



TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

Victoriano Ramos Linares¹, José Antonio Piqueras Rodríguez²

1. Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico. Práctica Privada. Alicante.
2. Doctor en Psicología. Neuropsicólogo y Psicólogo Clínico. Profesor Titular de la Universidad Miguel Hernández. Elche (Alicante)

bgvictor@cop.es

Terapia cognitiva. Cogniciones. Psicoeducación. Síntesis. Integración. Neuropsicología. Psicología cognitiva. Control ejecutivo. Funciones ejecutivas.
Cognitive Therapy. Cognitions. Psychoeducation. Synthesis. Integration. Neuropsychology. Cognitive Psychology. Executive Functions. Executive Control.

RESUMEN

El presente escrito muestra un nuevo enfoque de “terapia psicológica”. Aunque denominada “terapia cognitiva sintética” (TCS), en realidad se trata de un protocolo que utiliza técnicas que incluyen la mayoría de las psicoterapias hasta ahora conocidas, unido al conocimiento científico aportado desde la psicología cognitiva y la neuropsicología.

Tiene tres pretensiones: ser claro en su formulación, conciso en su aplicación y profundo en cuanto a los efectos del tratamiento. Los dos aspectos principales de la propuesta son la síntesis y la integración. La síntesis se centra en la simplificación de las distorsiones cognitivas de la terapia de Beck y de las ideas irracionales de Ellis. La integración se ve reflejada en tres puntos: 1) la consideración de que la mayoría de psicoterapias existentes utilizan herramientas terapéuticas comunes; 2) la propuesta de integrar como métodos con capacidad para generar una “reestructuración cognitiva” la resolución de problemas (por su estrecha vinculación con los procesos de control ejecutivo o funciones ejecutivas) y la psicoeducación (por ejercer un cambio cognitivo gracias a la clarificación conceptual que supone concretar sus contenidos mediante la TCS; y 3) se hace hincapié en el procesamiento de información, considerando las cogniciones como parte de la múltiple información que contiene nuestro cerebro y, por tanto, procesa. En definitiva, desde un punto de vista clínico aplicado, este planteamiento pretende simplificar la evaluación, el diagnóstico del problema y la elección de técnicas concretas.

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

INTRODUCCIÓN

El marco teórico de referencia de la terapia cognitiva sintética (TCS en adelante) es el enfoque terapéutico cognitivo-conductual, la psicología cognitiva y la neuropsicología. Además, entiende que cualquier psicoterapia, en el fondo, incluye el procesamiento de información y/o el cambio de conducta para cambiar emociones.

La TCS utiliza los conocimientos proporcionados por los estudios científicos disponibles y se basa en las herramientas terapéuticas utilizadas históricamente por otras psicoterapias. Por todo ello, más que una nueva terapia es un "protocolo", un nuevo enfoque, destinado a dotar al terapeuta de habilidades que le sirvan en el ejercicio de la profesión de un modo más sencillo, sintético y parsimonioso. Es una característica notable también la utilización de un lenguaje claro y sencillo, sin renunciar al lenguaje técnico cuando es preciso.

Esta propuesta es fruto de la reflexión generada a partir de nuestra amplia experiencia clínica durante años, un trabajo acumulado que nos ha hecho llegar a la conclusión por un lado, de que las formulaciones cognitivas de Beck (distorsiones cognitivas) [1] y Ellis (ideas irracionales) [2], las más empleadas por terapeutas cognitivo-conductuales, pueden sintetizarse en gran medida como más adelante se propone y, por otro, que se pueden integrar como "técnicas de elección" las estrategias o herramientas utilizadas desde los diferentes enfoques terapéuticos y que suelen ser, con variantes, las mismas. Así, cabe mencionar las técnicas de reestructuración cognitiva, exposición, relajación, entrenamiento asertivo, resolución de problemas, programación de actividades agradables, psicoeducación, aceptación, programas de higiene del sueño, entrenamiento en comunicación, autoinstrucciones, habilidades de negociación, experimentos conductuales, habilidades instrumentales; además de otras herramientas muy comunes en cualquier psicoterapia como son el uso de metáforas, acotación y/o aclaración de conceptos o ideas, perspectiva desde "el otro", etc. Como más abajo se detalla, la combinación de alguna o varias de estas técnicas o herramientas terapéuticas son lo que conforman las diferentes psicoterapias, aun partiendo de diferentes marcos o modelos explicativos. La TCS propone la selección de técnicas concretas para un tratamiento específico dirigido a un cliente paciente, consistiendo parte del protocolo, llegado el momento, en la adecuada selección de técnicas. Este punto de vista de la TCS coincide en gran medida con los supuestos de la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica. El transdiagnóstico es una nueva forma de concebir los trastornos mentales, no centrándose en lo específico de cada trastorno, sino en los procesos cognitivos y conductuales comunes que subyacen a la mayoría de ellos; se basa en una concepción dimensional de la psicopatología, sin olvidar la clasificación categorial. Así, los esquemas cognitivos, creencias disfuncionales, sensibilidad a la ansiedad, internalización/externalización, atención focalizada, principios de condicionamiento, perfeccionismo, alexitimia, afecto positivo/negativo, anhedonía, vulnerabilidad biológica y vulnerabilidad psicológica, reforzamiento/extinción, hiperactivación autónoma, activación cortical, impulsividad, exigencia, catastrofismo, baja tolerancia a la frustración, sesgos de procesamiento de información, incontrolabilidad, moralidad, metacognición, etc. se consideran conceptos y procesos que están detrás de la mayoría de trastornos psicopatológicos, tales

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

como los emocionales (ansiedad, depresión), trastornos de personalidad, psicóticos, de conducta, neuróticos, adicciones, control de impulsos, alimentarios, esquizofrenia, etc. [3]. Resultante de esta concepción, la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica se concentra en la búsqueda de protocolos integrados válidos para un conjunto de trastornos [4], algo con lo que coincide en gran medida la TCS.

También desde el punto de vista integrativo, la TCS propone la resolución de problemas como técnica cognitiva como algunos autores [5], si bien la mayoría de ellos la ubican entre las técnicas cognitivo-conductuales o técnicas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento [6-7]. Aun no siendo siempre considerada como técnica cognitiva en sí misma, implícitamente creemos que así ha sido durante décadas en la práctica terapéutica.

Del mismo modo, la psicoeducación también puede ser considerada como técnica de reestructuración cognitiva al modificar áreas de memoria con contenidos cognitivos que, al ser novedosos, influyen en el procesamiento cognitivo al disponer el cerebro de nueva información [8].

Además de estas bases en las que se asienta, la TCS considera algunos aspectos que se detallan más adelante, como lo son: a) la perspectiva fundamental de los seres vivos de búsqueda del bienestar y la evitación del malestar como mecanismo de supervivencia y que enlaza con los objetivos que cualquier psicoterapia persigue: bien el alivio del sufrimiento, bien el desarrollo de potencialidades (resiliencia, o fortaleza, si empleamos un término español equivalente) para buscar la satisfacción personal o felicidad y que se acerca a las nuevas aportaciones desde la psicología positiva [9]; b) concepción del término "emoción" como un contenido informativo compuesto de otros dos: las sensaciones físicas (sistema límbico) y la interpretación de esos estados corporales (sistema cortical); c) la aclaración y concreción de términos (etiqueta-concepto), que incluye la delimitación del término "cognición"; d) en la misma línea, delimitar el término "reestructuración cognitiva", distinguiendo si hacemos referencia a él como variable independiente o como variable dependiente [8]; y e) tratamiento de la "asertividad" en toda su dimensión de déficit de comunicación interpersonal. La falta de asertividad está implicada en cualquier relación interpersonal, de pareja, familia o social.

CONSIDERACIONES PREVIAS DESDE LA TCS

Bienestar – Malestar

Desde un esquema muy sintético, la TCS propone inicialmente la búsqueda del bienestar y la evitación del malestar. Esta idea no es ni mucho menos original, ya que cuenta con numerosos antecedentes tanto filosóficos, como biológicos y psicológicos. Así, los primeros estudiosos que plantearon esta idea fueron Epicuro y sus seguidores con el hedonismo, una doctrina filosófica basada en la búsqueda del placer y la supresión del dolor como objetivo o razón de ser de la vida. Entre los antecedentes científicos destacan las teorías biológicas evolucionistas de Ekman y Plutchik [10-11], que defienden el esquema adaptativo de las emociones como mecanismo de supervivencia y de

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

defensa, surgido para permitir al individuo responder ante situaciones adversas con rapidez y eficacia, siendo normal y beneficioso para el individuo y su especie y cuyo fin coincide con nuestra propuesta, búsqueda del bienestar y evitación del malestar. Además desde las neurociencias, se señala que esta función adaptativa de las emociones tiene su reflejo en la forma de organización del cerebro de los seres vivos en tres capas: la 1ª capa (cerebro reptiliano) que regula las acciones orientadas a la supervivencia, como por ejemplo, comer, respirar, etc.; la 2ª capa (sistema límbico) que se encarga de la conservación de la especie y del individuo, mediante la regulación de las emociones, respuestas de lucha, escape, evitación del dolor y búsqueda del placer y la 3ª capa (corteza cerebral) que es la responsable del pensamiento racional y abstracto. Entre las teorías psicológicas vigentes, es preciso destacar aquí la coincidencia de nuestra propuesta con la teoría de personalidad del aprendizaje biosocial de Millon [12]. Una de las premisas de partida de su modelo es la idea de que hay un patrón de reforzamiento instrumental que el sujeto emplea para maximizar la obtención de refuerzos y minimizar el dolor o sufrimiento asociado a su logro (dimensión actividad-pasividad). Más concretamente, tomando como premisa de partida los factores biológicos y ambientales, explica teóricamente el origen de los patrones o pautas de personalidad sobre la base de dos dimensiones: 1) Una dimensión de "acción" (actividad versus pasividad), entendida como patrón básico de reforzamiento instrumental que el sujeto emplea para maximizar la obtención de los refuerzos y minimizar el dolor o sufrimiento asociado a su logro de actividad: búsqueda activa de refuerzo (proactivo) y pasividad: búsqueda pasiva de refuerzo (reactivo). Se trata de una dimensión anclada en lo biológico (individualidad biofísica del sujeto) y modelada por el aprendizaje instrumental; y 2) la dimensión "clase de vínculo interpersonal entre el sí mismo y los otros", dimensión entendida como objetivación resultante del desarrollo psicológico de la fuente u origen primario de las satisfacciones y refuerzos que el sujeto logra.

Este segundo punto de nuestra propuesta acude a los procesos psicológicos básicos o necesidades biológicas humanas básicas que, siguiendo a Maslow [13], determinan la existencia de los seres vivos: i) fisiológicos, tales como la necesidad de alimento, la necesidad de procreación, etc.; ii) de seguridad, tales como la necesidad de un hábitat adecuado; de filiación y afecto, tales como la necesidad de bienestar lúdico; las relaciones interpersonales (sociales y familiares) y que variarán en función de las diferentes culturas. Todo esto constituye el "mundo emocional" que será subjetivo para cada individuo y que en su esencia se correspondería con las emociones positivas y las negativas.

Conceptualización del término "emoción"

Como continuación del punto anterior, la TCS parte de la consideración de la emoción como interpretación de sensaciones corpóreas, así como de la clasificación más universal de las emociones básicas: positivas (alegría/placer) y negativas (miedo, ira, tristeza y asco), dejando aparte la sorpresa que sería la activación producida por un evento hasta que nuestro organismo lo clasifica como positivo o negativo y considerando el asco como una reacción de huida ante un estímulo que intenta introducirse en nuestro organismo [14]. En línea con los estudios de Duncan y Barret [15] y los de Storbeck y Clore [16] la TCS considera la emoción como un tipo de cognición que interpreta

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

sensaciones, conocimiento que permite elaborar acciones encaminadas a mantener nuestro bienestar. De igual modo, se considera que cognición y emoción son simples abstracciones mentales de aspectos diferentes al servicio de la acción, implicando así procesamiento de información para el cual son necesarios otros procesos computacionales como la transformación, síntesis, elaboración, categorización, comparación, almacenamiento, recuperación y utilización de estímulos sensoriales [17], que culminan en lo que entendemos como resolución de problemas, emisión de juicios, categorización de emociones, etc.

Concluyendo, según la TCS la noción de emoción estaría compuesta de dos contenidos informativos: ideas o pensamientos y sensaciones físicas o estados corporales, dos tipos de información diferentes referidos a un mismo evento [18]. Independientemente de que el debate sobre cuál de ellas antecede a la otra continúe, a efectos funcionales no es necesaria esta consideración para la práctica terapéutica.

Aclaración de términos

A través de la estrategia denominada "aclaración de conceptos" el terapeuta, en los casos en los que resulta necesario, no debate con el cliente determinadas ideas o conceptos, sino que se aclara con él que su idea, por definición, no se corresponde con lo que dice el diccionario o con lo que el contexto cultural entiende. Yendo un poco más lejos, se acuerda con el cliente/paciente la denominación (etiqueta) que en el transcurso de la terapia se utilizará junto al terapeuta para referirse a determinados conceptos o ideas, sin entrar en debates, pero aislando y aclarando ideas. Se espera que con este cambio en el contenido informativo a través del tiempo de terapia se produzca una reestructuración cognitiva.

Cogniciones

Continuando con la intención de clarificar, la TCS intenta delimitar el concepto del término "cognición". Según el diccionario de la real academia de la lengua [19] define, este vocablo hace referencia al "conocimiento", que en esencia es "información" y, como es sabido, en las redes neuronales (formadas por neuronas y sus conexiones o sinapsis) de nuestros cerebros existe mucha más "información" (conocimiento) que la producida o aprendida por nuestras experiencias a lo largo de nuestras vidas. Gran parte de esa "información" está genéticamente programada y permite el funcionamiento de nuestro cuerpo físico (órdenes a la musculatura, pulmones, funciones biológicas básicas, etc.) así como de nuestro funcionamiento psicológico (reacción ante un peligro, estructuras para interactuar con el entorno, categorización de emociones, etc.). Con esto se pretende sentar la base de que la "información" o "cogniciones" (conocimiento) contenida en nuestras neuronas es mucho más amplia que los pensamientos, que serían parte de nuestras "cogniciones". Esto cobra sentido partiendo de los supuestos de la psicología cognitiva, puesto que la información en nuestros cerebros está en continuo cambio, ésta se combina y se encadena en secuencias y por tanto, si modificamos áreas de memoria con contenidos de información "dañinos o perjudiciales" podemos aliviar el

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

malestar. Un ejemplo de esto podemos observarlo cuando un contenido informativo como lo es la sensación fisiológica de notar el latido del corazón acelerado (taquicardia) se conecta con otro contenido informativo: "esto significa que me voy a morir". Si actuamos con una técnica de exposición y tras ésta el individuo "no muere" (como él creía iba a suceder), su contenido informativo (cognición) cambia, sin haber utilizado otra estrategia como podría haber sido el debate socrático (terapia cognitiva de Beck o Ellis). Dicho de otro modo, la exposición modifica cogniciones (información).

Delimitación del término "reestructuración cognitiva"

Otro aspecto que creemos interesante concretar es el término "reestructuración cognitiva" que frecuentemente hace referencia a las psicoterapias cognitivo-conductuales [5]. Utilizando la "aclaración", si hablamos de reestructuración cognitiva sin especificar nada más, la misma etiqueta "reestructuración cognitiva" puede estar haciendo referencia a las técnicas utilizadas desde los enfoques cognitivo-conductuales, en cuyo caso se trataría de una variable independiente (VI en adelante) o a los resultados obtenidos tras un tratamiento psicológico, en cuyo caso se trataría de una variable dependiente (VD en adelante). Considerando la "reestructuración cognitiva" como VD, cualquier modificación que se haya producido en la información contenida en nuestra memoria habrá sido efectuada por algún tipo de tratamiento o intervención (VI) pudiendo haber sido ésta por cualquier tipo de psicoterapia o elemento constituyente de ésta [8]. Si lo que queremos es que la información contenida en un área de memoria (imágenes, sonidos, ideas, sensación física, etc.) cambie y como consecuencia deje de producir sufrimiento, cualquier método utilizado (VI) que consiga ese objetivo produciría la reestructuración (cambio en la información) y habríamos modificado la VD. Por tanto, la TCS parte del uso de técnicas o herramientas (VI) como medio de producir una "reestructuración cognitiva" (VD), es decir, un cambio en los contenidos de áreas de memoria (información). De este modo se equipararían técnicas como la exposición o la psicoeducación con el debate socrático, por ejemplo, cómo método para reestructurar cogniciones (información).

Asertividad

Aunque es una herramienta constituyente de los paquetes de entrenamiento de habilidades sociales y es dentro de ese bloque donde se suelen entregar al cliente para leer, tras una breve explicación, los derechos asertivos [20], la TCS considera la "asertividad" en su sentido amplio de habilidad de comunicación interpersonal. De hecho, los patrones de comportamiento interpersonal que se caracterizan por oscilar entre los dos extremos de los estilos de comunicación, esto es: el estilo agresivo y su polo opuesto el pasivo, vienen recogidos en una categoría diagnóstica del DSM-IV-TR y el CIE-10 [21-22] como trastorno pasivo-agresivo (negativista) de la personalidad que se caracteriza por la falta de asertividad. Aunque en el DSM-V [23] desaparece este trastorno, puede diagnosticarse como indica literalmente el manual como trastorno de personalidad no especificado, poniendo como ejemplo este trastorno.

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

La terapia asertiva entiende la asertividad como la facultad de poder expresar opiniones, deseos, etc. sin miedo a la opinión de los demás. Este primer derecho asertivo listado por Manuel J. Smith englobaría el resto de su decálogo de derechos asertivos [24]; de nuevo podemos utilizar la síntesis, pues de él se derivan el resto de derechos listados originalmente por él y que se han ido ampliando a través de los años en múltiples publicaciones de otros autores. Este primer derecho es expresado en su libro de la siguiente manera: *"Tenemos derecho a juzgar (decidir, añadimos nosotros) nuestro propio comportamiento, nuestros pensamientos y nuestras emociones, y de tomar la responsabilidad de su iniciación y de sus consecuencias"*. Desde el enfoque de la TCS, ésta es una clave cuando se intenta reestructurar el modo de pensar, ya que habitualmente se suele utilizar la asertividad en las terapias con personas con problemas de pasividad, sin embargo nos encontramos en la práctica con personas agresivas o pasivas que son implícitamente agresivas, pues mentalmente se enfadan porque los demás no les comprenden, obviando que pueden pensar de manera diferente y negándoles de este modo su derecho asertivo a pensar como quieran, además de enfadarse con ellos mismos por no responder o actuar como les gustaría. El cliente ha de comprender qué implica realmente considerar que cada individuo (él y los demás) tiene sus derechos asertivos pues tiene importantes implicaciones a la hora del tratamiento: los demás, al tener los mismos derechos, no tienen la obligación de pensar igual que él y esa idea ha de ser reestructurada y a través del debate que mantenemos con el cliente/paciente hablamos de que cualquier persona tiene derecho a pensar, sentir, comportarse como él crea, que en esencia conforman los "valores personales". La creencia de que "el mundo ha de funcionar como yo quiero" (perfeccionismo patológico), como se verá más adelante, se constituye en uno de los principales factores causantes de problemáticas en muy diversos trastornos psicológicos.

Como herramienta terapéutica, la comprensión en toda su dimensión del concepto "asertividad" resulta imprescindible ya que se emplea en cualquier problema que afecte a las relaciones interpersonales (incluyendo problemas de ansiedad, de personalidad, afectivos, de relación, etc.), ya se trate de patrones de comunicación y/o de comportamiento con estilos: pasivos, agresivos, o pasivo-agresivos.

BASES DE LA TCS

Psicología Cognitiva y Neuropsicología

La TCS parte, en primer lugar, de los supuestos del paradigma del procesamiento de información de la psicología cognitiva y de las aportaciones de las teorías neuropsicológicas que señalan la relevancia de las funciones ejecutivas como sistema atencional supervisor [25]. El objetivo de la psicología desde un enfoque cognitivo consiste en conocer cómo el ser humano adquiere información sobre el mundo que le rodea, cómo la representa, cómo la transforma, cómo la almacena y cómo la recupera una vez almacenada para su utilización. Como es conocido, esto implica los procesos de: atención, percepción, memoria, representación, categorización, pensamiento, solución de problemas,

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

lenguaje, motivación y emoción. El enfoque actual proviene de los años cincuenta, bajo la influencia de la cibernética, la lingüística y la teoría de la información [26] y todos estos procesos implican procesamiento de información (véase figura 1).

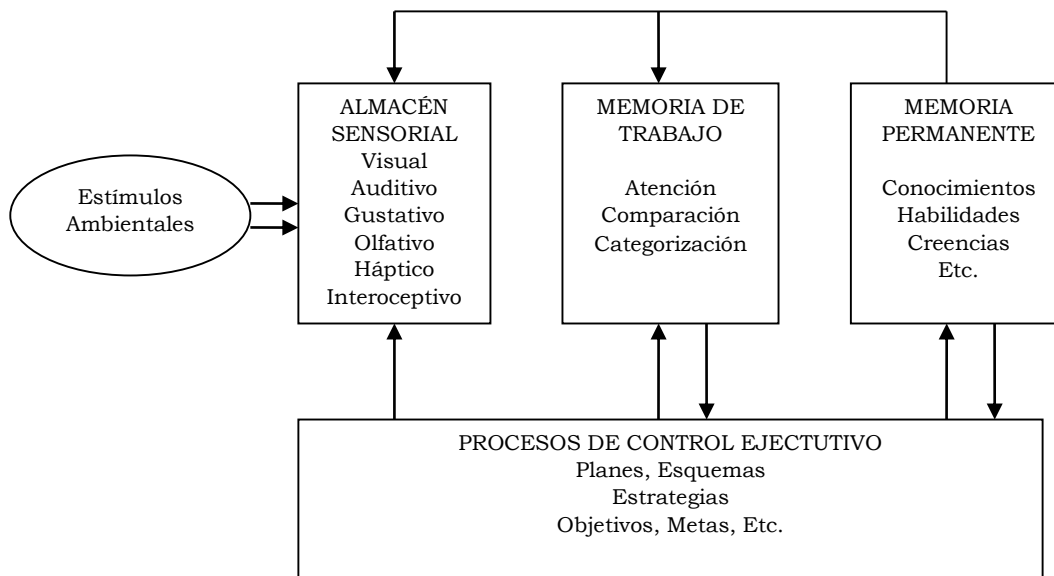
Por otro lado, en las dos últimas décadas, la neurología conductual y la neuropsicología han evolucionado vertiginosamente bajo el influjo de modelos teóricos provenientes de la psicología cognitiva, así como por el avance de sofisticados métodos que permiten estudiar la actividad cerebral durante los procesos cognitivos. Así, un sólido cuerpo de evidencia científica demuestra que los lóbulos frontales se hallan implicados en la ejecución de operaciones específicas tales como: la memorización, la metacognición, el aprendizaje y el razonamiento. De esta relación se infiere que los lóbulos frontales se encargan de una función ejecutiva o supervisora de la conducta. El concepto de control ejecutivo o funciones ejecutivas basa sus definiciones en aproximaciones de los modelos de procesamiento de la información y se ha definido como mecanismos implicados en la optimización de los procesos cognitivos implicados en la inhibición, atención, asociación de ideas, integración de nueva información, formulación de la intención, plan de consecución del logro, toma de decisiones, memorización, aprendizaje y razonamiento para orientarlos hacia la resolución de situaciones complejas, problemáticas y/o novedosas. Este procesamiento de orden superior implica una relación de doble dirección con otros procesos cognitivos, con los que interaccionan [27].

Luria fue el primer autor que, sin nombrarlas, conceptualizó las funciones ejecutivas como implicadas en la motivación, formulación de metas y planes de acción. Diversos autores como Lezak (quién acuñó el término), Sholberg o Mateer se han referido posteriormente a las funciones ejecutivas como las capacidades mentales esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente [28]. Las funciones ejecutivas, situadas en los lóbulos frontales, son el resultado de un sistema supramodal de procesamiento múltiple en el que implícitamente se reconoce su relación recíproca con otras funciones cerebrales en una doble dirección, por ejemplo con otros módulos de procesamiento de información en el cortex posterior, como los lóbulos temporal y parietal, estructuras límbicas, como la amígdala (implicada en el almacenamiento y procesamiento de reacciones emocionales) y el hipocampo (memoria y procesamiento de información procedente de casi la totalidad del neocórtex), el núcleo estriado, el cerebelo y los sistemas monoaminérgico y colinérgico ascendentes.

Las personas con déficit ejecutivo presentan dificultades en el establecimiento de nuevos repertorios conductuales, limitaciones en la productividad, creatividad y tienen escasa flexibilidad cognitiva. Desde la neuropsicología se han estudiado múltiples trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, el trastorno disocial de la personalidad, el autismo o el trastorno obsesivo compulsivo [27]. Estos estudios nos hacen entender que los pensamientos, ideas y creencias irracionales en estos trastornos son síntomas psicológicos que dependen en gran medida de procesos neuropsicológicos o de un procesamiento de información alterado. Así, por ejemplo, se suele señalar a las funciones ejecutivas como la forma genérica de control de la cognición y de la autorregulación de la conducta a través de procesos cognitivos interrelacionados y, por tanto, estaría en la base de estos problemas cognitivos [29-30].

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

Figura 1. Diagrama de flujo (modificado) propuesto por Baddeley [31] para representar los procesos dentro del sistema cognitivo



Estos supuestos de partida desde la psicología cognitiva y la neuropsicología son esenciales para considerar, como se decía líneas arriba, que los contenidos informativos en nuestro cerebro son representados o registrados en redes neuronales y que pueden contener información muy variada. De este modo, la TCS utiliza la noción de "información" más que la de "cognición", siendo ésta un tipo de información. En esta línea consideramos que la información contenida en las redes neuronales de nuestros cerebros es muy variada y gran parte de ella genéticamente programada; como en cualquier microchip, están contenidas las instrucciones para mover músculos, hacer latir el corazón, etc. Así, el aprendizaje o adquisición de nueva información implica los procesos de atención, percepción, categorización, representación, memorización que se concretan en los procesos de pensamiento y estos bidireccionalmente en los de motivación, lenguaje, resolución de problemas, etc., y la perspectiva terapéutica de la TCS se centra en seleccionar las herramientas más apropiadas para corregir los déficit en cada caso concreto (resolución de problemas, técnicas de reestructuración de pensamiento, exposición, psicoeducación, etc.).

Síntesis de los principales modelos de "terapia cognitiva"

La segunda base de la TCS consiste en la utilización sintetizada de los principales modelos de terapia cognitiva como técnica de reestructuración de ideas o pensamientos: la terapia racional emotivo-conductual (TREC) de Ellis [32] y la terapia cognitiva de Beck [2], consideradas como paradigmas de la psicología cognitivo-conductual. Ambos parten de la base de que el sufrimiento está causado por nuestra manera de interpretar los acontecimientos, no por estos directamente [33].

Los esquemas cognitivos distorsionados o erróneos son grandes creencias filosóficas no basadas en datos objetivos que son la base de los pensamientos automáticos negativos, los cuales son reflejos,

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

aparecen sin querer, son persistentes y el sujeto los da por ciertos. Según Beck [34], los pensamientos automáticos negativos están sustentados por diez errores o distorsiones cognitivas que se producen en el procesamiento de información y son mencionados como sigue: dicotomía, abstracción selectiva, generalización, magnificación/minimización, inferencia arbitraria, etiquetación, personalización, razonamiento emocional, deberización y descalificación de lo positivo, aunque esta denominación varía según diferentes traducciones y autores. La TCS propone reducir (sintetizar) estos diez errores a dos: la "dicotomía" y la "inferencia arbitraria" considerándolos como génesis del resto de errores listados por Beck inicialmente. La dicotomía consiste en una categorización en sus extremos de cualquier atributo, adjetivo o, dicho de otro modo, la polarización de experiencias individuales, que tienen su manifestación en pensamientos cotidianos, tales como son: "correcto/incorrecto", "todo/nada", "blanco/negro", "bueno/malo/", "bien/mal" "perfecto/imperfecto", "lógico/ilógico", "justo/injusto", y otras manifestaciones como: "la verdad", "el sentido común", "esto es así", "la razón", etc. Como puede observarse esta forma de pensar no da opción a otra distinta. La inferencia arbitraria consiste en dar por ciertos argumentos o pensamientos (propios o ajenos) y llegar a conclusiones sin base empírica fundamentada o sin evidencias que los confirmen.

La síntesis que propone la TCS se concreta del siguiente modo: el error "deberización" quedaría equiparado al dicotómico ya que en esencia es la misma idea (las cosas deben ser de un modo único); generalización, etiquetación, abstracción selectiva, descalificación de lo positivo, magnificación/minimización y personalización se constituyen en derivados, combinaciones o ambas de los dos "errores madre" (utilizando la analogía biológica de célula madre): dicotomía e inferencia arbitraria. La generalización en el fondo es una inferencia que se desvía hacia los extremos, la etiquetación es una forma de anclar una idea, la abstracción selectiva consiste en una inferencia concreta, la descalificación de lo positivo es otra forma de etiquetación, la magnificación y minimización son equiparables a la abstracción selectiva y, por último, el razonamiento emocional es considerado una inferencia que incluye desconocimiento de información acerca del concepto "emoción" (da como válido o cierto un pensamiento por el malestar causado por la sensación fisiológica). De este modo, la TCS aísla la dicotomización y la inferencia arbitraria como los "errores madre" de los que se derivan el resto. Esto se traduce, en el ejercicio terapéutico, en un ahorro temporal cuando ha de explicarse al cliente el origen de sus "pensamientos automáticos negativos" (nomenclatura de Beck) como por ejemplo: "todo me sale mal" o "como Juanita no quiere ser mi novia, me quedaré soltero toda la vida", así como una mejora en la profundidad del análisis y comprensión, ya que entendido el error, el esfuerzo y estrategias para corregirlo son más sencillas y consistentes.

Por su parte, la terapia racional emotivo-conductual (TREC) de Ellis [2,32] es una escuela de psicoterapia y una filosofía de vida, basada en la premisa estoica de que: "la perturbación emocional no es creada por las situaciones, sino por las interpretaciones que la persona hace de esas situaciones" (Epicteto, siglo I d.C.) y lista en sus inicios once ideas irracionales que mantienen esa perturbación.

Según Ellis, las ideas irracionales se derivan de los dogmas absolutistas: "Tengo que...", "tienes que...", "debo de...", "debes de..." y listó originalmente once ideas irracionales que posteriormente él mismo sintetizó en tres, como puede observarse en la figura 2 [35].

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

Figura 2. Las 3 Creencias Irracionales Básicas sintetizadas por Albert Ellis

| Con respecto a: | Idea irracional |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Uno mismo | "Debo hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones". |
| Los demás | "Los demás deben actuar de forma agradable, considerada y justa" |
| La vida o el mundo | "La vida debe ofrecerme unas condiciones buenas y fáciles para poder conseguir lo que quiero sin mucho esfuerzo y comodidad" |

Esta forma de ver el mundo es equivalente a una visión única por parte del individuo, como un guión general o esquema que el individuo no sabe modificar y que engloba (según la TCS) a todas las ideas irracionales listadas por Ellis. Nuestra propuesta es que la síntesis puede acentuarse aún más: "las cosas tienen que suceder de un modo predeterminado" en lo que respecta a mí, a los demás y al mundo o la vida. De otra forma: "el mundo tiene que funcionar como yo quiero". Como puede observarse, esta forma extrema de concebir las cosas es en esencia lo que Beck denomina "error dicotómico" y para Ellis la esencia de su terapia racional emotiva. Si las cosas funcionasen en cada momento como cada individuo quiere sería "perfecto". De este modo, la TCS partiendo de la base de que esto no es posible, utiliza el término "perfeccionismo patológico" cuando la persona no es consciente de que esa manera de pensar, lejos de ayudarle en su vida cotidiana, se vuelve en su contra y lejos de producir bienestar consigue todo lo contrario. Este esquema o guión para conducirse en la vida, se convierte en el núcleo principal de atención de la TCS y utiliza este término coloquial de "perfeccionismo patológico" pues muchos clientes cuando describen los problemas que le traen a consulta es expresado muy habitualmente así: "si las cosas no me salen como yo quiero, me enfado, me deprimó, o ambas cosas". De hecho, estudios recientes plantean que el perfeccionismo clínico o patológico debe ser entendido como un proceso o fenómeno transdiagnóstico, es decir, que es un factor de riesgo y de mantenimiento de numerosos trastornos (alimentación, ansiedad y depresión), así como equiparan el pensamiento dicotómico con el perfeccionismo clínico [36-37]. Estos trabajos basan su propuesta en cuatro pilares: 1) la presencia de puntuaciones elevadas en perfeccionismo en pacientes con estos trastornos frente a los controles; 2) el perfeccionismo elevado se asocia a co-ocurrencia de psicopatología; 3) la conceptualización del perfeccionismo clínico o patológico puede utilizarse para entender el concepto de perfeccionismo como proceso transdiagnóstico; y 4) el tratamiento del perfeccionismo mejora los resultados del tratamiento de la ansiedad, la depresión y los trastornos de alimentación.

Ésta síntesis, a la hora de trabajar cuando una idea ha de ser modificada para que no produzca sufrimiento, facilita la comprensión del problema por parte del cliente a la vez que economiza el esfuerzo del terapeuta para mostrar al cliente el foco o raíz del problema. De este modo se evita hacer un repaso por todas las ideas irracionales o por todas las distorsiones cognitivas de Beck. Todo esto tiene notables consecuencias en el desarrollo y resultado de la terapia psicológica: a) contribuye a que la terapia requiera un menor número de sesiones, con el consiguiente ahorro económico para el cliente y la mejora en la eficiencia del trabajo psicoterapéutico; b) aporta claridad al no tener que explicar

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

cada idea irracional (Ellis) o error cognitivo (Beck) centrándose la TCS en las inferencias y en la dicotomía y c) mejora la adherencia al tratamiento, ya que facilita el llegar al origen del problema más rápidamente (esto siempre que el cliente acepte o reconozca que es él el que tiene que cambiar y no el resto del mundo).

Así, la TCS se basa en los errores cognitivos en el procesamiento de la información: "dicotomía" (distorsión de Beck e idea irracional sintética de Ellis) y la "inferencia", como los dos errores claves (esquemas madre) y se centra en buscar entre las ideas que manifiesta el cliente si contiene alguno o ambos de estos errores para, seguidamente, a través del debate socrático, sugerir o persuadir para el cambio al cliente. No obstante, se puede hacer uso como herramienta adicional, en la práctica terapéutica, del resto de errores cognitivos mencionados por Beck o del resto de ideas irracionales de Ellis, no siendo necesario acudir a ellas si tras las ideas o pensamientos del cliente se encuentran la dicotomía o la inferencia, resultando así una forma muy directa de llegar a la causa del malestar del paciente/cliente.

Llegados a este punto y utilizando los presupuestos asertivos, la TCS enlaza así los juicios con el error dicotómico, ya que nuestros juicios de valor cotidianos, si los hacemos, implican que estamos haciéndonos poseedores de "la verdad" (dicotomía) y obligando de este modo a los demás a acatar nuestro modo de pensar y/o actuar. A través del debate socrático, explicamos nuestro punto de vista de que las "reglas" han de estar manifiestamente explicitadas y registradas; así como consensuadas cuando es necesario ("la leyes"), de no ser así se constituyen en subjetivas. Lo mismo sucedería con los "valores". Así, utilizar "el sentido común", algo a lo que habitualmente recurre la gente, sería un error dicotómico, a la vez que una forma agresiva de proceder cuando alguien no opina igual que nosotros. Es muy importante saber distinguir entre lo "legal" (objetivo) y lo "justo" (subjetivo si no está previamente explicitado); las leyes (religiosas o civiles), las reglas o las normas no son subjetivas.

Como puede observarse, la falta de asertividad se constituye en un modo de ver el mundo que no se acepta, que no es perfecto, quedando como error de primer orden, junto a las inferencias, la dicotomía/deberización o lo que nosotros llamamos "perfeccionismo patológico".

Concretando, la utilización de la dicotomía y la inferencia, así como la conceptualización de la asertividad desde la TCS tiene claras implicaciones terapéuticas si la persona que nos visita piensa que el mundo (exterior y/o interior) y el futuro se tienen que adaptar a un guión predeterminado por él, y que si ese guión no se desarrolla exactamente como él quiere, se produce el sufrimiento (perfeccionismo patológico), expresado en sensaciones o sentimientos de ira, tristeza, contradicción, frustración, indecisión, desesperanza, no entenderse a uno mismo o a los demás, etc., que se traducen en patologías como: trastornos adaptativos, trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de conducta, trastornos de personalidad y que a su vez pueden propiciar otros trastornos como las adicciones, trastornos disociativos, episodios psicóticos, etc.

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

Síntesis de las técnicas utilizadas por las psicoterapias e integración de sus elementos comunes como "técnicas de elección"

En tercer lugar, la TCS se centra en aislar (sintetizar) los componentes utilizados en las muy diversas "terapias psicológicas" para después integrarlos como técnicas o herramientas terapéuticas y seleccionar en cada caso la más adecuada al paciente/cliente, entendiendo de este modo que las diferencias entre las diversas psicoterapias residen en los componentes utilizados, no por ser un método terapéutico diferente. Aunque explícitamente no se hable de estas herramientas o estrategias, implícitamente cualquiera de las psicoterapias existentes incluye, tanto de forma aislada como combinada con otros, en mayor o menor medida estos elementos: técnicas de reestructuración cognitiva, exposición, relajación, entrenamiento asertivo, resolución de problemas, programación de actividades agradables, psicoeducación, aceptación, programas de higiene del sueño, entrenamiento en comunicación, autoinstrucciones, habilidades de negociación, experimentos conductuales, habilidades instrumentales; además de otras herramientas muy comunes en cualquier psicoterapia como son el uso de metáforas, acotación y/o aclaración de conceptos o ideas, perspectiva desde "el otro", juegos de rol, etc. Como ejemplos más recientes tenemos las denominadas terapias de conducta de tercera generación. Según Mañas [38], el grupo de terapias que conforman este grupo son las siguientes: i) la terapia de aceptación y compromiso (acceptance and commitment therapy o ACT) [39-46], cuya clave es la congruencia con los valores propios y la aceptación del sufrimiento como parte de la vida; en realidad se pretende un cambio cognitivo que implica la modificación de un área de memoria (pensamientos), además de utilizar las metáforas, paradojas o ejercicios experienciales [47]; ii) la psicoterapia analítico-funcional (functional analytic psychotherapy o FAP) [43,48,49], que se propone como la primera metodología terapéutica basada en los resultados de la experimentación del conductismo radical de Skinner y que se centra en la importancia de la relación terapeuta-cliente dentro del contexto clínico, preponderando el papel de las conductas condicionadas por las reglas del refuerzo; iii) la terapia de conducta dialéctica o dialéctico-comportamental (dialectical behavior therapy o DBT) [50-52], que incluye psicoeducación, resolución de problemas, comunicación y expresión de sentimientos (validación) así como reestructuración cognitiva; iv) la terapia integral de pareja (integrative behavioral couples therapy o IBCT) [53-54], que utiliza principalmente dos tipos de intervenciones: el intercambio conductual, dirigido a promover el intercambio de comportamientos positivos de los miembros de la pareja y aumentar la satisfacción, entrenamiento en resolución de problemas y comunicación; v) la terapia cognitiva basada en mindfulness para la depresión (mindfulness-based cognitive therapy o MBCT) [55-58], que se considera, entre otras cosas, como una técnica y un componente de las terapias desarrolladas en el marco del conductismo contextual o terapias de tercera generación: la terapia de aceptación y compromiso, la terapia de conducta dialéctica o psicoterapia analítica funcional.

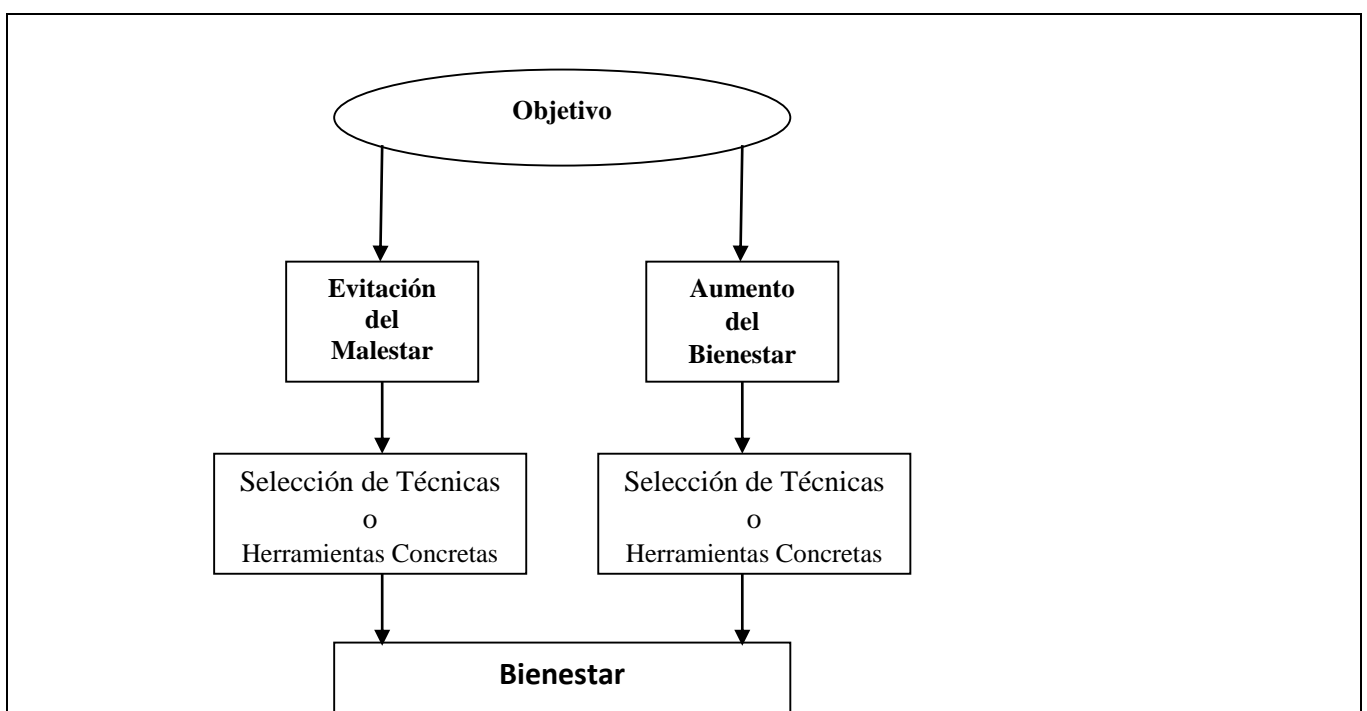
Además de estas terapias, otros enfoques terapéuticos más alejados de la terapia cognitivo-conductual también comparten muchos de estos elementos. Así, por ejemplo, las terapias postmodernas (terapia narrativa, terapia colaborativa) utilizan básicamente la resolución de

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

problemas y la comunicación [59]; la terapia breve centrada en soluciones, que es una aplicación estructurada de la técnica de resolución de problemas en la que se centran en el "cómo" más que en el "por qué" pero que básicamente sigue los pasos de los autores originales de la técnica [60-62]; la terapia conductual cognitivo-afectiva, que incluye la relajación, reestructuración cognitiva, la regulación de las emociones y el entrenamiento en habilidades interpersonales [63]; la psicoterapia gestalt que se concentra en el presente, la toma de conciencia, el centrado en el "cómo" más que en el "por qué" y que utiliza básicamente la vivencia experiencial a través de metáforas y dramatizaciones [64]; la terapia sistémica, que basa sus técnicas en la comunicación y en la premisa de que las interacciones humanas son cambiantes, cada sesión puede ser distinta y la improvisación es un parte esencial del terapeuta [65]; desde la psicología positiva, que aun no dirigiendo su ámbito de acción principalmente a las patologías, la psicoterapia positiva ha mostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión [66-68] etc.

Como puede observarse, aun siendo múltiples las denominadas "psicoterapias", las técnicas o herramientas terapéuticas se repiten, intentando modificar la manera de pensar (aceptar es un cambio en la forma de pensar), la forma de comportarse y, como consecuencia, el modo de sentir (emociones). Las estrategias y/o herramientas concretas para conseguir esos objetivos es lo que diferenciaría una psicoterapia de otra. De este modo, la TCS propone una integración en un único protocolo que, de algún modo también es una forma de síntesis, consistiendo esta parte del protocolo en la selección de la técnica más adecuada para el tratamiento de un determinado paciente/cliente, consiguiendo además unificar lo que últimamente persigue la psicología (véase figura 3), la concepción del bienestar como algo más que el alivio del sufrimiento, prestando cada vez más atención a la psicología positiva a través del desarrollo de potencialidades (resiliencia, o fortaleza, si empleamos un término en español equivalente) para buscar la satisfacción personal o felicidad [9].

Figura 3. Propuesta sintética de integración de técnicas orientadas hacia un objetivo.



TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

Resolución de Problemas: Técnica Cognitiva

En cuarto lugar, la TCS utiliza también como estrategia para reestructurar el pensamiento la técnica de "resolución de problemas". Aunque los creadores de esta técnica la proponen como terapia [60-61], habitualmente ha sido utilizada como herramienta secundaria. Sin embargo, la TCS profundiza en algunas ideas claves del método, sobre todo por la implicación que tiene con las funciones ejecutivas, que como se ha mencionado antes, son mecanismos o procesos cognitivos de orden superior que implican aspectos como la inhibición, la memoria de trabajo o la toma de decisiones, es decir, una serie de estrategias encaminadas a preparar una respuesta ante una situación novedosa para la que es preciso una representación mental del problema, aplicar una planificación adecuada, ejecutar un plan y evaluar el resultado para poder detectar los errores y corregirlos [69].

Partiendo de las fases que componen la técnica de resolución de problemas: 1) orientación; 2) definición operativa; 3) generación de alternativas; 4) toma de decisiones (análisis de pros y contras y selección de la mejor opción); y 5) puesta en marcha o verificación, la TCS introduce lo que considera contenidos informativos que ayudan al cambio cognitivo al estructurar los pasos a seguir y localizar las fases en la que nos hallamos, maximizando el esfuerzo en la "solución" o, mejor dicho, la consecución de nuestro objetivo. De este modo intentamos construir una estructura ordenada en el pensamiento que ayude en la superación de las dificultades. Explicamos también que tener problemas es sinónimo de estar "vivos" y que no hay que tener miedo (evitación) sino conceptualizarlo como un reto continuo que nos proporciona "aprendizaje" y consecuentemente a no ver obstáculos cuando ya sabemos cómo superarlos. No obstante, el cliente no debe obviar que habrá otros nuevos, pero la rueda de la vida hay que "aceptarla" pues de no hacerlo estaríamos en lo que hemos descrito como idea madre errónea: "el mundo debería funcionar de otro modo" (como yo quiero). Es muy importante entender que "el mundo" no funciona como las personas quieren y no se puede pretender que gire a nuestro gusto, aunque nuestra labor es intentar acomodarlo al máximo, siempre teniendo en cuenta que no podremos "manipular" lo que no está en nuestras manos.

La fase 1, la orientación hacia un problema comienza cuando existe "malestar" y las personas suelen llamar "problema" a aquello que le sucedió o le está sucediendo. Esto es claramente pasado y/o presente. Aunque parezca un juego de palabras, el verdadero "problema", por así decirlo, se concentraría en alcanzar una meta u objetivo que alivie el sufrimiento y eso siempre está en el futuro, que se correspondería con la fase 2 (definición operativa del problema) y que motiva al cliente a buscar estrategias para alcanzar la meta u objetivo en lugar de dar vueltas a lo que sucede o sucedió (desadaptación) y que nos llevaría a la fase 3 (búsqueda de alternativas) resultando una manera "adaptativa" de proceder.

Con la fase 4 (toma de decisiones) explicamos que algo tan habitual en nuestras vidas nunca lo habíamos conceptualizado como una de las fases del proceso de resolución de problemas. En esta fase también explicamos por qué muchas personas no toman decisiones (expresadas con términos "soy inseguro/a", "nunca sé qué decisión tomar", etc.). Desde nuestra perspectiva es una manifestación clara del "perfeccionismo patológico". Muchas personas buscan "la solución"

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

(dicotomía), no admiten poder resolver un problema con otra alternativa que no sea la que se corresponde con su "guión perfecto" (solución perfecta), en vez de optar por la mejor solución entre las que en estos momentos están al alcance (probabilidad). Buscar la solución perfecta es un objetivo casi siempre inalcanzable y ello obliga al individuo a no tomar una decisión al carecer de la seguridad total (100%) de que va a acertar en su elección. Esto nos lleva a la explicación de lo mal que muchas personas llevan el "fracaso" o "cometer errores". Explicamos que en el mundo emocional de las personas, en nuestras vidas, no existe la matemática exacta, sino la estadística o las probabilidades, y con un ejemplo tan sencillo como tirar una moneda al aire puede darnos una cara o una cruz al caer, le hacemos ver que el éxito y el fracaso está sustentado por la misma regla, por lo que, si no queremos fracasos (cruz), nunca tendremos éxitos (cara). El fracaso es la otra cara de la moneda y no podemos negarnos a ello (que el mundo funcione de otro modo). Como puede observarse, esto tiene mucha relación con el control, cuando tenemos absoluto control, tenemos seguridad, tranquilidad. Los clientes se quejan de su "inseguridad" y de su "ansiedad". Añadimos de nuevo la noción temporal en el sentido de que la vida se vive a cada momento (presente) y que una decisión se toma siempre en el momento presente, se sabe si ha funcionado o no en el futuro, lo que dejaría fuera de lugar las lamentaciones, la culpabilidad, etc. La esencia para entender esto es que si en un momento dado, con los elementos considerados en el análisis de pros y contras, una determinada alternativa es considerada la mejor opción, debo ponerla en práctica. Si no consigo el resultado esperado tendré que seguir con el resto de alternativas, si las hay, o aceptar que no puedo conseguir lo que quería. Esto, como decíamos antes, es una rueda continua a lo largo de nuestras vidas. Tomar decisiones y no culpabilizarnos si no conseguimos lo esperado está muy relacionado con la satisfacción personal o felicidad [9]. De este modo, nuestra estrategia terapéutica es abordar aquí esta problemática tanto si se trata de un trastorno de ansiedad que pueda estar mediatizado por esta forma de pensar diagnosticado como ansiedad generalizada, fobia social, etc., como si se trata directamente de un diagnóstico de trastorno de personalidad, o cualquier otro trastorno en el que detecte falta de habilidad por parte del cliente/paciente en resolver problemas.

La fase 4 también nos enseña además algo muy importante. A veces, las alternativas son tan similares en cuanto a la valoración de pros y contras que explican por qué nos cuesta tanto tomar una decisión, ganamos y perdemos en la misma proporción. En la fase 5 (puesta en marcha y verificación) nos encontramos con que muchas personas, sabiendo resolver las anteriores fases nunca ponen en marcha la alternativa elegida. Nuestro objetivo aquí se centra en explicar al cliente/paciente que el mundo no se acaba si no funciona en un momento dado como nosotros queremos, hay otras posibles alternativas, hay que ir escogiendo una por una todas las posibles y si llegado el momento se agotan y no podemos alcanzar nuestro objetivo, se ha de poner en marcha un mecanismo que no requiere de muchas explicaciones psicológicas: "asumir" o "aceptar". Nuestro trabajo será entonces ayudar al cliente en facilitar esa aceptación ya que tras una pérdida siempre viene un "duelo", siendo éste de magnitud y duración variables dependiendo de la pérdida.

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

Psicoeducación

En quinto lugar, la TCS utiliza la "psicoeducación" como medio de reestructuración cognitiva para diferentes problemáticas, adecuando sus contenidos a cada una de ellas. Como su mismo nombre indica, la psicoeducación se refiere a contenidos teóricos o teórico prácticos de psicología que se ponen a disposición de la persona que acude en busca de ayuda en un momento determinado y que, aun siendo un elemento o herramienta terapéutica muy habitual en las psicoterapias, en cada intervención puede incluir contenidos informativos muy diferentes, por lo que consideramos necesario que cuando se haga referencia en los tratamientos o se mencione como contenido de un paquete terapéutico, explicitar sus contenidos, así como el objetivo por el cual se han incluido esos contenidos. De no ser así, cuando se efectúen meta-análisis pueden ocurrir sesgos haciendo referencia a "psicoeducación" como si se tratase de un mismo elemento. Por ejemplo, los contenidos informativos en una terapia de pareja pueden incluir aspectos similares a los de una terapia de familia (asertividad), pero no idénticos (educación de los hijos) y muy diferentes a los de una terapia para un trastorno de ansiedad, que deben incluir aspectos básicos referidos a psicofisiología y aprendizaje [8].

Como venimos defendiendo, un cambio de información en un área de memoria puede ser producido por la adquisición de un nuevo contenido informativo (cognición). Esta información, aún siendo novedosa, puede implicar dos aspectos: a) que la persona disponga de nueva información que desconocía totalmente y/o b) que la nueva información entre en conflicto con información previa disponible. En cualquiera de los dos casos, se produce un cambio en un área de memoria con contenido informativo.

Finalmente, la TCS utiliza también otras herramientas terapéuticas como las técnicas para reducir la activación (relajación, respiración lenta), técnicas de exposición derivadas del condicionamiento clásico y operante (exposición "in vivo" y en imaginación), técnicas derivadas del condicionamiento operante (para el desarrollo de conductas y sistemas de organización de contingencias), técnicas derivadas del aprendizaje observacional (modelado), técnicas cognitivas clásicas (entrenamiento en autoinstrucciones, uso de metáforas y ejemplos, etc.), técnicas para aumentar la activación (programación de actividades agradables, activación conductual), el entrenamiento en habilidades sociales (comunicación, negociación), etc.

TCS Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La TCS propone también para los trastornos de ansiedad un punto de vista sintético y otro integrativo. Comenzando por el último, la TCS considera que la "ira patológica" puede ser incluida, desde el punto de vista del abordaje terapéutico, en los trastornos de ansiedad. La ira, como emoción que es, está afectada y potencialmente controlada por estímulos físicos y cognitivos [70].

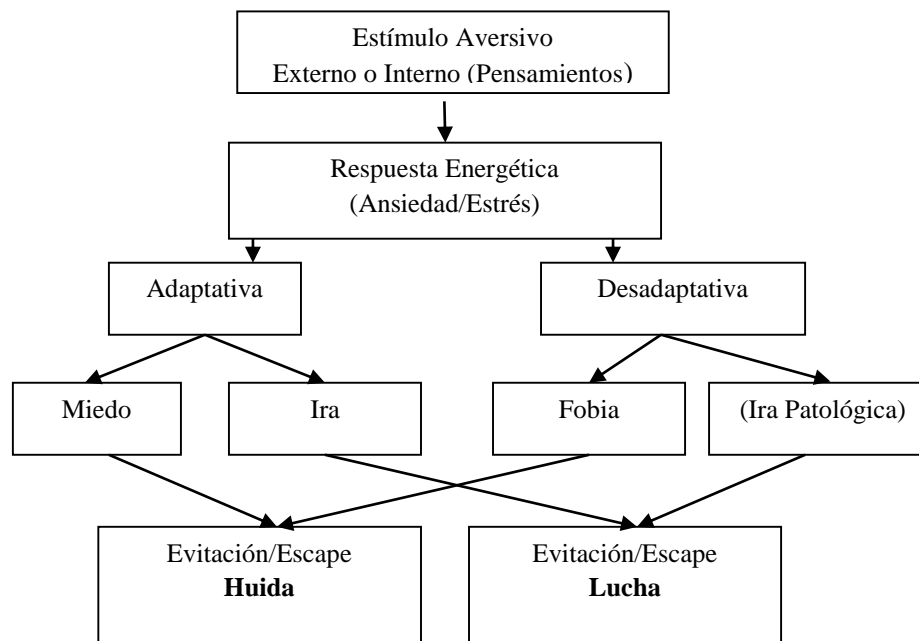
Aunque la ira continúa siendo una asignatura pendiente dentro de la salud mental y reconocida como un grave problema, aún no está incluida como categoría diagnóstica en los manuales oficiales

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

de psiquiatría. No obstante, los trabajos continuados sobre ira patológica de Jerry Deffenbacher y su equipo nos animan a esta inclusión [71-72]. Siguiendo a Lazarus [73-76], la respuesta de estrés (o ansiedad) entra en funcionamiento cuando el individuo cree que existe algún peligro, amenaza o catástrofe que se dirige hacia él. Ante este tipo de situaciones se produce una evaluación primaria que efectúa un análisis de la situación y otra secundaria que evalúa los recursos para hacer frente a esa situación. Dependiendo de ambas evaluaciones el individuo tomará una decisión de actuación: lucha o huida, dependiendo de los recursos que estime para hacerle frente (como se puede observar el individuo en estos momentos está utilizando estrategias de resolución de problemas, que incluye la toma de decisiones). Para cualquiera de las dos opciones necesitará energía (ansiedad/estrés) con lo que la respuesta energética del organismo se pondrá en marcha. Si el peligro, amenaza, catástrofe, etc., es real se conceptualiza como miedo (huida, aunque puede haber lucha) o ira (lucha) como respuesta adaptativa (véase figura 4). Sin embargo si el peligro, amenaza, catástrofe, etc., no es real, es exagerada o el individuo no cree tener recursos para su afrontamiento, se conceptualiza como fobia en el primer caso y como "ira patológica" en el segundo, resultando una respuesta desadaptativa.

En el caso de la "ira patológica", la reacción de ataque que utiliza el individuo, física o verbal, tiene como en las fobias una función de escape o evitación y en términos biológicos, un regreso a la homeostasis bioquímica [14].

Figura 4. Mecanismo de acción de la respuesta energética del organismo (ansiedad/estrés).

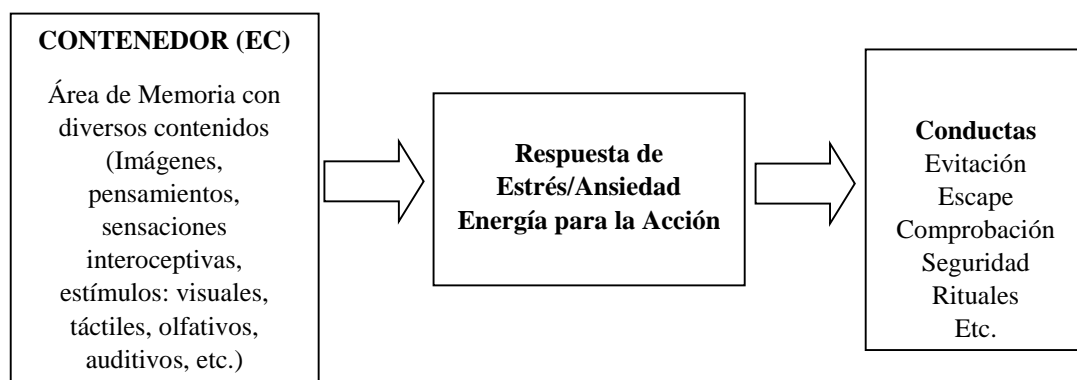


Los diferentes tipos de información en nuestra memoria pueden contener imágenes (fijas o en movimiento); sensaciones: olfativas, gustativas, interoceptivas, táctiles, auditivas; pensamientos; y las relaciones o interconexiones que puedan existir entre esas áreas de memoria. Cualquier contenido

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

informativo representado en un área de memoria puede en un momento dado convertirse en un estímulo aversivo si se realiza un procesamiento erróneo de la información (por ejemplo, notar taquicardia e interpretar ataque inminente al corazón) o evaluar/interpretar adecuadamente que un estímulo exterior que nos acecha es peligroso realmente para nuestro organismo. Si la interpretación que nuestro cerebro efectúa es incorrecta, no correspondiéndose con un peligro real se habrá convertido en un contenido informativo aversivo que en terminología de psicología del aprendizaje denominaríamos estímulo condicionado (EC a continuación). De este modo pueden generarse en nuestro cerebro áreas de memoria (EC's) con contenidos de diferentes tipologías, que según las TCS pueden encontrar su correspondencia (véase figura 6) con alguno o varios de los criterios diagnósticos DSM o CIE. Considerando un mismo esquema para todos los trastornos de ansiedad, la TCS se centra en localizar el disparador (EC) que produce la respuesta condicionada de ansiedad/estrés y buscar qué estrategias de escape/evitación o conductas de seguridad o rituales está utilizando el cliente/paciente, no siendo esencial el contenido del área de memoria (contenedor) sino el mecanismo de acción de la respuesta de ansiedad/estrés y las conductas de escape/evitación (Véase figura 5).

Figura 5. Mecanismo básico de los trastornos de ansiedad desde la TCS.



La síntesis se concreta en la selección de técnicas para el tratamiento de un caso concreto que se diagnosticaría siguiendo los criterios DSM o CIE con los nombres que, a modo de ejemplo, pueden verse en la figura 6, que no pretende ser una clasificación exhaustiva y, que como puede observarse, considera la hipocondría como trastorno de ansiedad (ansiedad ante la falsa creencia de padecer una enfermedad).

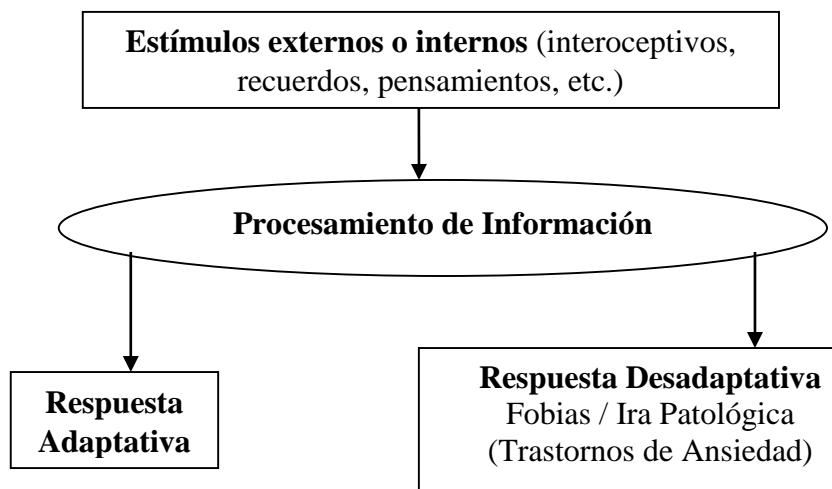
TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

Figura 6. Ejemplo de correspondencia entre estímulos condicionados y clasificación diagnóstica según algunos manuales diagnósticos.

| Estímulo (contenido informativo en áreas de memoria) | Clasificación Diagnóstica |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Perro/Ascensor/Tormenta/Insecto/etc. | Fobia Específica |
| Si no soy gracioso no seré aceptado | Ansiedad Social |
| Si no cuento de tres en tres mi hijo sufrirá... | Trastorno Obsesivo Compulsivo |
| Me preocupa el trabajo, el futuro, mis hijos, etc. | Ansiedad Generalizada |
| Me asusto cuando siento mi corazón latir deprisa | Trastorno de Pánico |
| Lo está haciendo para fastidiarme | Ira Patológica |
| Esas imágenes, sonidos, olor, etc. del accidente... | Estrés Postraumático |
| Este resfriado no es normal, iré a urgencias | Hipocondría |
| No valoran mi trabajo, además no puedo más dar de sí | Burnout |
| | Etc. |

De este modo, el esquema funcional para cualquiera de los trastornos de ansiedad, incluida la ira patológica, sería el mismo (véase figura 7).

Figura 7. Esquema funcional de los trastornos de ansiedad e ira patológica



La TCS utiliza básicamente como herramientas terapéuticas la "psicoeducación" y la "exposición" (VI's) para conseguir una reestructuración cognitiva (VD). Como se viene comentando, si con la información (psicoeducación) que proporcionada al cliente acerca de psicofisiología y aprendizaje (condicionamientos clásico y operante, aprendizaje vicario, mecanismo de la respuesta de estrés/ansiedad y concepto de emoción) se producen cambios en los contenidos previos de memoria "dañinos", habremos reestructurado sus ideas (cambio cognitivo). Por otro lado, la técnica de exposición proporciona nueva información tras la comprobación por el individuo de que su idea (tragedia, peligro, catástrofe, etc.) sobre lo que iba a suceder no se ha cumplido. Estas dos técnicas han de ir de la mano, iniciándose siempre con "psicoeducación". De cualquier modo, la TCS no excluye la reestructuración de ideas mediante técnicas cognitivas como las de Beck o Ellis, pero sí se reduce el uso de ellas, utilizándose sólo en casos concretos a criterio de psicoterapeuta.

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

Los contenidos psicoeducativos que para los trastornos de ansiedad se han de incluir y las líneas generales de actuación, tras la evaluación, serían las siguientes:

1. Cómo funciona el mecanismo "respuesta de estrés/ansiedad", que es una respuesta del organismo que genera energía para la acción y que incluye al sistema nervioso autónomo, sistema endocrino y sistema neuroendocrino.
2. La relación que tiene la activación autónoma con las cogniciones, explicando que ambos, cognición y sensación, dan lugar a lo que llamamos "emoción". Además se comentan las emociones básicas, atendiendo a la clasificación más simple: positivas (alegría/placer) y negativas (ira, miedo, tristeza y asco). El resto de emociones serían combinaciones de éstas (por ejemplo la frustración podría componerse de tristeza e ira) o matizaciones (la vergüenza sería un tipo de miedo, el pánico un miedo extremo o el asco una reacción de huida ante un peligro para el organismo en forma de agente químico -la huida sería aquí la expulsión del agente dañino-). Se comenta también que hay otro tipo de clasificación de las emociones: las que comparten la activación (miedo, ira y alegría/placer) y desactivación en la tristeza y en la alegría/placer (cuando se está relajado). Estas explicaciones son muy clarificantes para entender cómo un ataque de risa puede convertirse en uno de pánico, ya que en las dos emociones hay un componente idéntico (activación autónoma) pero con ideas muy diferentes; o por qué la activación producida por la caída al vacío desde un puente a un río con los pies atados a una cuerda (puenting) puede producir mucho placer o mucho miedo (diferente categorización emocional con la misma activación autónoma).
3. Se clarifica la diferencia entre miedo y fobia relacionando la huida con el miedo (fobia en su vertiente patológica) y la lucha con la ira (ira patológica en su vertiente desadaptativa). Esto no excluye la reacción de lucha en situaciones de miedo. La adaptación o desadaptación dependerá de la situación (real o falsa).
4. Se explican los conceptos básicos del aprendizaje: condicionamiento clásico y aprendizaje vicario, que pueden aclarar en muchas ocasiones cómo pudo generarse su fobia y condicionamiento operante, que explica el mantenimiento del problema y básicamente el objetivo de la intervención, las conductas de evitación y/o escape en todas sus variantes: conductas de seguridad, distracción, compulsiones, rituales, agresión/defensa (en la ira patológica), etc.
5. Se hace referencia a las representaciones mentales para explicar cómo un EC es un área de memoria en la que existe información, y que ese área puede contener imágenes (estáticas o en movimiento), olores, sabores, sonidos, sensaciones táctiles, sensaciones físicas (interoceptivas) o pensamientos. Si ese área de memoria está conectada a la respuesta de ansiedad/estrés, ésta se pondría en marcha, no es tan importante el contenido como el contenedor, que sería metafóricamente el "interruptor de conexión".

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

Es en éste último punto donde la TCS se hace más patente. Si el cliente/paciente tiene varios trastornos de ansiedad, con un mismo esquema: EC (contenedor) → respuesta de ansiedad/estrés → lucha/huida (evitación/escape) podemos explicar todos los trastornos de ansiedad de esa persona (la comorbilidad es muy frecuente). En las fobias, el modo concreto en que se tratará cada una de ellas dependerá del tipo de EC, aunque la "psicoeducación" y la "exposición" estará presente mayoritariamente; y la denominación del trastorno (agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, ira patológica, etc.) dependerá del tipo de EC (contenido diverso que ese área de memoria contenga) y ese área de memoria (contenedor) sería la que en un momento dado puede disparar (interruptor) la respuesta de ansiedad/estrés. Si es una idea con contenidos tipo "van a pensar de mí que soy un inepto" se trataría de una fobia social, si el contenido es "si no compruebo que he apagado va a quemarse la casa" se trataría de un trastorno obsesivo compulsivo, si el contenido es una sensación como la taquicardia (asociado a otro contenido "esto quiere decir que me va a dar un infarto") se trataría de un trastorno de pánico, si el contenido son imágenes de un hecho traumático se trataría de un estrés postraumático, etc. (Véase figura 6).

En el caso de la "ira patológica", el modelo seguiría la misma línea, entendiéndose así muchos de los enfados desadaptativos como una forma de "escape" de la tensión (activación autónoma), y la agresión (física o verbal) un modo inadecuado de liberar esa tensión. Al igual que en las fobias, el organismo continuamente busca un equilibrio energético (homeostasis bioquímica). La ansiedad/estrés es una energía para la acción que se convierte en malestar cuando no se utiliza, afectando al organismo. Sin embargo, el tratamiento para este trastorno difiere del de las fobias; aunque la exposición puede ser equivalente (como el caso de los celos patológicos) en otros casos la exposición será sustituida por terapia cognitiva, resolución de problemas, asertividad y técnicas de relajación, para cambiar la idea original del cliente en el sentido de no considerar enemigo o amenaza situaciones que simplemente pueden ser opiniones diferentes, o situaciones que hay que aceptar.

La TCS integra además trastornos muy habituales que cursan con elevada ansiedad/estrés como: el estrés laboral, estrés en el cuidador, crisis vitales, burnout, etc. dentro del tratamiento para los trastornos de ansiedad, puesto que conociendo el mecanismo de funcionamiento de la respuesta de ansiedad/estrés como respuesta energética antes situaciones en que es necesaria energía, queda explicado al cliente porqué en condiciones específicas existe un exceso de energía que puede resultar adaptativo o desadaptativo y que queda explicado atendiendo a los supuestos de Lazarus [73-76] de evaluación primaria/secundaria anteriormente referenciados, dirigiéndose en estos casos la intervención hacia el análisis y planificación de la situación vital concreta, búsqueda de actividades agradables para compensar con bienestar el malestar producido por la propia situación del cliente, concentrando la intervención en estos casos se en la técnica de "resolución de problemas" y "relajación", además de la "psicoeducación", haciendo ver al cliente que una inadecuada interpretación o planificación de su situación problemática es la causa de su exceso de energía innecesario.

Resumiendo, los contenidos de los EC nos indican la categorización (CIE, DSM) con la que se suele mencionar los llamados trastornos de ansiedad, siendo el tratamiento a aplicar común a todos ellos y que consistirá básicamente de psicoeducación y exposición, dejando a juicio del clínico el uso

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

de otras herramientas como las técnicas cognitivas y la relajación en cada caso concreto. Dependiendo de la habilidad del terapeuta y de la "claridad mental" del cliente, una o dos sesiones producen un cambio en las cogniciones del cliente que van, desde la solución de su problema en los mejores casos, a la facilitación de las exposiciones para comprobar que las tesis del psicólogo son demostrables y no son meros consejos para que se convenza y se sugestione para aliviar su malestar. Esta afirmación está basada en nuestra experiencia clínica no avalada aún por estudios experimentales, algo en lo que estamos trabajando para justificar nuestra propuesta de intervención.

PROTOCOLO DE LA TCS

El protocolo, como la TCS indica, es parsimonioso; así, se trataría de efectuar una exploración psicológica con el objetivo de obtener información acerca de los siguientes aspectos que aparecen a continuación (déficit del funcionamiento psicológico) y, seguidamente, seleccionar las técnicas más adecuadas para nuestro paciente:

1. Cuál es el problema por el que acude a la consulta del psicólogo (qué le hace sufrir o pasarlo mal o qué quiere cambiar aunque no lo esté pasando mal).
2. Qué grado de conciencia del problema tiene
3. Qué información tiene acerca de la problemática por la que acude a la consulta del clínico.
4. Qué comportamientos fóbicos, depresivos, relacionales (con los demás y consigo mismo), y qué conductas de evitación, de escape, de seguridad o rituales manifiesta (básico en los trastornos de ansiedad)
5. Qué comportamientos autolesivos o autolíticos manifiesta el paciente.
6. Detectar si el cliente/paciente manifiesta errores cognitivos dicotómicos o inferenciales.
7. Examinar si el paciente/cliente presenta ideas que no son acordes con el contexto cultural de referencia.
8. Averiguar si el cliente/paciente muestra problemas de asertividad o de habilidades de resolución de problemas
9. Selección por parte del psicólogo clínico de las técnicas más adecuadas para cada caso concreto.
10. La aplicación de las técnicas durante el tratamiento se efectúa con los contenidos informativos que se han ido detallando a través de nuestra exposición (consideraciones previas y bases).

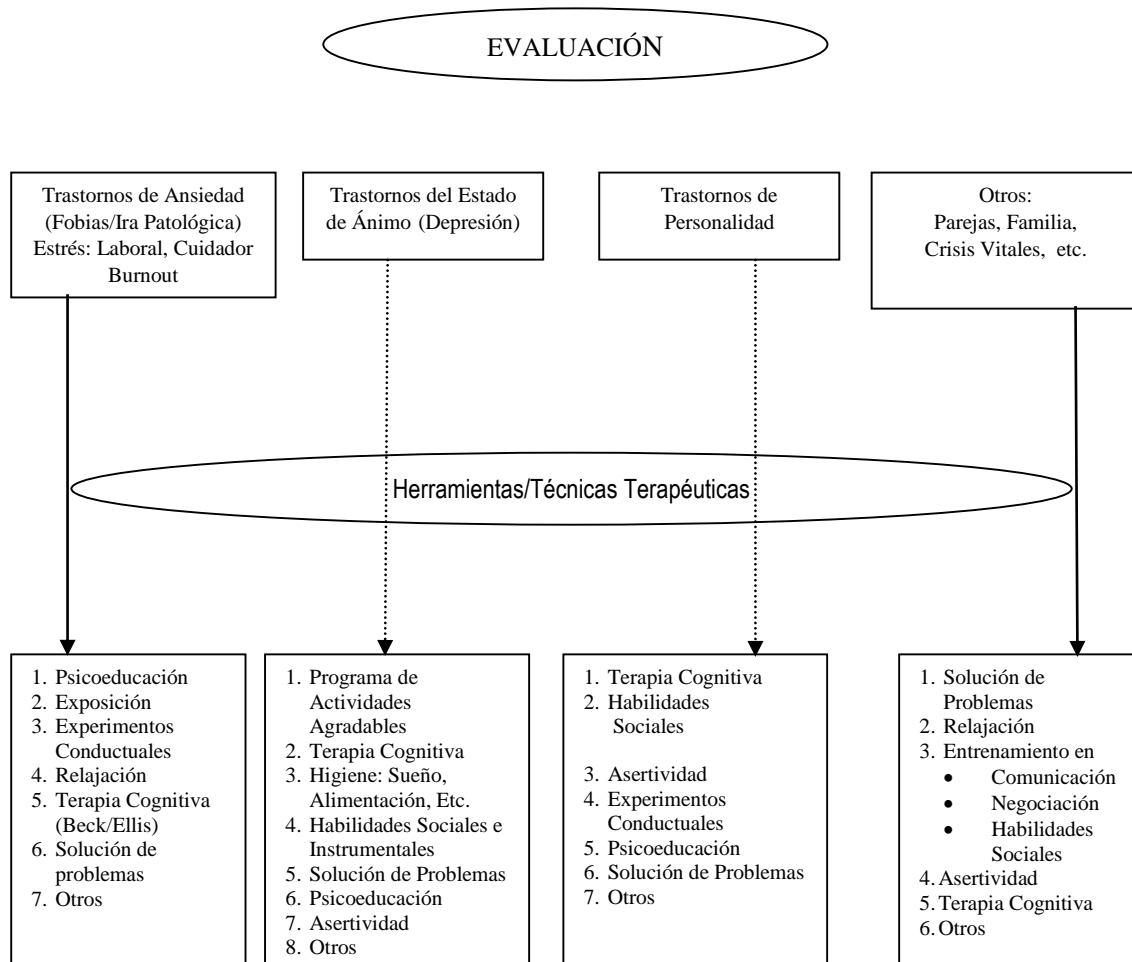
Tras la evaluación del problema, la selección de técnicas y el orden o secuencia con las que elaborar el tratamiento dependerá de numerosos factores y del juicio del terapeuta en cada caso.

Para acceder al protocolo de la TCS, el terapeuta ha de conocer adecuadamente los contenidos precisos del componente "psicoeducación" para cada problemática, las estrategias de debate socrático

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

como método para un cambio cognitivo de ideas o pensamientos, así como de la técnica de resolución de problemas, las conexiones entre la dicotomía/perfeccionismo patológico y asertividad, las técnicas de exposición, las técnicas de desactivación fisiológica (respiración/relajación), y en definitiva, manejar las habilidades terapéuticas de forma magistral: escucha activa, clarificación, comunicación, negociación, generar esperanza y reforzar al cliente, entre otras.

Figura 8: Ejemplo de aplicación de técnicas de elección de la TCS en función de los principales problemas o trastornos psicológicos.



Como puede observarse en la figura 8, el modelo se centra en los trastornos o problemas emocionales y conductuales más comunes en la práctica clínica, aunque puede utilizarse igualmente para las enfermedades mentales como la esquizofrenia o el trastorno bipolar cuando sea preciso u otros trastornos, como los adaptativos o los de conducta y algunos más graves como la anorexia, la bulimia nerviosa, adicciones, etc. Incluso en niños, los trastornos del neurodesarrollo serían buenos candidatos para aplicar el protocolo TCS adaptando los contenidos, puesto que son trastornos que implican problemas relacionados con las funciones ejecutivas, problemas emocionales y de conducta asociados.

De cualquier manera, la figura 8 no muestra un modelo exhaustivo (técnica/trastorno) y las técnicas reflejadas se muestran a modo de ejemplo, es decir, pueden aplicarse al cliente/paciente en cada caso

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

clínico a juicio del terapeuta y lo que tiene que aprender en la terapia y el orden será lo que el terapeuta decida más conveniente, para cada problemática concreta, resultando de este modo el tratamiento una intervención flexible, pero sobre todo personalizada o individualizada. En definitiva, se garantiza una terapia ajustada a las necesidades del cliente, hecha a medida del paciente y desde su problemática. En este sentido, aunque existen técnicas más específicas o adecuadas para determinados trastornos, cualquier otra técnica que el terapeuta crea conveniente se puede utilizar para un determinado paciente/cliente. Lo que venimos defendiendo en definitiva y que conforma la base del protocolo de intervención de la TCS es que existen una serie de herramientas o técnicas que se pueden aplicar a la mayoría de los diferentes trastornos, no entendiéndose de este modo que una terapia sea diferente de otra dependiendo de la técnica o grupo de ellas que se utilicen, sino que un proceso psicoterapéutico consiste en modificar la información contenida en áreas de memoria que resulta perjudicial para una persona en un momento dado (malestar) a través de una serie de técnicas (VI) para producir así una "reestructuración cognitiva" (VD) que resulte en bienestar.

Del mismo modo, cuando el objetivo no sea un caso clínico, sino una intervención psicológica con la finalidad de alcanzar una mayor satisfacción o crecimiento personal (bienestar/felicidad) las herramientas serán también algunas de las descritas, variando los contenidos de la "psicoeducación" en cada caso concreto y, una vez más, utilizándose las técnicas que el psicoterapeuta crea necesarias. A modo de conclusión, hemos querido expresar que desde un punto de vista psicoterapéutico, las numerosas "terapias psicológicas" pueden enfocarse desde un mismo punto de vista, pues la mayoría utilizan estrategias, técnicas o herramientas similares. De este modo efectuamos nuestra síntesis/integración al considerar una psicoterapia como un proceso en el que se trata de modificar "información" contenida en áreas cerebrales a través de esas técnicas. En términos científicos, utilizamos las técnicas (VI) para producir una "reestructuración cognitiva" o modificación de la información (VD) y partiendo desde nuestro primer supuesto, aliviar el malestar para conseguir bienestar o aumentar el bienestar cuando no existe patología (psicología positiva).

Aunque la TCS no utiliza elementos nuevos, la novedad consiste con este nuevo enfoque que a través de un protocolo parsimonioso se optimicen los procesos de evaluación y tratamiento. Desde el punto de vista de la evaluación nos hemos basado en los principios transdiagnósticos que entienden que detrás de los diferentes trastornos psicopatológicos existen una serie de problemáticas comunes (procesos transdiagnósticos como: errores cognitivos, perfeccionismo, déficit: atencionales, de razonamiento, memoria, etc. -control ejecutivo-, activación autónoma, anhedonia, agresividad, etc.) y desde el punto de vista del tratamiento cabe destacar el esfuerzo por integrar los elementos (técnicas y procedimientos) que son comunes a la mayoría de psicoterapias y aplicable a la mayoría de los problemas psicológicos o psiquiátricos que son atendidos en la práctica clínica cotidiana como "técnicas de elección".

En lo que se refiere a las técnicas, nuestro planteamiento es que la terapia de reestructuración cognitiva, que según Ellis y Beck deben regirse por complejos modelos cognitivos, puede sintetizarse reduciendo las distorsiones cognitivas/errores en la lógica a dos: la dicotomía y la inferencia arbitraria.

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

Desde nuestro de vista, el tratamiento de las ideas o pensamientos desadaptativos mejora al simplificar o sintetizar estos modelos.

Desde la integración, la TCS incluye dentro de las técnicas cognitivas la psicoeducación y la resolución de problemas. También se defiende que todos los trastornos de ansiedad, junto con el problema de la ira patológica, pueden tratarse operacionalizándolos de forma semejante.

Por último, hemos querido dejar constancia, además del protocolo parsimonioso propuesto, qué aspectos concretos de cada técnica consideramos "críticos" cuando se ha de intervenir y cómo se ha de efectuar con el paciente/cliente la intervención (asertividad, resolución de problemas, trastornos de ansiedad y psicoeducación).

En definitiva, nuestro objetivo es proporcionar al terapeuta un novedoso planteamiento que hace más simple la evaluación, diagnóstico del problema y la elección de técnicas concretas. . Para ello, defendemos que es preciso sintetizar e integrar los elementos comunes a la mayoría de terapias y teorías psicológicas científicas, sin olvidar garantizar al mismo tiempo la necesidad de ajustar la terapia a las necesidades del cliente, personalizando o diseñando a medida la terapia al paciente y su problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beck AT. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1983.
2. Ellis A, Marañón AS, Grieger R. Manual de terapia racional-emotiva. Desclée de Brouwer; 1981.
3. Sandín B, Chorot P, Valiente RM. Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. Rev Psicopatol Psicol Clin. 2012; 17(3): 185-203.
4. Sandín B. Transdiagnóstico y psicología clínica: introducción al número monográfico. Rev Psicopatol Psicol Clin. 2012; 17(3): 181-184.
5. Bados A, García E. La técnica de la reestructuración cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. [internet] 2010 [citado 17 Nov 2014]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
6. Becoña E. Terapia de solución de problemas. En: Labrador FJ (Ed.). Técnicas de modificación de conducta. Madrid: Pirámide; 2008. p. 461-482.
7. Méndez FX, Olivares J, Abásolo F. Técnicas de resolución de problemas. En: Olivares J y Méndez FX. (Eds.) Técnicas de modificación de conducta. Madrid: Biblioteca nueva; 2008.p.485-532
8. Ramos V. La psicoeducación en Fobia Social: ¿Es reestructuración cognitiva?. Comunicación en 8º Congreso de Psiquiatría Virtual. Interpsiquis; 2007. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/4314>
9. Segura MC, Ramos V. Psicología de la felicidad. En Aguilar GG y Oblitas LA (Eds.). Psicología del Bienestar y la Felicidad: Estrategias de Psicología Positiva para aprender a sentirse bien. Bogotá D.C.: Psicom Editores; 2011.

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

10. Ekman P. Expression and the nature of emotion. En: Scherer KR, Ekman P. (Eds.), *Approaches to Emotions*. Hillsdale: Erlbaum; 1984.
11. Plutchik, R. Emotions: A general psychoevolutionary theory. En Scherer KR y Ekman P. (Eds.). *Approaches to Emotions*. Hillsdale: Erlbaum; 1984.
12. Millon T. *Psicopatología Moderna: Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat; 1976.
13. Maslow [AH. A Theory of Human Motivation](#). *Psychol Rev.* 1943; 50:370-96.
14. Ramos V, Piqueras JA, Martínez AE, Oblitas LA. Emoción y Cognición: Implicaciones para el tratamiento. *Ter Psicol.* 2009; 27(2): 227-237.
15. Duncan S, Barret LF. Affect is a form of cognition: A neurobiological analysis. *Cogn Emot.* 2007; 21: 1184-1211.
16. Storbeck J, Clore GL. On the interdependence of cognition and emotion. *Cogn Emot.* 2007; 21: 1212-1237.
17. Neisser U. *Cognitive Psychology*. New York: Appleton-Century Crofts; 1967.
18. Piqueras JA, Ramos V, Martínez-González AE, Oblitas LA. Emociones negativas y su impacto en la salud física y mental. *Suma Psicol.* 2009; 16(2): 85-112.
19. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española (23.aed.)*. Madrid: Espasa; 2014.
20. Garcia-Lopez LJ. *Tratando... trastorno de ansiedad social*. Madrid: Pirámide; 2013.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
22. Organización Mundial de la Salud CIE-10. *Clasificación internacional de enfermedades*. Madrid: OMS; 1992.
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
24. Smith MJ. *Cuando digo no, me siento culpable*. Barcelona: Grijalbo; 1977.
25. Tirapu-Ustárriz J, García-Molina A, Luna-Lario P, Roig-Rovira T, Pelegrín-Valero C. Modelos de funciones y control ejecutivo (I). *Rev neurol.* 2008; 46 (11); 684-692.
26. Ballesteros S. *Psicología General: un enfoque cognitivo*. Madrid: Universitas; 2000.
27. Tirapu-Ustárriz J, Luna-Lario P. Neuropsicología de las funciones cognitivas. En: Tirapu-Ustárriz J, Rios-Lago M, Maestú-Unturbe F (Eds.). *Manual de Neuropsicología (2ª Ed.)*. Barcelona: Viguera; 2011. p. 221-259.
28. Tirapu-Ustárriz J, Muñoz-Céspedes JM, Pelegrín-Valero C. Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. *Rev Neurol.* 2002; 34(7): 673-685
29. Martínez-González AE, Piqueras-Rodríguez JA. Actualización neuropsicológica del trastorno obsesivo-compulsivo. *Rev Neurol.* 2008; 46(10):618-625.
30. Martínez-González AE, Piqueras-Rodríguez JA. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en trastornos afectivos y de ansiedad mediante neuroimagen funcional. *Rev Neurol.* 2010; 50(3):167-178.
31. Baddeley AD. *The Psychology of memory*. New York: Basic Books; 1976.

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

32. Ellis A. Una terapia breve más profunda y duradera: enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual. Barcelona: Paidós Ibérica; 1998.
33. Caballo V, Ellis A, Lega L. Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Madrid: Siglo XXI; 1997.
34. Beck AT, Freeman AM, Davis DD. Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York: Guilford Press; 2004.
35. Ellis A. Rational-emotive therapy: Research data that supports the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive-behavior therapy. *Couns Psychol.* 1977; 7(1), 2-42 (a)
36. Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clin Psychol Rev.* 2011; 31: 203-212.
37. Egan SJ, Piek JP, Dyck MJ, Rees CS. The role of dichotomous thinking and rigidity in perfectionism. *Behav Res Ther.* 2007; 45: 1813–1822.
38. Mañas I. Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gac Psicol.* 2007; 40:26-34.
39. Hayes SC, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *Behav Anal.* 1994; 17: 289-303.
40. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. New York: The Guilford Press; 1999.
41. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer-Verlag; 2004.
42. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* 2006; 44: 1-25.
43. Luciano MC. La psicoterapia analítica funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Anal Modif Conduct.* 1999; 25: 497-584.
44. Luciano MC, Valdivia MS. La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Pap Psicol.* 2006; 27:79-91.
45. Wilson KG, Luciano MC. Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide; 2002.
46. Martínez C. Mentalización en psicoterapia: discusión sobre lo explícito e implícito de la relación terapéutica. *Ter Psicol.* 2011; 29:97-105.
47. Carrascoso-López FJ. Terapia de aceptación y compromiso (ACT): características, técnicas clínicas básicas y hallazgos empíricos. *Psicol Conductual.* 2006; 14(3): 361-385.
48. Kohlenberg RJ, Tsai M. Functional analytic psychotherapy: creating intense and curative relationships. Nueva York: Plenum Press; 1991.
49. Kohlenberg RJ, Tsai M, Ferro R, Valero L, Fernández A, Virués J. Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: Teoría aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *Int J Clin Health Psychol.* 2005; 5: 349-371.

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

50. Aramburu B. La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicol Conductual*. 1996; 4: 123-140.
51. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press; 1993.
52. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Woelch SS, Heagerty P, Kivlahan DR. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent woman meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend*. 2002; 67:13-26.
53. Jacobson NS, Christensen A. *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton; 1996.
54. Jacobson NS, Christensen A, Prince SE, Cordova J, Eldridge K. Integrative behavioral couple therapy: An acceptance. Based, promising new treatment for couple discord. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68: 351-355.
55. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press; 2002.
56. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. En Hayes SC, Follette VM y Linehan MM (Eds.). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. Nueva York: The Guilford Press; 2004. 45-65
57. Scherer-Dickson N. Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Couns Psychol Q*. 2004; 17: 223-234.
58. Vallejo MA. Mindfulness (presencia reflexiva y atenta). *Psicol Conductual*. 2006; 14(3): 433-451.
59. Tarragona M. Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicol Conductual*. 2006; 14: 511-532.
60. D'Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol*. 1971; 78(1): 107-126.
61. D'Zurilla TJ, Nezu AM. *Problem-solving therapy: a positive approach to clinical intervention*. New York: Springer Publishing Company; 2007.
62. Reyes J. Una propuesta de evaluación paso a paso en la terapia breve centrada en soluciones. *Psicol Conductual*. 2006; 14: 533-547.
63. Allen LA, Woolfolk RL. Affective cognitive behavioral therapy: a new treatment for somatización. *Psicol Conductual*. 2006; 14(3): 549-566.
64. Sinay S, Blasberg P. *Gestalt para principiantes*. Buenos Aires: Era Naciente; 1995.
65. Bou J. Una mirada a la actualidad del modelo sistémico y varios e inciertos vaticinios de su futuro. *Inf Psicol*. 2010; 100(3): 14-23.
66. Cuadra-Peralta A, Veloso-Besio C, Ibergaray M, Rocha. Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depression. *Tera Psicol*. 2010; 28(1):127-134.
67. Seligman M. *La Auténtica Felicidad*. España: Ediciones B, S.A; 2003.
68. Seligman M, Rashid T, Parks A. Positive Psychotherapy. *Am Psychol*. 2006;8:774-788.

TERAPIA COGNITIVA SINTÉTICA

69. Tirapu-Ustárruz J, Muñoz-Céspedes JM, Pelegrín-Valero C, Albéniz-Ferreras A. Propuesta de un protocolo para la evaluación de las funciones ejecutivas. *Rev Neurol*. 2005; 41(3): 177-186.
70. Butts-Griggs T. Manejando la ira en la mediación: Conceptos y estrategias. *Portularia en línea* [internet]. 2012 [citado 30 Jul 2012]; 7 (1-2). ISSN 1578-0236. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161017323002>
71. Deffenbacher JL, Huff ME, Lynch RS, Oetting ER, Salvatore NF. Characteristics and treatment of high-anger drivers. *J Couns Psychol*. 2000; 47(1): 5-17.
72. Deffenbacher JL, Deffenbacher DM, Lynch RS, Richards TL. Anger, aggression, and risky behavior: a comparison of high and low anger drivers. *Behav Res Ther*. 2003; 41: 701-718.
73. Lazarus RS. *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill; 1966.
74. Lazarus RS. Emotions and adaptation: Conceptual and empirical relations. En Arnold WJ (Ed.). *Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln University of Nebraska Press; 1968.
75. Lazarus RS. Thoughts in the relation between emotion and cognition. *Am Psychol*. 1982; 37; 1019-1024.
76. Lazarus RS. On the primacy of cognition. *Am Psychol*. 1984; 37:124-129.