



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Especialización en Terapia Cognitiva

Sistematización de un caso clínico de Trastorno depresivo mayor

Prof. Dr. Andrés López Pell

Lic. Carolina Frias

Octubre de 2021

Índice

Resumen.....	2
Introducción	3
Trastornos depresivo mayor.....	5
Criterios diagnósticos DSM-5	5
Criterios diagnósticos CIE-10	6
Diagrama de formulación inicial de caso y plan de tratamiento de Persons (2008)...	10
Datos identificatorios	10
Historia del Caso, Formulación y Plan de tratamiento	13
Información de la identificación.....	13
Queja principal	13
Historia del Problema Actual	13
Historia Psiquiátrica	14
Historia Personal y Social	15
Visión longitudinal de las cogniciones y los comportamientos	16
Tratamiento	17
Terapia cognitiva de la depresión	17
Conclusión	25
Técnicas	26
Referencias.....	30

Resumen

El objetivo de este trabajo es describir el recorrido llevado a cabo en la Especialización en Terapia Cognitiva. Se realizó a través de la sistematización de un caso en el ámbito de la práctica clínica, el cual posee un diagnóstico de Trastorno depresivo mayor. A lo largo de la formación, se fue logrando mayor precisión al momento de diagnosticar. Esto sucedió gracias a las supervisiones y las conceptualizaciones, lo que evidencia como la formación teórica, el entrenamiento en técnicas cognitivas y los modelos de tratamientos fomentaron las buenas prácticas en el desempeño profesional.

Introducción

En el presente trabajo final de la Especialización en Terapia Cognitiva, se considerará como elemento principal la construcción de la alianza terapéutica, esta tiene en cuenta el estilo personal como terapeuta y el abordaje de un caso clínico con el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor.

Fue Zetzel (1956) quién se refirió a la alianza terapéutica como la habilidad del paciente de las metas terapéuticas. Luego, Bordin (1979) la definió como el elemento relacional que tiene la finalidad de generar un cambio. Para su formalización, debe haber un vínculo con nexos positivos entre el paciente y el terapeuta, considerando la empatía, la confianza y la aceptación. Además, debe haber acuerdo sobre los objetivos de la psicoterapia y las actividades a realizar.

El modelo de Bordin (1979) promueve la relación entre la alianza terapéutica y los procesos de cambio, ya que el éxito reside en la alianza entorno a una colaboración terapéutica, mientras que la superación de los patrones psicopatológicos fomenta nuevas maneras de comportarse, pensar y sentir. La relación terapéutica es un proceso que tiene lugar en asociación, siendo la colaboración activa la principal característica.

Según Andrade González (2005), la alianza tiene las siguientes características:

1. Es clave en el cambio en psicoterapia, su implementación se extiende a diferentes modelos psicoterapéuticos.
2. Es una de las nociones más analizadas en los diferentes procesos, debido a que brinda un marco para trabajar la relación terapeuta-paciente, siendo la variable que más se correlaciona con los resultados mediante las medidas y las diferentes perspectivas (Caro, 1993).
3. No hay una definición homogénea de la alianza terapéutica. Las pruebas para evaluarla hicieron que sea definida según la escala empleada.

Cabe destacar el Estilo Personal del Terapeuta, el cual considera sus acciones primordiales, generando las aplicaciones de las técnicas. Estos modos dominantes reciben la influencia de la orientación teórica del profesional y le brinda las estrategias sobre la forma en que se posiciona frente al acto terapéutico (Corbella y Fernández-Álvarez, 2006).

En el caso de este estudio, se empleó la perspectiva de la terapia cognitiva, cuya aproximación a la depresión fue planteada por Beck (1963, 1964), quien comienza a analizarla bajo una visión psicoanalítica, aunque halla contradicciones entre la “hostilidad introyectada” y el hecho de que estos sujetos tengan ideas con sesgos negativos sobre sí mismos y el ambiente. Por ende, crea la terapia cognitiva para tratar la depresión, la cual se extiende luego a la ansiedad (Beck, 1967, 1976).

Según Wright (1988), la visión de la terapia cognitiva puede sintetizarse en un modelo de intervención que va más allá del paradigma estímulo-respuesta. La mediación cognitiva posee un rol central en este modelo, aunque se sabe de la presencia de una relación recíproca entre las influencias del ambiente, la cognición, la emoción y el comportamiento. Este modelo se emplea como guía para el terapeuta cognitivo al llevar a cabo la práctica clínica.

Para describir el caso se recurre a la conceptualización del mismo, el cual es considerado por el modelo cognitivo como “la piedra angular de la Terapia Cognitiva” (Beck, 2005, p. 17). Es la guía para un tratamiento eficaz, debido a que organiza las vivencias y cogniciones disfuncionales, y discierne los pensamientos y las creencias disfuncionales, y demás de los problemas cotidianos. El objetivo de la formulación del caso es brindar un conjunto de inferencias explicativas sustentadas en un marco conceptual para describir y explicar el comportamiento problemático (Kuyken, 2006; Tarrier & Calam, 2002).

Trastornos depresivo mayor

Criterios diagnósticos DSM-5

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5º edición [DSM-5] (2014), los síntomas de los criterios diagnósticos del Trastorno depresivo mayor deben tener lugar casi diariamente para ser considerados, excepto la variación en el peso y la ideación suicida. Debe haber ánimo deprimido casi todo el día, usualmente el insomnio y la fatiga son los síntomas de presentación, y el trastorno se infradiagnostica si no se consideran otros síntomas depresivos que lo acompañan. La tristeza se debe reconocer en la entrevista o deducir del comportamiento o las expresiones. En los pacientes con queja somática, se debe establecer si se relaciona con síntomas depresivos. La fatiga y la alteración del sueño son más frecuentes que las alteraciones psicomotoras, aunque indican una severidad mayor, así como la culpa delirante.

El DSM-5 (2014) establece que se deben presentar cinco o más síntomas, por un plazo mínimo de dos semanas, y debe haber un cambio en el funcionamiento, mientras que como mínimo uno de los síntomas es un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés. Los síntomas no se deben atribuir a una afección médica. Estos síntomas son:

1. Estado de ánimo deprimido gran parte del día, aproximadamente todos los días, según la información subjetiva o de los demás.
2. Reducción del interés en la mayoría de las actividades buena parte del día.
3. Pérdida o de peso sin efectuar dieta o incremento en el peso, o aumento o reducción del apetito.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o retraso psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimiento de culpabilidad excesiva o inadecuada.
8. Reducción en la habilidad de pensar o concentrarse, o para decidir.

9. Pensamientos de muerte, ideas suicidas, intento de suicidio o un plan para ejecutarlo.

Estos síntomas generan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otros entornos vitales del sujeto, y el episodio no se a los efectos fisiológicos de una sustancia o de una enfermedad médica. Aunque las respuestas a una pérdida significativa pueden generar un sentimiento de tristeza, rumiación, insomnio, pérdida del apetito y de peso, y pueden aparentar un episodio depresivo, se debe pensar en un episodio de depresión mayor a pesar de la respuesta a una pérdida significativa. Para ello, se debe recurrir al criterio clínico, a la historia del sujeto y a las normas culturales en que se expresa el malestar (DSM-5, 2014).

El episodio de depresión mayor no se debe a un trastorno esquizoafectivo, esquizofreniforme, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado dentro de la esquizofrenia o los trastornos psicóticos. Nunca debió haber un episodio maniaco o hipomaniaco, excepto si fueron inducidos por sustancias o son resultados de una afección médica (DSM-5, 2014).

Criterios diagnósticos CIE-10

Según la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, 10ª edición [CIE-10] (2000), en los episodios depresivos leves, moderados o graves, el paciente padece un pobre estado de ánimo, poca energía y menor actividad. Se reduce el disfrute y la concentración, habiendo cansancio luego de un esfuerzo mínimo, el sueño se encuentra alterado y hay poco apetito. La autoestima y la autoconfianza se reducen, existen ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo cambia poco entre días, no responde a hechos externos y puede acompañarse de síntomas "somáticos", como pérdida de interés y de disfrute, despertar precoz, empeoramiento del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor, agitación, pérdida de apetito y de peso y reducción de la libido. Según la cantidad de síntomas y su fuerza, un episodio depresivo puede catalogarse

como leve, moderado o grave. Incluye episodios aislados de:

- Reacción depresiva.
- Depresión psicógena.
- Depresión reactiva.

Excluye Trastorno de adaptación (F43.2) y Trastorno depresivo recurrente (F33.), al asociarse a un trastorno de la conducta en F91.- (F92.0). En cuanto a los criterios diagnósticos, el episodio depresivo debe mantenerse como mínimo dos semanas, no deben presentarse síntomas hipomaníacos o maníacos para que sea un episodio hipomaníaco o maníaco (F30.-). Además, el episodio no debe atribuirse al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a un trastorno mental orgánico (F00-F09).

Los síntomas depresivos "somáticos" poseen un significado especial, empleándose como un quinto carácter (como se indica en F31.3; F32.0 y F32.1; F33.0 y F33.1) para determinar la existencia del síndrome somático. Para ello, deben presentarse cuatro de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o del disfrute en actividades placenteras.
2. Falta de respuestas emocionales frente a eventos o actividades que normalmente generan una respuesta emocional.
3. Despertarse dos o más horas antes de lo usual.
4. Empeoramiento matinal del humor depresivo.
5. Enlentecimiento psicomotor o agitación.
6. Pérdida del apetito.
7. Pérdida de peso (más del 5% del peso corporal en el último mes).
8. Reducción de la libido.

En el CIE-10 (2000), la existencia del síndrome somático no se detalla en el episodio depresivo grave, ya que se encuentra presente la mayoría de las veces. Aunque

se puede permitir la codificación de la ausencia de dicho síndrome en el episodio depresivo grave.

Datos relevantes de la infancia: Valeria tiene 25 años, es madre de un niño de 5 años, quienes viven con sus padres. Valeria manifiesta tener una relación conflictiva con los padres, ya que la desautorizan con su hijo y la anulan como madre. Comenta que su madre es sobreprotectora con su hijo, como lo fue con ella y su padre la considera que no sirve como madre.

Creencia/s Central/es

Necesito ayuda sola no puedo, soy inútil

Supuestos / Creencias / Reglas

Necesito que los demás me cuiden. No puedo resolver los problemas que se me presentan necesito el apoyo de otra persona. Si nadie me ayuda no puedo salir adelante ante los problemas.

Estrategia/s Compensatoria/s

Enojarme conmigo misma – Me frustro, me siento sola y me desespero tengo miedo de que me abandonen, que se den cuenta de lo que soy – No expresa su desacuerdo por miedo a no ser querida.

Situación 1

Me anote para hacer el CBC

Pensamiento automático

No me da la cabeza para ir a la facultad. No puedo estudiar no soy capaz de hacerlo

Significado del P.A.

Necesito que alguien me ayude

Emoción

Miedo y ansiedad

Comportamiento

Hablo con mis padres para ver qué opinan sobre mi ingreso a la universidad.

Situación 2

Mi hijo está muy agresivo y no sé qué hacer

Pensamiento automático

Tengo miedo de ponerle límites. No sé qué hacer.

Significado del P.A.

Dependo de otro

Emoción

Tristeza, ansiedad, vergüenza

Comportamiento

Le pido a mis padres que lo reprendan y le pongan límites.

Situación 3

Si hay una reunión de padres en el jardín de mi

Pensamiento automático

No me animo
No quiero ir sola

Significado del P.A.

Soy una inútil

Emoción

Vergüenza, Tristeza.

Comportamiento

Van los abuelos a las reuniones.

Diagrama de formulación inicial de caso y plan de tratamiento de Persons (2008)

Datos identificatorios

A) Lista de problemas

- Sentimiento de enojo consigo misma.
- Miedo a equivocarse.
- Miedo a que la abandonen.
- Hace cosas para tener la aprobación de los demás.
- Evita todo tipo de responsabilidades.
- Depresión
- Aislamiento social.
- Conductas de evitación.
- Pensamientos de incapacidad.
- Temor a la soledad.
- Discusiones frecuentes con su madre.

B) Diagnóstico

Eje I: F 33.2 Trastorno depresivo mayor, recidivante moderado

F34.1 Trastorno Distimico

Eje II: Ninguno

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario

Eje V: Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) 60 puntos

C) Hipótesis de trabajo

Al menos tres situaciones problemáticas típicas, con sus pensamientos automáticos, emociones, conductas y significado que les brinda (Beck).

C1) Creencias Intermedias (supuestos y estrategias):

Necesito la ayuda de los demás para resolver los problemas que se me presentan.

Si nadie me ayuda no puedo salir adelante.

C2) Creencias nucleares con respecto a:

a) sí mismo: “Soy muy torpe, inútil no sirvo”.

b) los otros: “Los demás (familia y compañeros) hacen las cosas bien y yo no”.

c) la vida: “Vergüenza y tristeza cuando necesito ayuda para todo”.

d) el futuro: “Si sigo así, voy hacer un inútil toda la vida”.

C3) Orígenes de estas creencias: relación con la madre con respecto a su hijo.

C4) Precipitantes: peleas con la madre ante la anulación de ella como autoridad del hijo.

C5) Situaciones activadoras: la descalificación del padre.

C6) Resumen de la Hipótesis de Trabajo

Disminuir el estado de ánimo depresivo.

Disminuir la auto crítica, y la auto evaluación negativa.

Disminuir la pasividad, las conductas de evitación y aumentar la motivación.

Aumentar su interacción social y desarrollar habilidades asertivas.

Flexibilizar sus estándares de funcionamiento y necesidad de control.

Aumentar las estrategias de solución de problemas.

Modificar su creencia de incapacidad y esquemas asociados.

Construir y fortalecer una creencia más adaptativa.

D) Fortalezas y ventajas del paciente:

El paciente colabora con el tratamiento, se formó una buena alianza terapéutica.

Continuidad con las tareas.

E) Plan de Tratamiento

E1) Reestructuración cognitiva: el objetivo es la modificación de las ideas, creencias y pensamientos irracionales, focalizando el trabajo en los sesgos cognitivos asociados a estos trastornos. Contractar empíricamente los pensamientos negativos.

El plan de tratamiento va dirigido a reducir la depresión de Valeria para ayudarla a responder a sus pensamientos automáticos, principalmente los relacionados con la mediocridad e incapacidad. El plan también va dirigido al aumento de las actividades de dominio y placer, y las actividades sociales, para contrarrestar la evitación conductual. Además, se trabajará entrenamiento en habilidades sociales y algunas técnicas de exposición.

E2) Formato y frecuencia:

Modalidad: cognitiva conductual.

Frecuencia: 1 vez por semana.

Nivel de intervención: individual.

E3) Intervenciones que se utilizarán: la psicoeducación, registro diario del estado de ánimo, reestructuración cognitiva, técnica de relajación (Jacobson), reforzadores positivos, extinción, método de observación directa, reforzadores sociales, flecha descendente, entrenamiento en habilidades conductuales, entrenamiento en solución de

problemas, registro de pensamientos distorsionados.

E4) Otros tratamientos que hacen falta: psiquiatra y psicoterapia.

E5) Obstáculos que se anticipan en el curso de la terapia: la familia no lo acompaña con su apoyo en el tratamiento.

Historia del Caso, Formulación y Plan de tratamiento

Información de la identificación

Valeria mujer de 25 años, soltera, un hijo, vive con su padre de 45 años y su madre de 43 años. Secundario completo y de profesión maquilladora. No trabaja.

Queja principal

Llega a consulta derivada por psiquiatría, “no quiero seguir viviendo así, no puedo hacer nada útil, lloro mucho, muchas veces no me quiero levantar de la cama”. Presenta cuadro depresivo que afecta su vida social, aunque refiere una mejoría desde que comenzó un tratamiento farmacológico hace 3 meses.

Historia del Problema Actual

La paciente que llega a la consulta recomendada por su psiquiatra. Comienza en el año 2019 de manera presencial hasta marzo de 2020, debido al surgimiento de la pandemia, la psicoterapia se vuelca a la virtualidad. En la primera sesión, la paciente presenta llanto, angustia con cogniciones de desesperanza e ideación de muerte, aunque no tiene una idea estructurada de suicidio.

Desde febrero de 2015 empezó a sentirse triste, cuando nació su hijo Gabriel. El padre de su hijo no quería saber nada nada con su paternidad, “ahí empezó el desastre

porque no sabía qué hacer con ese niño”. Sin embargo, pensé que era parte del proceso del puerperio, pero siguió extendiéndose hasta empeorar. Empezó a desarrollar síntomas depresivos, ante lo cual asistió a terapia, desde allí viene consultando a psicoterapia, tiene leves mejorías y la abandona.

En la consulta de febrero del 2019 presenta los siguientes síntomas:

Síntomas Emocionales: Disforia, depresión, tristeza, ansiedad, irritabilidad, tensión emocional, aburrimiento.

Síntomas cognitivos: cogniciones de incapacidad y fracaso, ideas de muerte, concepto negativo de su imagen, se considera mediocre.

Síntomas conductuales: aumento de consumo de peso, incapacidad para finalizar algunas tareas y llanto frecuente.

Síntomas fisiológicos: dolor de cabeza, taquicardia, temblor, sudoración excesiva, fatiga.

El principal estresor para Valeria tiene que ver con su área afectiva emocional. Desde el nacimiento de su hijo, sus actividades sociales fueron disminuyendo hasta “casi la nulidad”, y le preocupa significativamente no tener pareja, “estar sola”.

Además, en el área social, Valeria ha disminuido claramente las actividades de interés, y las actividades sociales, se ha alejado de su amiga porque cree que ella es aburrida y “tan asocial” que se convierte en otro estresor. Otro proviene del área laboral, no busca trabajo porque no sabe de qué buscar, ya que no sabe hacer nada.

Historia Psiquiátrica

La paciente refiere tratamiento psicológico por depresiones desde la adolescencia, su primer episodio ocurre cuando cursaba 6 grado, a los 11 años. “Deje de ir 2 semanas al colegio”. Su depresión remitió sin tratamiento, alcanzando la eutimia, luego continuó

estudiando y se graduó como bachiller sin dificultades en 2000. Actualmente está en tratamiento farmacológico con sertralina 100 mg diario.

Historia Personal y Social

Durante la infancia, Valeria fue una niña “normal”, disfrutó la niñez. Refiere que la relación con su madre siempre ha sido buena, “siempre cercana, preocupada, sobreprotectora”, también describe a su madre como “sumisa, manipuladora, y que se victimiza”, pero era ella quien la felicitaba y la reforzaba. Tiene una relación conflictiva con su padre, al cual describe como “un mentiroso”, “nos abandonó cuando yo era chica”, el padre era dedicado al trabajo. Desde lo económico no hizo que les falte nada, incluso aún es así. Describe al padre como devaluador, la comparaba constantemente con otras mujeres y dice que “no sirvo para nada ni para tener un marido”, y eso la tiene en crisis.

Desde que Valeria era niña, recuerda que su madre siempre era sobreprotectora y sumisa ante el padre. Aun cuando el padre se ausentó de la casa por 5 años. El padre se fue con otra mujer varios años, a sus 6 años, y volvió cuando Valeria era adolescente. Ella recuerda pocas veces haberlo visto de visita durante su infancia. Cuando iba a verla, ella intentaba agradarle, sin embargo, el padre era poco afectuoso. Valeria recuerda que el padre solía reprochar que “no debía haber nacido”. Cuando volvió, la trataba como “una inútil” al hablarle, porque solía ignorarla. La llegada de mi hijo, Gabriel “le dio vida a mis padres y ahora lo sobreprotegen y lo miman como si fuese su hijo”. Valeria tiene 25 años de edad, es madre de un niño de 5 años. Valeria y su hijo viven con sus padres (única hija), en el Partido de Avellaneda. Tiene el secundario completo, en la actualidad no trabaja ni estudia.

Valeria manifiesta tener una relación conflictiva con sus padres. Sin embargo, ella esta agradecida, ya que la ayudan económicamente y con la crianza de su hijo: “son como

sus padres”. Valeria tiene una vida social limitada, ya que no tiene amigas y no suele salir acepto con su madre. El padre de su hijo “no se hizo cargo”. Manifiesta que se siente triste, ya que quiere tener amigos, salir sin avergonzarse. Sin embargo, tiene miedo a equivocarse, a “no encajar” y, en consecuencia, al desprecio de los demás. No le gusta estar sola, se siente indefensa y vulnerable. Los padres son su compañía.

Visión longitudinal de las cogniciones y los comportamientos

Como eventos relevantes en la vida de Valeria, se evidencian la sobreprotección por parte de su madre, y la devaluación de su padre, quien constantemente la comparaba continuamente con otras personas, descalificándola. Esta situación pudo ir estructurando un esquema de incapacidad, generando una creencia central de: “no soy capaz”, “no soy útil”, “no sirvo”, lo que ha generado que Valeria se perciba como “no es útil como madre”, “no es capaz de trabajar”, “muy inútil”, cogniciones que han servido de mantenimiento para la creencia. Al mismo tiempo, ha desarrollado patrones de conducta autodevalorizantes que han perpetuado su creencia central de incapacidad. Para hacerle frente a esta creencia, Valeria ha generado las siguientes reglas: “debo esforzarme el doble que los demás”, debo buscar la aprobación de los demás, debo tener ayuda de otros para avanzar, “necesito de otros”.

El cuadro de base que presenta es un Trastorno depresivo mayor. Se aborda la psicoeducación (Wright & Beck, 2000) para primeramente generar la adhesión al tratamiento psiquiátrico. A medida que pasaron las sesiones, pudo ir sosteniendo el tratamiento sin cancelaciones, mostrando un buen desempeño en la alianza terapéutica (Bordin, 1979).

Tratamiento

El plan de tratamiento está dirigido en las primeras sesiones a formar una alianza terapéutica (Bordin, 1979) y establecer un encuadre. Más adelante, al comienzo de la pandemia, la tarea fue marcar nuevamente un encuadre dentro de la modalidad virtual. El plan de tratamiento va encaminado a reducir la depresión de Valeria, guiarla a responder a sus pensamientos automáticos, principalmente los relacionados con la incapacidad. Además, el plan va dirigido al aumento de las actividades de dominio y placer, y las actividades sociales, para contrarrestar la evitación conductual. En adición, se trabajará el entrenamiento en habilidades sociales y algunas técnicas de exposición.

A medida que las sesiones avanzan, se comienza a conocer qué lugar ocupa dentro del sistema familiar, su percepción de los miembros de la familia y la modalidad de vinculación que establece con los mismos.

Terapia cognitiva de la depresión

El interés de la Terapia conductual por los modelos cognitivos capturó la atención de quienes se encontraban inconformes con la teoría psicoterapéutica que empleaban. Como Ellis, Beck se encontraba disconforme con los resultados del psicoanálisis sobre el origen y los mecanismos de cambio sobre los trastornos, por lo que pretendía modificar su praxis clínica. El interés por la Terapia de Conducta llevó a la sistematización de su Terapia Cognitiva, la cual se centraba en los elementos cognitivos en cuanto al mantenimiento de las dificultades psicológicas, invocando la integración de las técnicas conductistas junto a la metodología experimental, como una manera de controlar la intervención y los resultados terapéuticos (Ruíz et al., 2012).

Además de la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis y demás acercamientos cognitivos que tienen que ver con la segunda generación de la Terapia de

Conducta, y los componentes de la orientación cognitivo-conductual, aparece la necesidad de modificar la Terapia de Conducta por una integradora, como la Terapia Cognitivo-Conductual. Este tiene más poder explicativo al unir variables cognitivas, conductuales, afectivas y sociales, abarcando un extenso rango de condiciones psicológicas (Ruíz et al., 2012).

Beck contrastó la hipótesis de los principios básicos psicoanalíticos de la depresión, como la hipótesis de que la depresión es un sentimiento de hostilidad hacia sí mismo, con una necesidad de sufrimiento. Esto no se corroboró, ya que se evitaban las conductas que generaban desaprobación social y se tendía a expresar las que provocaban aceptación por parte de personas no deprimidas (Beck, 1963). De esta forma, concluyó que quienes padecen depresión distorsionan la realidad por los puntos de vista negativos sobre sí mismos o sobre su capacidad para lograr el bienestar o la felicidad.

Beck vio que los pensamientos de asociación libre se unían a una cadena de pensamientos que les provocaba emociones de malestar. No eran conscientes hasta que no se les preguntaba y los expresaban de manera voluntaria. Eran comentarios veloces o imágenes asociadas a la experiencia personal, por los que Beck los denominó pensamientos automáticos, los cuales se encontraban sesgados negativamente. La auto-observación de los pensamientos automáticos ayudó a la creación de la Terapia Cognitiva (Ruíz et al., 2012).

Weishaar (1993) afirma que el ingreso hospitalario de Beck por una enfermedad le generó una depresión moderada, por lo que comprendió este problema y encontró los pensamientos automáticos, los sesgos negativos y las creencias que las generaban. Además, padeció problemas de ansiedad. Su fobia a la sangre, las alturas, a hablar en público y su miedo al abandono le sirvieron para vivenciar y describir los procesos fisiológicos y cognitivos de la ansiedad (Beck et al., 1985).

Los resultados mostraron la baja efectividad del psicoanálisis para tratar los trastornos neuróticos. Además, la importancia de los pensamientos en el malestar afectivo llevó a Beck a discutir la validez psicoanalítica como teoría psicopatológica y como método de curación. Además, le brindaron información para plantear una nueva teoría de la psicopatología, principalmente en la depresión, la ansiedad y los trastornos de personalidad (Ruíz et al., 2012).

El modelo cognitivo plantea que los sujetos no responden de forma automática, de forma previa a emitir una respuesta afectiva o conductual interpretan y le brindan significado al estímulo, en base a los supuestos previos o esquemas cognitivos. Estos últimos son entidades organizativas conceptuales conformadas por unidades más simples que contienen el conocimiento de la organización y estructuración de los estímulos ambientales (Safran et al., 1986). Contienen las creencias nucleares asociadas a la visión del mundo, de los demás y sí mismo y su interacción. Los esquemas se organizan en base a sus funciones: los esquemas cognitivos se relacionan con la abstracción, la interpretación y la rememoración; los esquemas afectivos se encargan de la generalización de los sentimientos; los esquemas motivacionales se vinculan con los deseos, los esquemas instrumentales llevan a la acción y los esquemas de control tienen que ver con la autoobservación y la inhibición conductual. Los esquemas poseen características estructurales como la amplitud, la flexibilidad y la densidad.

En la Terapia Cognitiva, las creencias nucleares conforman el sustrato más recóndito de los esquemas, aunque estos últimos contienen creencias con diferentes niveles de profundidad. Las creencias nucleares responden a las visiones de sí mismo, son globales, decisivas, incondicionales y se mantienen temporalmente. Las creencias intermedias corresponden a actitudes, pautas y supuestos, en cuyo desarrollo tienen lugar las creencias nucleares. Estas pueden referirse a nociones más generales (Ruíz et al., 2012).

Los procesos cognitivos son pautas transformacionales mediante las que las personas eligen del entorno la información que se codificará, almacenará y recuperará. Cuando los sujetos se enfrentan a un estímulo, no analizan toda la información, considerando los elementos que responden a la información de los esquemas cognitivos. Son procesos automáticos que tienen lugar en la mayor parte de los casos sin el conocimiento consciente. Aunque los heurísticos contribuyen a la eficacia del sistema, lo que puede ocasionar sesgos y errores en el procesamiento informacional. Los más usuales son los “sesgos confirmatorios” (Snyder, 1981), es decir, la tendencia a procesar, recopilar y recuperar información según las claves contenidas de los esquemas previos. Los sesgos negativos relacionados a problemas emocionales son conocidos como “distorsiones cognitivas” (Beck, 1970).

Los productos cognitivos son los pensamientos e imágenes provenientes de la interacción de los datos del entorno, los esquemas, las creencias y los procesos cognitivos. Los contenidos son más accesibles a la conciencia en comparación con los esquemas y los procesos cognitivos, son los “pensamientos automáticos” (Beck, 1970).

Además, Beck (1967, 1970) plantea que, en la depresión unipolar no endógena, las personas poseen vulnerabilidad cognitiva que aumenta frente a eventos estresantes de la vida. Esta vulnerabilidad reside en los esquemas negativos y desadaptativos que evidencian pérdida, inutilidad o derrota.

En la depresión, existe un mal procesamiento de la información por la activación de creencias nucleares ocasionadas por eventos significativos en la vida del sujeto, lo que genera síntomas fisiológicos, afectivos o conductas disfuncionales. Las causas pueden ser por distintos factores o su interacción. Lo que se plantea es la primacía de los síntomas: la activación de esquemas y distorsiones cognitivas constituirían el primer síntoma depresivo (Beck, 1976).

A pesar de que la organización cognitiva del sujeto no es lo que ocasiona la

depresión, los eventos negativos contribuyen a la predisposición de que se origine este trastorno. El primer síntoma depresivo es la activación de esquemas negativos que se asocian a la visión de sí mismo, el entorno y el futuro. Por ende, los sujetos con esquemas negativos o que cometen errores de procesamiento pueden padecer trastornos depresivos comparados con quienes poseen pocos esquemas negativos, y/o con una predisposición menor a cometer errores en el procesamiento de la información (Ruíz et al., 2012).

Al haber más arraigo de las creencias depresógenas y más intensidad en las emociones, hay más vulnerabilidad a que aparezca una depresión frente a eventos negativos. Más allá de la causa de la depresión, los pacientes evidencian particularidades cognitivas usuales: pensamientos negativos, distorsiones, déficits cognitivos y esquemas que generan una visión negativa en los elementos de la Tríada Cognitiva. Esta comprende los esquemas o patrones cognitivos que llevan a la persona a percibirse a sí misma, al ambiente y al futuro con una visión negativa. Se considera incompetente y desgraciada, el entorno le realiza demandas excesivas, no tiene interés y no brinda gratificación. La visión negativa del futuro corresponde a la desesperanza, por la idea de que nada de lo que se vivencia en el presente se modificará, solo aumentarán las dificultades o el sufrimiento (Ruíz et al., 2012).

Diversas investigaciones evidenciaron, en la depresión, un sesgo cognitivo negativo. Los pensamientos automáticos distorsionados, así como los errores cognitivos son más usuales en sujetos deprimidos por sobre los sujetos control (Blackburn et al., 1986; Dobson & Shaw, 1986; Hollon et al., 1986; LeFebvre, 1981; Watkins & Rush, 1983). Además, se describió la presencia de un recuerdo selectivo, quienes se encuentran deprimidos tienden a recordar lo negativo por sobre lo positivo (Clark & Teasdale, 1982; Gotlib, 1981; Lloyd & Lishman, 1975; Nelson & Craighead, 1977; Teasdale & Fogarty, 1979).

Existe evidencia que sustenta el concepto de la tríada cognitiva negativa (Haaga

et al., 1991; Wright & Beck, 1983). Por su parte, Blackburn et al. (1986) efectuaron un estudio en el que utilizaron el Cuestionario de Distorsión Cognitiva para analizar las distorsiones en los ámbitos de la tríada cognitiva negativa: sí mismo, el ambiente y el futuro. Los individuos deprimidos mostraron más del doble de puntuación en comparación con los sujetos del grupo control. Diversos estudios evidenciaron que los elementos de la tríada cognitiva negativa y la desesperanza se relacionan con el riesgo de suicidio (Beck et al., 1975, 1985; Fawcett et al., 1987; Minkoff et al., 1973; Nekanda-Trepka et al., 1983; Prezant & Neimeyer, 1988).

Los síntomas depresivos provienen de los tres patrones cognitivos: desmotivación, ideación suicida, pasividad, dependencia, falta de energía, entre otros. Los esquemas negativos y el sesgo de la información pueden proceder de la infancia: vivencias negativas, identificación con individuos significativos o percepciones de las actitudes en otros niños. Estos hechos permitirían el aprendizaje de creencias que constituyen el contenido de los esquemas. Asimismo, existen factores que fomentan la predisposición a que se activen los esquemas negativos (Ruíz et al., 2012).

A su vez, Beck diferencia los estilos de personalidad autonomía y sociotropía. Los primeros obtienen satisfacción de la independencia, la libertad y el logro personal, por su parte, en los sociotrópicos el bienestar aumenta al ser aceptados, acompañados y con la aprobación social. Los estilos de personalidad sirven para predecir frente a qué eventos pueden activarse los esquemas depresógenos y a cuáles son más vulnerables. Un esquema inactivo puede activarse frente a cierto evento vital. La respuesta del sujeto y las conexiones entre esquemas pueden activar otros negativos, por lo que los esquemas idiosincrásicos se vuelven activos y pueden llegar a ser recordados por más estímulos con poca relación lógica (Beck et al., 1979).

Los eventos en sí mismos no generan depresión, a menos que los esquemas cognitivos predispongan a estos sucesos. Eso explicaría el hecho de que, frente a sucesos

vitales, algunos caen en depresión, pero no todos. Si es leve, el sujeto puede contrarrestar los esquemas negativos debido a la activación de esquemas positivos. Cuando es severa, hay más errores en el procesamiento de la información y se incrementan las distorsiones cognitivas que obstaculizan la activación de esquemas positivos. La identificación de los esquemas negativos y el análisis de la evidencia puede reducir la fuerza de estos esquemas, y se los puede reemplazar por esquemas más adaptativos (DeRubeis et al., 2010).

Los esquemas negativos en las personas depresivas los lleva a cometer errores en el procesamiento de la información o distorsiones cognitivas, generando sesgos al percibir la información y confirmando la validez de las creencias. Beck (1967) plantea 6 distorsiones en los pacientes depresivos: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización desmedida, maximización/minimización, personalización, pensamiento absolutista y dicotómico. Luego, Beck et al., (1979) los modifica y amplía a 11 las distorsiones cognitivas: pensamiento de todo o nada, sobregeneralización, no considerar lo positivo, saltar a las conclusiones, leer la mente, adivinar, aumentar/minimizar, razonamiento emocional, declaraciones de “debería”, etiquetar y culpabilidad inadecuada. Además, autores como Freeman y DeWolf (1992) y Freeman y Oster (1997) añaden nuevas distorsiones: valía dependiente de opiniones externas, comparación y perfeccionismo.

Además, Yurica y DiTomasso (2005) mencionan 17 distorsiones cognitivas más comunes que señalan los terapeutas cognitivos, las cuales no suceden únicamente en los pacientes depresivos y se encuentran en diversos trastornos emocionales o conductas disfuncionales.

Los pensamientos automáticos son las auto-verbalizaciones, las cuales tienen lugar frente a un evento externo o interno, ocurren por la interacción de supuestos depresogénicos, eventos activadores y sesgos al interpretar esos hechos. Son una parte

fundamental de la expresión de las creencias o de la visión, por lo que los pacientes los consideran afirmaciones, no distorsionadas (Beck et al., 1979).

Conclusión

Al efectuar la formación en la Especialización en Terapia Cognitiva, este trabajo se planteó analizar la práctica clínica realizada a lo largo de la carrera, para describir las intervenciones realizadas en un caso de trastorno depresivo mayor. A lo largo de la labor terapéutica con Valeria, la Terapia Cognitiva brindó las herramientas para trabajar el trastorno depresivo mayor. Uno de los recursos más significativos fue la Conceptualización del caso clínico (López Pell y Brasca, 2013).

Otro elemento fundamental a la hora de abordar este caso fue la comprensión de la importancia de la alianza terapéutica (Bordin, 1979). Sin ella, la relación terapéutica no se llevaría a cabo por el camino correcto para cumplir con los objetivos que se persiguen: el lograr la remisión de los síntomas.

Es innegable lo vital de la alianza terapéutica para el proceso psicoterapéutico y en los resultados de la psicoterapia, por lo tanto, las escuelas psicoterapéuticas le brindan atención y reconocen su rol. Debido a esto, en este estudio se consideró la conceptualización de Bordin (1979, 1994) como marco conceptual para explicar la alianza terapéutica y sus elementos. Esta fue ampliamente aceptada por autores de distintas orientaciones teóricas (Corbella y Botella, 2003).

Asimismo, la implementación de la técnica de la flecha descendente (López Pell y Palumbo, 2013) fue imprescindible para llegar a reconocer las creencias nucleares y generar la reestructuración cognitiva. La misma pretende continuar con la cadena de inferencias que hace que se arriben a ciertas conclusiones de los pensamientos automáticos, atravesando las creencias intermedias, para llegar a conocer las creencias nucleares. De esta forma, se siguieron los objetivos de la terapia cognitiva, es decir, identificar los pensamientos automáticos y las creencias nucleares para volverlos más adaptativos. Luego de identificados, se trabajó para que la paciente sea consciente de

ellos.

A su vez, la importancia de la intervención con las técnicas cognitivo-conductuales (Ruíz et al., 2012) fue imprescindible para poder lograr la mencionada reestructuración de las distorsiones cognitivas y de los esquemas disfuncionales. La Terapia Cognitivo-Conductual reúne diversas técnicas y procedimientos de intervención psicológica para tratar los problemas psicológicos que repercuten en la interacción del paciente, aunque también se pueden optimizar las potencialidades y capacidades, mejorando la adaptación al ambiente e incrementando su calidad de vida.

Además, la formación teórica pretende abordar los tres elementos del modelo: la teoría de la mente, la cual da cuenta del funcionamiento de la actividad psíquica; un modelo psicopatológico que analiza la formulación de los procesos disfuncionales, y el programa de cambios para identificar las condiciones que permiten u operan como resistencia de los cambios (Fernández-Álvarez, 2011).

Técnicas

- *Reforzamiento social positivo*: pueden ser de distintas clases y se agrupan según su origen, naturaleza, entorno de aplicación, valencia, etc. Los *reforzadores primarios o incondicionados* poseen un valor reforzante vinculado a necesidades básicas como la alimentación. No siempre conservan su valor reforzante, depende de las necesidades individuales, por ejemplo, si no se tiene hambre la comida no operará como reforzador (Ruíz et al., 2012).

- *Flecha descendente*: permite detectar las creencias nucleares, empleando preguntas encadenadas hasta arribar a las creencias disfuncionales. La respuesta a las preguntas lleva a formular otra nueva hasta llegar a la respuesta final, es decir, la creencia o esquema más profundo. En las respuestas, pueden ir surgiendo creencias básicas o reglas intermedias que deberán ser analizadas y modificadas (Ruíz et al., 2012). El objetivo es

dilucidar la cadena de inferencias que llevan a una conclusión en base a un evento concreto (Burns, 1980), para “develar una creencia subyacente” (Beck, 2000, p. 140). Desde lo más superficial de la cognición, se sigue dicha cadena de asociaciones para arribar a la identificación de las inferencias y develar la creencia nuclear básica.

Por ende, el terapeuta debe identificar un pensamiento automático que ocurre luego de cierto hecho e interrogarlo en base a preguntas sobre su significado. Las respuestas llevarán a otro significado, pensamientos o valorizaciones hasta alcanzar la creencia nuclear básica. Se debe aplicar la interrogación a los nuevos pensamientos, identificando las inferencias consecuentes. Esta técnica sirve para la exploración de casos y para la formulación o conceptualización cognitiva, por lo que se la debe utilizar en el “sondeo cognitivo”, para identificar el punto de partida o esquema nuclear que lleva al pensamiento que sucede frente a un hecho identificable por el paciente. Se recomienda aplicarla al haber emociones intensas o cuando el paciente tenga una imagen perturbadora, en pacientes con depresión, ansiedad generalizada y/o con predisposición a contar con pensamientos catastróficos (López Pell y Palumbo, 2013).

- *El método socrático*: el dialogo socrático o mayéutica es uno de los pilares entre las técnicas de la terapia cognitiva, se emplea para influir en la cognición y generar modificaciones emocionales y conductuales de quien padece depresión. Si el estado afectivo se corresponde al pensamiento, el trabajo terapéutico sirve para ayudar a los pacientes a que tengan dudas de sus pensamientos y creencias disfuncionales, para que los pongan a prueba bajo un juicio crítico. Deben revisar sus creencias rígidas sobre la realidad para ser más flexible y generar un cambio saludable en su visión (Partarrieu, 2011).

Beck et al. (1979) plantean la noción de *descubrimiento guiado* como una manera de recurrir al método socrático, para llevar a los pacientes a detectar las consecuencias de su pensamiento distorsionado. DeRubeis et al. (2001) afirman que es un método para

realizar preguntas: “el término ‘descubrimiento guiado’ se refiere al proceso, a través de preguntas guía, para ayudar a los pacientes a alcanzar nuevas perspectivas que desafían sus conclusiones equivocadas” (p. 363).

Según Padesky (1993), el método socrático pretende ayudar en el descubrimiento. No se interpretan los pensamientos o conductas de los pacientes, sino que se generan preguntas sobre estas y se lo anima a descubrir por sí mismo, en un proceso de descubrimiento guiado (Blackburn & Twaddle, 1996, p. 8). Lo principal de este método es hacer preguntas. El terapeuta cognitivo no afirma nada, solo dirige el debate (Keegan, 2007) y pregunta sobre un pensamiento del paciente, descubriendo los puntos débiles y errores en el discurso. Es un descubrimiento guiado, en el que las creencias del paciente se muestran incongruentes, lo que provoca una *disonancia cognitiva* (Festinger, 1957), es decir, el fenómeno de detectar las creencias contradictorias sobre alguna cuestión. Si esta sucede, el pensamiento se torna más flexible, menos idiosincrático y más adaptativo.

- *Entrenamiento en habilidades conductuales (EHC)*: Son los comportamientos involucrados en las interacciones sociales (Ruíz et al., 2012). Los elementos conductuales más importantes son:

- *No verbales*: considera cuestiones como la mirada, la sonrisa, los gestos y la orientación.

- *Paralingüísticos*: como la voz, el tiempo y la perturbación en el habla.

- *Verbales*: es el contenido del discurso, como el aprecio, las auto-revelaciones, etc.

- *Mixtos*: considera elementos de los anteriores, como tomar y ceder la palabra, entre otros.

- *Reforzamiento Diferencial de comportamientos Alternativos (RDA)*: si no se pueden encontrar respuestas incongruentes con el problema, se pueden reforzar comportamientos alternativos. Se deben escoger conductas que compitan con la que sea problemática (Ruíz et al., 2012).

- *Técnicas de afrontamiento - Técnicas de control de estímulos*: se emplean para mejorar

los problemas de sueño en los trastornos de ansiedad y depresión. Pretende disminuir los estímulos que obstaculiza el sueño y aumentar los que lo promueven, por ejemplo, no tomar café de noche, no efectuar actividades estimulantes, hacer ejercicios de relajación antes de dormir, evitar rumiaciones sobre cuestiones del día, etc. (Ruíz et al., 2012).

- *Técnicas emotivas*: se emplean en las sesiones y se entrena al paciente para aplicarlas cuando la emoción es alta y debe controlarla. Beck plantea que, en pacientes depresivos, se puede utilizar la distracción externa para mejorar los sentimientos angustia o ansiedad. Además, se puede enfocar en algún elemento del entorno y emplear las modalidades sensoriales y distraerse hasta que disminuya el malestar (Ruíz et al., 2012).

- *Técnicas cognitivas*: se emplean para permitir el cuestionamiento socrático que lleva a identificar y modificar los pensamientos negativos. Uno de los procedimientos para efectuar la detección y cuestionar los pensamientos es el *autorregistro*. Se emplean para recopilar información sobre la emocionalidad del paciente en el día y detectar en que momentos aumenta o se reduce el malestar, y conocer el dominio y el agrado de las actividades que efectúa. El estado emocional se valora de 0, sentirse muy mal, a 100, muy bien. Se detecta lo que le sucede al paciente en la semana y se comparan los cambios. Se emplean para cuestionar las cogniciones frente a eventos activadores, buscando evidencia para confirmarlas o refutarlas (Ruíz et al., 2012).

Referencias

- Andrade González, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9-29
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5°ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324–333. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002>
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression II: theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1964.01720240015003.
- Beck, A. T. (1967). *Depression*. Harper and Row.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184–200. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(70\)80030-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(70)80030-2)
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior – an overview. *JAMA*, 234, 1146-1149
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*, 142(5), 559-63. doi: 10.1176/ajp.142.5.559. PMID: 3985195.
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective*. Basic Books.

- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa S.A.
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: what to do when the basics don't work.*: The Guilford Press.
- Blackburn, I. M., & Twaddle, V. (1996). *Cognitive therapy in action: a practitioner's casebook*. Souvenir Press (E & A).
- Blackburn, I. M., Jones, S., & Lewin R. J. P. (1986). Cognitive style in depression. *Br J Clin Psychol*, 25, 241-251
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working woing alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16(3), 252-260. doi:10.1037/h0085885.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). Wiley and sons.
- Burns, D. (1980). *Sentirse bien*. Signet.
- Caro, I. (1993). La identidad de la psicoterapia. En I. Caro (comp.), *Psicoterapia e Investigación de procesos*. (pp.17-39). Promolibro.
- Clark, D. M., & Teasdale, J. D. (1982). Diurnal variation in clinical depression and accessibility of memories of positive and negative experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(2), 87–95. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.91.2.87>

- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, *19*(2), 205-221.
- Corbella, S. y Fernández-Álvarez, H. (2006). El terapeuta, posiciones, actitudes y estilos personales. En L. Botella (Ed.), *Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia*. Edebe.
- DeRubeis, R. J., Tang, T. Z., & Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 349–392). Guilford Press.
- DeRubeis, R. J., Webb, C. A., Tang, T. Z., & Beck, A. T. (2010). Cognitive therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 277–316). Guilford Press.
- Dobson, K. S. & Shaw, B. F. (1986). Cognitive assessment with major depressive disorders. *Cognitive Therapy and Research*, *10*, 13–29
- Fawcett, J., Scheftner, W., Clark, D., Hedeker, D., Gibbons, R., & Coryell, W. (1987). Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. *Am J Psychiatry*, *144*(1), 35-40. doi: 10.1176/ajp.144.1.35. PMID: 3799837.
- Fernández-Álvarez, H. (2011). El campo de la psicoterapia. En H. Fernández-Álvarez (Comp.), *Paisajes de la psicoterapia: modelos, aplicaciones y procedimientos* (pp. 1343). Polemos.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Freeman, A. & DeWolf, R. (1992). *The 10 dumbest mistakes smart people make and how to avoid them*. Harper-Collins.

- Freeman, A. & Oster, C. (1997). Terapia cognitiva de la depresión. En V. Caballo, (Comp.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol. 1, pp. 543-574). Siglo Veintiuno.
- Gotlib, I. H. (1981). Self-reinforcement and recall: Differential deficits in depressed and nondepressed psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology, 90*(6), 521–530. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.90.6.521>
- Haaga, D., Dyck, M., & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin, 110*, 215-236. [10.1037//0033-2909.110.2.215](https://doi.org/10.1037//0033-2909.110.2.215).
- Hollon, S. D., Kendall, P. C., & Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology, 95*(1), 52–59. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.95.1.52>
- Keegan, E. (2007). *Escritos de Psicoterapia Cognitiva*. Eudeba.
- Kuyken, W. (2006). Evidence-based case formulation: Is the emperor clothed? En N. Tarrow (Comp), *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex clinical cases* (pp. 12-35). Brunner-Routledge.
- Lefebvre, M. F. (1981). Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*(4), 517–525. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.49.4.517>
- Lloyd, G. G. & Lishman, W. A. (1975) The effect of depression on the speed of recall of pleasant and unpleasant experiences. *Psychological Medicine, 5*, 173-180
- López Pell, A. F. y Brasca, L. (2013). *Material de entrenamiento de la Carrera de Especialización en Terapia Cognitiva Técnicas cognitivas: Conceptualización y*

formulación de casos clínicos desde los Modelos de Judith S. Beck y Jaqueline B. Persons. Universidad Abierta Interamericana.

López Pell, A. F. y Palumbo, A. C. (2013). *Material de entrenamiento de la Carrera de Especialización en Terapia Cognitiva Técnicas cognitivas: Flecha descendente*. Universidad Abierta Interamericana.

Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T., & Beck, R. (1973). Hopelessness, depression, and attempted suicide. *Am J Psychiatry*, 130(4), 455-9. doi: 10.1176/ajp.130.4.455. PMID: 4691303

Nekanda-Trepka, C. J., Bishop, S., & Blackburn, I. M. (1983). Hopelessness and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 22(1), 49–60. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1983.tb00578.x>

Nelson, R. E. & Craighead, W. E. (1977). Selective recall of positive and negative feedback, self-control behaviors, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(4), 379–388. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.4.379>

Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10: CDI-10*. Editorial Médica Panamericana.

Padesky, C. (1993) *Socratic questioning: changing minds or guiding discovery?* Keynote address delivered at European Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies Conference, London.

Partarrieu, A. (2011). *Diálogo socrático en psicoterapia cognitiva*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII. Jornadas de Investigación, Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología

del MERCOSUR. Facultad de Psicología -Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Prezant, D. W. & Neimeyer, R. A. (1988). Cognitive predictors of depression and suicide ideation. *Suicide Life Threat Behav*, 18(3), 259-64. doi: 10.1111/j.1943-278x.1988.tb00161.x. PMID: 3188141.

Ruíz, M. A., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwer.

Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10(5), 509–526. <https://doi.org/10.1007/BF01177815>

Snyder, M. (1981). *On the self-perpetuating nature of social stereotypes*. D. L. Hamilton.

Tarrier, N. & Calam, R. (2002). New developments in cognitive-behavioral case formulation. Epidemiological, systemic and social context: An integrative approach. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 30(3),335-352

Teasdale, J. D. & Fogarty, S. J. (1979). Differential effects of induced mood on retrieval of pleasant and unpleasant events from episodic memory. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(3), 248–257. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.88.3.248>

Watkins, J. T., & Rush, A. J. (1983). Cognitive response test. *Cognitive Therapy and Research*, 7(5), 425–435. <https://doi.org/10.1007/BF01187170>

Weishaar, M. E. (1993). *Aaron T. Beck*. Sage Publications, Inc.

Wright, J. H. & Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: theory and practice. *Hosp Community Psychiatry*, 34(12), 1119-27. doi: 10.1176/ps.34.12.1119.

Wright, J. H. & Beck, A. T. (2000). Terapia cognitiva. En DSM-IV, *Tratado de Psiquiatría* (3ª ed.) (pp. 1443-1459). Masson.

Wright, J. H. (1988). Cognitive therapy of depression. In A. J. Frances & R. E. Hales, *American Psychiatry Press Review of Psychiatry*, Vol 7. (pp. 554-590). American Psychiatry Press.

Yurica, C. L. & DiTomasso, R. A. (2005). Cognitive Distortions. In A. Freeman, S. H. Felgoise, C. M. Nezu, A. M. Nezu & M. A. Reinecke (Eds). *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. Springer. https://doi.org/10.1007/0-306-48581-8_36

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-375.