

## EL MODELO COGNITIVO GENÉRICO

Aaron T. Beck<sup>1</sup> y Emily A.P. Haigh<sup>2</sup>. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2014. 10: 1-24.

Versión original: The Generic Cognitive Model. Univers of Pennsylvania: [www.annualreviews.org](http://www.annualreviews.org)

Traducción: Elia Roca: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/> y [eliar@cop.es](mailto:eliar@cop.es)

### ABSTRACT

Desde hace más de 50 años, el modelo cognitivo de Beck ha constituido una aproximación, basada en la evidencia, para conceptualizar y tratar trastornos psicológicos.

Este modelo teórico actualizado, el modelo cognitivo genérico (MCG), proporciona un marco para abordar cuestiones importantes relacionadas con la fenomenología de algunos trastornos que no se explican en versiones anteriores del modelo original.

Las nuevas incorporaciones teóricas incluyen

- La existencia de un continuo entre el funcionamiento adaptativo y el desadaptativo
- El carácter dual del procesamiento de la información
- La cualidad energética<sup>1</sup> de los esquemas
- La importancia del foco atencional

El modelo incluye la teoría de los modos, que son organizaciones de esquemas relacionados con expectativas, autoevaluaciones, reglas y recuerdos.

**Creencias:** representaciones o abstracciones de contenidos del esquema (p. ej., suposiciones, expectativas, miedos, reglas y evaluaciones).

**Creencias Primales:** representaciones de abstracciones de contenidos de esquemas primales (p. ej., expectativas acerca de supervivencia, salud, identidad, y relaciones).

**Esquemas:** estructuras cognitivas complejas que procesan los estímulos, proporcionan significados, y activan sistemas psicobiológicos relacionados.

**Protoesquemas:** estructuras cognitivas básicas que detectan, evalúan y movilizan respuestas a estímulos vitales para la supervivencia.

**Esquemas Primales<sup>2</sup>:** estructuras cognitivas complejas que se ocupan de metas evolutivas como la supervivencia y la procreación.

**Modos:** redes con componentes cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales diseñados para afrontar demandas específicas. Incluyen esquemas organizados.

Tras la descripción del nuevo modelo teórico se presenta el correspondiente modelo aplicado, que proporciona un patrón para la conceptualización de cada trastorno específico y para la formulación de casos, describiéndose varias intervenciones.

<sup>1</sup> Ver relación con lo emocional y con el psicoanálisis.

<sup>2</sup> El término primal (versión original en inglés) ha sido traducido al castellano, en ocasiones, como primitivo, primario o básico. Para evitar confusiones y porque ha sido traducido así por BBD lo dejamos como primal.

# CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN. . . . .	
MODELO COGNITIVO GENERICO.....	
Adaptación y procesamiento de la información. . . . .	
Procesamiento automático y reflexivo-controlado. . . . .	
Esquemas. . . . .	
Creencias. . . . .	
Red de Estímulo Respuesta (respuesta=cognición, emoción y conductas dirigidas por emociones)..	
Activación de esquemas. . . . .	
Teoría del Modo. . . . .	
Modo Auto-Expansivo. . . . .	
Depresión Bipolar y Endógena. . . . .	
Modo Auto-Protector. . . . .	
Resumen. . . . .	
APLICACIÓN CLÍNICA DEL MODELO COGNITIVO GENÉRICO. . . . .	
Resumen del Modelo Aplicado. . . . .	
Intervenciones. . . . .	
Estudio de Caso . . . . .	
DISCUSIÓN Y FUTURAS DIRECCIONES . . . . .	

## INTRODUCCIÓN

El inicio de la aproximación cognitiva a problemas psicológicos y psicopatologías se basó en observaciones clínicas de la existencia de distorsiones cognitivas en la depresión (Beck 1963).

Estas observaciones evolucionaron hasta convertirse en un modelo conceptual de la depresión según el cual, las creencias incorporadas en estructuras cognitivas denominadas esquemas (Piaget y Warden 1926) juegan un papel central en el desarrollo de la depresión y de otros trastornos psicológicos (Beck 1964, 1967).

El modelo cognitivo emergente fue explicado detalladamente y aplicado a otros trastornos, siendo las diferencias en el contenido de las creencias lo que diferenciaba a los distintos trastornos.

En un posterior refinamiento del modelo, Beck introdujo el concepto de **modos**, que representan una compleja organización de esquemas relevantes para las expectativas, autoevaluaciones, reglas y memorias (Beck, 1996), los trastornos psicológicos estaban organizados en modos, p. ej., un modo depresivo, un modo de ansiedad, etc., aunque no se explicaban algunos de ellos.

Las propuestas anteriores de Beck no tenían en cuenta las metas (objetivos), los procesos adaptativos normales, y los mecanismos de activación y desactivación de los esquemas. Y no explicaban la aparente autonomía del trastorno bipolar y de la depresión endógena.

El modelo cognitivo genérico (MCG) refleja varias innovaciones importantes con respecto al modelo teórico original, incluyendo:

- La existencia de un continuo entre lo adaptativo y lo desadaptativo,
- El concepto de activación de esquemas,
- La integración del procesamiento dual (automático y reflexivo-controlado) en el modelo
- El concepto de detección temprana y orientación hacia los estímulos entrantes, en el procesamiento de información, anticipada mediante los protoesquemas (esquemas relativamente primitivos, no refinados),
- El procesamiento de estímulos vitales mediante esquemas primales especializados, y
- Una teoría ampliada sobre los modos, que proporciona la base para explicar los episodios maníacos y la depresión endógena.

El MCG incluye una explicación teórica y un enfoque clínico aplicado.

A nivel teórico, el modelo presenta una representación coherente de la psicopatología subyacente (p. ej., del funcionamiento desadaptativo expresado en la formación de síntomas), que proporciona hipótesis que se pueden comprobar (para ser refutadas o confirmadas), lo que a su vez permite modificar o refinar el modelo clínico.

En cuanto a su formato aplicado, los clínicos pueden utilizarlo para determinar la configuración psicológica de un trastorno particular, desarrollar una formulación del caso, y elegir entre una variedad de intervenciones, algunas de las cuales son muy específicas para un problema particular, mientras que otras pueden ser utilizadas con una amplia variedad de trastornos.

## **MODELO COGNITIVO GENÉRICO**

El MCG ofrece un marco teórico para comprender: los procesos cognitivos comunes en las psicopatologías y también las características distintivas de los diferentes trastornos. Articula la relación entre los procesos cognitivos y conductuales y otras sintomatologías, y explica cómo partiendo de procesos comunes se llega a la diferenciación en los distintos trastornos.

Sirve de base para la conceptualización y el tratamiento de una variedad de psicopatologías, facilitando la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en las consultas cotidianas de los clínicos.

Plantea que los problemas psicológicos cotidianos de la población general y las psicopatologías, son una acentuación del funcionamiento adaptativo normal, es decir, que la diferencia entre las respuestas adaptativas y los trastornos psicológicos es en gran medida cuantitativa: lo patológico es resultado de la exageración de los sesgos que se encuentran en el procesamiento de información en personas sanas (p. ej., un sesgo negativo tiende a exagerar una amenaza o desafío, mientras que un sesgo positivo exagera las recompensas previstas para una conducta expansiva).

Los esquemas cognitivos, definidos como representaciones internas (almacenadas) de estímulos, ideas o experiencias (Beck 1967), controlan a los sistemas de procesamiento de información (p. ej., el procesamiento automático de orden inferior versus el procesamiento reflexivo-controlado de orden superior).

Cuando un esquema es activado, el significado que se deriva de la creencia contenida en él, interactúa con los sistemas cognitivo, afectivo, motivacional y conductual.

Existen creencias sesgadas en un continuo que va desde lo adaptativo a lo maladaptativo y que pueden mantenerse como condicionales o como absolutas. Pero cuando el sesgo excede el nivel adaptativo, se incrementa la probabilidad de que la persona que lo mantiene experimente un trastorno subclínico o clínico.

## ADAPTACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Cuando al afrontar problemas psicológicos experimentamos estrés o llegamos a tener trastornos emocionales, nuestra atención llega a estar dirigida por síntomas como la ansiedad o el estado de ánimo deprimido (Ingram, 1990).

Para entender cómo surgen estos síntomas, plantea que las reacciones emocionales adversas y los trastornos pueden ser vistos en un contexto más amplio, el de los intentos humanos adaptativos y sus fracasos.

Cuando nos estamos adaptando bien a las situaciones vitales, nuestra capacidad de funcionamiento en diferentes roles no se ve afectada por nuestros errores de pensamiento; el malestar (distres) emocional no es desproporcionado en relación con nuestros problemas reales, y nuestras estrategias de comportamiento facilitan –más que impiden- el logro de nuestros objetivos o metas.

Nuestros sistemas cognitivo, afectivo, motivacional y conductual funcionan de forma coordinada para satisfacer nuestras necesidades básicas y nos dotan de estrategias para protegernos de daños físicos o interpersonales.

El **sistema emocional** nos aporta el tejido emocional de nuestras vidas: el afecto para forjar y mantener relaciones, el placer para premiar y reforzar las actividades que nos hacen mejores, la ansiedad para señalarnos los peligros, la tristeza que subyace a las pérdidas o las derrotas, y la ira para replicar a las ofensas.

Pero cuando la activación de estos sistemas –que en condiciones normales facilitan nuestra adaptación- es desproporcionada, al afrontar acontecimientos vitales experimentamos problemas psicológicos de diferente nivel, que pueden culminar en un trastorno psicológico diagnosticable.

Es decir, la depresión o los diferentes trastornos de ansiedad son una exageración de las funciones adaptativas normales.

En general, mantenemos una amplia gama de estrategias adaptativas en nuestra vida cotidiana: así, evitamos o nos alejamos de desafíos que no estamos preparados para afrontar, escapamos de situaciones que amenazan nuestra vida, nos preocupamos por un problema hasta que encontramos una solución al mismo, y nos rendimos ante problemas que no tienen solución.

Pero estas mismas estrategias adaptativas se vuelven disfuncionales cuando se usan inapropiadamente -o excesivamente-, como ocurre en quienes padecen trastornos emocionales.

Poseemos dos sistemas de procesamiento de la información:

- Sistema de procesamiento automático (no consciente): por ej., el dirigido-impulsado por protoesquemas, para procesar rápidamente estímulos que pueden indicar amenazas personales, ganancias o pérdidas

- Sistema de procesamiento reflexivo-controlado: impulsado por esquemas al servicio del procesamiento de estímulos en una forma minuciosa consciente y controlada

**El continuo entre las reacciones conductuales adaptativas (a situaciones vitales), y los psicopatologías puede observarse en:**

- La exageración de la evitación (adaptativa cuando evitamos situaciones peligrosas) que se da en las fobias
- La exageración de prácticas de higiene como el lavado de manos que se da en algunos casos de TOC
- La exageración de las precauciones sociales y de la inhibición adaptativa, que se da en las fobias sociales
- La exageración del mecanismo adaptativo de retirada tras experimentar rechazo o fracaso, como en la depresión
- La preocupación razonable y su exageración en el TAG o en la ansiedad por la salud.

¿Cómo se transforman las reacciones adaptativas normales hasta llegar a convertirse en trastornos? Beck y Haigh creen que la causa es un defectuoso procesamiento de información.

Explican que los sesgos en el procesamiento de la información no necesariamente son patológicos: el procesamiento de la información en una persona sana no es necesariamente objetivo-realista (en el funcionamiento normal, p. ej., existe un sesgo adaptativo para afrontar amenazas vitales o para los sucesos que pueden mejorar nuestra vida).

Pero cuando el procesamiento de la información favorece la información errónea, otros sistemas (p. ej., afectivo, motivacional o conductual) tienden también a presentar problemas (no funcionan mucho tiempo en forma adaptativa). Así, dichos errores pueden llevarnos a otros sesgos cognitivos (p. ej., en la interpretación, la atención, o los recuerdos), a emociones excesivas o inapropiadas, o a comportamientos desadaptativos. En algunos, una interpretación errónea o exagerada de amenaza dará lugar a una ansiedad y/o una evitación inadecuada o excesiva (Clark & Beck, 2011).

El procesamiento sesgado de la información afecta también al contenido de significados e interpretaciones. Un sesgo negativo o positivo inclinará los datos entrantes en una dirección negativa o positiva. Por ej.:

- Un sesgo negativo común es el que exagera la probabilidad de que un suceso represente un peligro. Ese sesgo negativo asegura reacciones que pueden mantenernos a salvo al afrontar un peligro real, aunque con el coste de experimentar falsas alarmas. En consecuencia, quienes los mantienen son propensos a experimentar ansiedad en muchas situaciones que les parecen peligrosas, pero que son inocuas.
- Un sesgo positivo exagera la probabilidad de obtener resultados positivos (o la magnitud de esos resultados) y por tanto aumenta o mantiene la motivación para participar o persistir en una tarea.

En ambos casos, cuando el sesgo excede de un nivel adaptativo, se incrementa la probabilidad de experimentar un trastorno subclínico o clínico (ej., episodios maníacos, conductas de riesgo o narcisismo).

Los procesos asociados con el pensamiento sesgado incluyen el dogmatismo y la categorización absolutista extrema que conduce a la magnificación o la sobregeneralización excesiva, a la

abstracción selectiva (p. ej., centrarse en un detalle sin tener en cuenta otros datos del contexto), y a la personalización (p. ej., creer que todo lo que otros hacen o dicen es una reacción hacia uno mismo).

## PROCESAMIENTO AUTOMÁTICO Y REFLEXIVO

El procesamiento de la información depende de (está formado por) dos subsistemas que interactúan entre sí, que se describen como 1) primario- automático-no consciente, y 2) secundario- reflexivo-consciente.

La conceptualización de un sistema de procesamiento dual tiene sus raíces en el concepto de evaluación y re-evaluación reflexiva de Freud (Lazarus y Folkman, 1984), y se relaciona con el procesamiento automático y el procesamiento controlado de la psicología cognitiva (Schneider & Chein 2.003). Se caracterizan porque:

- El sistema automático procesa estímulos rápidamente, consume escasos recursos, y es activado por acontecimientos que indican amenazas personales, ganancias o pérdidas. Este sistema “clasifica” (y se adapta a) los datos entrantes en categorías brutas, por lo que tiende a producir errores.
- El sistema reflexivo procesa los estímulos más lentamente, exige más recursos, y es más deliberado, matizado, y controlado. Los significados e interpretaciones tienden a ser más objetivos y refinados, y menos absolutistas y extremos, que los productos del procesamiento primario (automático).

Los dos sistemas pueden actuar recíprocamente, así los significados subjetivos asignados por el sistema automático pueden ser evaluados y corregidos o modificados por el sistema reflexivo-controlado (p. ej., confrontándolos con la realidad).

El sistema de procesamiento dual de la información es impulsado por estructuras cognitivas llamadas esquemas.

## ESQUEMAS

Al ordenar las experiencias vitales, los individuos necesitan determinar lo que es importante, interpretarlo correctamente, y responder adecuadamente a ello. El papel de los esquemas es procesar los estímulos situacionales cotidianos de forma que se les confiera significado y, según su contenido, se activen otros sistemas, motivacionales, emocionales o fisiológicos.

El concepto de los esquemas fue propuesto inicialmente por Piaget y Warden (1926) como estructura subyacente para organizar las percepciones del mundo<sup>3</sup>.

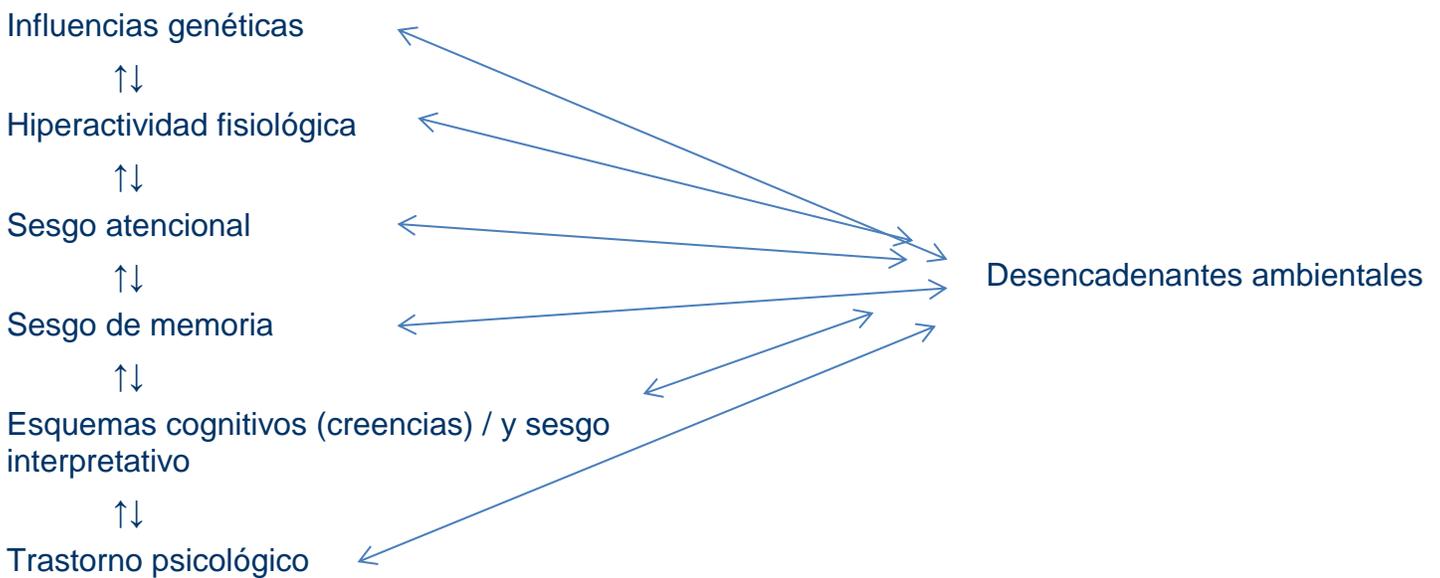
Los esquemas negativamente sesgados, o aquellos que se considera que tienen un papel causal en el desarrollo de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad (Beck 1967), se desarrollan a través de un proceso complejo de polarización, que implica la interacción de: factores genéticos, focalización selectiva de recursos atencionales, y almacenamiento en la memoria asociado a acontecimientos vitales adversos.

---

<sup>3</sup> Bartlett (1932) demostró que un esquema basado en la cultura puede llevar a distorsionar los recuerdos. Kelly (1955) aplicó la noción de constructos personales a la comprensión y el tratamiento de problemas clínicos. Y, aunque no utilizó explícitamente la estructura en su teoría, Ellis (1958) introdujo el concepto de creencias en términos de asignar significado a los sucesos.

Como se muestra en la Figura 1, el riesgo para desarrollar esquemas negativamente sesgados comienza en la primera etapa del procesamiento de la información:

- Las influencias genéticas, como el polimorfismo 5-hidroxitriptamina (gen transportador de la serotonina, forma corta), conduce a una hiperactividad neurofisiológica reflejada en sesgos atencionales a estímulos emocionalmente relevantes (Gibb et al. 2013).
- Los inputs ambientales negativos tienden a dar forma a la valencia del sesgo atencional, y las interacciones repetidas refuerzan el sesgo hacia experiencias negativas.
- Las percepciones sesgadas son acumuladas y almacenadas en la memoria, y llevan a la formación de estructuras cognitivas o esquemas, que incorporan las creencias sesgadas.
- Los esquemas son fortalecidos por la exposición a eventos adversos o a experiencias estresantes repetidas.



#### **Desarrollo de esquemas cognitivos implicados en la aparición y mantenimiento de los trastornos psicológicos.**

Las influencias genéticas contribuyen a la hiperactividad fisiológica, lo que conduce a sesgos en la atención y la memoria, y a la formación de sesgos interpretativos que se integran en los esquemas. Los eventos ambientales influyen en cada etapa del desarrollo para determinar el contenido del esquema y del trastorno psicológico. Los esquemas pueden permanecer latentes o ser activados por eventos vitales potentes. Cuando ocurre lo 2º, un esquema cognitivo plenamente activado controla el procesamiento cognitivo y da lugar a sintomatología psicológica.

**Los estímulos-sucesos son procesados inicialmente por los protoesquemas** cuya función es asignar una evaluación inicial de dichos estímulos a través del sistema de procesamiento automático.

Los protoesquemas monitorizan, detectan y abstraen datos del ambiente externo y de las experiencias subjetivas, que pueden suponer una preocupación vital (p. ej., para la supervivencia).

Los protoesquemas separan los eventos-estímulos clasificándolos en 2 categorías: 1) cruciales -p. ej., "bueno para mí" o "malo para mí"-, o 2) irrelevantes. Y les asignan un significado probable, a groso modo, activando los sistemas emocionales y conductuales.

La fase final del procesamiento es implementado por el sistema reflexivo-controlado, que refina o corrige el significado o el producto del sistema automático.

**El sistema reflexivo-controlado** contiene esquemas más complejos que el sistema automático, incluyendo conceptos de razonamiento y reglas lógicas, así como actitudes adaptativas para promover la resiliencia y el logro de metas.

Según esta formulación (TCG), los esquemas cognitivos tienen una serie de características<sup>4</sup>, que desempeñan un papel crucial al adjudicar significado a las experiencias. Por ejemplo:

- Pueden diferir en cuanto a su **permeabilidad**, o grado en que permanecen abiertos a nueva información. Un grado moderado de permeabilidad permite ser receptivo a nuevas experiencias (p. ej., a la psicoterapia). En los extremos, una excesiva permeabilidad puede conducir a un estilo de pensamiento desorganizado, mientras que la impermeabilidad crea problemas como el pensamiento rígido o los delirios.
- La **acomodación** es el aprendizaje por la integración de la nueva información, y la consiguiente modificación del contenido del esquema.
- La densidad de un esquema influye en su mantenimiento y en su dificultad para ser cambiado. Llegan a tener mayor densidad como resultado de la activación repetida (p. ej., por el comportamiento habitual).
- La energización, activación o carga de un esquema se refiere a su propensión a ser activado y a su sensibilidad y poder. Cuando los esquemas están muy energizados son fácilmente activados, y viceversa (mientras que, cuando son modificados -p. ej., a través de la acomodación-, por la terapia o por las experiencias vitales, llegan a tener un alto umbral para poder ser activados. Los esquemas que están plenamente activados- energizados controlan el procesamiento de la información<sup>5</sup>.

## CREENCIAS

El término creencia, utilizado como etiqueta genérica, incluye una variedad de constructos relacionados con los esquemas (suposiciones, expectativas, miedos, normas y evaluaciones), que influyen en los recuerdos y asociaciones.

Algunas creencias asumen una forma **imperativa**, cuyo objeto puede ser uno mismo u otros individuos, y se formulan en términos como "debería", "debe" o "tendría que".

Las **creencias primales** son aquellas cuyo contenido se asocia a cuestiones vitales como la supervivencia, la salud, la identidad y las relaciones. Son más difíciles de modificar mediante la constatación de la información o el uso de razonamiento del sentido común, que otras creencias más irrelevantes. Los individuos en la terapia a menudo dicen: "Sé que esta creencia es irracional, pero todavía la creo". Estas afirmaciones ilustran como la perspectiva y la objetividad no cambian necesariamente una creencia disfuncional. Efectuar el cambio puede requerir la integración de la nueva información correctora dentro del esquema primal mediante la acomodación, ya sea a través de experiencias correctoras o mediante una psicoterapia eficaz.

---

<sup>4</sup> Incluyendo algunas de las descritas por Piaget y Warden (1926).

<sup>5</sup> Coincidiría con el secuestro emocional descrito por Goleman.

Además de las diferencias en su contenido, las creencias primales se caracterizan por varias dimensiones, como su **accesibilidad, convicción, condicionalidad o absolutismo, atribución y grado de sesgo**.

- La accesibilidad de las creencias primales difiere de tal forma que dichas creencias pueden impregnar el pensamiento consciente en la depresión, la ansiedad o el TOC. Dependiendo del contexto, pueden aparecer pensamientos automáticos derivados de dicha creencia (Beck 1963)<sup>6</sup>.
- El grado de convicción varía en diferentes momentos y situaciones, incluso en los delirios. Un índice del grado de convicción es el comportamiento instigado por la activación de la creencia. Cuando la convicción es total, el individuo tiene dificultad para resistir los dictados de la creencia, que pueden ser escapar, retirarse, agredir, o hacer rituales.
- Su mantenimiento en forma condicional o incondicional (absoluta). Por ej., un individuo con TOC puede tener la creencia, "Si toco un objeto desconocido, puedo resultar contaminado". Y, a medida que el TOC empeora, el individuo puede pensar, "Estoy contaminado" y sentirse obligado a lavarse repetidamente.
- Su omnipresencia y su carácter extremo, que difiere a lo largo del continuo, de mínimo a extremo, y que aumenta a medida que los trastornos psicológicos empeoran.
- Su carácter condicional o absoluto, que puede observarse en trastornos como la depresión. A medida que empeora el cuadro, la creencia cambia de "Si no puedo hacer tal cosa, significa que soy un inútil", a "Soy un inútil".
- La dirección de la atribución (locus interno o externo). Por ejemplo, cuando ocurre un evento aversivo, la atribución del paciente depresivo será "Es por mi culpa"; la del enojado o paranoide será culpar a otros; o la de alguien con TOC puede ser: "Estoy contaminado" (y, en consecuencia, sentirse obligado a lavarse repetidamente).
- La omnipresencia y el carácter extremo, que aumenta a medida que los trastornos psicológicos empeoran.
- El grado de sesgo. Las creencias sesgadas pueden diferir en su carácter adaptativo o desadaptativo, subclínico o clínico, y su grado de extremismo. La progresión desde un sesgo funcional (adaptativo) a un sesgo disfuncional puede deberse a la interacción entre las creencias sesgadas de vulnerabilidad y las experiencias (o exposición a situaciones) con estímulos relevantes para la vulnerabilidad personal.

## RED DE ESTÍMULO-RESPUESTA

El enfoque tradicional de la psicología conductista se basa en un modelo de reactividad estímulo-respuesta ( $E \rightarrow R$ ), donde el individuo es receptor pasivo de una amplia variedad de estímulos externos e internos, a los que responde en forma adaptativa o desadaptativa. El MCG tiene raíces en el modelo conductista: en la teoría del estímulo-respuesta, que evolucionó después hacia el modelo cognitivo<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Por ejemplo, un abogado deprimido con la creencia subyacente "Soy incompetente" tenía el pensamiento automático, "No puedo hacerlo" cuando se le pidió que devolviese una llamada de un cliente. A medida que su depresión se agudizó, su corriente de conciencia fue dominada por el pensamiento: "soy un fracaso".

<sup>7</sup> Ha habido una progresión gradual desde la teoría temprana periférica de Pavlov (1927) a la teoría cognitiva. Así, Skinner (1938) añadió el concepto de refuerzo y el castigo a la teoría conductista. Tolman (1936) introdujo el concepto de variables que intervienen en el organismo entre el estímulo y la respuesta, que fue desarrollada por Hull (1943). Tolman (1941) tenía una visión más cognitiva de estas variables intervinientes incluyendo las creencias en su formulación, mientras que la teoría del aprendizaje social de Bandura (1962) se aproximó significativamente al

Pero el MCG tiene en cuenta las metas individuales, las orientaciones (drives) y las expectativas que moldean el comportamiento humano de forma proactiva. Es interactivo, es decir, defiende que a veces la secuencia de reacciones es iniciada por los objetivos y metas personales (es proactiva) y otras veces por eventos (es reactiva). En cualquiera de esas reacciones (proactiva o reactiva), la retroalimentación constituye una interacción.

Para el MCG el procesamiento de la información se inicia con la activación de un esquema por un estímulo-situación interno o externo. El esquema activado aplica un patrón (creencia) para extraer el significado de los datos y pone en marcha procesos de pensamiento (por ej., la rumiación o la preocupación), y respuestas emocionales, motivacionales, fisiológicas, y conductuales.

La secuencia es transformada en una red interactiva con múltiples focos de retroalimentación, y una vez formada, funciona como una unidad.

La situación estimular proporciona información sobre las circunstancias que requieren una respuesta adaptativa.

Los protoesquemas proporcionan una valoración e interpretación preliminar, que podrá ser sometida a un procesamiento más elaborado por los esquemas del sistema reflexivo-controlado, con el fin de organizar la información contextual relevante y facilitar una reinterpretación.

Las situaciones estimulares incluyen desde sensaciones corporales hasta el daño físico o el rechazo social. Cada individuo es especialmente propenso a detectar y responder a ciertos estímulos vitales o acontecimientos que afectan a su bienestar, identidad u objetivos, así como a sus vínculos individuales y grupales. Estos estímulos son priorizados dirigiendo hacia ellos la atención - normalmente prestada a preocupaciones más irrelevantes-, y entonces tienden a incrementarse la percepción y las respuestas conductuales relacionadas con ellos.

Estos estímulos priorizados (en nuestra atención) activan los esquemas primarios y guían el enfoque cognitivo (p. ej., la atención y la memoria), lo que conduce a reacciones adaptativas o desadaptativas, en función del contenido (creencias) de los esquemas primarios.

**El papel de foco atencional en la psicopatología** fue destacado por Ingram (1990), que propuso que la atención autofocalizada estaba omnipresente en todas las psicopatologías, aunque con diferencias en las creencias prevalentes en cada trastorno. Por ejemplo, en el caso de la fobia social, según Clark y Wells (1995), la atención autofocalizada tiene un papel central, ya que este proceso interfiere con el procesamiento realista (no sesgado) de una situación y con la posibilidad de beneficiarse de las pruebas de realidad que suelen corregir las distorsiones.

---

dominio cognitivo. Y Ellis (1958) completó la transición a un modelo cognitivo, que podía aplicarse a la psicopatología y a la psicoterapia, siendo el primero en intentar desarrollar un modelo cognitivo integral para explicar las psicopatologías. Defendió que la psicopatología era el resultado de procesar los acontecimientos mediante un sistema de creencias irracionales. En particular, subrayó el papel de los "deberías" imperativos en la producción de conductas desadaptativas. El modelo de Ellis propone una secuencia de eventos que comienzan con estímulos externos (eventos activadores), que desencadenan las creencias irracionales y que llevan a reacciones (consecuencias) irracionales o inadecuadas. Pero aunque el trabajo de Ellis fue significativo por centrarse en las creencias, su modelo tiene limitaciones significativas: 1º, no especifica cómo se relacionan las creencias irracionales con la heterogeneidad en las presentaciones clínicas. 2º, no explica los casos en que las creencias racionales son, de hecho, maladaptativas o inútiles (p. ej., una persona que intente caminar por la cuerda floja puede tener el pensamiento racional que podría caer, pero esta creencia sería maladaptativa). Y, aunque el modelo reconoce claramente el papel de las creencias sesgadas en la psicopatología, omite el papel de otros procesos cognitivos, como atención o la memoria.

Woodruff-Borden et al. (2001) y Harvey et al. (2004) han confirmado el papel de la atención autofocalizada en diversos trastornos.

Según el MCG, la **atención automática focalizada** en el detalle y el contexto, facilita el procesamiento reflexivo-controlado, que permite al individuo modificar las interpretaciones iniciales y ajustar las respuestas de comportamiento.

Pero, aunque la atención focalizada puede facilitar las respuestas adaptativas a situaciones estimulares relevantes, también puede llevar a reacciones desadaptativas cuando se aplica de manera inapropiada o inflexible.

Por ejemplo, focalizar la atención en las sensaciones internas, como ocurre en el trastorno de pánico, puede impedir la evaluación de los síntomas de manera objetiva. Del mismo modo, la fijación de la atención en diversas sensaciones corporales es un elemento clave en la ansiedad de la salud, el síndrome de fatiga crónica y la anorexia nerviosa.

Las personas a menudo se centran intencionadamente a sus síntomas como una forma de intentar controlarlos, pero, en realidad, los empeoran: p. ej., centrar la atención de forma sostenida en experiencias mentales como las obsesiones, las alucinaciones auditivas o las rumiaciones, aumenta su intensidad.

**Las emociones** sirven como señal subjetiva para ayudar a interpretar una situación estimular como vital (p. ej., relacionada con el peligro, el fracaso, la pérdida, el éxito, o el delito). Por ejemplo:

- Experimentar ansiedad alerta al individuo de un posible peligro físico o psicosocial. Pero la **ansiedad** excesiva, puede llegar a convertirse en un temor exagerado a resultados negativos futuros (ansiedad generalizada), a un desastre médico (pánico), o a una enfermedad (ansiedad por la salud). El individuo tiende a emprender y mantener acciones dirigidas a reducir sus sentimientos desagradables, como evitar, escapar, o buscar ayuda.
- **La tristeza** subraya las pérdidas y puede ayudarnos a buscar resultados adaptativos mediante la retirada, la reflexión, o el cambio en nuestros objetivos o estrategias. Pero en la depresión clínica, tiende a dar lugar a la retirada y la inercia desadaptativos.
- **La ira** es un acicate para defendernos del agente agresor. Por lo general, es precedida por la percepción de ser menospreciado injustamente de alguna manera (Beck 1999), y en su forma extrema, puede estar asociada con paranoia.
- **El placer o la euforia**, por el contrario, pueden motivarnos a continuar con una actividad placentera hasta que se produce la saturación o las condiciones dejan de ser gratificantes. Y se representa en forma exagerada en la fase maníaca del trastorno bipolar.

En cuanto a las **conductas**, los mismos comportamientos que permiten a un individuo adaptarse a desafíos, peligros o privaciones en forma adaptativa, desempeñan un papel clave en los trastornos psicológicos.

Las personas recurren a su repertorio de comportamientos adaptativos para afrontar sus problemas. Pero en los trastornos psicológicos, esos comportamientos se convierten en desadaptativos porque no conducen a resultados favorables ni a la reducción de la angustia en el largo plazo; sino a lo contrario. Un ejemplo son las conductas de búsqueda de seguridad en los trastornos de ansiedad – como la búsqueda de reaseguración, la comprobación, la evitación, la distracción y los rituales-, que

se llevan a cabo para reducir la sensación de vulnerabilidad a corto plazo, pero que en última instancia, perpetúan el trastorno. Una serie de factores pueden explicar la paradoja:

- Cuando las personas tienden a llevar a cabo conductas de búsqueda de seguridad, se impiden la oportunidad de poner a prueba sus creencias básicas acerca de peligros específicos, o de la naturaleza contraproducente de dichas conductas.
- Cada repetición de estas conductas refuerza las creencias asociadas a ellas, ej., "solo estoy seguro si evito salir".
- Como dichas conductas alivian la ansiedad, hay poco incentivo para llevar a cabo el aprendizaje reflexivo-controlado (basado en pruebas de la realidad) que se llevaría a cabo durante la exposición estructurada al estímulo temido.
- Cuando se llevan a cabo conductas de búsqueda de seguridad, los esquemas primarios han sido temporalmente desactivados (des-energizados), pero no han cambiado. No se ha integrado en ellos información correctora.
- Los esquemas son relativamente impermeables al razonamiento y a la reaseguración. Los nuevos aprendizajes requieren una intervención experimental. En este contexto, el aprendizaje se produce cuando se crea una disonancia cognitiva entre las expectativas ansiosas y las evaluaciones realistas. En el tratamiento del trastorno de pánico, p. ej., el individuo puede aprender que los diversos signos y síntomas (mareos, dolor en el pecho, entumecimiento de las extremidades,...) son experiencias benignas y no representan la muerte inminente, la pérdida de control, o la locura inminente (Beck et al., 1992).
- Cuando el individuo está totalmente preocupado con la idea de un peligro inminente, sus recursos atencionales no están disponibles para reflexionar acerca de explicaciones benignas (mientras que un cambio en el foco de atención, disminuye la relevancia de la creencia y permite reformularla).
- Por último, debido a que la dependencia del médico, el acompañante, los rituales, las drogas o las estrategias de evitación, aumentan con el tiempo y pueden ser emocionalmente gratificantes (p. ej., por el alivio de angustia), esos comportamientos y recompensas se convierten en fines en sí mismos. Y, en algunos casos, la persona se vuelve cada vez más dependiente a pesar de que la ansiedad y el presunto peligro sigan siendo los mismos o sean menores.

## ACTIVACIÓN DE ESQUEMAS

Los trastornos que cursan con **episodios**, como la depresión y la ansiedad generalizada, con frecuencia siguen una progresión similar desde la sintomatología leve a un pico tras el cual disminuyen gradualmente hasta la línea de base. Esta evolución cíclica puede ocurrir sin tratamiento, duradero.<sup>8</sup>

Uno de los retos para la comprensión de la fenomenología de los trastornos psicológicos se refiere a como se activa y desactiva el procesamiento de la información y cómo se modifican los contenidos relevantes. Otro reto es entender el efecto diferencial de las diversas terapias en el cambio de los síntomas y en la prevención de recaídas.

---

<sup>8</sup> Aunque la duración suele acortarse y la intensidad suele reducirse con tratamiento psicológico o farmacológico. Algunas intervenciones sólo producen una mejoría en los síntomas sin prevenir las recaídas, mientras que otras tienen un efecto duradero.

Esas dudas pueden explicarse por la **activación y desactivación** de esquemas, relacionada con la **modificación del contenido de esquemas cognitivos por la acomodación de información correctora** dentro de dichos esquemas. Cuando se produce un “encuentro” entre un evento desencadenante y un protoesquema, este último se activa. El esquema activado inicia su posterior procesamiento de la información, y las creencias proporcionan el contenido. Los sistemas emocionales, motivacionales y conductuales se activan y, dado que su función es congruente con el contenido de la creencia, se facilita una respuesta integrada.

El concepto de activación de los esquemas puede ser aplicado a todo el curso de un episodio, desde su inicio a su remisión (y también a su recurrencia).

Los sesgos cognitivos inducidos distorsionan (p. ej., exageran) el significado de los acontecimientos, lo que a su vez activa los esquemas.

Para explicar la activación de un esquema a partir de un estímulo, por ej., ambiental, lo comparan con el proceso del olfato. Una molécula que entra en la cavidad nasal establece contacto con un receptor que encaja con ella. Esto produce una señal eléctrica que es transducida (convertida) en neurotransmisor en la región olfativa del cerebro, donde se produce el procesamiento final. Del mismo modo, la activación (análogo a la acción electroquímica en el olfato) es transducida en la interfase entre el estímulo y el protoesquema.

## TEORÍA DE LOS MODOS. EXPLICAN EL FUNCIONAMIENTO PROACTIVO, AUTODETERMINADO

Hasta este punto, hemos utilizado el concepto de *Red de respuesta al estímulo* (o paradigma de reactividad) para explicar las conductas adaptativas y las desadaptativas.

Pero el ser humano no solo está impulsado por los acontecimientos, sino que uno mismo también desempeña un papel importante en la creación de eventos personales (Epicteto 1865). Así, gran parte de las actividades humanas están dirigidas por una serie de objetivos elegidos por uno mismo y de obligaciones autoimpuestas.

La teoría de los modos propone la existencia de una red de componentes cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales, que ayudan a explicar la búsqueda de objetivos vitales y la gestión de otras demandas o problemas específicos (Beck 1996).

Los modos son sistemas de esquemas que incluyen creencias, normas, expectativas, y conceptos complejos como la autoestima. Todos esos componentes funcionan como una organización integrada. Esta organización del modo presenta características análogas a los esquemas individuales -como el umbral de activación y la permeabilidad-, que son especialmente relevantes para explicar los trastornos psicológicos.

## MODO AUTOEXPANSIVO

La principal área de la personalidad, cuya función es mejorar los recursos personales, se denomina *modo auto-expansivo*. Se asocia al deseo de aumentar los propios recursos personales (estatus, posición económica, afiliación, ...) o la propia valía<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Se relaciona con la tendencia a la automejora y con la autoestima (sana o insana).

La auto-expansión positiva se asocia al placer y al aumento de la autoestima, mientras que la auto-expansión negativa se asocia con el dolor y a la disminución de la autoestima.

El modo auto-expansivo suele facilitar la adaptación, p. ej., la consecución de objetivos. Y, al afrontar circunstancias adversas, también ayuda a conservar los recursos, mediante una reducción de la auto-expansión, por ej., con la retirada.

El modo autoexpansivo se compone de diferentes esquemas que contienen creencias simples o complejas relacionadas con nuestras reacciones a eventos (p. ej., creencias condicionales "Si x, entonces y"), creencias imperativas (p. ej., "Tengo que hacerlo bien", "Debo estudiar más"), y creencias autoevaluativas, que reflejan la propia imagen, la autoestima y la estima que creemos que nos tienen los demás. Un tema unificador en este modo es la evaluación o la devaluación del yo.

La infraestructura de una meta en el modo auto-expansivo incluye expectativas sobre su valor subjetivo y los resultados obtenidos al conseguir la meta. Estas expectativas se organizan en forma de creencias condicionales: "Si x, entonces y". Las creencias que representan obligaciones asumen formas imperativas: "debes", o "deberías hacerlo".

Por ejemplo, una joven ha decidido convertirse en abogada. En función de los resultados que anticipa, da un gran valor a esta opción. Los resultados que espera obtener (sus expectativas) tienen forma de creencias condicionales, dispuestas en forma de algoritmo: "Si me convierto en abogada, seré feliz". Asociada a esa creencia mantiene otras creencias condicionales, p. ej., "Si tengo éxito, ganaré dinero, mis padres estarán orgullosos de mí, la gente me respetará y me sentiré orgullosa de mí misma" ... También existe el reverso de estas creencias, cuando piensa en un posible fracaso en obtener su meta (ser abogada): "Si no lo consigo, mis padres se sentirán decepcionados, y yo me sentiré mal". Estas creencias negativas tienen el potencial de ocasionar tristeza o depresión.

Las exigencias (deberías) en este modo auto-expansivo son reglas de conducta que sirven para reforzar la obtención de metas al mantener la motivación hacia ellas en circunstancias difíciles (p. ej., cuando el trabajo se hace más pesado).

Las obligaciones sociales, como la atención a las necesidades de otras personas, se basan más en imperativos incondicionales en forma de "deberías" y "no deberías".

La expansión exitosa (p. ej., la admisión a la universidad) es recompensada por mayores refuerzos externos e internos.

Las vacilaciones (dudas) constituyen respuestas cognitivas, emocionales y conductuales que facilitan la adaptación a las condiciones cambiantes. La disforia tras un revés ofrece una advertencia para que la persona examine sus expectativas expansivas y determine si necesita un cambio de estrategia (o en última instancia, un cambio de metas).

**La autoestima** sirve como catalizador para nivelar las expectativas: una elevada autoestima aumenta las expectativas y viceversa.

Siguiendo con el ejemplo de la joven: si le conceden la admisión a una prestigiosa universidad, se sentirá feliz y deseosa de contarlo a todos. El algoritmo relacionado con el logro ha sido activado, de forma que mejora su autoimagen y su imagen social percibida; la joven se vuelve más optimista, se siente menos inhibida, y está llena de energía. Llevado al extremo, su estado podría considerarse hipomaniaco.

Con el tiempo, las expectativas de la joven y su autoestima se estabilizan. Se reduce su euforia y comienza a pensar en la posibilidad de que no pueda cumplir con sus expectativas y satisfacer las

demandas de la facultad de derecho, p. ej., si como ocurre a muchos estudiantes, ella no logra buenos resultados durante su primer año.

Si la joven tiene una autoimagen (y una imagen social percibida) muy vinculada al éxito, puede empezar a dudar de sus facultades, y perdería confianza en su capacidad para completar la carrera. Así experimentaría una pérdida de autoestima.

El mismo conjunto de creencias que impulsa el establecimiento de metas está involucrado en el procesamiento del propio éxito (p. ej., "como lo hice bien, todo el mundo estará contento") o del propio fracaso (p. ej., "Como lo hice mal, no soy lo bastante inteligente como para conseguirlo") en la obtención de objetivos intermedios o finales.

La evaluación (o devaluación) de la autoimagen se asocia a las creencias condicionales: el éxito activa la creencia en resultados positivos y lo contrario ocurre con los resultados negativos.

Si las creencias negativas sobre si misma (autoesquemas) se han energizado, la joven se vuelve pesimista acerca de la posibilidad de poder obtener su meta. Este cambio en su autoestima refleja un cambio a creencias más negativas, que tienden a sesgar sus interpretaciones de los sucesos.

Llevado al extremo, sus cogniciones distorsionadas podrían representar una depresión reactiva. El grado de la depresión puede estar relacionado con la discrepancia entre sus expectativas originales y su evaluación actual de su actuación.

## MODO AUTO-PROTECCIÓN

Otro importante sector de la personalidad, es el modo de auto-protección, una red que se ocupa de detectar y gestionar las amenazas, y que cuando funciona mal constituye el sustrato para los trastornos de ansiedad y la paranoia.

Este modo normalmente se ocupa de la detección temprana de una amenaza (p. ej., mediante los protoesquemas), la evaluación de la naturaleza y la intensidad de dicha amenaza, y la movilización para contrarrestarla. El modelo tradicional de lucha o huida está representado en las respuestas a amenazas habituales de la vida cotidiana (p. ej., evitación, escape o ataque), y la típica respuesta emocional es la ansiedad o la ira.

El modo de auto-protección especifica las características de una situación peligrosa y dicta las reglas apropiadas para reducir la amenaza. Una creencia específica y una regla asociada a ella podría expresarse como, por ejemplo: "Los desconocidos borrachos son peligrosos, por lo que debo distanciarme de ellos."

Tales creencias y reglas suelen ser adaptativas a menos que sean exageradas. Dado que la supervivencia depende de la precisión al identificar estímulos peligrosos, es mejor tener falsos positivos que falsos negativos; por tanto suele existir un sesgo sobreinclusivo, que produce errores al detectar falsas alarmas, pero es beneficioso en el largo plazo -aunque, como resultado, tengamos que experimentar más ansiedad-.

La estimación de amenaza en una situación potencialmente peligrosa, depende de: 1) la **evaluación del riesgo**, y 2) **su relación con nuestros recursos para manejarlo** (Beck et al. 1985). Los recursos internos incluyen activos personales diversos, como: las estrategias de afrontamiento. Los recursos externos incluyen a personas que nos ayuden a manejar el problema, y a quienes nos apoyan, incluyendo a los profesionales.

La intensidad de la reacción de ansiedad depende de la probabilidad y la gravedad del daño percibido.

Las estrategias de búsqueda de seguridad suelen ser adaptativas, ayudando a proteger al individuo de daños físicos o psicológicos. Pero estas reacciones normales a situaciones de riesgo se convierten en problemas psicológicos cuando la percepción del riesgo y la peligrosidad es exagerada y la percepción de los recursos de afrontamiento se minimiza<sup>10</sup>.

## RESUMEN

El MCG propone que las psicopatologías, que comparten procesos subyacentes comunes, pueden ser diferenciadas por la naturaleza de sus creencias disfuncionales. Los esquemas, centrales al procesamiento de la información, reflejan distintas creencias, expectativas, evaluaciones y atribuciones, y sirven para ordenar la experiencia cotidiana. Cuando el procesamiento de la información está distorsionado, otros sistemas (p. ej., afectivos, motivacionales o conductuales) comienzan a funcionar de forma desadaptativa, dando lugar a los síntomas de los psicopatologías.

El procesamiento de la información depende de dos subsistemas que interactúan entre sí: el sistema automático y el sistema reflexivo-controlado.

Los eventos-estímulos se procesan inicialmente por protoesquemas, que proporcionan una evaluación inicial de los estímulos a través del procesamiento automático. Posteriormente, el procesamiento mediante el sistema reflexivo-controlado, con la ayuda de los procesos atencionales, afina o corrige el significado o el producto de los protoesquemas.

Los esquemas tienen una serie de características con implicaciones directas para que el funcionamiento adaptativo pueda llegar a convertirse en funcionamiento desadaptativo.

Los esquemas disfuncionales altamente cargados (muy activados) se asocian a síntomas psicológicos.

Los esquemas pueden ser modificados en respuesta a nuevas informaciones potentes (p. ej., las intervenciones terapéuticas). Cuando son modificados de forma adaptativa, se desactivan los esquemas disfuncionales, lo que conduce a una reducción de los síntomas.

La **teoría de los modos** se invoca para explicar los aspectos más complejos de la actividad del individuo, tales como la obtención de metas. Los modos consisten en redes integradas de sistemas cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales, que forman subsectores de la personalidad.

Los modos auto-expansivo y de autoprotección explican las metas proactivas y los aspectos auto-protectores de la personalidad. Las aberraciones del modo auto-expansivo dan lugar a (explican) los

---

<sup>10</sup> Estos sesgos llevan a comportamientos de búsqueda de seguridad, que son disfuncionales y que pueden mantener el problema y convertirlo en un trastorno clínico. Por ej., una preocupación natural acerca de ser rechazado puede convertirse en un miedo excesivo a situaciones sociales o a hablar en público. Y, en casos extremos, puede convertirse en paranoia. O, una preocupación adaptativa por no ser infectado, podría convertirse en una fobia a los gérmenes. El TAG tiende a persistir porque el temor subyacente se activa constantemente. En la ansiedad social, una persona puede temer ser rechazada incluso por su pareja. Como se explicó previamente, las estrategias de afrontamiento utilizadas por la gente para evitar o reducir la ansiedad tienden a perpetuar el desorden: p. ej., la comprobación reiterada para asegurarse de que el horno o el agua están bien cerrados, tratando así de bloquear las obsesiones, o el huir de un lugar por miedo a perder el control son eficaces en el corto plazo; pero a largo plazo esos comportamientos tienden a reforzar el correspondiente trastorno de ansiedad.

síntomas de la manía y la depresión endógena; al igual que las aberraciones del modo de autoprotección explicarían los síntomas de ansiedad y la paranoia<sup>11</sup>.

Aunque el foco de la MCG está representado en gran medida a nivel cognitivo, una comprensión completa de la etiología y el tratamiento de las psicopatologías requiere una aproximación basada en el procesamiento y multinivel (Forgeard et al., 2011). Con este fin, el papel putativo de los esquemas sesgados en el MCG debe entenderse en el contexto de diversos modelos genéticos, neurobiológicos, y medioambientales de las psicopatologías.

## **APLICACIÓN CLÍNICA DEL MODELO COGNITIVO GENÉRICO**

El componente aplicado del MCG se basa en la premisa de la terapia cognitiva de que el pensamiento disfuncional conduce a incrementos de emociones y comportamientos desadaptativos.

Las diversas psicopatologías comparten procesos subyacentes comunes, pero pueden distinguirse por los estímulos específicos a los que se asocian y por el contenido de las creencias disfuncionales típicas.

Un amplio cuerpo de investigación apoya la premisa del MCG de que las creencias disfuncionales específicas se relacionan con trastornos específicos. Veamos algunos ejemplos:

- los pacientes con depresión hacen generalizaciones negativas: p.ej., interpretar un pequeño error en su trabajo como evidencia de que son incompetentes en todas las áreas de su vida, y reportan creencias disfuncionales como, "No soy digno de ser amado, soy incompetente o soy un inútil".
- Las creencias disfuncionales, en particular aquellas relacionadas con el perfeccionismo, la autonomía y la autocrítica, también se asocian al trastorno bipolar (Pavlickova et al. 2013).
- Las creencias asociadas con la ansiedad se caracterizan por la amenaza, el peligro, y/o la vulnerabilidad. En la ansiedad social hay pensamientos típicos, como "Lo que digo puede parecer estúpido" (Schulz et al., 2008), y en el trastorno de pánico hay interpretaciones catastróficas de sus sensaciones internas (Teachman et al., 2010).
- Las personas que luchan contra el abuso de sustancias mantienen creencias como: "La vida sin drogas es aburrida" o "No merezco ponerme bien" (Crits-Christoph et al. 2003).
- Las personas con ansiedad por la salud son propensas a creencias disfuncionales como: "No sabré manejar cualquier problema de salud que pueda desarrollar en el futuro", y "Voy a tener una enfermedad crónica" (Fergus 2013).
- Las personas con trastornos de alimentación tienden a mantener creencias específicas, como: "No soy agradable", "No me gusto a mí mismo", "Soy aburrido" (Cooper et al., 2006).
- Por último, trabajos recientes han hallado que las personas con psicosis tienen creencias derrotistas como: "Si no puedo hacer algo bien, no tiene sentido hacerlo", y estas creencias

---

<sup>11</sup> Un reto importante para una teoría psicológica de las psicopatologías es su capacidad de explicar trastornos endógenos como el trastorno bipolar y la depresión no reactiva. Estos trastornos han sido considerados históricamente endógenos porque parecen ocurrir sin ningún desencadenante, o con factores desencadenantes triviales. Además, a diferencia de la depresión reactiva, estas condiciones endógenas no parecen responder bien a los intentos de otras personas para ayudarles a restablecer el autocontrol, en el caso de manía, o a los razonamientos para contrarrestar la ideación negativa extrema, en el caso de la depresión. Las aberraciones en la fijación de metas y en el modo autoexpansivo forman el sustrato para la manía y los trastornos depresivos. En el caso de la manía, la respuesta normal al éxito, asociada al modo auto-expansivo (como la expansividad y la auto-evaluación positiva) se transforma en una escalada de expansividad y de autoevaluación distorsionadamente positiva. En el caso de la depresión endógena, la respuesta normal al fracaso conduce a una constricción de conductas dirigidas a metas y a la auto-devaluación. La depresión endógena y el trastorno bipolar se disocian de la personalidad (modo auto-expansivo) para convertirse en entidades autónomas desplazadas, impermeables a los factores ambientales.

parecen mediar en el deterioro cognitivo, la sintomatología negativa, y el deterioro en el funcionamiento global típico de la esquizofrenia (Grant & Beck 2009).

Más allá de la clara evidencia de la relación entre las creencias disfuncionales y las psicopatologías, un impresionante cuerpo de investigación ha proporcionado apoyo empírico directo para la **premisa central de la terapia cognitiva, que sostiene que los cambios en las creencias conducen a cambios en los comportamientos y emociones**.

La investigación sobre tratamientos apoya la mediación cognitiva en una serie de trastornos, incluyendo el trastorno depresivo mayor (Quilty et al., 2008), el trastorno bipolar (Totterdell et al. 2012), los trastornos psicóticos (Staring et al. 2013), el trastorno de ansiedad generalizada (Donegan y Dugas 2012), el trastorno de estrés postraumático (Kleim et al. 2013), el trastorno de pánico con o sin agorafobia (Hofmann et al. 2007), la fobia específica (Raes et al. 2011), la fobia social (Goldin et al. 2012), el trastorno obsesivo-compulsivo (Woody et al., 2011), los trastornos sexuales (ter Kuile et al. 2007), los trastornos del sueño, los trastornos de la alimentación (Wilson et al., 2002), (Schwartz y Carney 2012), y el abuso de sustancias (Crits-Christoph et al. 2003).

### Aplicación. Visión general

El MCG, que se basa en la investigación básica sobre los procesos cognitivos y conductuales comunes a los trastornos psicológicos (Harvey et al 2004; Mansell et al 2009, 2008), especifica cuatro componentes que interactúan entre sí : situación, creencia, focalización de la atención y conducta desadaptativa (ver Figura 2).



Figura 2. El modelo cognitivo genérico enfatiza los procesos cognitivos y conductuales comunes en las psicopatologías. La psicopatología subyacente común está representada por la interacción entre: eventos ambientales, conductas, focalización de la atención y creencias. Las características diferenciales de los trastornos mentales se derivan del contenido de sus creencias típicas.

El modelo aplicado propone que la psicopatología es iniciada y mantenida cuando los componentes del esquema activado (p. ej., las creencias, la focalización de la atención, y el comportamiento maladaptativo) son desencadenados por determinados estímulos e interactúan entre sí. Los estímulos desencadenantes pueden ser muy diversos: 1) **sucesos externos** discretos, como ser rechazado o abandonado, suspender un examen o ser despedido, 2) **contextos específicos** como estar en un ascensor, estar entre una multitud o tener que hablar en público, o 3) **eventos internos**, como recuerdos, pensamientos, reflexiones o sensaciones somáticas, como opresión en el pecho.

Los estímulos desencadenantes activan esquemas latentes, que tienden a determinar el contenido del procesamiento.

Una vez activados los esquemas desadaptativos, desplazan al procesamiento de la información normal (adaptativo) y distorsionan las creencias asociadas con el estímulo-suceso. El procesamiento sesgado de la información, produce problemas adicionales en la interpretación y el procesamiento posterior (p. ej., la preocupación y/o rumiación), así como aberraciones en la atención, la memoria y las conductas.

El deterioro en un área (p. ej., las creencias, el foco atencional o las conductas) interactúa con el procesamiento en otras áreas. Por ejemplo, un individuo con ansiedad social, al entrar en una cafetería llena de gente (estímulo externo), activa su esquema ("Mi valía depende de lo que otros piensan de mí") y puede tener el pensamiento: "La gente se dará cuenta de lo torpe que soy". Esa creencia activada puede influir en su foco atencional (centrado en sí mismo), y al notar ciertas sensaciones internas (p. ej., sensación de rubor o inestabilidad) puede interpretarlas como evidencia de que los otros lo notarán. Además, puede recordar una experiencia embarazosa anterior como cuando se le cayó la bandeja en una cafetería y acabar pensando: "Debo irme y comer en casa". La interacción entre las creencias y la focalización de la atención puede conducir a un comportamiento maladaptativo como huir de la situación con el fin de evitar la temida evaluación negativa.

Salir de la cafetería sería una estrategia que reduciría su ansiedad a corto plazo por lo que quedaría reforzada negativamente. Pero a largo plazo, el escape o la evitación mantendría las creencias y la ansiedad asociada al impedirse la oportunidad de comprobar la capacidad real del individuo para funcionar a nivel social.

Tabla 1 La aplicación del modelo cognitivo genérico para diversos trastornos mentales. El modelo sirve como plantilla para conceptualizar los estímulos activadores típicos y las creencias y comportamientos asociados a cada trastorno.

<i>Trastorno</i>	<i>Estímulo</i>	<i>Creencia</i>	<i>Conducta</i>
<i>Depresión</i>	Perdidas-rechazo	Todo me sale mal	Aislamiento
<i>Trast. Bipolar</i>	Euforia	Puedo conseguir lo que me proponga	Emprender varios proyectos ambiciosos
<i>Trast. psicótico</i>	Alucinaciones auditivas	No puedo pararlas	Aislarse
<i>TAG</i>	Incertidumbre	Algo malo puede ocurrirme	Evitar situación, buscar reaseguración, procrastinar, planificar en exceso
<i>TPEPT</i>	Recuerdos del trauma	El mundo es peligroso y no puedo protegerme	Evitar desencadenantes o recuerdos
<i>T pánico con o sin agorafobia</i>	Sensación interna	Infarto	Evitar situaciones y actividades
<i>Fobia específica</i>	Representación del estímulo temido	Estoy en peligro	Evitar estímulos temidos
<i>Fobia social</i>	Situación social		Evitar situaciones sociales
<i>TOC</i>	Baño público	Estoy n riesgo de contraer	Evitar estímulos y hacer

		enfermedad	rituales
<i>T somatoforme</i>	Sensación física	Este dolor es insoportable	Evitar hacer actividades
<i>Ansiedad por la salud</i>	Sensación física	Y si es un cáncer	Buscar reaseguración
<i>Trast. sexuales</i>	Intimidad	No seré capaz de satisfacerle	Evitar la intimidad
<i>Trast. de alimentación</i>	Imagen corporal-peso	Sería feliz si pesase menos	Restringir calorías, pesarse evitar comidas, exceso de ejercicio
<i>Trast. del sueño</i>	Hora	No seré capaz de funcionar mañana si no soy capaz de dormirme ahora mismo	Chequear el tiempo repetidamente
<i>Abuso de sustancias</i>	Acudir a una Fiesta	He tenido un día estresante y necesito tomar algo	Usar sustancias

El cuadro muestra ejemplos de creencias y comportamientos comúnmente asociados con una variedad de trastornos.

## Intervenciones

El objetivo del modelo aplicado es proporcionar a los clínicos una herramienta de amplia utilidad clínica. El modelo aplicado les permitirá desarrollar conceptualizaciones de casos, en forma sencilla para diferentes psicopatologías. Además, el modelo puede utilizarse para diseñar intervenciones específicas.

Cada componente del modelo representa un punto para una posible intervención terapéutica. Sin embargo, muchas de las intervenciones se superponen y es probable que al influir en un componente se influya también en el resto de componentes. Por ejemplo, un individuo que busca tratamiento puede presentar quejas relativas a un componente del modelo (como la situación, la creencia, el enfoque, o comportamiento) o una combinación de varios de ellos.

Proponemos que hacer frente a uno de los componentes dará lugar a la reducción de los síntomas. Sin embargo, es mejor ocuparse de cada uno de los componentes. Las siguientes secciones proporcionan ejemplos de intervenciones relacionadas con las creencias, la focalización de la atención y las conductas.

### Intervenciones basadas en las creencias.

Las intervenciones relacionadas con las creencias se derivan del modelo teórico que describe el papel de las creencias sesgadas y del ajuste de metas (goals setting= ajuste de metas).

Al principio, el objetivo de la terapia es identificar y establecer objetivos alcanzables, que sirven para motivar aún más al individuo durante el tratamiento.

Las intervenciones que se dirigen a los procesos de razonamiento sesgados están diseñados para evaluar las creencias y suposiciones del individuo.

Los pacientes pueden presentar miedo excesivo a la vergüenza o humillación, como es el caso de trastorno de ansiedad social, o la creencia de que la única manera de evitar ser victimizado es mantener una postura agresiva, como a veces ocurre con el estrés postraumático.

En cualquier caso, la reestructuración cognitiva se utiliza para identificar y evaluar las creencias e interpretaciones erróneas (Beck 1995, Wright et al., 2006).

El clínico puede usar varias estrategias, como: la psicoeducación, para ayudar a las personas a aprender a identificar sus creencias subyacentes, los patrones de pensamiento asociados, y a distinguir entre pensamientos, sentimientos y comportamientos. Para las personas que tienen dificultades para identificar sus pensamientos (p. ej., sus expectativas negativas asociadas a una situación determinada), las técnicas de imaginación pueden ser una herramienta útil para identificarlos. Una vez que son capaces de discriminar entre sus pensamientos, sentimientos y comportamientos, pueden ser alentados a centrarse en los hechos más que en los sentimientos, para evitar las trampas del razonamiento emocional.

Se han desarrollado numerosas estrategias para facilitar la reestructuración cognitiva, para ayudar a considerar explicaciones alternativas y a examinar la evidencia de las creencias (Beck 1995, Wright et al. 2006). Algunas de ellas son las siguientes:

- El descubrimiento guiado (p. ej., hacer las preguntas adecuadas para que la persona extraiga sus propias conclusiones sobre la utilidad o validez de sus pensamientos y comportamientos) se utiliza para maximizar el beneficio potencial de considerar puntos de vista alternativos (Dobson 2009).
- Los autorregistros para ayudar a aprender cómo identificar, examinar y modificar pensamientos inexactos e imágenes contraproducentes (Greenberger y Padesky 1995).
- Los gráficos: cuando las creencias acerca de la responsabilidad son prevalentes, un gráfico circular puede ayudar al examen de los pensamientos exagerados con la propia responsabilidad (al compararlo con la influencia de otros factores) en una situación determinada (Beck 1995).
- Las tarjetas: una vez que se ha identificado un pensamiento realista adaptativo, se puede escribir el pensamiento en una tarjeta que la persona lleva consigo y relee en momentos oportunos para reforzar su importancia y ayudar generalizarlo a situaciones fuera de la terapia (Beck, 1995).
- Los experimentos conductuales son experiencias de aprendizaje explícitas con el fin de examinar y modificar creencias (Dobson y Hamilton 2004). Los ejercicios están diseñados para ayudar a refutar los pensamientos negativos acerca de un estímulo particular. Predicciones específicas tales como "Otros se reirán de mí", "Voy a tener un ataque al corazón", o "No voy a ser capaz de tolerar el dolor" se ponen a prueba con la finalidad de reducir interpretaciones negativas de situaciones ambiguas y de evaluar expectativas poco realistas.
- Alternativamente, los individuos pueden ser alentados a desarrollar y activar pensamientos positivos-adaptativos para afrontar acontecimientos de la vida cotidiana.
- En muchos casos, se recomienda identificar y eliminar los comportamientos de búsqueda de seguridad (Wells et al. 1995). Por ej., se realizan experimentos conductuales que requieren de forma explícita que se abstengan de realizar conductas de búsqueda de seguridad. A través de descubrimiento guiado, se les ayuda a darse cuenta de que la eliminación una conducta de búsqueda de seguridad concreta no se vincula a la ocurrencia de un resultado temido.

## **Intervenciones basadas en el foco atencional**

Diversas intervenciones cognitivas se centran en el papel de los sesgos en la atención y los recuerdos (memorias) en diferentes psicopatologías (Teasdale et al. 1995).

Para orientar el enfoque del tratamiento individual, es necesario identificar la naturaleza de dichos sesgos, y del significado que le atribuye cada paciente. Con este fin, pueden utilizarse varias estrategias: p. ej., la revisión detallada de los autorregistros completados por el paciente puede revelar sesgos en su atención y distorsiones cognitivas asociadas a ellos, como una mayor atención a las sensaciones internas y la propensión a interpretarlas como señal de peligro, en el pánico.

Con esta información en mano, el clínico puede ayudar al paciente a modificar la focalización de su atención y los significados atribuidos, incrementando el rango de estímulos a los que presta atención y practicando repetidamente el dejar de prestar atención a ese estímulo<sup>12</sup>.

La modificación del foco atencional puede lograrse mediante el empleo de experimentos conductuales sencillos diseñados para asumir una perspectiva más amplia (p. ej., que la persona socialmente ansiosa mire hacia fuera mientras permanece en una habitación llena de gente), o mediante la práctica de monitorizar y re-dirigir la tendencia contraproducente de dejarse llevar de -o quedar atrapado en- sus procesos de atención o de recuerdos.

Con la práctica, y con la ayuda de intervenciones basadas en mindfulness (como la meditación), las personas pueden aprender a desconectar de forma activa y a llevar su atención de forma deliberada a estímulos nuevos o diferentes de aquellos que le creaban problemas (Fresco et al. 2010).

Con el tiempo estas intervenciones pueden ayudar a que el individuo modifique su tendencia automática a mantener los sesgos atencionales y los significados problemáticos que asocia a determinados estímulos.

### **Intervenciones conductuales.**

Muchas personas acuden a terapia cuando se dan cuenta de que las conductas que llevan a cabo para manejar sus problemas emocionales han comenzado a deteriorar su funcionamiento. En muchos casos, un objetivo primordial del tratamiento es fomentar conductas adaptativas y reducir conductas desadaptativas. Por tanto, las técnicas conductuales suelen utilizarse junto a la reestructuración cognitiva para obtener cambios duraderos (Wright et al. 2006).

La monitorización y revisión de las conductas que lleva a cabo el sujeto puede ayudar a identificar conductas clave. Al revisar los registros de actividades, el terapeuta puede usar el descubrimiento guiado para ayudar al paciente a comprender la relación entre pensamientos, emociones y conductas. En algunos casos, puede ser importante identificar y fomentar conductas prosociales o prescribir la participación en actividades agradables o significativas.

Por ejemplo, las personas deprimidas tienden a limitar sus actividades. Y, suelen mejorar si incrementan su participación en actividades agradables o significativas (p. ej., con activación conductual) ya que así se incrementan sus oportunidades de obtener refuerzos positivos y de reevaluar sus creencias negativas sobre sí mismos, los demás y el mundo.

Otras intervenciones conductuales incluyen técnicas de imaginación, relajación o distracción; o la adopción de conductas “competitivas” para contrarrestar conductas disfuncionales como rascarse excesivamente la piel.

---

<sup>12</sup> Se relaciona con la desreflexión.

La asignación de tareas graduales puede ayudar a personas con dificultades para completar tareas complejas, ayudándoles a dividir la tarea en partes más pequeñas y manejables (Beck, 1995).

Con frecuencia los pacientes también pueden beneficiarse de los ensayos de conducta, representando interacciones para aumentar sus sentimientos de competencia y de autoeficacia.

El MCG es una plantilla que se puede adaptar para identificar y modificar pensamientos disfuncionales activados por esquemas, con la finalidad de reducir las emociones negativas y las conductas desadaptativas.

El objetivo de la TCG es causar un impacto duradero en las creencias disfuncionales específicas del trastorno, apoyándose en una combinación de técnicas de reestructuración cognitiva, modificación del foco atencional e intervenciones conductuales.

## **DISCUSIÓN Y DIRECCIONES FUTURAS**

El MCG se puede utilizar para entender y tratar un amplio espectro de trastornos psicológicos. Se trata de un modelo teórico que aborda la fenomenología de los trastornos psicológicos y un modelo aplicado simplificado para ayudar al clínico a formular una conceptualización sencilla de cada caso.

En el contexto del modelo teórico, consideramos que los problemas psicológicos son el resultado de una exageración de las estrategias (cognitivas, emocionales y conductuales) que suelen ser útiles en el manejo de problemas y en la obtención de metas. Los problemas se producen cuando las creencias se distorsionan de manera significativa. La espiral creciente de sesgos cognitivos intensifica, afecta y convierte conductas adaptativas en conductas inadaptadas.

El término creencia incluye expectativas, evaluaciones, recuerdos e imágenes que forman el contenido de los esquemas cognitivos. Los esquemas constituyen la estructura central del procesamiento de la información, mientras que su contenido (creencias) proporciona el significado.

Los esquemas difieren en su grado de activación, que puede ir desde latente a altamente cargada. La activación progresiva de un esquema desde la baja a la alta intensidad transforma las estrategias adaptativas normales en problemas y en trastornos psicológicos.

Cuando la nueva información que contradice las creencias sesgadas se introduce en los esquemas (acomodación), los esquemas pueden llegar a ser desactivados, y los síntomas pueden desaparecer.

La modificación de las creencias por este método puede ser producida por intervenciones específicas o por factores no específicos. El impacto preciso de los psicofármacos en la mejoría de los síntomas no está claro.

¿Por qué se producen recaídas? La investigación ha demostrado que si las creencias básicas no son sustancialmente modificadas, pueden ser reactivadas (Segal et al. 2010). El alivio de los síntomas se asocia con una reducción del grado de convicción con el que se mantiene una creencia sesgada. Sin embargo, la creencia permanece latente y susceptible de volver a ser reactivada.

El concepto de modo aborda la cuestión de cómo los patrones de creencias, emociones y conductas se consolidan en entidades clínicas. Dos sectores de la personalidad, el modo auto-expansivo y el modo de auto-protección, describen el establecimiento de metas proactivas y las tendencias de autoprotección. Las aberraciones del modo auto-expansivo y del modo de auto-protección

proporcionan el sustrato para la manía y la depresión endógena, y para la ansiedad y la paranoia, respectivamente.

El MCG puede ayudar a mejorar el actual sistema de clasificación de los trastornos mentales. El énfasis de MCG en creencias específicas a cada trastorno, además de los procesos subyacentes comunes puede ayudar a mejorar la fiabilidad de los diagnósticos y a comprender la comorbilidad entre trastornos.

Varias líneas de investigación sugieren la importancia del papel de las creencias en los diagnósticos. En primer lugar, los estudios han demostrado que las creencias específicas corresponden a trastornos de la personalidad específicos descritos en el Manual DSM-IV-TR (Am. Psychiatr. Assoc. 2000, Bhar et al. 2012).

Del mismo modo, Fournier et al. (2012) completaron un análisis factorial del Cuestionario de Creencias Personalidad, que demuestra que los grupos de creencias específicas que corresponden a la personalidad específica, se relacionan con diagnósticos separados en los factores relevantes.

Un amplio cuerpo de investigación (presentado anteriormente) proporciona un fuerte apoyo para el papel de las creencias disfuncionales en prácticamente todos los trastornos clínicos.

Por otra parte, la revisión de la literatura revela un número impresionante de estudios de tratamiento que demuestran la mediación cognitiva de los resultados del tratamiento (Kraemer et al. 2002). La incorporación de creencias como criterios específicos del trastorno debe mejorar la exactitud de los diagnósticos y en consecuencia mejorar la fiabilidad. Sugerimos que nuestra hipótesis sea probada por estudios de fiabilidad que incorporen creencias como criterios de diagnóstico.

En última instancia, el MCG puede proporcionar un marco nosológico alternativo para clasificar a los pacientes.

Dada la descripción de los correlatos biológicos del modelo cognitivo (Beck 2008, Disner et al. 2011), la investigación futura puede dirigirse a integrar el MCG con procesos biológicos (Forgeard et al., 2011). En este sentido, el MCG está en línea con importantes líneas de investigación que tratan de encontrar alternativas al DSM-IV-TR.

El MCG tiene el potencial de ser la teoría general de la psicopatología más apoyada empíricamente.

El MCG está particularmente bien adaptado para la investigación empírica, dado que sus componentes están formulados en forma que se facilita la investigación.

Aunque existe un fuerte apoyo a la mediación cognitiva en los resultados del tratamiento, la investigación futura debe llevar a cabo análisis para clarificar los mecanismos del cambio terapéutico. Del mismo modo, queda mucho por hacer en refinar nuestra comprensión del papel de las creencias y de la focalización de la atención, y de cómo interactúan con las conductas.

A pesar de la evidencia de que la terapia cognitiva es un tratamiento eficaz y efectivo para una serie de trastornos (Butler et al 2006;. Hofmann et al 2012, 2013;. Hofmann y Smits 2008), su difusión se han quedado atrás. Un factor que ha podido influir en ello es que los enfoques adaptados tienen la consecuencia no deseada de obstaculizar la aplicación generalizada de la terapia cognitiva en la rutina de entornos clínicos.

El modelo aplicado puede ayudar en la formación y la difusión al servir como un complemento alternativo a los protocolos de terapia cognitivo-conductuales tradicionales. El modelo aplicado

puede ser una manera rentable y eficiente para capacitar a los clínicos y para tratar a las personas con trastornos comórbidos.

Los estudios futuros deben determinar si un enfoque global de formación en terapia cognitiva lleva a adquirir habilidades clínicas para tratar una variedad de trastornos psicológicos. Del mismo modo, se necesita investigación para identificar que candidatos son adecuados para un tratamiento cognitivo genérico inicial, y cuales responden mejor al tratamiento de su trastorno específico (Clark y Taylor 2009).

Aunque el modelo MCG se ha aplicado a la mayoría de problemas en adultos, las investigaciones futuras deberían examinar la aplicabilidad del modelo para los trastornos de personalidad y para trastornos que se producen en la infancia y en la adolescencia.

Por último, es posible que un enfoque cognitivo genérico para comprender y tratar las enfermedades mentales jugara un papel importante en la orientación de esfuerzos en el tratamiento y la prevención.

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alloy LB, Abramson LY, Walshaw PD, Gerstein RK, Keyser JD, et al. 2009. Behavioral approach system (BAS)-relevant cognitive styles and bipolar spectrum disorders: concurrent and prospective associations. *J. Abnorm. Psychol.* 118:459
- Am. Psychiatr. Assoc. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Am. Psychiatr. Assoc. 4th ed., text rev.
- Bandura A. 1962. Social learning through imitation. In *Neb. Symp. Motiv.*, ed. MR Jones. Lincoln: Univ. Neb. Press
- Bartlett FC. 1932. *Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology*. New York: Macmillan
- Beck AT. 1963. Thinking and depression: idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch. Gen. Psychiatry* 9:324–33
- Beck AT. 1964. Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 10:561–71
- Beck AT. 1967. *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. Philadelphia: Univ. Penn. Press
- Beck AT. 1996. Beyond belief: a theory of modes, personality, and psychopathology. In *Frontiers of Cognitive Therapy*, ed. P Salkovskis, pp. 1–25. New York: Guilford
- Beck AT. 1999. *Prisoners of Hate: The Cognitive Basis of Anger, Hostility, and Violence*. New York: HarperCollins
- Beck AT. 2008. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am. J. Psychiatry* 165:969–77
- Beck AT, Emery G, Greenberg RL. 1985. *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books
- Beck AT, Sokol L, Clark DA, Berchick R, Wright F. 1992. A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *Am. J. Psychiatry* 149:778–83
- Beck JS. 1995. *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford
- Bhar SS, Beck AT, Butler AC. 2012. Beliefs and personality disorders: an overview of the personality beliefs questionnaire. *J. Clin. Psychol.* 68:88–100

- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. 2006. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin. Psychol. Rev.* 26:17–31
- Clark DA, Beck AT. 2011. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York: Guilford
- Clark DA, Taylor S. 2009. The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: new wine for old wineskins? *J. Cogn. Psychother.* 23:60–66
- Clark DM, Wells A. 1995. A cognitive model of social phobia. In *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*, ed. RG Heimberg, M Liebowitz, D Hope, F Scheier, pp. 69–93. New York: Guilford
- Cooper MJ, Rose KS, Turner H. 2006. The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. *Eat. Behav.* 7:27–35
- Crits-Christoph P, Gibbons MB, Barber JP, Gallop R, Beck AT, et al. 2003. Mediators of outcome of psychosocial treatments for cocaine dependence. *J. Consult. Clin. Psychol.* 71:918–25
- Disner SG, Beevers CG, Haigh EA, Beck AT. 2011. Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nat. Rev. Neurosci.* 12:467–77
- Dobson KS. 2009. *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: Guilford
- Dobson KS, Hamilton KE, eds. 2004. Cognitive restructuring: behavioral tests of negative cognitions. In *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*, ed. WO'Donohue, JE Fisher, SC Hayes, pp. 84–88. Hoboken, NJ: Wiley
- Donegan E, Dugas MJ. 2012. Generalized anxiety disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 80:490–96
- Dozois DJA, Bieling PJ, Patelis-Siotis I, Hoar L, Chudzik S, et al. 2009. Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 77:1078–88
- Ellis A. 1958. Rational psychotherapy. *J. Gen. Psychol.* 59:35–49
- Epictetus. 1865. *The Works of Epictetus: Consisting of His Discourses, in Four Books, the Enchiridion, and Fragments*, transl. TWHigginson. Boston: Little, Brown
- Fergus TA. 2013. Health-related dysfunctional beliefs and health anxiety: further evidence of cognitive specificity. *J. Clin. Psychol.* In press
- Forgeard MJ, Haigh EA, Beck AT, Davidson RJ, Henn FA, et al. 2011. Beyond depression: toward a process-based approach to research, diagnosis, and treatment. *Clin. Psychol. (New York)* 18:275–99
- Fournier J, DeRubeis R, Beck A. 2012. Dysfunctional cognitions in personality pathology: the structure and validity of the Personality Belief Questionnaire. *Psychol. Med.* 42:795–805
- Fresco DM, Flynn JJ, Mennin DS, Haigh EP. 2011. Mindfulness-based cognitive therapy. In *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies*, ed. JD Herbert, EM Forman, pp. 57–82. Hoboken, NJ: Wiley
- Gibb BE, Beevers CG, McGeary JE. 2013. Toward an integration of cognitive and genetic models of risk for depression. *Cogn. Emot.* 27:193–216
- Goldin PR, Ziv M, Jazaieri H, Werner K, Kraemer H, et al. 2012. Cognitive reappraisal self-efficacy mediates the effects of individual cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *J. Cogn. Psychother.* 24:1034–40
- Grant PM, Beck AT. 2009. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 35:798–806

- Greenberger D, Padesky CA. 1995. *Mind Over Mood*. New York: Guilford Harvey A, Watkins E, Mansell W, Shafran R. 2004. *Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*. New York: Oxford Univ. Press
- Hofmann SG, Asmundson GJG, Beck AT. 2013. The science of cognitive therapy. *Behav. Ther.* 44:199–212
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. 2012. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cogn. Ther. Res.* 36:427–40
- Hofmann SG, Meuret AE, Rosenfield D, SuvakMK, Barlow DH, et al. 2007. Preliminary evidence for cognitive mediation during cognitive-behavioral therapy of panic disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 75:374–79
- Hofmann SG, Smits JAJ. 2008. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J. Clin. Psychiatry* 69:621–32
- Hull CL. 1943. *Principles of Behavior: An Introduction to Behavior Theory*. Oxford, UK: Appleton-Century Ingram RE. 1990. Self-focused attention in clinical disorders: review and a conceptual model. *Psychol. Bull.* 107:1939–455
- Insel TR, Cuthbert BN, Garvey MA, Heinssen RK, Pine DS, et al. 2010. Research Domain Criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am. J. Psychiatry* 167:748–51
- Jarrett RB, Minhajuddin A, Borman PD, Dunlap L, Segal ZV, et al. 2012. Cognitive reactivity, dysfunctional attitudes, and depressive relapse and recurrence in cognitive therapy responders. *Behav. Res. Ther.* 50:280–86
- Kelly GA. 1955. *The Psychology of Personal Constructs*. Vol. 1. *A Theory of Personality*. Vol. 2. *Clinical Diagnosis and Psychotherapy*. Oxford, UK: Norton
- Kleim B, Grey N, Wild J, Nussbeck FW, Stott R, et al. 2013. Cognitive change predicts symptom reduction with cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 81:383–93
- Kraemer HC, Wilson T, Fairburn CG, Agras WS. 2002. Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Arch. Gen. Psychiatry* 59:877–83
- Lazarus RS, Folkman S. 1984. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer
- Mansell W, Harvey A, Watkins ER, Shafran R. 2008. Cognitive behavioral processes across psychological disorders: a review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *Int. J. Cogn. Ther.* 1:181–91
- Mansell W, Harvey A, Watkins E, Shafran R. 2009. Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *J. Cogn. Psychother.* 23:6–19
- Pavlickova H, Varese F, Turnbull O, Scott J, Morriss R, et al. 2013. Symptom-specific self-referential cognitive processes in bipolar disorder: a longitudinal analysis. *Psychol. Med.* 43:1895–907
- Pavlov I. 1927. *Conditioned Reflexes*. New York: Oxford Univ. Press
- Piaget J, Warden M. 1926. *The Language and Thought of the Child*. New York: Harcourt Brace
- Quilty L, McBride C, Bagby R. 2008. Evidence for the cognitive mediational model of cognitive behavioural therapy for depression. *Psychol. Med.* 38:1531–41
- Raes AK, Koster EHW, Loeyts T, De Raedt R. 2011. Pathways to change in one-session exposure with and without cognitive intervention: an exploratory study in spider phobia. *J. Anxiety Disord.* 25:964–71

- Schneider W, Chein JM. 2003. Controlled & automatic processing: behavior, theory, and biological mechanisms. *Cogn. Sci.* 27:525–59
- Schulz SM, AlpersGW, Hofmann SG. 2008. Negative self-focused cognitions mediate the effect of trait social anxiety on state anxiety. *Behav. Res. Ther.* 46:438–49
- Schwartz DR, Carney CE. 2012. Mediators of cognitive-behavioral therapy for insomnia: a review of randomized controlled trials and secondary analysis studies. *Clin. Psychol. Rev.* 32:664–75
- Segal ZV, Bieling P, Young T, MacQueen G, Cooke R, et al. 2010. Antidepressant monotherapy versus sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 67:1256–64
- Skinner BF. 1938. *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. Oxford, UK: Appleton-Century Staring ABP, ter Huurne M-AB, van der Gaag M. 2013. Cognitive behavioral therapy for negative symptoms (CBT-n) in psychotic disorders: a pilot study. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 44:300–6
- Teachman BA, Marker CD, Clerkin EM. 2010. Catastrophic misinterpretations as a predictor of symptom change during treatment for panic disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 78:964–73
- Teasdale JD, Segal Z, Williams JMG. 1995. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav. Res. Ther.* 33:25–39
- terKuile MM, van Lankveld JJDM, deGroot E, Melles R, Neffs J, Zandbergen M. 2007. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: process and prognostic factors. *Behav. Res. Ther.* 45:359–73
- Tolman EC. 1936. Operational behaviorism and current trends in psychology. In *Proc. 25th Anniv. Celebr. Inaug. Grad. Stud., Univ. South. Calif., pp. 89–103*. Univ. South. Calif., Los Angeles
- Tolman EC. 1941. Motivation, learning and adjustment. *Proc. Am. Philos. Soc.* 84:543–63
- Totterdell P, Kellett S, Mansell W. 2012. Cognitive behavioural therapy for cyclothymia: cognitive regulatory control as a mediator of mood change. *Behav. Cogn. Psychother.* 40:412–24
- Wells A, Clark DM, Salkovskis P, Ludgate J, Hackmann A, Gelder M. 1995. Social phobia: the role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behav. Ther.* 26:153–61
- Wilson GT, Fairburn CC, Agras WS, Walsh BT, Kraemer H. 2002. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: time course and mechanisms of change. *J. Consult. Clin. Psychol.* 70:267–74
- Woodruff-Borden J, Brothers AJ, Lister SC. 2001. Self-focused attention: commonalities across psychopathologies and predictors. *Behav. Cogn. Psychother.* 29:169–78
- Woody SR, Whittal ML, McLean PD. 2011. Mechanisms of symptom reduction in treatment for obsessions. *J. Consult. Clin. Psychol.* 79:653–64
- Wright JH, Basco MR, Thase ME. 2006. *Learning Cognitive-Behavior Therapy: An Illustrated Guide*. Arlington, VA: Am. Psychiatr. Publ.