognitivo conductual es aplicable a todo tipo de padecimientos y con personas de todas las edades el psicólogo bien formado tiene la posibilidad y responsabilidad de intervenir en el tratamiento y prevención de los problemas emocionales generados en y por el contexto socio político económico.

La técnica cognitivo conductual al ser, como se ha señalado psicoeducativa, permite el trabajo grupal e individual en instituciones no sólo de salud, sino también en las de educación y laborales para intervenir haciendo prevención primaria e intervención directa en situaciones que también han incrementado su incidencia como es el acoso escolar, bajo rendimiento académico, síndrome de burnout, entre muchos otros.

El terapeuta sólidamente formado, adquiriría las habilidades técnicas y personales para atender eficazmente a sus pacientes dignificando la profesión.

Las limitaciones se ubican en la poca oferta educativa existente, en la probabilidad de que no se quiera aplicar mayores recursos tanto humanos como económicos para atender la formación de terapeutas esgrimiendo el sesgo cognitivo de parecerse a otros modelos formativos como es el psicoanalítico al contener dentro de sus requisitos el que el alumno asuma el costo monetario y de tiempo al hacerse cargo de su propio proceso terapéutico y supervisión.

Referencias.

- Alcaraz, R.V.M; Guma, D,E (2001) Texto de neurociencias cognitivas. México. El Manual Moderno.
- Alford, Brad, A y Beck, A.T (1997) The integrative power of cognitive therapy. New York. Guilford Press.
- Bandura, A y Walters, R.H. (1963) Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid. Alianza Editorial.
- Bandura, A (1987) Teoría del aprendizaje social. Madrid. Espasa-Calpe S.A.
- Bandura, A y Ribes, I.E. (1978) Modificación de conducta. Análisis de la agresión y la delincuencia. México. Editorial Trillas.
- Bandura, A (1999) Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. Bilbao. Editorial Desclées de Brouwer.
- Beck, A.T (1996) Beyon belief: A theory of modes, personality, and psycopathology. En Salkovskis, P. M.(Ed) (1996) Frontiers of cognitive therapy. New York. The Gilford Press.
- Beck, A.T (1997) Terapia cognitiva: presente y futuro. En Mahoney, M.J. (Ed). (1997) Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica. Bilbao. Editorial Desclées de Brouwer.
- Beck, A.T; Wright, F.D; Newman, C.F; Liese, B.S (1999) Terapia cognitiva de las drogodependencias. Paidós.

- Beck, A.T; Rush, J.A; Shaw, B.F; Emery, G (2001) *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao. Editorial Desclée de Brouwer.
- Beck, A.T (2002) *Con el amor no basta*. México. Ed. Paidós.
- Beck, A.T (2003) *Prisioneros del odio. Las bases de la ira, la hostilidad y la violencia*. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica, S. A.
- Beck, A.T. Freeman, A. Davis, D. y otros (2005) *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. España. Ediciones Paidós Ibérica.
- Beck, J.S (2000) *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización* México. Editorial Gedisa.
- Beck, J.S y Bieling, P.J (2004) *Cognitive theory. Introduction to theory and practice*. En Dewan, M. J; Steenbarger, N; Greenberg. R, P. (2004) *The art and science of brief psychotherapies. A practitioner's guide*. Arlington. American Psychiatric Publishing Inc.
- Beck, J.S (2007) *Terapia cognitiva para la superación de los retos*. México. Editorial Gedisa.
- Beck, J.S (2009) *El método Beck para adelgazar. Entrene su mente para pensar como una persona delgada*. Barcelona. Gedisa.
- Beck, J.S (2011) *Cognitive behavior therapy, second edition: basic and beyond*. New York. The Guilford Press.
- Boring, E.G (1980) *Historia de la psicología*. México. Editorial Trillas.

- Borowski, L.E (1993) Relato de la vida y el carácter de Immanuel Kant. Madrid. Editorial Tecno S.A.
- Caballo, V.E (Comp) (1998) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid. Siglo XXI de España Editores.
- Caro, G.I (2007) Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas. Bilbao. Editorial Desclées de Brouwer S.A.
- Chomsky, N (1980) El lenguaje y el entendimiento. España. Seix Barral.
- Chomsky, N (2002) Problemas actuales en teoría lingüística. Temas teóricos de gramática generativa. México. Siglo XXI.
- Clark, D. A; Beck, A.T; Alford, B.A (1999) Scientific foundation of cognitive theory. New York. Willey & sons, Inc.
- Colpleston, F.C (1976) El pensamiento de santo Tomás. México. Fondo de cultura económica.
- Craske, M.G. (2010) Cognitive-behavioral therapy. Theories of psychotherapy series. American Psychological association.
- Creed, T.A; Reisweber, J y Beck, A.T (2011) Cognitive therapy for adolescents in school settings. New York. Guilford Press.
- Darwin, Ch (1992) El origen de las especies. Barcelona. Editorial Planeta-De Agostini. S. A.
- Diaz-Guerrero, R (1979) Naturaleza de las teorías del aprendizaje ERH. México. Biblioteca técnica de psicología.

Domjan, M y Burkhard, B (1999) Principios de aprendizaje y de conducta. España. Editorial Debate.

Ellis, A y Abrahms, E (1980) Terapia racional emotiva. Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad. Editorial Pax. México.

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

Ellis, A (2003) Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao. Editorial Desclées de Brouwer.

Feixas, V.G y Villegas B.M (2000) Constructivismo y psicoterapia. Bilbao. Editorial Desclée de Brouwer S.A.

Forman, E.M y Herbert, J.D (2008) New directions in cognitive behavior therapy. En O'Donohue, W.T y Fisher, J.E. (2008) Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice: Epub Edition. Editorial John Willey and Sons. Inc.

Garrett, H.E (1981) Las grandes realizaciones en la psicología experimental. México. Fondo de cultura económica.

Gavino, A (2000) Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual. España. Ediciones Pirámide.

Goldtein, E.B (1999). Sensación y percepción. México. International Thompson Editores S.A de C.V.

Guidano, V (2001) El modelo cognitivo postracionalista. Hacia una reconceptualización teórica y clínica. Bilbao. Editorial Desclée de Brouwer S.A.

- Hernández, L.N.A y De la Cruz S.S.J. (2007) Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. Libros en Red. Versión digital.
- Imbernon, G.J.J y Ruiz, S.J.J (1999) Sentirse mejor: como afrontar los problemas emocionales con la terapia cognitiva. Equipo de Salud Mental de Ubeda (Jaén). 1996 Depósito Legal : J-286- 1997. Segunda edición: 1999 . I.S.B.N : 84-931075-1-4.
- Jurado, C. S y Campos, C. P. E (2005) Psicoterapia cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad. En Heman, A.C y Oblitas, L.A. (Com) (2005) Terapia cognitivo conductual: Teoría y práctica. Bogotá. Psicom editores. Versión digital.
- Kant, M (1980) Fundamentación de la metafísica de las costumbres. México. Editorial Porrúa. S.A.
- Kant, I (1998) Crítica de la razón práctica. Salamanca. Ediciones Sígueme.
- Klein, S.B (1994) Aprendizaje. Principios y aplicaciones. Madrid. Mc Graw Hill interamericana.
- Kleinke, Ch. L (2002) Principios comunes en psicoterapia. Bilbao. Editorial Desclées de Brouwer.
- Lazarus. R. S (1999) Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao. Editorial Desclées de Brouwer.
- Ledley, D. R; Marx. B,P y Heimberg. R,G. (2010) Making cognitive-behavioral therapy work: clinical process for new practitioners. New York.Guilford Press.
- Linehan, M.M (1993) Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York. The Guilford Press.

- Mahoney, M.J. (Ed). (1997) Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica. Bilbao. Editorial Desclées de Brouwer.
- Monat, A y Lazarus, R.S (1991) Stress and coping. An anthology. E.U. Columbia University Press. 3d. Edition.
- Martin, G y Pear, J (1999) Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla. Madrid. Prentice Hall.
- Matlin, M.W y Foley, H.J (1996) Sensación y percepción. México. Prentice Hall Hispanoamericana.
- O'Donohue, W.T y Krasner, L (1995) Theories of behavior therapy. Exploring behavior change. American Psychological Association. Washington D.C
- O'Donohue, W.T y Fisher, J.E (2008) Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice: Epub Edition. Editorial John Willey and Sons. Inc.
- O'Donohue, W.T y Fisher, J.E (2009) General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive behavior Therapy. Hoboken, N.J; John Willey and Sons
- Pavlov, I.P (1997) Los reflejos condicionados. Lecciones sobre la función de los grandes hemisferios. Madrid. Ediciones Morata.
- Pipes R.B y Davenport D,S (2004) Introducción a la psicoterapia. El saber clínico compartido. Bilbao. Editorial Desclées de Brouwer.
- Pretzer, J y Beck, J.S (2004) Cognitive therapy of personality disorders. Twenty years of progress. En Leahy, R.L (Ed) (2004) Contemporary cognitive therapy. Theory, research and practice. New York. Guilford Press.

- Riviere, A (1991) Orígenes históricos de la psicología cognitiva: paradigma simbólico y procesamiento de la información. Anuario de Psicología No. 51, 129-155. Universidad de Barcelona.
- Riso, W (2009) Terapia cognitiva. Madrid. Ediciones Paidós Ibérica.S.A.
- Ruiz, S. J.J y Cano, S.J.J (1999) Manual de psicoterapia cognitiva. I.S.B.N: 84-931075-3-0.
- Segal, Z.V; Williams, J.M y Teasdale, J.D (2002) Cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse. New York. The Guilford Press.
- Semerari, A (2002) Historia, teoría y técnica de la psicoterapia cognitiva. Barcelona, España. Paidós.
- Skinner,B.F (1974) About behaviorism. Alfred A. Knopf.Inc USA.
- Skinner,B.F (1975) La conducta de los organismos. Un análisis experimental. Bcelona. Editorial Fontanella. S. A
- Skinner B.F.(1977) Ciencia y conducta humana. Barcelona. Editorial Fontanella. S.A.
- Skinner, B.F (1981) Conducta Verbal. México. Editorial Trillas.
- Sparrow, C (2007) Terapia cognitivo conductual. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. En http://www.conductitlan.net/terapia_cognitivo_conductual.ppt
- Tolman, E.C (1977) Principio de conducta intencional. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.

Watson, J. B (1976) El conductismo. La batalla del conductismo. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Wolpe, J (1993) Práctica de la terapia de conducta. México. Editorial Trillas.

Wolpe, J (1995) Reciprocal inhibition: major agent of behavior change. En O'Donohue, W.T y Krasner, L. (1995) Theories of behavior therapy. Exploring behavior change. American Psychological Association. Washington D.C

Wolpe, J (1998) Psicoterapia por inhibición recíproca. Bilbao. Editorial Desclées de Brouwer, S.A.