GRUPO BLR

TERAPIA COGNITIVA: GUÍA DIDÁCTICA PARA LA COMPRENSIÓN, APLICACIÓN Y ENSEÑANZA CLÍNICA

ISBN: 978-9907-802-95-5

Navier Enrique Rebolledo Yange

2026

TERAPIA COGNITIVA: GUÍA DIDÁCTICA PARA LA COMPRENSIÓN, APLICACIÓN Y ENSEÑANZA CLÍNICA

Navier Enrique Rebolledo Yange

AUTOR



Este libro ha sido debidamente examinado y valorado en la modalidad doble par ciego con fin de garantizar la calidad científica.

©Grupo Editorial BLR
Universidad Técnica de Machala
Riobamba – Ecuador
Correo: publicaciones@grupoblr.com
https://grupoblr.com/libros-investigo
REPOSITORIO



Rebolledo, N. (2026) Terapia cognitiva: Guía didáctica para la comprensión, aplicación y enseñanza clínica.. Grupo Editorial BLR.

© Navier Enrique Rebolledo Yange

Terapia cognitiva: Guía didáctica para la comprensión, aplicación y enseñanza clínica

ISBN: 978-9907-802-95-5

El copyright promueve la libertad de expresión, protege la diversidad de ideas y conocimiento, además apoya la libre expresión. Se prohíbe de manera rigurosa la producción o el almacenamiento de esta publicación, ya sea en su totalidad o en parte, está estrictamente prohibido por ley, incluyendo el diseño de la portada, así como su difusión a través de cualquiera de sus medios, ya sean electrónicos, mecánicos, ópticos, de grabación o incluso de fotocopia, sin permiso de los propietarios de los derechos de autor.

Filiación de autor

Navier Enrique Rebolledo Yange

Universidad Técnica de Machala

Correo Electrónico: nrebolledo@utmachala.edu.ec

ORCID: https://orcid.org/0009-0003-9070-8554

ÍNDICE

ÍNDICE ..... **i**

ÍNDICE DE TABLAS ..... **vi**

ÍNDICE DE FIGURAS ..... **vii**

INTRODUCCIÓN ..... **viii**

CAPÍTULO 1 ..... **11**

1 FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA COGNITIVA COMPRENDER PARA APLICAR **11**

1.1 Historia y evolución de la Terapia cognitiva conductual 12

1.1.1 De los orígenes de la psicoterapia a sus límites conceptuales 12

1.1.2 Beck y Ellis: los cimientos de la terapia cognitiva 13

1.1.3 Consolidación y evolución de la TCC 15

1.1.4 Adaptación digital y vigencia clínica 16

1.2 Principios teóricos de la Terapia Cognitiva Conductual 17

1.3 El modelo cognitivo estructura aplicación y análisis terapéutico 23

1.4 Comparación con otros enfoques terapéuticos 29

1.5 Reflexiones finales 35

CAPÍTULO 2 ..... **38**

2 SISTEMAS COGNITIVOS ESQUEMAS CREENCIAS Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS **38**

2.1 Esquemas cognitivos 38
2.1.1 Construcción de los esquemas cognitivos a partir de experiencias tempranas..... 39
2.1.2 Esquemas adaptativos y desadaptativos 41
2.1.3 Impacto de los esquemas en el funcionamiento cotidiano y la toma de decisiones..... 42
2.2 Pensamientos automáticos..... 44
2.2.1 Distorsiones cognitivas: el filtro que deforma la realidad..... 46
2.2.2 Ejemplos clínicos de diálogo interno 47
2.2.3 Registro de pensamientos: herramienta terapéutica 48
2.2.4 Evidencia neuropsicológica y digital de los pensamientos automáticos..... 50
2.2.5 Pensamientos automáticos y regulación emocional 51
2.2.6 Pensamientos automáticos en distintos contextos clínicos.... 52
2.3 Creencias intermedias y centrales 53
2.3.1 ¿Qué son las creencias centrales e intermedias? 54
2.3.2 Ejemplos de creencias y su impacto clínico..... 55
2.3.3 Relación entre creencias y pensamientos automáticos..... 56
2.3.4 Intervenir sobre las creencias: acceso, cuestionamiento y cambio 57
2.4 Herramientas clínicas para el análisis cognitivo 59
2.4.1 Registros de pensamientos y emociones 59
2.4.2 Entrevistas clínicas cognitivas..... 61

2.4.3 Autoobservación estructurada 62
2.4.4 Formatos visuales y plantillas clínicas 62
2.4.5 Integración con tecnologías y plataformas digitales 64
2.5 Reflexiones finales 64
CAPÍTULO 3 67
3 Técnicas Cognitivas y Conductuales: Herramientas del Terapeuta 67
3.1 Técnicas Cognitivas 67
3.1.1 Reestructuración cognitiva 68
3.1.2 Debate socrático 70
3.1.3 Flechas descendentes 72
3.2 Técnicas conductuales 74
3.2.1 Activación conductual 75
3.2.2 Exposición 77
3.3 Imágenes mentales 80
3.4 Intervención con pacientes en riesgo suicida 85
3.5 Criterios para seleccionar técnicas 90
3.6 Reflexiones finales 96
CAPÍTULO 4 98
4 Planificación Terapéutica: Diseño y Sesiones 98
4.1 Fases de la terapia 98

4.1.1 Fase de inicio: vinculación, evaluación y establecimiento de objetivos 99
4.1.2 Fase de desarrollo: intervención activa, ajuste y monitoreo 100
4.1.3 Fase de cierre: integración, despedida y seguimiento 101
4.2 Estructura de la sesión terapéutica 104
4.2.1 Elementos fundamentales de una sesión 104
4.3 La entrevista inicial 110
4.4 Problemas frecuentes en la terapia 115
4.4.1 Resistencia al cambio 116
4.4.2 Abandono prematuro 117
4.4.3 Recaídas 118
4.4.4 Ruptura de la alianza terapéutica 119
4.4.5 Falta de adherencia 120
4.4.6 Integración clínica 121
4.5 Planificación del tratamiento 122
4.5.1 Establecimiento de objetivos SMART 123
4.5.2 Selección de técnicas alineadas 124
4.5.3 Cronograma orientativo del tratamiento 125
4.5.4 Propuesta de actividad integradora final 126
4.5.5 Ejemplo de planificación 127
4.5.6 Rol clínico del terapeuta durante la planificación 128
4.5.7 Justificación teórica y empírica 129

4.5.8 Beneficios de una planificación robusta 130

4.6 Reflexiones finales 131

CONCLUSIONES GENERALES 133

ANEXO 1 135

ANEXO 2 139

GLOSARIO DE TÉRMINOS 139

BIBLIOGRAFÍA 143

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Enfoques Terapéuticos. 34
Tabla 2. Modelo sobre los niveles cognitivos. 63
Tabla 3. Tabla comparativa como referencia clínica. 93
Tabla 4. Modelo general de estructura de sesión terapéutica. 108
Tabla 5. Síntesis en formato tabular. 122

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Línea del tiempo que ilustra los hitos en el desarrollo de la TCC. 14
Figura 2. Esquema representativo de la interacción entre cognición, emoción y conducta en la TCC. 18

INTRODUCCIÓN

Hablar de terapia cognitiva es hablar de una forma de acompañar el sufrimiento humano con herramientas que buscan no sólo aliviar el malestar, también comprender su origen, su lógica interna y su persistencia en la vida de quienes lo padecen. Este libro nace con el propósito de ofrecer una guía clara, práctica y reflexiva para quienes desean aprender, aplicar o enseñar la Terapia cognitiva-conductual desde una perspectiva clínica y humana.

A lo largo de los capítulos que lo componen, se construye un recorrido que va desde las bases conceptuales y evolutivas de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), hasta su puesta en práctica en el contexto terapéutico. El lector encontrará una explicación accesible de los estilos de pensamiento, de los procesos de reestructuración cognitiva, y de las herramientas que permiten intervenir en pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias nucleares.

Este libro pretende generar una comprensión profunda sobre cómo funcionan los pensamientos, las emociones y las conductas, y cómo el trabajo terapéutico puede ayudar a resignificar esas experiencias desde un lugar consciente y compasivo. Se resaltan ejemplos clínicos, propuestas de intervención y esquemas de trabajo que pueden ser fácilmente aplicados tanto por estudiantes como por profesionales en ejercicio.

Uno de los pilares de este enfoque, y de esta obra, es la idea de que el terapeuta no es un técnico que aplica fórmulas, sino un acompañante que, con conocimiento y sensibilidad, escucha y ayuda al paciente a ver

aquello que muchas veces permanece oculto bajo capas de automatismos y creencias disfuncionales. Por eso cada herramienta, aquí presentadas, se enmarca en la relación terapéutica como un espacio de encuentro genuino, donde se tejen posibilidades de cambio.

En definitiva, este libro es una invitación a mirar la terapia cognitiva no sólo como un método eficaz, también un espacio donde se aprenden nuevas formas de pensar, se reencuentran sentidos, y se abren caminos para vivir de manera más libre y plena.

Objetivo general

El objetivo principal del libro es ofrecer una guía didáctica que facilite la comprensión, aplicación y enseñanza clínica de la Terapia cognitiva, a través de una exposición clara de sus bases conceptuales, su estructura de intervención y sus principales herramientas terapéuticas.

Características pedagógicas del libro

Esta obra ha sido concebida con una finalidad didáctica, que prioriza el aprendizaje comprensivo, reflexivo y aplicado. Entre sus principales características pedagógicas destacan:

- **Claridad conceptual:** los contenidos están escritos en un lenguaje accesible, evitando tecnicismos innecesarios y facilitando la comprensión para lectores en formación.

- **Progresión temática:** la organización de los capítulos permite avanzar desde los fundamentos hasta las aplicaciones prácticas,

aquello apoya tanto el estudio individual como la enseñanza formal.

- **Aplicación clínica concreta:** las herramientas y conceptos se presentan con ejemplos y esquemas que facilitan su uso en la práctica terapéutica.

- **Orientación docente:** puede ser utilizado como texto base en programas de formación en salud mental, así como en espacios de supervisión o estudio clínico.

Este libro busca en definitiva ser un puente entre el conocimiento académico y la práctica humana de la psicoterapia. Una guía que acompaña a quienes desean ejercer la terapia cognitiva desde un lugar de comprensión profunda, claridad metodológica y respeto por la experiencia del otro.

CAPÍTULO 1

1 FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA COGNITIVA COMPRENDER PARA APLICAR

Entender los principios de la Terapia Cognitiva Conductual es indispensable para su correcta utilización en la práctica clínica. Este modelo ha modificado sustancialmente la práctica psicoterapéutica actual al colocar la cognición en el centro de la experiencia emocional y conductual del ser humano. Su fuerza teórica, basada mucho tiempo por el trabajo empírico e investigación y su capacidad de adaptación a los distintos contextos culturales y tecnológicos, la convierten en las intervenciones psicológicas más utilizadas y más validadas en la psicología contemporánea.

El presente capítulo realiza un recorrido completo por los fundamentos que constituyen la TCC. En primer lugar, se presenta la historia de la TCC y su evolución, desde los antecedentes que constituyen sus orígenes hasta las aportaciones de personajes relevantes como Albert Ellis y Aarón Beck. A continuación, se exponen los principios teóricos que explican cómo los pensamientos, emociones y conductas se relacionan constituyendo el eje central del modelo cognitivo-conductual.

Posteriormente, se expone con detalle el modelo ABC, que permite descomponer la experiencia psicológica en los componentes básicos para la conducción del proceso terapéutico. Y, para terminar, se realiza un acercamiento a otros modelos terapéuticos, como la terapia psicodinámica, la humanista o las terapias de tercera generación, como forma de situar la TCC en el contexto clínico actual.

Más allá de memorizar técnicas o definiciones, este capítulo nos propone entender la lógica que articula la TCC, para poderla aplicar con criterio, sensibilidad y rigor clínico. La claridad conceptual y la mirada crítica que aquí se proponen constituyen el pilar de un ejercicio profesional ético, informado y centrado en las reales necesidades de cada persona.

1.1 Historia y evolución de la Terapia cognitiva conductual

La historia de la TCC permite entender por qué este enfoque terminó articulando procedimientos conductuales con una explicación cada vez más precisa del papel de la cognición. Su desarrollo no fue lineal ni respondió a una sola propuesta: surgió de debates clínicos, de la necesidad de evaluar resultados y de la búsqueda de intervenciones que pudieran describirse y revisarse con claridad. Mirar esta evolución ayuda a comprender que muchas prácticas actuales son el resultado de ajustes sucesivos y no de un modelo cerrado desde sus orígenes.

1.1.1 De los orígenes de la psicoterapia a sus límites conceptuales

La historia de la psicoterapia arranca a finales del siglo XXI, momento en el cual aparecen en el seno de las Ciencias de la Conducta, las primeras teorías que intentan explicar la conducta humana desde una óptica psicológica y no meramente médica. En el seno de estas teorías, pero sí que el psicoanálisis, como propuesta de Freud, produjo la vía de la relación de la importancia del inconsciente, la atención a los conflictos derivados de las diferentes etapas de la infancia y la sistematización de los mecanismos de defensa; si bien su reflexión fue más profunda y menos fácil de validar.

El conductismo, por su parte, tuvo protagonismo en buena parte del siglo XX, orientándose hacia una perspectiva que daba prioridad a la observación del comportamiento y la experimentación, ignorando los procesos de carácter mental interno por su baja capacidad de objetivación.

Sin embargo, ambos enfoques empezaron a presentar ciertos límites. El psicoanálisis estaba asociado a un tratamiento largo, en ocasiones costoso y con una posible escasa utilidad, mientras que el conductismo era útil a la hora de captar las conductas concretas en que podrían entrenarse, pero resultaba muy pobre a la hora de aprender la complejidad emocional y cognitiva de muchos trastornos psicológicos.

Esta parálisis de los enfoques analítico y conductista dará pie al conocido "giro cognitivo" en la historia de la psicología, que acoge en sus propias explicaciones a aquellos procesos mentales tales como serían los pensamientos y creencias, o los modos de percepción, como parte de la comprensión misma de la conducta.

1.1.2 Beck y Ellis: los cimientos de la terapia cognitiva

De esta manera, emergieron algunos protagonistas tales como Albert Ellis o Aaron Beck, con quienes dio comienzo una nueva época de la psicoterapia. Ellis expuso la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), que partía de la aproximación de que las emociones están determinadas por un conjunto de creencias que no son racionales y que pueden ser desafiadas con lógica. Beck, en el desarrollo de su relación con sus pacientes deprimidos explícitos, identificó patrones de pensamiento de tipo negativo automáticos, sistemáticos y distorsionados

que tenían influencia directa en las modificaciones del estado de ánimo, basado en estas observaciones desarrollaría la Terapia Cognitiva, que posteriormente, formaría parte del tratamiento cognitivo-conductual.

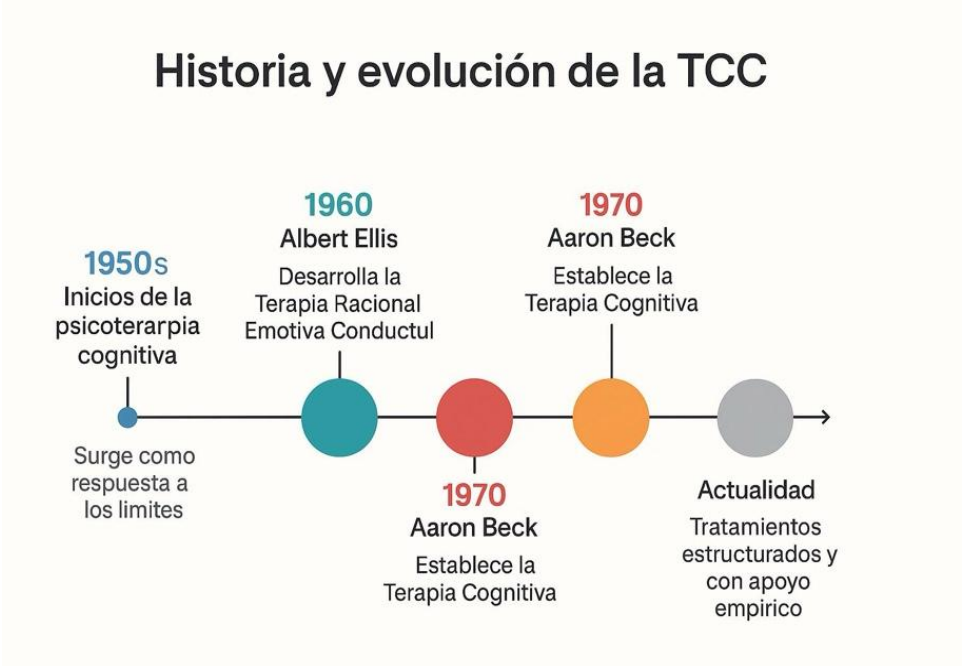


Figura 1. Línea del tiempo que ilustra los hitos en el desarrollo de la TCC.

Nota. La línea destaca los aportes pioneros de Albert Ellis (1995) con la Terapia Racional Emotiva Conductual hasta la consolidación del enfoque por Aarón Beck en los años 60 y la integración de las terapias de tercera generación a partir de los años 2000.

El modelo de Beck explicó conceptos como la tríada cognitiva (pensamientos negativos en relación a sí mismo, el mundo y el futuro), las distorsiones cognitivas, y los esquemas mentales, convirtiéndose poco a poco en un modelo con un enfoque estructurado orientado a metas y con una fuerte base empírica. Su claridad conceptual facilitó la

elaboración de intervenciones replicables y evaluables, lo que favoreció su difusión académica y clínica.

1.1.3 Consolidación y evolución de la TCC

Desde su inicio, la idea de Terapia Cognitivo Conductual TCC se organizó como la integración de conceptos del aprendizaje conductual más con un conocimiento de carácter funcional de los procesos mentales. Su forma de entendimiento orientada al presente, su duración temporal limitada y su eficacia en el tratamiento de una gran cantidad de trastornos mentales hicieron de la TCC una de las orientaciones terapéuticas con mayor difusión. Estudios comparativos han confirmado su eficacia frente a otras orientaciones: Nordahl et al. (2018) muestran cómo la terapia metacognitiva, una versión de la TCC que se centra en la regulación del pensamiento, mostró ser incluso más eficaz que la TCC en el tratamiento de los trastornos de ansiedad generalizada.

Con el tiempo, la TCC se ha evolucionado hacia las denominadas "Terapias de tercera generación", que incorporan estrategias de aceptación, mindfulness y regulación emocional. En particular, el uso de prácticas de atención plena dentro de programas como la Terapia cognitiva basada en la conciencia plena (MBCT, por sus siglas en inglés) ha mostrado efectos positivos en la reducción de síntomas depresivos y rumiación mental, especialmente en pacientes con antecedentes de recaídas (Foroughi et al., 2020).

1.1.4 Adaptación digital y vigencia clínica

La capacidad adaptativa de la TCC se ha visto reflejada en su migración hacia entornos digitales. Hooley et al. (2018) evaluaron intervenciones en línea breves basadas en TCC dirigidas a personas con conductas autolesivas no suicidas, demostrando que estas plataformas no solo son viables sino también efectivas para disminuir la autocrítica. De manera similar, Grist et al. (2018) exploraron la implementación de una aplicación móvil denominada *Bluelce*, diseñada para adolescentes con conductas de autoagresión. La herramienta, basada en principios de TCC, fue bien recibida y se consideró segura, útil y complementaria al tratamiento clínico.

Además, la TCC ha sido aplicada en contextos complejos como el cuidado de personas con demencia. Neal et al. (2021) reportaron que el uso de tecnologías digitales permitió a los cuidadores acceder a recursos de apoyo emocional basados en TCC, mejorando su bienestar psicológico. Aunque la evidencia aún es limitada, estos hallazgos subrayan el potencial del enfoque en ámbitos tradicionalmente poco explorados.

En paralelo, la combinación de la TCC con prácticas de atención plena también ha demostrado utilidad en el tratamiento de la depresión. Foroughi et al. (2020) aplicaron un diseño cuasi experimental para evaluar la efectividad de la terapia cognitiva basada en la conciencia plena en mujeres con depresión observando reducciones significativas en sintomatología y patrones de pensamiento rumiativo.

A lo largo de su evolución la TCC ha demostrado una notable capacidad para adaptarse a nuevas exigencias clínicas tecnológicas y culturales. Desde sus fundamentos en la crítica al conductismo y al psicoanálisis, pasando por las propuestas estructuradas de Becky y Ellis hasta su expansión en plataformas digitales y su hibridación con otras prácticas contemporáneas, la Terapia Cognitiva Conductual continúa siendo uno de los enfoques terapéuticos más sólidos y versátiles del presente. En un entorno donde la salud mental requiere respuestas ágiles, sensibles y basadas en evidencia, la TCC ofrece un lenguaje clínico que sigue dialogando con las necesidades reales de las personas.

1.2 Principios teóricos de la Terapia Cognitiva Conductual

Los principios de la TCC adquieren sentido cuando se observan en situaciones concretas. Una misma experiencia puede ser interpretada de manera distinta por dos personas y producir respuestas emocionales y conductuales diferentes. Por ello, el trabajo clínico no se limita a identificar un pensamiento aislado: interesa comprender qué significado tiene para el paciente, en qué contexto aparece, con qué emoción se relaciona y qué conducta favorece o mantiene. Esta lectura funcional evita reducir la terapia a una simple sustitución de ideas negativas por ideas positivas.

La terapia cognitiva conductual se fundamenta en una premisa esencial: la manera en que una persona interpreta los hechos tiene un impacto directo en cómo se siente y en cómo actúa. Es decir, no son los eventos en sí mismos los que generan malestar emocional, sino la interpretación que el individuo hace de ellos. Esta relación entre cognición, emoción y

conducta forma el eje central del enfoque cognitivo- conductual. A diferencia de otros modelos que privilegian el pasado o las estructuras inconscientes, la TCC centra su atención en el presente y en los patrones de pensamiento que pueden ser identificados, evaluados y modificados.

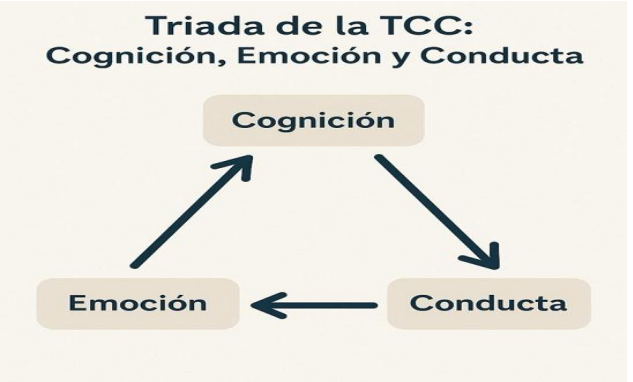


Figura 2. Esquema representativo de la interacción entre cognición, emoción y conducta en la TCC.

Fuente: Adaptado de Beck (1976).

Desde esta óptica, los procesos cognitivos abarcan pensamientos automáticos, creencias y esquemas más profundos que organizan la vivencia del sujeto. Esos esquemas, elaborados en función de la historia de la persona, determinan la forma en que la persona percibe la realidad. Un pensamiento como "si cometió un error, todos me van a juzgar" puede parecer puntual, pero está arraigado en creencias más amplias sobre el valor personal o el temor al rechazo. Cuando esas creencias son disfuncionales, tienden a deformar la interpretación de la vivencia y producen emociones sobrecogedoras como la ansiedad, la culpa, la tristeza, entre otras.

La investigación en psicología clínica ha confirmado de forma reiterada esta teoría. Ahern et al. (2019) sugieren un modelo cognitivo integrador de la depresión con un claro componente de interacción entre pensamientos automáticos, la regulación emocional y déficits cognitivos (En memoria o atención, por ejemplo). Este modelo considera que los procesos cognitivos y los emocionales no solo se influyen, sino que pueden retroalimentarse y mantener el estado depresivo si no se actúa inmediatamente.

En contextos de ansiedad la relación entre pensamiento y emoción es igualmente clara. Wenn et al. (2019) exploraron la eficacia de una terapia metacognitiva adaptada para adultos con apego inseguro, encontrando que al modificar las estrategias de pensamiento en lugar del contenido del pensamiento se lograba una mejora significativa en la sintomatología.

Esta observación acentúa que no sólo existe la necesidad de cambiar "lo que se piensa", sino también "cómo se piensa" en este caso concreto, la intervención fue reducir la preocupación excesiva, el acero en continuo seguimiento del estado emocional lo cual está en línea con los principios fundamentales de la TCC.

Entender las cogniciones también es una clara penetración en el ámbito de las emociones. No hay que considerar las emociones como impulsos irracionales, sino como funciones adaptativas. El miedo protege, la tristeza nos permite elaborar pérdidas, la ira nos señala límites, sin embargo, cuando las emociones surgen a partir de interpretaciones maniatadas, dejan de ser adaptativas para transformarse en

problemáticas. En este sentido la TC nos propone que a partir de la identificación y la modificación de aquellos pensamientos que conducen a emociones intensas, podemos llegar a restablecer el equilibrio que nos permitirá seguir adelante.

Dicho principio es válido incluso para la forma de abordar el suicidio, Chahar Mahali et al. (2020) examinaron las relaciones entre las cogniciones negativas y las estrategias de regulación emocional como factores asociados al riesgo de suicidio en adultos. Encontraron que los pensamientos frecuentes sobre la inutilidad y la desesperanza en estados depresivos no solo son predictores de intentos de suicidio, sino que son a su vez mediados por el estilo de afrontamiento cognitivo. Esta información apuntala el valor del trabajo cognitivo en poblaciones con alto riesgo y permite entender cómo la TCC puede ser una herramienta esencial en los contextos clínicos complejos.

Por otra parte, la flexibilidad del modelo cognitivo permite ser adaptable a diferentes culturas, contextos y formas de expresión. Myers et al. (2021) afrontaron el reto de adaptar la TCC a pacientes con psicosis en América Latina y que el sustrato teórico que revive al enfoque permite realizar adaptaciones culturales a la vez que preserva su rigor técnico. Esta posibilidad de ajuste le da un sentido especial a regiones donde los recursos disponibles son escasos o donde las poblaciones son refractarias a los tratamientos convencionales, dado que se consensua entre intervención y creencias culturales a tiempo que se ofrecen estrategias basadas en creencias.

La relación entre la cognición y la conducta es un tercer pilar del modelo tal y como sucedía en la evitación, la evitación es común en los trastornos de ansiedad. Una persona que piensa si acudo a la reunión haré el ridículo, puede sentir ansiedad anticipatoria y, por tanto, puede evitar la reunión, creando un círculo vicioso que refuerza el pensamiento disfuncional, cuando la terapia cognitiva concibe una intervención a diferentes niveles, a nivel de pensamiento (cuestionamientos socráticos, reestructuración cognitiva) y a nivel de conducta exposición (tareas conductuales).

El uso de ejemplos de casos clínicos ha ido apareciendo como una forma en la que se validan estos principios. Marcelle et al. (2019) han desarrollado una intervención digital multimodal para adolescentes con depresión trabajando desde herramientas psicoeducativas, ejercicios cognitivos y monitorización de estado de ánimo y aumentando la autorregulación emocional y disminuyendo los síntomas de depresión. Lo relevante aquí no es sólo la modalidad digital, sino como los principios de la TCC identificación de pensamientos, regulación emocional y cambio conductual se mantuvieron intactos dentro de un formato distinto al tradicional.

Los principios teóricos de la TCC permiten también dar cuenta de las recaídas o cronificación de ciertos trastornos, de acuerdo con el caso de la depresión, por ejemplo, los esquemas negativos podían permanecer en estado de reposo durante un periodo largo de tiempo, hasta que, mediante la aparición de un evento determinado, se activan, como puede ser un comentario crítico que pueda dar paso a pensamientos como “no sirvo para nada”, con la consiguiente tristeza, inhibición conductual y

finalmente un nuevo episodio depresivo. La intervención en estos patrones es eficaz para prevenir recaídas, así cuando se presentan más consciente y el uso de estrategias de autoregistrar.

La regulación emocional no es solo “sentirse mejor, sino entender cómo las emociones pueden estar ligadas a pensamientos e interpretaciones”. Leng et al. (2023) llevaron a cabo un estudio sobre intervenciones mindfulness para ansiedad clínica y mostraron que instruir a los pacientes a observar sus pensamientos sin reaccionar automáticamente a ellos disminuye la ansiedad. Este resultado concuerda con el principio teórico de la TCC según el cual no es necesario eliminar todos los pensamientos negativos, sino aprender a responder de manera diferente a ellos.

Incluso en condiciones de salud física, los principios cognitivos muestran su eficacia, Haller et al. (2021) realizaron un metaanálisis sobre la terapia de aceptación y compromiso a una variante de tercera generación y encontraron que su efectividad se basa en los mismos fundamentos de la TCC: identificar el impacto de los pensamientos y modificar la respuesta del individuo ante ellos. Esta evidencia reafirma que el modelo cognitivo sigue vigente y adaptable incluso en enfoques contemporáneos que privilegian la aceptación sobre el cambio.

Lo notable de la TCC no es sólo su claridad teórica sino su capacidad de traducirse en acciones concretas, ejercicios, tareas autorregistros, desafíos conductuales. Cada sesión terapéutica se convierte en un espacio para observar cómo el pensamiento moldea la experiencia y cómo ésta, a su vez, puede ser modificada de manera activa. En lugar de

centrarse en largas exploraciones del pasado la TCC propone intervenir aquí y ahora entendiendo que los cambios en la forma de pensar pueden producir cambios sostenibles en la forma de vivir.

1.3 El modelo cognitivo estructura aplicación y análisis terapéutico

En la práctica clínica el modelo cognitivo funciona como una hipótesis de trabajo que se contrasta durante el proceso terapéutico. El terapeuta organiza la información que aporta el paciente, identifica relaciones entre situaciones, interpretaciones, emociones, y respuestas, y revisa esa formulación a medida que aparecen nuevos datos. Su utilidad está precisamente en ordenar una experiencia compleja sin perder de vista que cada caso tiene una historia y unas condiciones particulares.

En el núcleo de la terapia cognitiva conductual se encuentra un modelo explicativo sencillo, pero profundamente revelador: Las personas no reaccionan a los eventos en sí, sino a la interpretación que hacen de ellos. Esta lógica se representa en el conocido modelo ABC que permite visualizar cómo se relacionan los pensamientos, emociones y comportamientos. El modelo propone que ante un **Acontecimiento activador (A)** el individuo genera una **Creencia (B)**, la cual produce una **Consecuencia emocional y conductual (C)**. Esta estructura no solo ayuda a entender la experiencia subjetiva, sino que guía de manera concreta el proceso terapéutico.

El modelo ABC fue originalmente sistematizado por Albert Ellis en su terapia racional emotiva conductual, pero ha sido ampliamente adoptado y adaptado por la TCC desarrollada por Beck. En la práctica clínica

permite descomponer un contexto complejo en variables específicas y abordables. Imaginemos, por ejemplo, que una persona no obtiene respuesta a un mensaje que se considera importante: (a) Si su creencia (b) es “me están ignorando porque no les importo”, la consecuencia emocional (c) es la tristeza y su conducta sería retraerse o dejar de comunicarse. En cambio, si la creencia es “Quizá está ocupado/ contestará más tarde”, la emoción resultante es neutra o incluso de paciencia y su conducta sería esperar o continuar realizando otras actividades. Y la situación externa no ha cambiado, sólo la interpretación cognitiva.

Este modelo permite trabajar directamente sobre las creencias, entendidas estas como pensamientos racionales, sino también como reglas internas convicciones profundas y patrones automáticos de interpretación, las cuales, a su vez pueden ser sometidas a evaluación, cuestionadas o modificadas en la terapia, con gran influjo sobre las emociones o las conductas del paciente. Por medio de la reestructuración cognitiva, el diálogo socrático o los experimentos conductuales, el terapeuta y el paciente trabajan en conjunto para establecer la validez de esas creencias y buscar alternativas más realistas o funcionales.

El trabajo que se desarrolla a partir del modelo a veces se encuentra perfectamente vinculado con el planteamiento de esquemas cognitivos, es decir con esas “plantillas” que nos preparan para interpretar la experiencia adquirida. Los esquemas se desarrollan en la etapa de la infancia y adolescencia como resultado de la interacción con figuras significativas, las experiencias emocionales intensas y los aprendizajes culturales. Supongamos que un pequeño acaba creciendo en un entorno

familiar y escolar donde sólo percibe afecto y atención a través de los logros sino de la experiencia existencial. Este pequeño es muy probable que se desarrolle un esquema de valía propio de la expectativa de rendimiento. Cuando ya sea adulto en su trabajo, o en un contexto académico este esquema se activará ante una situación provocando ansiedad perfeccionismo o una autoexigirse en exceso.

Los estudios más recientes han validado la versatilidad del modelo ABC para la gran mayoría de trastornos psicológicos. Ahern et al. (2019) presentaron una propuesta de un modelo *hot-cold* para la depresión que unifica los aspectos cognitivos y emocionales dentro de un mismo concepto del sistema recursivo. Su propuesta refuerza que los pensamientos automáticos activan emociones intensas (estado "*hot*"), mientras que los déficits cognitivos más fríos, como la tensión o la memoria de trabajo contribuyen a mantener el estado depresivo. En este sentido el modelo ABC no es un esquema rígido, sino una herramienta flexible que se puede adaptar a la comprensión compleja de distintos cuadros clínicos.

En el abordaje de la ansiedad, también este modelo resulta ser importante. En la investigación de Wenn et al. (2019) se puso un protocolo de terapia metacognitiva para modificar no solo el contenido del pensamiento sino también la manera en que los pacientes se conectaban con este. Los análisis cognitivos de las situaciones permitieron evidenciar creencias de tipos "Si no me preocupo las cosas saldrán mal" (nivel intermedio) apoyadas en creencias más profundas de tipo "el mundo es peligroso", "yo no tengo control". Al intervenir a

través de esta cadena de interpretación los pacientes reportaron una drástica disminución de la preocupación patológica.

Una de las fortalezas del modelo cognitivo es su posibilidad de dar cuenta de la persistencia de determinadas conductas aun cuando parecen no tener lógica. Por ejemplo, una persona puede dejar de hablar en público porque anticipa que será juzgada negativamente. Para esta persona nunca ha estado en la situación de haber sido humillada en una exposición, pero la activación de la creencia "soy torpe" hace que surja un pensamiento automático como "me voy a equivocar", lo cual desencadena la ansiedad y evita la conducta. En términos del modelo ABC:

- **A:** El profesor anuncia que habrá una exposición oral
- **B:** Voy a quedar en ridículo
- **C:** ansiedad intensa, evitación del evento e insomnio

Trabajar con este caso implica no sólo discutir la evidencia de la creencia, sino también analizar qué función cumple esa evitación y cómo podría reemplazarse por una conducta alternativa más adaptativa. En intervenciones recientes como la de Marselle et al. (2019) se ha implementado el modelo cognitivo en plataformas digitales para adolescentes con sintomatología depresiva. La herramienta digital permitirá registrar eventos activadores pensamientos asociados y a respuestas emocionales. El simple hecho de descomponer las experiencias en estos componentes promovió un proceso de autorreflexión que facilitó el trabajo terapéutico. En contextos digitales,

la representación gráfica del modelo ABC adquiere especial valor, ya que permite visualizar patrones de forma clara e inmediata.

Otro aporte interesante es el estudio de Raj et al. (2021) que propuso un mapa teórico de los factores de riesgo suicida desde una perspectiva cognitiva, que recoge que muchos de los pacientes en riesgo presentan esquemas disfuncionales asociados a la inutilidad, al aislamiento o a la desesperanza. Según los autores, estos esquemas, cuando se ven activados por sucesos negativos cotidianos, dan lugar a una secuencia de pensamientos automáticos, tales como "nada va a mejorar".

La utilización del modelo ABC permite romper con esa cadena interpretativa del suceso interno, favoreciendo un análisis más racional de la situación e indagando en las alternativas de afrontamiento. La aplicación del modelo cognitivo no es sólo un recurso para los casos individuales, sino además un elemento muy útil para la planificación de intervenciones grupales y comunitarias. Myers et al (2021) trabajaron con pacientes con síntomas psicóticos en contextos latinoamericanos donde la TCC ha tenido que adaptar a dichas creencias. El análisis de pensamientos mediante contextos en los que la realidad puede llegar a ser alterada por síntomas, ha permitido al paciente crear una versión menos angustiosa y más coherente respecto a su historia. En este sentido el modelo ABC fue modificado para incluir componentes en lo referente a lo espiritual, el medio social y las historias identitarias del contexto regional. En contextos de ansiedad social, el modelo también ha mostrado ser altamente eficaz. Leng, Ying y Ng (2023) utilizaron una intervención basada en mindfulness para disminuir la ansiedad clínica partiendo de la premisa de que los pensamientos negativos sobre uno

mismo, por ejemplo, “todos están mirando mis defectos”, generan emociones de vergüenza y conductas de evitación. Al enseñar a los pacientes a observar estos pensamientos sin reaccionar automáticamente, se logró una desactivación progresiva del circuito cognitivo emocional.

Un punto clave del modelo en su potencial para el análisis terapéutico. Durante las sesiones, el terapeuta ayuda al paciente a identificar eventos activadores específicos, registrar pensamientos asociados, describir sus emociones y observar las consecuencias conductuales. A través del registro y análisis, el paciente aprende a detectar patrones, cuestionar sus creencias y experimentar con nuevas respuestas. Esta práctica repetida no sólo modifica pensamientos individuales, sino que debilita los esquemas disfuncionales subyacentes.

El modelo ABC también facilita el diseño de tareas para el hogar, por ejemplo, se puede pedir al paciente que registre 5 situaciones en las que experimentó una emoción intensa, identifique los pensamientos asociados y evalúe cuan útiles o realistas fueron. Este ejercicio no busca eliminar las emociones, sino reconocer su origen cognitivo y generar mayor flexibilidad interpretativa Haller et al. (2021), en su metaanálisis sobre terapias basadas en aceptación y compromiso, refuerzan esta idea al mostrar que incluso enfoques que no buscan directamente “cambiar” los pensamientos se benefician de la observación y categorización cognitiva.

Finalmente, la estructura del modelo cognitivo no debe confundirse con una receta lineal. Aunque el esquema ABC sirve como guía, en la práctica clínica se trabaja con ciclos de retroalimentación continua: un

pensamiento genera una emoción, esto influye en la conducta la conducta, refuerza el esquema y el esquema filtra nuevas experiencias.

Reconocer esta complejidad es esencial para una aplicación ética, flexible y personalizada del enfoque cognitivo-conductual.

1.4 Comparación con otros enfoques terapéuticos

Comparar la TCC con otros enfoques no supone establecer una jerarquía entre modelos, sino reconocer que preguntas formula cada uno y desde donde comprende el cambio psicológico. La TCC se suele privilegiar la relación entre cognición, emoción y conducta, así como la definición de objetivos observables; otros modelos con sede en mayor peso a la historia relacional, la experiencia subjetiva, el significado personal o la aceptación. Estas diferencias orientan la intervención y también muestran puntos de encuentro que pueden enriquecer la comprensión clínica.

La terapia cognitivo conductual ha consolidado su lugar como uno de los enfoques más estudiados y aplicados dentro del campo de la salud mental. Su efectividad en una variedad de trastornos psicológicos, desde trastornos de ansiedad hasta depresión ha sido ampliamente documentada. Sin embargo, es necesario contrastar a sus principios, objetivos y técnicas con otros enfoques terapéuticos, como la terapia psicodinámica, las terapias de tercera generación y la terapia humanista, con el fin de comprender mejor su especificidad y sus aportes distintivos.

Desde una perspectiva histórica, la TCC se representa una ruptura con el modelo psicodinámico clásico. Mientras que este último se enfoca en

la exploración de conflictos inconscientes y pulsos reprimidos y experiencias infantiles, la TC centra su atención en los pensamientos automáticos, creencias centrales y esquemas cognitivos que influyen en la conducta actual. En este sentido, Leichsenring et al. (2018) advierten que la TCC ha sido promovida con mayor fuerza debido a su orientación empírica y su adaptabilidad a protocolos de intervención breves y focalizados, lo que la ha posicionado como el estándar en contextos clínicos y de salud pública.

No obstante, autores como Wilshire et al. (2018) han señalado la necesidad de cuestionar la monocultura que se ha instaurado alrededor de la TCC como "único enfoque válido". En su revisión sobre tratamientos para el síndrome de fatiga crónica, se concluye que no todos los pacientes se benefician por igual de los enfoques cognitivos-conductuales y que algunas intervenciones no cognitivistas también pueden ser efectivas en determinados contextos clínicos. De forma complementaria, Vugts et al. (2018) exponen que en el tratamiento del dolor crónico requiere enfoques integrativos que incluyan intervenciones cognitivas, físicas y afectivas, sugiriendo una limitación de la TCC en abordar integralmente la complejidad biopsicosocial.

La llegada de las terapias de tercera generación como la Terapia de Aceptación Y Compromiso y la Terapia Dialéctica Conductual, y las intervenciones basadas en Mindfulness, suponía una transformación dentro del mismo modelo cognitivo conductual. Haller et al. (2021), durante una revisión sistemática llevada a cabo en pacientes con dolor crónico, encontraron que las Terapias Basadas en Aceptación y Mindfulness ofrecen mejoras equivalentes a las de TCC en

sintomatología depresiva o en calidad de vida. Además, el artículo de Zadok-Gurman et al. (2021) durante la pandemia de COVID-19 mostró que la Inquiry-Based Stress Reduction (IBSR) que se caracteriza por investigar hacia el interior, llevaba a la mejora de la residencia emocional y a la reducción de los niveles de depresión y ansiedad sin tocar la estructura cognitiva como la TCC lo haría.

Dichas terapias no van por la vía de cambiar el contenido de las creencias, pensamientos o cogniciones, sino que pretenden cambiar la relación del paciente con las mismas. Este cambio significa una clara divergencia con el modelo clásico de la TCC, ambos modelos consideran que los pensamientos influyen en las emociones o el comportamiento, pero las Terapias de Aceptación y compromiso, y las intervenciones de tercera generación muestran un énfasis en la aceptación del malestar, la búsqueda de un compromiso con los valores personales y no generan una disputa cognitiva. Es importante resaltar esta distinción teórica y también práctica para entender como unas orientaciones pueden ser más adecuadas que otras dependiendo del paciente y del contexto clínico donde se ubique el profesional.

Otra de las aproximaciones relevantes es la terapia humanista que gira en torno a la experiencia subjetiva, a la realización del potencial humano y a la relación terapéutica auténtica. Así, las psicoterapias humanístico experienciales han tenido niveles de eficacia similares a la TCC en la ansiedad, en la depresión y en los problemas relacionales (Elliott et al., 2022). A diferencia de la TCC la terapia humanista no se sirve de protocolos estructurados ni de la definición de objetivos de comportamiento exactos; su intervención se centra en la autenticidad del

terapeuta, en la empatía incondicional y en el acompañamiento del paciente en su proceso de autodescubrimiento (Caín, 2002).

Dicha estrategia resulta particularmente útil en situaciones en que el sufrimiento psicológico está asociado a crisis existenciales, duelos o problemas de identidad de forma que una estrategia centrada en el cambio cognitivo podría ser insuficiente. De hecho, algunas recientes han expuesto que la "alianza terapéutica" uno de los elementos más característicos de la terapia humanista es un buen predictor del éxito terapéutico independientemente de la metodología que se utilice (Verywell-Mind, 2022).

Desde un enfoque práctico se pueden abordar las diferencias entre los enfoques a partir de sus objetivos, técnicas y su tiempo En tanto que la TCC se establece metas específicas (como la disminución de síntomas concretos), las terapias psicodinámicas tienden a explorar patrones relacionales y afectivos a lo largo del tiempo. Las terceras generaciones tienden a ofrecer protagonismo a la flexibilidad psicológica y la coherencia con los valores; la terapia humanista enfatiza el crecimiento personal y la autorrealización. Estas diferencias técnicas también se pueden ver reflejadas en la duración de los tratamientos, de forma que la TCC se suele situar en ciclos de entre 15 y 20 sesiones. Las terapias psicodinámicas se extienden durante años, y las humanistas poseen una extensión muy variable según el proceso personal de los pacientes.

Las intervenciones también son distintas, ya que Renner et al. (2023) refieren que en la rehabilitación de pacientes con dolor persistente los métodos multimodales donde se encuentra la TCC incorporando

algunos aspectos de psicoeducación, relajación y entrenamiento físico aportan mayores resultados funcionales que un enfoque únicamente cognitivo. Así pues, Liang et al. (2018) también Karssemeijer et al. (2019) explican que, en personas mayores, las intervenciones multicomponentes donde se fusiona la estimulación cognitiva con el ejercicio físico y los afectos resultan más eficaces que las terapias cognitivas tradicionales.

Zhou et al. (2021) realizaron un estudio comparativo de diferentes tipos de intervención en el tratamiento del TEPT en personal sanitario, y encontraron que, si bien la TCC se resultó efectiva para reducir los síntomas centrales de TEPT (los pensamientos intrusivos y la evitación), por otro lado, otros tipos de intervención como la EMDR resultaron más eficaces para disminuir síntomas fisiológicos propios del TEPT (el insomnio o la desregulación autonómica). Esto pone de manifiesto la idea de que la selección de un tipo de intervención debe guiadas por una evaluación pormenorizada de las necesidades individuales del paciente y no solo por criterios de efectividad promedio.

Además, los avances tecnológicos también han marcado el rumbo que estos procedimientos toman. De esta forma, Alqithami et al. (2019) desarrollan un modelo de realidad aumentada (AR-terapeuta) que simula sesiones de terapia cognitiva conductual, con resultados iniciales en que el entrenamiento emocional de los pacientes ha funcionado de forma óptima. Este tipo de avances se escapan en marcos explicativos psicodinámicos o de abordaje humanista, tal vez por ser estos modelos de menor tecnificación, lo que podría ser a un mismo tiempo una debilidad como un recurso para su adaptación futura.

Por otro lado, hay que señalar que, en algunos contextos culturales o clínicos, los enfoques que hacen mucho énfasis en el vínculo terapéutico y la expresión emocional pueden resultar más apropiados que los que subrayan la racionalización o la refutación de pensamientos. Myers et al. (2021), en un estudio de intervención en población latina y con psicosis, indican que la TCC tiene que tener en cuenta la cultural y complementarse con otros elementos relacionales y afectivos para asegurar una mayor adherencia y eficacia.

Como puede observarse, la comparación de modelos psicoterapéuticos no pretende establecer una jerarquía, sino comprender que cada uno aporta instrumentos válidos que pueden ser de utilidad en función del diagnóstico, de los intereses del paciente, del lugar cultural y del objetivo terapéutico. La TCC, apoyada en un sólido basamento empírico proporciona intervenciones eficaces y estructuradas, pero no agota el universo de la psicoterapia. En una realidad clínica compleja y en continuo cambio, la integración de modelos puede enriquecer el proceso terapéutico y permitir dar respuestas más humanas, más sensibles y adecuadas al sufrimiento de cada persona.

Tabla 1. Enfoques Terapéuticos.

Enfoque	**Objetivo**	**Técnicas**	**Duración**	**Rol del Terapeuta**	**Fortalezas**	**Limitaciones**
TCC	Modificar pensamientos disfuncionales	Reestructuración cognitiva tareas conductuales	15–20 sesiones	Activo, estructurado	Enfoque basado en evidencia, protocolos aplicables a	Puede no abordar dimensiones afectivas o relacionales profundas

					trastornos	
Psicodinámico	Explorar el inconsciente y los conflictos internos	Asociación libre, análisis de sueños	Media a larga duración	Observador, facilitador interpretativo	Aborda causas del malestar, útil en problemas de personalidad	Menor evidencia empírica, tiempo prolongado
Humanista	Fomentar la autorrealización y el crecimiento	Escucha activa, congruencia, empatía, diálogo auténtico	Variable	Presencia genuina, no directiva	Fortalece la autoestima, centra la experiencia subjetiva	Menos estructurada, limitada para trastornos severos
Tercera ola (ACT, DBT, MBCT)	Aceptar el malestar, actuar en función de valores	Mindfulness, defusión cognitiva, aceptación	Media duración	Acompañante y entrenador en habilidades	Promueve flexibilidad psicológica, eficaz en cronicidad o evitación	Puede requerir mayor motivación inicial del paciente

1.5 Reflexiones finales

Comprender la Terapia Cognitiva Conductual no implica únicamente dominar técnicas o memorizar estructuras conceptuales; supone también una disposición ética y sensata para escuchar, acompañar y ayudar a transformar la experiencia humana del sufrimiento. A lo largo de este capítulo hemos recorrido el trayecto que dio origen a esta corriente, sus

fundamentos teóricos, el modelo que le da cuerpo y las comparaciones que la ubican dentro de un campo diverso de enfoques terapéuticos. Pero más allá de la teoría, lo que emerge con claridad es que la TCC ha logrado articular un lenguaje clínico que respeta la complejidad del dolor humano sin perder eficacia, claridad ni rigor.

Las personas que llegan a terapia no lo hacen solo con síntomas; vienen con historias, interpretaciones, temores, patrones, y, sobre todo, con la esperanza de que algo cambie. La TCC, aportando un modelo accesible y amable, estimula el comienzo del cambio en el pensamiento y la extensión del mismo al ámbito de las emociones y las conductas; no se trata de una técnica fría o mecánica, es una forma de intervenir con inteligencia, sensibilidad y estructura, entendiendo que lo que se cambia no es sólo una idea, sino un estilo de vida.

En el marco de un contexto de alta complejidad y descontrol emocional, social y cultural, tener un enfoque terapéutico flexible y capaz de adaptarse, fundamentado en la evidencia y que aborde de manera integral a la persona como tal, no es un extra, sino una necesidad. El desafío del profesional no radica sólo en aplicar y ejecutar los protocolos que existen, sino, también, en leer con atención la singularidad de cada una de las historias, descubrir los nudos cognitivos que sostienen el malestar, acompañar el proceso del paciente.

La TCC sigue modificándose, uniendo descubrimientos surgidos de la neurociencia, incluyendo herramientas digitales, estableciendo una conversación con las diferentes orientaciones. Su evolución es una muestra de una profunda convicción: los pensamientos pueden cambiar,

y con ellos también lo puede hacer nuestra forma de sentir, de comportarnos y de habitar el mundo. Esta certeza hace de la terapia cognitiva una proyección del cuidado, del crecimiento y de la posibilidad.

CAPÍTULO 2

2 SISTEMAS COGNITIVOS ESQUEMAS CREENCIAS Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

2.1 Esquemas cognitivos

En el ámbito clínico, la identificación de los esquemas cognitivos no se deriva del análisis de proposiciones aisladas, más bien, de la recurrencia de patrones de procesamiento de la información ante estímulos heterogéneos, es decir, interpretar experiencias de distintas formas. La activación de estos constructos, que a menudo se han vinculado con aprendizajes adquiridos en periodos de desarrollo temprano, tras una exposición a evaluación o desacuerdo, el sujeto en su desarrollo actual, manifestaría esta activación como respuestas afectivas desproporcionadas al contexto, con respecto al estímulo desencadenante actual. De tal forma, este fenómeno de reacción emocional subraya la importancia de analizar la interacción entre el estímulo situacional, la atribución de significado idiosincrásico y la consecuente respuesta psicofisiológica, resultante indispensable para la formulación de hipótesis precisas.

Los esquemas cognitivos se conceptualizan como estructuras mentales profundas y estables que determinan los procesos de codificación, almacenamiento y recuperación de la información; a la hora en que los sujetos perciben, interpretan y responden al entorno en que se encuentran. Estos, funcionan como marcos epistémicos que, partiendo de etapas tempranas del crecimiento, estructuran las representaciones nucleares acerca del yo, los otros y del mundo. Si bien, esta economía

cognitiva suele comprometer la flexibilidad mental y la objetividad perceptiva, predisponiendo al individuo a sesgos cognitivos sistemáticos.

En la jerarquía de la organización cognitiva, los esquemas ocupan el nivel más profundo y latente, en contraste con la naturaleza superficial y transitoria de los pensamientos automáticos, a decir verdad, proporcionan el escenario en que los pensamientos asumen un significado o sentido. Dado que, dichos esquemas actúan como el sustrato generativo a partir del cual emergen las creencias intermedias y las cogniciones automáticas. Por lo tanto, en los cuadros psicopatológicos, la evaluación clínica debe estar orientada en función de detectar los temas nucleares subyacentes y comprender los factores mantenedores de la sintomatología.

2.1.1 Construcción de los esquemas cognitivos a partir de experiencias tempranas

Los esquemas cognitivos sitúan frecuentemente su origen a las experiencias tempranas de vida, es así, como en la infancia y la adolescencia, el procesamiento de la información relacional se modula a través de la interacción con figuras de apego y agentes socializadores primarios, entre estas figuras representativas se encuentran los padres, cuidadores o docentes en los niveles escolares. La internalización de estas interacciones condiciona la configuración de esquemas, ya sea funcionales o desadaptativos. Por ello, los entornos caracterizados en validación afectiva, consistencia y apoyo promueven la formación de estructuras cognitivas adaptativas, mientras que, los contextos

invalidantes, negligencia, abuso o rechazo consolidan esquemas desadaptativos tempranos.

Un ejemplo de lo anteriormente argumentado, corresponde a un infante en un ambiente, en que le es transmitido mensajes de desvalorización y expectativas parentales inalcanzables; aquello se puede internalizar en el niño y construir un esquema cognitivo de inadecuación/vergüenza. Este constructo latente, al ser reactivado por estímulos situacionales congruentes, tales como contextos de evaluación de desempeño, retroalimentación o exposición pública, conduce a una cascada de cogniciones automáticas negativas y afecto displacentero. Más allá del malestar subjetivo agudo, aquella activación ejerce un efecto limitante sobre la conducta, inhibiendo la exploración del entorno y restringiendo las oportunidades de desarrollo psicosocial y vocacional mediante mecanismos de evitación o compensación.

En esta línea, los postulados de Cudo et al. (2020) demostraron una asociación significativa entre los esquemas desadaptativos tempranos y el uso problemático de redes sociales, puesto que, en sus hallazgos evidenciaron que los esquemas relacionados al abandono/inestabilidad y a la búsqueda de aprobación, se correlacionan positivamente con el uso compulsivo de la plataforma Facebook. Esto indica que los entornos digitales también pueden operar como escenarios de compensación conductual, en que los usuarios intentan atenuar, de forma desadaptativa, las carencias emocionales y los déficits de validación derivados de sus esquemas.

De manera semejante, en la investigación de Efrati, Shukron y Epstein (2019) sobre conductas sexuales compulsivas, evidenciaron que los individuos con mayores puntuaciones en esquemas disfuncionales presentaban una prevalencia significativamente mayor de prácticas sexuales de riesgo, específicamente, los esquemas de privación emocional y desconfianza/abuso se exhibieron en sujetos con dificultades en la regulación emocional y conductual.

2.1.2 Esquemas adaptativos y desadaptativos

Los esquemas cognitivos adaptativos se caracterizan por facilitar un procesamiento de la información flexible, realista y funcional respecto a uno mismo, los otros y el mundo, de esta forma, favoreciendo el sentido de competencia, autoconcepto, autoestima y capacidad para establecer vínculos interpersonales seguros.

Un ejemplo de ello, es la internalización de un esquema de autovalía fundamentado en la competencia y el esfuerzo, el cual dota al individuo de tolerancia a la frustración, fomenta la atribución interna de los fracasos como oportunidades de aprendizaje (locus de control interno) y sostiene la motivación intrínseca frente a la adversidad.

Por el contrario, los esquemas desadaptativos se definen por su rigidez cognitiva, su naturaleza generalizante y su procesamiento de pensamiento dicotómico, obstaculizando la adaptación contextual y reforzando estados afectivos displacenteros prolongados, entre ellos, se identifica las emociones negativas de culpa, vergüenza o desesperanza aprendida.

Una ejemplificación de lo mencionado, se ubica en los casos frecuentes de esquemas de inflexibles/autocrítica induciendo a un estado de insatisfacción constante consigo mismo independiente de los logros alcanzados. En los casos documentados, la activación prolongada incrementa la psicopatología internalizante, manifestándose clínicamente en trastornos de ansiedad, alteraciones del ciclo sueño-vigilia (insomnio) y sintomatología somática asociada al agotamiento crónico (burnout).

Las modalidades de intervención de formato grupal como la terapia de esquemas aplicada para identificar patrones resultan efectivas en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Calvert et al. (2018) refieren que la modificación de esquemas centrales, particularmente los dominios Insuficiencia/fracaso o estándares Inflexibles, favorecen significativamente los mecanismos de cambio para la alteración de la conducta alimentaria patológica.

2.1.3 Impacto de los esquemas en el funcionamiento cotidiano y la toma de decisiones

Los esquemas cognitivos exhiben una alta reactividad contextual en la ecología diaria, modulando los procesos de toma de decisiones y las respuestas conductuales automáticas, a través de un procesamiento top-down, los esquemas filtran la realidad, predisponiendo al individuo a sesgos cognitivos y perceptivos específicos. A manera de ejemplo, un paciente con el esquema de desconfianza/abuso presenta un sesgo de atribución hostil, interpretando estímulos ambiguos o neutros, como una retroalimentación correctiva en su ámbito laboral, propiciando

respuestas conductuales de defensa o evitación en el paciente que, resultan desadaptativas en el contexto en el que se relaciona, por lo cual deteriora progresivamente su funcionamiento interpersonal, laboral y afectivo.

Martinelli y Veltri (2022) estudiaron el fenómeno de la vacunación desde la óptica de los esquemas cognitivos colectivos, destacando que las creencias relacionadas con el control, la confianza en instituciones o el riesgo percibido, están mediadas por patrones cognitivos compartidos en grupos sociales. Este hallazgo amplía el concepto de esquema más allá del plano individual, observando su papel en la formación de actitudes y comportamientos sociales, como la aceptación o rechazo de políticas sanitarias.

Por otra parte, en relación a la conducta suicida y el riesgo letal, da Silva et al. (2018) subrayan que los sesgos cognitivos, intrínsecamente ligados a estructuras cognitivas desadaptativas, incrementan significativamente la vulnerabilidad hacia la conducta suicida. Mecanismos como la atención selectiva hacia estímulos aversivos, la atribución catastrófica de eventos estresantes y la rigidez en la reevaluación cognitiva intensifican la desesperanza, consolidándose como un factor transdiagnóstico en la ideación y el riesgo suicida. En consecuencia, la intervención enfocada en la modificación de los esquemas no solo mejora la sintomatología, a su vez, corresponde a una estrategia preventiva fundamental dirigida a reducir la letalidad y evitar desenlaces fatales.

La utilidad clínica de este modelo reside, precisamente, en la capacidad del terapeuta para trazar la continuidad funcional entre las creencias nucleares y las manifestaciones conductuales y emocionales cotidianas. Por consiguiente, el fin último de la intervención cognitiva no consiste en la erradicación mnésica de las experiencias tempranas que gestaron el esquema, en lugar de ello, promueve la flexibilidad cognitiva, amplia el repertorio de atribuciones y dota al paciente de estrategias de afrontamiento más adaptativas.

2.2 Pensamientos automáticos

Los pensamientos automáticos constituyen el nivel más inmediato del procesamiento cognitivo y, por esa misma rapidez, suelen confundirse con hechos. En sesión, el paciente puede describir primero la emoción —ansiedad, culpa, tristeza o enojo— y solo después advertir la frase o imagen mental que apareció segundos antes. Aprender a detenerse en ese momento y poner en palabras lo que pasó por la mente es una tarea clínica relevante, porque permite examinar una interpretación que hasta entonces operaba sin ser cuestionada.

Se definen a los pensamientos automáticos como cogniciones espontáneas, rápidas y breves que surgen como respuesta inmediata a estímulos situacionales específicos; operan habitualmente por debajo del umbral de la conciencia, sin embargo, ejercen una influencia en la modulación afectiva, la toma de decisiones y la ejecución conductual. Aunque en ocasiones pueden poseer un valor adaptativo y de realidad, en la psicopatología manifiestan un sesgo negativo, carecen de

proporcionalidad respecto al estímulo y están sujetos a errores de procesamiento.

¿Cómo surgen los pensamientos automáticos?

El surgimiento de los pensamientos automáticos recae en la expresión superficial y fenomenológica de estructuras cognitivas más profundas, a saber, los esquemas cognitivos y las creencias intermedias. Ante la exposición a un estímulo congruente con la red esquemática, se produce una activación que deriva en la formulación de estos pensamientos, dado que su procesamiento es predominantemente heurístico y no analítico, carecen de deliberación reflexiva.

Por ejemplo, frente a una retroalimentación en el trabajo, un paciente con un esquema de insuficiencia podría generar el pensamiento automático como el siguiente: "Nunca hago nada bien", omitiendo el procesamiento analítico de la naturaleza objetiva de la crítica, facilitando una respuesta emocional negativa como la tristeza y la ansiedad, y tiende a desencadenar conductas desadaptativas, tales como la evitación social o la rumiación autocrítica.

Es imperativo destacar que la presencia de pensamientos automáticos no es intrínsecamente patológica, puesto que constituye un fenómeno cognitivo universal. La variable discriminativa entre el funcionamiento adaptativo y la psicopatología reside en su frecuencia, la valencia de su contenido y, fundamentalmente, en el grado de fusión o identificación cognitiva que el sujeto establece con ellos.

2.2.1 Distorsiones cognitivas: el filtro que deforma la realidad

Frecuentemente, los pensamientos automáticos negativos no solo se caracterizan por su inmediatez, sino por su inexactitud empírica, esta falta de correspondencia con la realidad objetiva se atribuye a la operación de distorsiones cognitivas, las cuales se conceptualizan como sesgos sistemáticos y errores en el procesamiento de la información. Estos mecanismos heurísticos actúan como filtros perceptivos que alteran la codificación y recuperación de los datos ambientales, exacerbando la percepción de amenaza, injusticia o indefensión.

Entre las distorsiones más prevalentes se identifican:

- **Pensamiento dicotómico:** Codificación de la experiencia en categorías bipolares excluyentes, sin gradaciones intermedias, un ejemplo de ello es: “Si no lo logro a la perfección, soy un fracaso total”).
- **Generalización excesiva:** trapolación de una conclusión negativa global y absoluta a partir de un incidente aislado, por ejemplo: “Siempre me ocurren estas desgracias a mí”
- **Filtrado negativo:** Focalización atencional exclusiva en detalles negativos del contexto, omitiendo sistemáticamente los elementos positivos o neutros
- **Lectura de mente:** Extracción de conclusiones negativas respecto a los estados mentales ajenos sin contar con evidencia conductual suficiente, como: “Seguro piensan que soy un inútil”

- **Adivinación del futuro:** Predicción catastrófica de eventos futuros sin sustento evidencia, como: “Voy a fallar en la entrevista de mañana”.

La manifestación de estas distorsiones trasciende el diálogo interno, evidenciándose también en la expresión verbal y en marcadores somáticos o no verbales de distress. En consonancia con lo expuesto, da Silva et al. (2018) señalan que, en pacientes con ideación suicida, la carga de estas distorsiones se asocia a una atención selectiva intensa hacia estímulos aversivos y a una severa deficiencia en la reevaluación cognitiva flexible de los eventos vitales. Esta rigidez en el procesamiento informacional incrementa la desesperanza y modera el repertorio de estrategias de afrontamiento.

En síntesis, las distorsiones cognitivas no deben etiquetarse a “pensamientos pesimistas”, sino que en función de patrones de procesamiento profundamente arraigados que comprometen la funcionalidad psicológica y la calidad de vida, particularmente cuando su activación es severa en entornos de alta demanda estresante.

2.2.2 Ejemplos clínicos de diálogo interno

El pensamiento automático suele estar compuesto por frases cortas y emocionales que surgen en el diálogo interno. A veces, estas frases pueden parecer inocuas, pero repetidas en el tiempo y no cuestionadas, se convierten en verdaderas sentencias que limitan la percepción de uno mismo. Veamos algunos ejemplos:

- **Situación:** El paciente recibe una corrección de su jefe.

- **Pensamiento automático:** “Soy un inútil, seguro me van a despedir”.
- **Emoción:** Ansiedad, miedo.
- **Distorsión:** Adivinación del futuro, generalización.

- **Situación:** Una persona no recibe respuesta a un mensaje importante.
- **Pensamiento automático:** “Me están ignorando porque no les importo”.
- **Emoción:** Tristeza, sensación de rechazo.
- **Distorsión:** Lectura de mente, personalización.

- **Situación:** Alguien comete un error menor en público.
- **Pensamiento automático:** “Todos se dieron cuenta, qué vergüenza”.
- **Emoción:** Vergüenza, autocrítica.
- **Distorsión:** Magnificación

Los ejemplos presentados reflejan cómo la interpretación automática acerca de una circunstancia tiene la posibilidad de alterar completamente la vivencia emocional del sujeto. Por ende, si estos pensamientos no son identificados ni analizados oportunamente, tienden a sostenerse como verdades incuestionables.

2.2.3 Registro de pensamientos: herramienta terapéutica

El registro de pensamientos automáticos (o monitoreo cognitivo) constituye una técnica central en la Terapia Cognitiva, con el objetivo de facilitar la identificación y el examen de sus pensamientos en

situaciones específicas, dando paso a la toma de conciencia y la reestructuración cognitiva.

El paradigma clásico de evaluación cognitiva estructura el registro en cinco dimensiones operativas:

1. **Situación:** ¿Qué fue lo ocurrido? ¿Dónde se llevó a cabo? ¿Con quién?
2. **Emoción:** ¿Qué fue lo que sentiste?
3. **Pensamiento automático:** ¿Qué fue lo que paso por tu mente en ese momento?
4. **Evidencia a favor/en contra:** ¿Qué apoya este pensamiento? ¿Qué lo contradice?
5. **Pensamiento alternativo:** ¿Qué otra interpretación alternativa sería más equilibrada?

Este tipo de intervención ayuda a desacoplar la experiencia emocional del pensamiento negativo automático, y abre la posibilidad de construir respuestas más realistas. Calvert et al. (2018), al proponer el uso de la terapia de esquemas en grupo para el tratamiento de trastornos alimentarios, incluyen el registro de pensamientos como parte del proceso de identificación de los esquemas activados en eventos cotidianos relacionados con la comida, la imagen corporal y la autoevaluación.

Además, el uso del registro no se limita a la sesión de terapia. Es una herramienta que fomenta la autoobservación diaria, promoviendo la autonomía del paciente y su capacidad de cuestionar creencias sin necesidad de la presencia constante del terapeuta. En contextos más

graves, como en pacientes con riesgo suicida, da Silva et al. (2018) subrayan que estas técnicas pueden actuar como frenos a la escalada emocional, al permitir poner en palabras lo que suele mantenerse en silencio.

2.2.4 Evidencia neuropsicológica y digital de los pensamientos automáticos

La creciente investigación en neurociencia cognitiva y ciencia de datos ha permitido observar cómo los pensamientos automáticos no solo son fenómenos subjetivos, sino también patrones observables en el comportamiento digital y cerebral. Kim et al. (2021) utilizaron técnicas de aprendizaje automático para identificar correlaciones entre datos digitales y variables relacionadas con la salud mental, encontrando que los contenidos emocionales de las publicaciones, horarios de conexión y patrones de escritura podían predecir la presencia de pensamientos negativos automáticos en jóvenes usuarios de plataformas digitales.

Esto sugiere que la tecnología puede funcionar como espejo del pensamiento automático, al evidenciar cómo ciertas personas con esquemas de autocrítica tienden a publicar con menor frecuencia, utilizar un lenguaje más pesimista o evitar temas personales. Estos datos abren un campo prometedor para la detección temprana de problemas emocionales a partir del análisis del comportamiento digital, especialmente en adolescentes y jóvenes adultos.

Además, estudios como el de Bunnell et al. (2021) han explorado cómo los terapeutas pueden reconocer patrones de pensamientos automáticos mediante intervenciones por telemedicina, mostrando que incluso en

entornos digitales los pacientes tienden a verbalizar contenidos automáticos cargados de distorsiones. Los autores subrayan que es posible entrenar a terapeutas en la identificación de estas verbalizaciones para intervenir oportunamente con estrategias de reestructuración cognitiva.

2.2.5 Pensamientos automáticos y regulación emocional

Los pensamientos automáticos también desempeñan un papel crucial en la regulación emocional. Según Chahar Mahali et al. (2020), existe una asociación significativa entre pensamientos negativos persistentes, emociones desreguladas y sintomatología depresiva. Su investigación reveló que las personas con menor capacidad para regular emociones negativas experimentaban una mayor frecuencia de pensamientos automáticos autodevaluativos y pesimistas, configurando un ciclo donde la emoción y la cognición se retroalimentan negativamente.

Por otro lado, Nisu et al. (2023) analizaron el papel de las creencias positivas y pensamientos alternativos como moderadores de la experiencia emocional. Su estudio mostró que quienes poseen creencias básicas positivas sobre sí mismos tienden a generar pensamientos automáticos menos severos incluso en contextos adversos. Esto refuerza la idea de que intervenir sobre los pensamientos automáticos no solo implica neutralizar lo negativo, sino también fortalecer lo positivo.

Además, Wright et al. (2022) presentaron evidencia del impacto de la terapia cognitiva asistida por computadora para reducir la intensidad de pensamientos automáticos disfuncionales en pacientes con depresión moderada. La intervención permitió mejorar la conciencia de los propios

pensamientos y facilitar su cuestionamiento, demostrando la eficacia de herramientas digitales en contextos clínicos reales.

2.2.6 Pensamientos automáticos en distintos contextos clínicos

Los pensamientos automáticos no son exclusivos de los trastornos depresivos o de ansiedad. También están presentes en una variedad de cuadros clínicos como el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos del comportamiento alimentario, el estrés postraumático o los trastornos de la personalidad.

Ornell et al. (2021), en un estudio sobre refuerzos cognitivos en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), observaron cómo ciertos pensamientos automáticos se activaban como respuesta inmediata ante estímulos temidos, incluso sin presencia objetiva de amenaza. Estos pensamientos desencadenaban conductas de evitación o ritualización que reforzaban el ciclo del TOC. Identificar el contenido de esos pensamientos fue esencial para desactivar el circuito sintomático.

En otro contexto, Trenoska Basile et al. (2022) exploraron el uso de terapia cognitiva por videoconferencia en personas con trastornos de ansiedad, encontrando que la identificación y reformulación de pensamientos automáticos era uno de los elementos más valorados por los pacientes, incluso en formato remoto. Esto destaca el papel terapéutico central de trabajar con el lenguaje interno, sin importar la modalidad de atención.

Incluso en programas preventivos, como el estudiado por Milgrom et al. (2021) en el marco de intervenciones para la depresión posparto, el

entrenamiento para detectar y reformular pensamientos automáticos contribuyó a reducir los niveles de malestar emocional en mujeres con alto riesgo. Esto reafirma la idea de que enseñar a observar el contenido del pensamiento interno puede ser una herramienta preventiva poderosa.

2.3 Creencias intermedias y centrales

Las creencias intermedias y centrales representan un nivel más profundo del sistema cognitivo, lo que implica que su modificación requiere un proceso terapéutico más elaborado. Estas creencias no suelen ser evidentes para el paciente, ya que operan como verdades asumidas más que como pensamientos cuestionables.

Desde una perspectiva clínica, el trabajo con creencias implica identificar patrones recurrentes en el discurso del paciente, así como en sus reacciones emocionales y conductuales. A través de este análisis, se pueden inferir las reglas internas que guían su comportamiento y que, en muchos casos, limitan su capacidad de adaptación.

Asimismo, es importante considerar que estas creencias se desarrollan en contextos específicos y cumplen funciones dentro de la historia personal del individuo. Por ello, el proceso terapéutico debe abordarlas con sensibilidad, evitando confrontaciones directas que puedan generar resistencia.

El cambio en este nivel implica la construcción progresiva de nuevas creencias más flexibles y realistas, que permitan al paciente relacionarse consigo mismo y con los demás de manera más saludable. Este proceso no es inmediato, pero constituye uno de los objetivos más importantes dentro de la terapia cognitiva.

Las creencias constituyen el núcleo del sistema cognitivo de una persona. A partir de experiencias tempranas, relaciones significativas y aprendizajes culturales, cada individuo construye un entramado de ideas sobre sí mismo, los demás y el mundo. Estas creencias, aunque a veces se expresan de forma implícita, determinan en gran medida la manera en que se interpreta la realidad, se toman decisiones y se regula la conducta. Desde la terapia cognitiva, es común distinguir entre creencias centrales y creencias intermedias, entendidas como diferentes niveles jerárquicos dentro de la estructura cognitiva.

2.3.1 ¿Qué son las creencias centrales e intermedias?

Las creencias centrales son afirmaciones profundas, absolutas y generalizadas que una persona tiene sobre sí misma, los otros o el mundo. Suelen ser rígidas, dicotómicas y resistentes al cambio. Se forman tempranamente y constituyen el núcleo de los esquemas cognitivos. Ejemplos típicos incluyen: “No valgo nada”, “Soy defectuoso”, “El mundo es peligroso” o “Nadie me puede amar”.

Por otro lado, las creencias intermedias son reglas, actitudes o suposiciones que derivan de las centrales. Tienen un carácter más específico y pueden expresarse como “Si no agrado a todos, fracasaré” o “Debo tener el control de todo para estar a salvo”. Estas creencias son menos inconscientes y más accesibles en el diálogo terapéutico, ya que a menudo aparecen en la forma de mandatos personales.

Wright et al. (2022), en su estudio sobre terapia cognitiva asistida por computadora, evidencian cómo la identificación de creencias intermedias durante el trabajo terapéutico facilita el acceso progresivo a

las creencias más profundas. Los participantes del programa lograron reformular reglas personales rígidas como “Debo estar siempre disponible para los demás” hacia pensamientos más flexibles y compasivos.

La distinción entre ambos niveles de creencias es fundamental, ya que las creencias intermedias actúan como puentes o filtros entre los esquemas profundos y los pensamientos automáticos que emergen ante determinadas situaciones. Intervenir a nivel de estas creencias permite abrir una vía de acceso indirecto a los contenidos más nucleares de la identidad.

2.3.2 Ejemplos de creencias y su impacto clínico

Las creencias centrales pueden variar ampliamente, pero muchas se agrupan en categorías relacionadas con defectos personales, vulnerabilidad, abandono o desconfianza. En estudios sobre comportamientos sexuales compulsivos, Efrati et al. (2019) identificaron que personas con esquemas de desconfianza y privación emocional presentaban creencias nucleares como “No merezco ser amado” o “Las personas siempre decepcionan”. Estas creencias se expresaban a través de reglas intermedias como “Debo satisfacer a los demás para que no me abandonen”, las cuales mantenían conductas relacionales disfuncionales.

En contextos de comportamiento ambiental, Markle (2019) argumenta que la adopción o rechazo de conductas ecológicas puede estar mediada por creencias intermedias como “Si yo cambio mis hábitos, no haré ninguna diferencia”. Aunque estas ideas no necesariamente implican

psicopatología, ilustran cómo las creencias configuran decisiones cotidianas y modelan la percepción de eficacia personal o responsabilidad colectiva.

En el caso del riesgo suicida, da Silva et al. (2018) destacan la presencia de creencias centrales relacionadas con la inutilidad, el fracaso o la culpa, que se traducen en pensamientos intermedios como "No puedo fallar nunca" o "Si pido ayuda, demostraré debilidad". Estas creencias no solo aumentan el sufrimiento psicológico, sino que también obstaculizan la búsqueda de apoyo social, incrementando la vulnerabilidad.

2.3.3 Relación entre creencias y pensamientos automáticos

Comprender cómo se articulan las creencias y los pensamientos automáticos es esencial para trabajar el cambio cognitivo. Los pensamientos automáticos son como la "punta del iceberg" visible en una situación concreta, pero debajo de ellos se encuentran las creencias intermedias que los sustentan. Por ejemplo:

- **Situación:** La paciente no recibe respuesta a un mensaje importante.
- **Pensamiento automático:** "Seguro la he molestado".
- **Creencia intermedia:** "Debo agradar a todos todo el tiempo".
- **Creencia central:** "No soy digna de cariño".

Este encadenamiento muestra cómo una situación neutral puede desencadenar una cascada de significados si se activa un sistema de creencias disfuncionales. Raj et al. (2021), en su mapa teórico del riesgo suicida, proponen que este modelo secuencial (creencia central →

creencia intermedia → pensamiento automático → emoción → conducta) explica en parte la escalada emocional en personas vulnerables.

Además, Nisu et al. (2023) encontraron que el grado de afectividad positiva o negativa de las personas estaba condicionado por la activación de creencias específicas. Aquellos con creencias positivas básicas del tipo "Puedo aprender de los errores" o "Tengo valor, aunque me equivoque" tendían a interpretar los fracasos de forma más adaptativa, produciendo pensamientos automáticos menos hostiles.

Este hallazgo resalta un principio central en la terapia cognitiva: no es la situación la que determina la emoción, sino el significado que se le atribuye. Y ese significado está filtrado por creencias que, si bien pueden parecer realistas para el paciente, en muchos casos son disfuncionales y desactualizadas.

2.3.4 Intervenir sobre las creencias: acceso, cuestionamiento y cambio

El abordaje terapéutico de las creencias implica primero reconocerlas, luego cuestionarlas y finalmente reemplazarlas por formulaciones más funcionales y compasivas. Este proceso suele comenzar con la identificación de pensamientos automáticos frecuentes, para luego trazar un camino inverso hasta llegar a la creencia intermedia y, eventualmente, a la central.

Milgrom et al. (2021), en su intervención para la depresión postparto, utilizaron este enfoque con éxito al capacitar a las madres en la

identificación de creencias irracionales como “Soy una mala madre si no lo hago todo bien”. Al desafiar esta creencia mediante técnicas cognitivas, se logró una reducción significativa de los síntomas depresivos.

El cuestionamiento socrático, los experimentos conductuales y el uso de registros son algunas de las herramientas más eficaces para trabajar este tipo de creencias. Calvert et al. (2018), al aplicar terapia de esquemas para trastornos alimentarios, reportaron que la reformulación de creencias como “Mi valor depende de mi imagen corporal” tuvo un impacto positivo tanto en los síntomas como en la percepción de identidad de los pacientes.

Además, Chahar Mahali et al. (2020) evidenciaron que la intensidad de la sintomatología ansiosa se relacionaba con creencias intermedias relacionadas con el control (“Si pierdo el control, todo se derrumbará”), lo cual sugiere que intervenir sobre estas creencias puede tener un efecto regulador sobre las emociones.

Un enfoque complementario es el uso de tecnología digital para apoyar el trabajo con creencias. Wright et al. (2022) demostraron que los pacientes que utilizaron plataformas digitales de apoyo terapéutico lograron identificar con mayor rapidez sus propias creencias disfuncionales y diseñar en conjunto con sus terapeutas pensamientos alternativos más saludables.

Incluso en contextos de atención remota, como muestra Trenoska Basile et al. (2022), el trabajo con creencias resulta eficaz. Su estudio en terapia por videoconferencia muestra que la reformulación de creencias

personales puede llevarse a cabo de manera efectiva a través del vínculo terapéutico mediado por tecnologías, lo que amplía el alcance del tratamiento cognitivo en poblaciones con dificultades de acceso.

2.4 Herramientas clínicas para el análisis cognitivo

Las herramientas de análisis cognitivo permiten pasar de una explicación general del problema a material clínico que puede observarse y discutirse en sesión. Registros, preguntas guiadas, diagramas y tareas entre sesiones ayudan a reconstruir qué ocurrió, qué significado atribuyó el paciente a la situación y cómo respondió. Su valor no reside en completar formularios por rutina, sino en generar información útil para formular el caso, contrastar hipótesis y seguir los cambios a lo largo del tratamiento.

El abordaje terapéutico desde la perspectiva cognitiva requiere no solo comprender los esquemas, creencias y pensamientos automáticos del paciente, sino también contar con herramientas sistemáticas que permitan identificarlos, analizarlos y modificarlos. Estas herramientas no son solamente instrumentos de evaluación, sino también dispositivos de intervención que fomentan la reflexión, la autoconciencia y el cambio. En esta sección se describen los recursos clínicos más utilizados para el análisis cognitivo, su aplicación paso a paso, y se conectan con ejemplos reales documentados en la literatura científica reciente.

2.4.1 Registros de pensamientos y emociones

Una de las herramientas más extendidas en la terapia cognitiva es el registro de pensamientos automáticos, que permite al paciente conectar

situaciones con emociones y pensamientos, promoviendo un análisis consciente de la relación entre ellos. Este instrumento básico se estructura habitualmente en cinco columnas:

1. Situación desencadenante (¿qué pasó?)
2. Emoción (¿qué sentí?, con intensidad)
3. Pensamiento automático (¿qué pasó por mi mente?)
4. Evidencia a favor y en contra del pensamiento
5. Pensamiento alternativo (¿cómo podría interpretarlo de otra forma?)

Bunnell et al. (2021) destacan el uso de este recurso en contextos de atención remota, mostrando que su implementación digital o escrita promueve la activación metacognitiva y reduce la intensidad emocional. En su estudio, los profesionales de salud mental pudieron guiar a los pacientes en la identificación de patrones recurrentes incluso a través de plataformas de telesalud, evidenciando su flexibilidad y valor clínico.

Complementariamente, Wright et al. (2022) validaron el uso de registros electrónicos en terapias cognitivo-conductuales asistidas por computadora, comprobando que los pacientes que completaban con regularidad estos formatos lograban identificar más rápido los pensamientos disfuncionales y practicar el reemplazo por pensamientos alternativos funcionales. Estos resultados refuerzan el rol del registro como puente entre la experiencia emocional y la reestructuración cognitiva.

2.4.2 Entrevistas clínicas cognitivas

Además del uso de formatos escritos, el proceso de análisis cognitivo se nutre de entrevistas clínicas que permiten detectar el contenido de fondo detrás del discurso del paciente. Estas entrevistas no siguen un formato rígido, pero incorporan preguntas estratégicas que buscan esclarecer las creencias subyacentes a determinadas emociones y comportamientos. Por ejemplo:

- ¿Qué significa para ti que esto haya ocurrido?
- ¿Qué piensas que dice esto de ti como persona?
- ¿Cómo crees que los demás te ven en esta situación?
- ¿Qué es lo peor que podría pasar si esto se repite?

Estas preguntas ayudan a desenterrar creencias intermedias y centrales, ofreciendo al paciente un espacio para poner en palabras lo que usualmente permanece implícito. Raj et al. (2021) sostienen que este tipo de indagación estructurada permite acceder a los factores de riesgo suicida que no siempre emergen en entrevistas clínicas generales, siendo una estrategia eficaz para construir hipótesis terapéuticas sólidas.

En la práctica clínica, estas entrevistas suelen combinarse con la técnica del “descenso en flecha” o preguntas en cadena, que llevan al paciente desde un pensamiento automático (“Van a despedirme”) hacia la creencia central (“No valgo como profesional”).

2.4.3 Autoobservación estructurada

La autoobservación estructurada consiste en la práctica intencionada del registro de pensamientos, emociones y conductas fuera del espacio terapéutico, en la vida cotidiana. Es una herramienta clave para fomentar la autonomía del paciente y su participación activa en el proceso terapéutico.

Trenoska Basile et al. (2022), en un estudio sobre terapia cognitiva por videoconferencia, encontraron que los pacientes que llevaban diarios de autoobservación estructurada entre sesiones mostraban mayor adherencia al tratamiento y una mejora más rápida en la identificación de distorsiones cognitivas. Esta práctica, al fomentar la atención plena sobre los patrones mentales, permite que el cambio no dependa exclusivamente del contexto de consulta, sino que se expanda a la vida real.

Por su parte, Milgrom et al. (2021) destacaron que el uso de formatos estructurados de autoobservación fue clave para reducir los síntomas depresivos en mujeres con riesgo de depresión postparto. A través de esta estrategia, las participantes lograron identificar rutinas de pensamiento autocrítico que no habían sido conscientes previamente.

2.4.4 Formatos visuales y plantillas clínicas

Además de las herramientas escritas tradicionales, la práctica clínica ha desarrollado numerosos formatos visuales y plantillas gráficas que ayudan al paciente a conceptualizar sus patrones mentales. Entre los más utilizados se encuentran:

- La **pirámide cognitiva**, que organiza los niveles de pensamiento desde lo más superficial (conducta) hasta lo más profundo (esquemas).
- El **mapa de creencias**, que representa gráficamente cómo una creencia central da lugar a múltiples creencias intermedias y pensamientos automáticos.
- El **formulario de análisis de creencia**, que guía al paciente en la evaluación crítica de una creencia disfuncional (origen, evidencia, utilidad, alternativas).

Tabla 2. Modelo sobre los niveles cognitivos.

Esquemas centrales
Ejemplo: “Soy inadecuado”, “El mundo es peligroso”
Creencias intermedias
Ejemplo: “Debo complacer a todos”, “Si muestro debilidad, seré rechazado”
Pensamientos automáticos
Ejemplo: “Seguro están decepcionados de mí”, “Van a criticarme”

Calvert et al. (2018) aplicaron un modelo gráfico de esquemas en grupo terapéutico para personas con trastornos alimentarios, evidenciando que la visualización ayudaba a los participantes a tomar distancia de sus patrones mentales y cuestionarlos de forma más efectiva. Esta técnica fue particularmente útil para identificar redes de significados conectadas al cuerpo, el control y la valía personal.

También Duran et al. (2022), en su ensayo clínico con estudiantes universitarios, utilizaron planillas visuales como parte de la intervención para el manejo de la ansiedad. Los participantes reportaron una mayor comprensión del proceso terapéutico y un sentido de orden al visualizar cómo sus pensamientos se conectaban con emociones y respuestas conductuales.

2.4.5 Integración con tecnologías y plataformas digitales

En los últimos años, las tecnologías han ampliado las posibilidades de aplicar estas herramientas en formatos accesibles, móviles y personalizados. Omarov et al. (2023) desarrollaron un chatbot clínico basado en inteligencia artificial para evaluar el riesgo suicida, el cual utiliza preguntas de análisis cognitivo como parte del proceso de evaluación. Este tipo de herramienta puede complementar el trabajo clínico y servir como dispositivo de monitoreo entre sesiones.

Asimismo, Kim et al. (2021) demostraron que, mediante análisis de lenguaje en redes sociales, es posible identificar patrones de pensamiento automático y emocional en publicaciones digitales, lo cual podría dar lugar a intervenciones automatizadas o alertas preventivas.

Bunnell et al. (2021) subrayan que estas tecnologías deben integrarse de forma ética y supervisada, pero reconocen su potencial para extender el acceso a recursos terapéuticos, especialmente en poblaciones que no pueden asistir regularmente a consulta.

2.5 Reflexiones finales

Comprender el funcionamiento de la mente humana sigue siendo, más allá de toda teoría, un acto de humildad. Los esquemas cognitivos, las creencias que cultivamos muchas veces sin saberlo y los pensamientos que se activan casi sin pedir permiso, son una muestra clara de la complejidad con la que interpretamos la vida. Este capítulo ha sido una invitación a detenernos y observar esos hilos invisibles que tejen nuestra forma de ser, de sentir y de actuar.

Detrás de cada reacción emocional intensa, de cada decisión que nos pesa o de cada conflicto que repetimos, existe una estructura interna que no siempre hemos explorado. Los esquemas no son simplemente etiquetas diagnósticas, son construcciones vividas. Son, en muchos casos, respuestas legítimas a experiencias pasadas que, con el tiempo, han dejado de servirnos. Reconocerlos no implica juzgarnos, sino darnos la oportunidad de transformar.

Del mismo modo, los pensamientos automáticos no son enemigos a eliminar, sino señales a interpretar. Nos dicen cómo estamos, qué tememos, qué valoramos. Escucharlos sin identificarnos del todo con ellos es un ejercicio de libertad mental. Y en ese proceso, las creencias intermedias y centrales actúan como puentes entre nuestra historia personal y nuestro presente emocional. Algunas creencias han sido útiles para protegernos; otras, sin embargo, nos limitan. Nombrarlas, cuestionarlas y reformularlas es una tarea de autoconocimiento profundo.

Las herramientas clínicas que hemos explorado no son solo instrumentos técnicos: son espacios de encuentro. Cuando una persona anota un pensamiento que le dolió o una emoción que le sobrepasó, está abriendo una puerta a sí misma. Cuando un terapeuta acompaña ese proceso, no solo aplica una técnica, sino que sostiene un proceso de transformación.

Al cerrar este capítulo, no quedan respuestas definitivas, pero sí una certeza: los procesos cognitivos no son estructuras rígidas, sino caminos

transitables. Caminos que podemos aprender a recorrer con más conciencia, con más compasión y, sobre todo, con más libertad.

CAPÍTULO 3

3 TÉCNICAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES: HERRAMIENTAS DEL TERAPEUTA

3.1 Técnicas Cognitivas

Las técnicas cognitivas adquieren sentido cuando se utilizan para examinar experiencias concretas del paciente y no como una secuencia automática de preguntas. Una misma intervención puede resultar útil en un caso y poco pertinente en otro; por eso, el terapeuta necesita relacionar la técnica con la formulación clínica, el momento del tratamiento y la capacidad del paciente para observar sus propios procesos mentales. El propósito es favorecer una revisión razonada de interpretaciones rígidas y ensayar alternativas que puedan ponerse a prueba en la vida cotidiana.

Modificar una interpretación disfuncional no equivale a pedir al paciente que piense de manera positiva. En TCC se busca que pueda reconocer qué está pensando, revisar la información que utiliza para sostener esa conclusión y considerar explicaciones alternativas. El cambio se construye mediante observación, diálogo y comprobación en situaciones reales. De esta manera, las técnicas cognitivas funcionan como recursos para desarrollar una forma más flexible de evaluar la experiencia, en lugar de sustituir una afirmación negativa por otra simplemente optimista.

3.1.1 Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva es una técnica base de la TCC que tiene como propósito ayudar al paciente a identificar pensamientos automáticos negativos, evaluar su validez y reemplazarlos por interpretaciones más realistas y útiles. Este procedimiento no se basa en la imposición de nuevas creencias, sino en el desarrollo del pensamiento crítico del paciente, quien aprende a reconocer distorsiones cognitivas como la sobregeneralización, el pensamiento dicotómico o la personalización.

Objetivos principales:

- Tomar conciencia de los pensamientos automáticos.
- Evaluar la evidencia a favor y en contra de dichos pensamientos.
- Construir pensamientos alternativos más equilibrados.
- Disminuir la intensidad de las emociones negativas asociadas.

Pasos de aplicación:

- **Identificación del pensamiento automático:** Se enseña al paciente a detenerse ante una emoción intensa para registrar el pensamiento asociado. Por ejemplo, tras una discusión con un colega, puede surgir el pensamiento “no sirvo para trabajar en equipo”.

1. **Registro de la emoción y conducta asociada**: El paciente anota la emoción sentida (ira, tristeza, ansiedad) y la conducta resultante (evitación, confrontación, llanto).

2. **Evaluación de la evidencia:** Se analizan los hechos objetivos que respaldan o contradicen el pensamiento.
3. **Formulación de una alternativa realista:** A partir del análisis, se propone un pensamiento alternativo más adaptativo.
4. **Reevaluación emocional:** Se revisa si la emoción se ha reducido tras el cambio de pensamiento.

Ejemplo clínico:

Claudia, una joven universitaria, experimentaba ansiedad extrema antes de rendir exámenes. Su pensamiento automático era: "Si no saco una nota perfecta, soy un fracaso". A través de la reestructuración cognitiva, Claudia descubrió que este pensamiento se basaba en estándares inflexibles. Evaluando su historial académico, reconoció logros anteriores y construyó una alternativa más saludable: "Hacer lo mejor posible ya es un logro, y un error no define mi valor".

Variaciones según el paciente:

En personas con dificultades metacognitivas, puede ser útil usar escalas visuales o dramatizaciones para identificar pensamientos. En niños, es frecuente el uso de metáforas como "los lentes mágicos" que distorsionan la realidad. En personas mayores, puede requerirse adaptar el lenguaje o centrarse en creencias centrales más que en pensamientos automáticos.

En el estudio de Denecke et al. (2022), la reestructuración cognitiva fue una de las técnicas más recurrentes en entornos digitales para la TCC, destacándose por su aplicabilidad incluso en plataformas automatizadas

como chatbots. Su uso mostró beneficios concretos en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, aunque los autores advierten la necesidad de supervisión profesional para asegurar su efectividad (Denecke et al., 2022).

3.1.2 Debate socrático

El debate socrático es una técnica de cuestionamiento guiado que permite al paciente explorar la validez y utilidad de sus creencias sin recibir respuestas impuestas. A través de preguntas estratégicas, el terapeuta conduce al paciente a examinar sus pensamientos desde nuevas perspectivas.

Objetivos principales:

- Desarrollar autoconciencia y pensamiento crítico.
- Cuestionar creencias rígidas sin confrontarlas directamente.
- Promover autonomía cognitiva en el paciente.

Pasos de aplicación:

1. **Identificación de una creencia central:** Por ejemplo, “si muestro mis emociones, me rechazarán”.
2. **Preguntas abiertas y reflexivas:** “¿Qué evidencia tienes de que eso sucederá siempre?”, “¿Alguna vez mostraste tus emociones y no fuiste rechazado?”
3. **Exploración de excepciones y matices:** Se buscan ejemplos que contradigan la regla general.

4. **Redefinición del pensamiento:** El paciente formula una versión más flexible y empática de la creencia.

Ejemplo clínico:

En la sesión con Marco, un hombre de 35 años con fobia social, surgió la creencia: "La gente piensa que soy ridículo cuando hablo". El terapeuta lo guio con preguntas como: "¿Alguna vez alguien te dijo eso directamente?" y "¿Puedes recordar un momento en el que hablaste y recibiste una respuesta positiva?". A través de este proceso, Marco identificó experiencias contrarias a su creencia y concluyó que no todos lo juzgaban con dureza.

Variaciones según el paciente:

En adolescentes puede implementarse como "juegos de detective" para encontrar pistas a favor o en contra de una creencia. En pacientes con deterioro cognitivo leve, se recomienda usar preguntas más concretas y menos abstractas.

En el estudio de Manole et al. (2024), el debate socrático fue integrado como parte del contenido de un chatbot terapéutico para ansiedad, en donde se lograron reducciones significativas en los niveles de ansiedad de los usuarios durante dos fases del estudio (21.15% y 20.42% respectivamente), demostrando que, incluso automatizado, el cuestionamiento estratégico tiene valor clínico (Manole et al., 2024).

3.1.3 Flechas descendentes

La técnica de flechas descendentes es útil para acceder a las creencias nucleares que subyacen a los pensamientos automáticos. Se basa en una serie de preguntas encadenadas que llevan al paciente desde una interpretación superficial hasta una convicción profunda y central sobre sí mismo, los demás o el mundo.

Objetivos principales:

- Identificar creencias centrales disfuncionales.
- Hacer visible el impacto de esas creencias en la vida diaria.
- Preparar el terreno para una intervención más profunda.

Pasos de aplicación:

1. **Seleccionar un pensamiento automático:** "No debí equivocarme en la reunión".
2. **Preguntar:** "¿Y si eso fuera cierto, ¿Qué significaría para ti?"
3. **Repetir la pregunta hasta llegar a una creencia central:** "No debí equivocarme" → "Los errores no son aceptables" → "Si me equivoco, perderé el respeto de los demás" → "No valgo si fallo".
4. **Reflexionar sobre el impacto de esa creencia y su origen.**

Ejemplo clínico:

Durante una intervención con Julieta, quien se angustiaba profundamente tras equivocarse en tareas laborales, se aplicaron flechas descendentes. El resultado fue la identificación de una creencia arraigada: "Si cometo errores, me abandonarán", originada en

experiencias de infancia. Este descubrimiento permitió abrir un trabajo terapéutico hacia el apego y la autovaloración.

Variaciones según el paciente:

Con niños se puede usar una escalera visual o juego de tarjetas para representar cada "nivel" de pensamiento. En adultos con trauma complejo, se recomienda precaución para evitar desencadenar recuerdos intrusivos sin contención adecuada.

En la revisión sistemática de Martinengo et al. (2021), las técnicas más frecuentemente presentes en apps de TCC incluyeron ejercicios de identificación de creencias profundas (similar al uso de flechas descendentes), aunque con limitaciones en profundidad emocional. Solo un 30% de las apps incluían más de cuatro técnicas cognitivas integradas y muchas carecían de validación clínica, lo que subraya la importancia del rol humano del terapeuta al aplicar estas herramientas (Martinengo et al., 2021).

Reflexión

Las técnicas cognitivas presentadas aquí no solo permiten al paciente cambiar pensamientos; fomentan la autonomía mental, el autoconocimiento y la toma de perspectiva. Lejos de ser una serie de instrucciones mecánicas, requieren sensibilidad, timing clínico y un profundo respeto por el mundo interno del otro. Cada técnica tiene un propósito claro, pero su valor se maximiza cuando se adapta a la historia única de cada persona. En manos de un terapeuta ético y empático, estas

herramientas se convierten en puentes hacia una vida más consciente, libre y significativa.

3.2 Técnicas conductuales

Las técnicas conductuales cumplen un papel fundamental al traducir el cambio cognitivo en acciones concretas. A través de la exposición, el entrenamiento en habilidades y la activación conductual, el paciente puede experimentar directamente nuevas formas de relacionarse con su entorno.

En la práctica, estas técnicas permiten romper ciclos de evitación y reforzar conductas adaptativas. Su eficacia radica en la experiencia directa, que muchas veces genera aprendizajes más sólidos que el análisis exclusivamente cognitivo.

El uso flexible de estas estrategias facilita una intervención integral, donde pensamiento y conducta se modifican de manera conjunta, fortaleciendo el proceso terapéutico.

Modificar la conducta es una vía poderosa para facilitar el cambio cognitivo. A diferencia de las técnicas que trabajan con el pensamiento, las intervenciones conductuales se enfocan en el hacer: en activar, enfrentar, repetir o moldear comportamientos que tienen un impacto directo sobre el estado emocional del paciente. Estas técnicas no son independientes del proceso cognitivo, sino que lo complementan. A través del principio del aprendizaje por reforzamiento, las personas pueden adquirir nuevas respuestas, desaprender hábitos disfuncionales y construir experiencias que contradigan sus creencias limitantes. Aquí

se desarrollan dos de las herramientas más efectivas en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): la activación conductual y la exposición.

3.2.1 Activación conductual

La activación conductual es una técnica fundamental en el tratamiento de la depresión, aunque también ha demostrado efectividad en otros trastornos. Se basa en la idea de que los estados de ánimo negativos están relacionados con la reducción de actividades placenteras o significativas, lo que genera un círculo vicioso de evitación, aislamiento y pérdida de sentido. A través de esta técnica, el paciente comienza a programar acciones que, aunque al inicio no le resulten atractivas, pueden restaurar el interés, la motivación y el bienestar general.

Objetivos principales:

- Incrementar la frecuencia de actividades reforzantes.
- Disminuir conductas de evitación o pasividad.
- Recuperar el sentido de agencia en la vida cotidiana.

Pasos de aplicación:

1. **Monitoreo de actividades diarias:** Durante una semana, el paciente registra qué hace cada hora y cómo se siente después.
2. **Identificación de patrones**: Se detectan momentos de inactividad, aislamiento o aumento del malestar tras ciertas rutinas.

3. **Selección de actividades significativas:** Se eligen tareas agradables (caminar, escuchar música) y actividades con sentido (cumplir metas, cuidar a alguien).
4. **Programación estructurada:** Se calendarizan las actividades priorizadas, iniciando con tareas de bajo esfuerzo y alto refuerzo.
5. **Evaluación de resultados:** Se revisa el impacto de cada actividad sobre el estado de ánimo y se ajusta el plan.

Ejemplo clínico:

Mateo, un joven diagnosticado con depresión moderada, pasaba la mayor parte del día en cama. Su plan de activación conductual comenzó con tareas simples como ducharse antes de las 10 a.m., salir a caminar 10 minutos al día y ordenar su habitación. A lo largo de las semanas, y pese a la falta inicial de motivación, Mateo comenzó a notar mejoras en su energía, autoestima y conexión con su entorno.

Relación con el aprendizaje por reforzamiento:

Esta técnica se sustenta en el condicionamiento operante: las actividades que generan consecuencias positivas tienden a repetirse. Incluso cuando el reforzador no es inmediato (como el placer), la sensación de logro y control puede actuar como un refuerzo suficiente para sostener el comportamiento. En términos neuropsicológicos, la activación conductual estimula circuitos dopaminérgicos que se ven deprimidos en estados de inactividad crónica.

Cuándo y cómo aplicarla:

La activación conductual es particularmente eficaz cuando el paciente presenta síntomas de anhedonia, pasividad o desmotivación. No requiere insight profundo, por lo que puede iniciarse desde las primeras sesiones. Sin embargo, requiere supervisión continua, ya que algunas actividades podrían no ser reforzantes para ciertos perfiles o incluso resultar contraproducentes si no son realistas para el estado del paciente.

Denecke et al. (2022) observaron que la activación conductual es una de las técnicas más comunes integradas en apps de salud mental con enfoque en TCC. A pesar de su aparente simplicidad, su implementación requiere una adaptación cuidadosa a cada paciente, especialmente en entornos automatizados.

3.2.2 Exposición

La técnica de exposición se utiliza principalmente para tratar trastornos de ansiedad, fobias específicas, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y estrés postraumático. Su principio básico es que la evitación mantiene la ansiedad y que enfrentar los estímulos temidos permite una habituación progresiva y una reevaluación cognitiva de la amenaza percibida.

Objetivos principales:

- Reducir la respuesta de ansiedad ante estímulos específicos.
- Modificar creencias catastrofistas asociadas al estímulo.
- Recuperar la funcionalidad deteriorada por la evitación.

Pasos de aplicación:

1. **Evaluación de los estímulos temidos:** Se identifica con precisión aquello que el paciente evita o teme.
2. **Construcción de jerarquía de exposición:** Se ordenan los estímulos según el nivel de ansiedad que generan, desde los más tolerables hasta los más intensos.
3. **Diseño del plan de exposición:** Se definen contextos, duración, frecuencia y formas de exposición (en vivo, imaginada, virtual).
4. **Aplicación sistemática:** El paciente se enfrenta gradualmente a cada estímulo de la jerarquía, sin usar conductas de seguridad.
5. **Monitoreo y reevaluación:** Se observan las respuestas emocionales y se ajustan los niveles de dificultad.

Ejemplo clínico:

Natalia, una mujer con fobia a hablar en público, evitaba cualquier situación que implicara exposición verbal. Se construyó una jerarquía que comenzó con leer en voz alta frente al espejo, luego grabarse y escuchar su voz, hasta culminar con la presentación de un tema en un grupo reducido. El proceso expuso su sistema de creencias (“si me trabo, me van a juzgar”) a la prueba de la realidad, permitiendo la reestructuración cognitiva desde la experiencia directa.

Relación con el aprendizaje por reforzamiento:

La exposición rompe la asociación entre el estímulo temido y la respuesta de evitación, permitiendo un nuevo aprendizaje basado en la extinción de la ansiedad. A través del contacto repetido sin consecuencias catastróficas, se debilita la conexión previa y se construye una respuesta emocional más neutral o incluso positiva.

Cuándo y cómo aplicarla:

Debe evitarse en fases de crisis aguda, trastornos psicóticos descompensados o cuando el paciente no ha desarrollado habilidades de regulación emocional básicas. Requiere consentimiento informado, monitoreo cercano y una preparación cuidadosa para evitar retraumatización. En ambientes digitales, su implementación ha sido explorada con éxito en entornos simulados o realidad virtual, aunque siempre se enfatiza la necesidad de una guía profesional.

Martinengo et al. (2021) advirtieron que, si bien muchas aplicaciones móviles afirman usar exposición, pocas lo hacen de manera estructurada y con evidencia respaldatoria. La ausencia de seguimiento clínico puede reducir su efectividad o generar frustración en los usuarios. Estos hallazgos refuerzan la importancia de mantener el criterio clínico en la selección y aplicación de técnicas, incluso cuando se utiliza tecnología.

Las técnicas conductuales son esenciales en el arsenal terapéutico. A diferencia de otras intervenciones más introspectivas, permiten trabajar desde la acción, involucrando al cuerpo, la rutina y la experiencia directa como agentes de cambio. Su eficacia ha sido ampliamente respaldada en estudios clínicos y revisiones sistemáticas. No obstante, su verdadero valor no radica en la cantidad de veces que se repite una tarea, sino en la calidad del acompañamiento terapéutico y en el sentido personal que el paciente pueda reconstruir a partir de cada pequeño paso.

3.3 Imágenes mentales

El trabajo con imágenes mentales permite acceder a contenidos emocionales profundos que no siempre se expresan en palabras. Estas representaciones internas suelen estar vinculadas a experiencias significativas y pueden influir intensamente en la respuesta emocional. En terapia, las imágenes pueden ser utilizadas tanto para explorar como para modificar experiencias internas. Técnicas como la reestructuración de imágenes o la visualización guiada permiten transformar significados asociados a recuerdos o anticipaciones.

Este abordaje complementa el trabajo cognitivo tradicional, integrando componentes emocionales y sensoriales que enriquecen la intervención clínica.

Las imágenes mentales no son solo recuerdos visuales: son experiencias sensoriales internas que pueden activar emociones intensas, tanto positivas como negativas. En la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), las técnicas de imaginería se han convertido en herramientas versátiles y poderosas que permiten al terapeuta trabajar con material emocional profundo sin necesidad de recurrir únicamente al lenguaje verbal. A través de la recreación guiada de escenas, el paciente puede resignificar traumas, elaborar conflictos, experimentar seguridad o ensayar conductas alternativas. Esta sección explora cómo la imaginería puede convertirse en un canal de cambio terapéutico profundo.

¿Qué es la imaginería en TCC?

La imaginería en TCC se refiere a la utilización consciente y dirigida de imágenes mentales para explorar, modificar o ensayar situaciones relevantes para el tratamiento. No se limita a “imaginar cosas bonitas”; se trata de recrear experiencias sensoriales que conecten con emociones auténticas y permitan nuevas asociaciones cognitivas. La técnica puede aplicarse en trastornos de ansiedad, estrés postraumático, depresión, pesadillas recurrentes y dificultades relacionales.

Tipos de imágenes utilizadas:

- **Imágenes retrospectivas:** recuerdos de eventos pasados que aún generan malestar o confusión.
- **Imágenes prospectivas:** anticipación de eventos futuros temidos o deseados.
- **Imágenes simbólicas:** representaciones metafóricas del estado emocional o conflictos internos.

Aplicaciones clínicas:

El uso terapéutico de la imaginería permite trabajar con emociones que son difíciles de verbalizar. Por ejemplo, en pacientes con trauma, la visualización de una escena puede activar respuestas fisiológicas similares a las del evento original, lo que ofrece la oportunidad de resignificar la experiencia con apoyo terapéutico.

En el estudio de Albanese et al. (2022), se empleó la técnica Nightmare Rescripting como forma de intervención basada en imágenes mentales. Esta técnica, utilizada para reescribir pesadillas en pacientes con trauma, demostró una reducción significativa en la frecuencia y malestar

asociado a los sueños intrusivos. Los autores destacaron que el rediseño guiado de escenas oníricas permitió al paciente recuperar el control emocional dentro del sueño y también en su vida diaria.

Conexión entre imágenes y emociones intensas

Las imágenes mentales están estrechamente vinculadas al sistema límbico, particularmente a la amígdala, que procesa las señales de amenaza. Por eso, cuando un paciente revive una escena dolorosa a través de la imaginería, puede experimentar reacciones similares a las que tuvo en el evento real: sudoración, taquicardia, llanto o congelamiento. Lejos de ser una desventaja, esta conexión intensa puede ser utilizada terapéuticamente para trabajar sobre la memoria emocional.

Ejemplo clínico:

Javiera, una mujer con ansiedad social, relataba recuerdos de humillación en la escuela. A través de una técnica de imaginería guiada, se le pidió visualizar la escena como si la observara desde fuera. Luego, se le invitó a imaginar cómo habría actuado si contara con los recursos que tiene ahora. Esta intervención generó un cambio emocional profundo: pasó de la vergüenza a la compasión por su versión infantil y ganó perspectiva sobre el impacto del bullying en su autoestima.

Advertencia clínica:

No todos los pacientes tienen la misma capacidad de visualización. En personas con afantasia (dificultad para generar imágenes mentales), las técnicas de imaginería deben adaptarse o sustituirse. En un estudio

reciente de Mawtus et al. (2024), se identificó que incluso en ausencia de imágenes mentales visuales, los pacientes podían beneficiarse de narrativas sensoriales guiadas o trabajo con emociones activadas a través de sonidos y palabras.

Técnica guiada paso a paso

La imaginería terapéutica no se improvisa. Requiere preparación, contención emocional y una estructura clara. A continuación, se detalla un protocolo de aplicación básica:

1. **Preparación del ambiente:** Se crea un entorno seguro, tranquilo y sin distracciones. Se explica al paciente el objetivo y se solicita su consentimiento.
2. **Inducción al estado relajado:** A través de respiración profunda o escaneo corporal, se facilita la conexión con el mundo interno.
3. **Guía narrativa:** El terapeuta introduce de forma progresiva la escena a trabajar, usando lenguaje sensorial (colores, sonidos, temperatura, olores).
4. **Exploración emocional:** Se permite que el paciente observe, sienta y describa lo que sucede en la escena.
5. **Intervención o modificación:** Se puede introducir un recurso protector (una figura de apoyo, una acción diferente) o reescribir la escena desde un nuevo lugar emocional.
6. **Cierre y contención:** Se extrae al paciente de la escena de forma cuidadosa y se explora lo vivido. Se ofrece espacio para verbalizar o dibujar la experiencia.

Ejemplo guiado:

En una intervención con un paciente con ansiedad anticipatoria ante una cirugía, se utilizó imaginería prospectiva. El paciente visualizó paso a paso el proceso hospitalario, guiado por la voz del terapeuta. Al incluir imágenes de apoyo (el equipo médico cuidando de él, un familiar esperándolo) y activar recursos internos de afrontamiento, el paciente reportó una disminución significativa de la ansiedad en los días previos a la operación.

Ejercicios aplicables

Ejercicio 1: El Refugio Seguro

- **Objetivo:** crear una imagen mental asociada con calma y protección.
  Aplicación: especialmente útil en pacientes con trauma complejo o trastornos de ansiedad generalizada.

Ejercicio 2: La línea del tiempo

- **Objetivo:** representar en una secuencia imágenes de eventos pasados, presentes y futuros.
  Aplicación: permite visualizar avances, recursos adquiridos y proyecciones deseadas.

Ejercicio 3: Reescritura emocional

- **Objetivo:** volver a una escena dolorosa y modificarla con herramientas emocionales actuales.
  Aplicación: usado en casos de duelo, traumas relacionales o experiencias de humillación.

Ejercicio 4: El yo valiente

- **Objetivo:** visualizarse actuando con seguridad y claridad en una situación difícil.
  Aplicación: útil para trabajar la autoeficacia antes de eventos desafiantes (entrevistas, exámenes, confrontaciones).

Las imágenes mentales bien conducidas no son evasión ni fantasía: son una puerta directa al universo emocional profundo de cada paciente. Al trabajar con ellas, el terapeuta entra en un terreno simbólico y experiencial que puede transformar no solo el síntoma, sino el modo en que la persona se relaciona con su historia, su presente y sus posibilidades futuras.

3.4 Intervención con pacientes en riesgo suicida

La intervención con pacientes en riesgo suicida requiere una aplicación cuidadosa y estructurada de las técnicas terapéuticas. En estos casos, el trabajo cognitivo se orienta a identificar pensamientos de desesperanza, inutilidad o carga percibida.

Además, es fundamental fortalecer recursos de afrontamiento, redes de apoyo y estrategias de regulación emocional. La combinación de técnicas cognitivas y conductuales permite intervenir de manera integral en situaciones de alta vulnerabilidad.

El abordaje debe ser siempre ético, empático y centrado en la seguridad del paciente, priorizando la contención y el acompañamiento constante.

La intervención con pacientes en riesgo suicida es una de las tareas más delicadas y exigentes en la práctica clínica. A diferencia de otras formas de intervención terapéutica, aquí la prioridad no es únicamente el alivio del malestar emocional, sino la preservación de la vida. Esta labor implica responsabilidad ética, preparación técnica y contención emocional. El terapeuta no solo evalúa síntomas: contiene, acompaña, decide con urgencia y comunica con humanidad.

Marco ético y legal

El abordaje del riesgo suicida se realiza en un cruce complejo entre la autonomía del paciente, el principio de beneficencia y la responsabilidad profesional. En la mayoría de los países, el terapeuta está legal y éticamente obligado a actuar en caso de riesgo inminente, incluso si eso implica romper la confidencialidad.

Consideraciones fundamentales:

- **Consentimiento informado:** debe dejar claro que, en situaciones de riesgo vital, el terapeuta puede actuar para proteger al paciente, informando a familiares o servicios de emergencia.
- **Registro clínico riguroso:** documentar señales de riesgo, decisiones tomadas, comunicaciones realizadas y plan de seguimiento.
- **Colaboración interdisciplinaria:** en estos casos, el trabajo en red con psiquiatras, médicos de emergencia, familiares o redes de apoyo es fundamental.

- **Autocuidado profesional:** el terapeuta también necesita espacios de supervisión o coevaluación para manejar la carga emocional que conlleva trabajar con estas situaciones.

Denecke et al. (2022) destacan la necesidad de que las intervenciones digitales que incorporen TCC cuenten con sistemas de alerta en casos de autolesión o ideación suicida. Su revisión mostró que muchas apps carecen de protocolos ante eventos críticos, lo cual representa un riesgo ético si no se advierte previamente al usuario.

Estrategias clínicas de contención

Contener a un paciente en riesgo suicida no significa solo escucharlo o convencerlo de no actuar. Es una intervención activa que requiere:

1. **Evaluación del riesgo:** Determinar la presencia de ideación suicida, plan concreto, acceso a medios letales, historia de intentos previos y factores protectores.
2. **Generación de alianza terapéutica sólida:** Una relación genuina y no juzgadora es un factor protector en sí mismo.
3. **Elaboración de un plan de seguridad:** Acordar con el paciente pasos a seguir si aumenta el riesgo. Incluir números de contacto, espacios seguros y señales de alerta.
4. **Contratos de no agresión (cuando aplica):** Acordar verbal o por escrito que el paciente se compromete a no actuar sin hablar primero con el terapeuta.
5. **Intervenciones directas:** Si el riesgo es inminente, contactar a redes de emergencia o profesionales médicos sin demoras.

En el estudio de Karkosz et al. (2024), se integraron aplicaciones móviles con protocolos de intervención en usuarios con sintomatología depresiva. El uso de herramientas como PHQ-9 permitió detectar ideación suicida a tiempo, lo cual posibilitó derivaciones tempranas y estrategias de seguimiento adaptadas. Aunque los efectos fueron similares entre grupos de intervención presencial y digital, los autores subrayan que la presencia de un terapeuta humano es clave en la gestión del riesgo real, incluso cuando se usan tecnologías.

Caso simulado: intervención en crisis

Contexto clínico:

Sandra, de 27 años, asiste a consulta por ansiedad generalizada. En la cuarta sesión, expresa entre lágrimas que ha pensado en "dejar de vivir porque nada tiene sentido". El terapeuta detiene la sesión estructurada y comienza un proceso de evaluación.

Evaluación:

- ¿Ha pensado en cómo hacerlo? → "Sí, con pastillas".
- ¿Tiene acceso al método? → "Sí, las tengo en casa".
- ¿Ha tenido intentos previos? → "Una vez en la universidad".
- ¿Tiene alguien con quien hablar? → "Mi hermana, pero no quiero preocuparla".

Intervención inmediata:

- Se activa el plan de seguridad: se acuerda retirar las pastillas, contactar a su hermana y agendar una consulta con psiquiatría.

- Se refuerza la contención: se le comunica a Sandra que no está sola, que hay estrategias y que se le acompañará.
- Se agenda una sesión de seguimiento en 48 horas.

Resultado:

En las siguientes sesiones, Sandra relata sentirse más aliviada al hablar del tema y agradecida por no haber sido juzgada. La derivación psiquiátrica se concretó y se estableció un trabajo conjunto entre profesionales.

Este tipo de intervención demuestra que actuar con firmeza, respeto y calidez puede ser decisivo en momentos críticos. No se trata de "convencer" al paciente, sino de sostenerlo mientras vuelve a conectar con algo que lo mantenga en la vida.

El rol del terapeuta como contenedor

El terapeuta, en estos contextos, se convierte en un espacio de sostén emocional y ético. Su tarea no es resolver el dolor del paciente, sino ofrecer una presencia estable, atenta y segura. Contener no significa frenar las emociones, sino poder acompañarlas sin ser arrastrado por ellas.

Marshall et al. (2020) advirtieron que muchas aplicaciones de salud mental para ansiedad y depresión no incluyen medidas de contención adecuadas ni derivación frente a ideación suicida. Solo un pequeño porcentaje de apps estudiadas tenía evidencia científica de sus

protocolos. Esto refuerza la idea de que la tecnología no sustituye al vínculo humano, especialmente cuando está en juego la vida.

También Martinengo et al. (2021) señalaron la importancia de que las técnicas de TCC utilizadas en plataformas digitales se acompañen de mecanismos de seguridad claros. La automatización puede ofrecer herramientas, pero el juicio clínico sigue siendo irremplazable para valorar el riesgo.

Por otro lado, el estudio de Serretti (2023) sobre anhedonia muestra cómo esta condición —ausencia de placer o interés por la vida— se asocia con mayor riesgo suicida, incluso en ausencia de síntomas depresivos intensos. Esta alerta clínica enfatiza que la evaluación del riesgo no puede depender solo de la intensidad del sufrimiento expresado verbalmente. A veces, la desconexión emocional profunda puede esconder el mayor peligro.

La intervención con pacientes en riesgo suicida requiere algo más que técnica: demanda presencia, humanidad y criterio ético. No se trata solo de evitar la muerte, sino de restaurar una posibilidad vital en el corazón del paciente. Acompañar en esos momentos es uno de los actos más significativos del trabajo terapéutico. Saber hacerlo bien puede marcar la diferencia entre una vida interrumpida y una historia que se transforma.

3.5 Criterios para seleccionar técnicas

La selección de técnicas en terapia cognitiva no es un proceso estandarizado, sino que depende de múltiples variables como el

diagnóstico, características del paciente, objetivos terapéuticos y contexto.

Un terapeuta competente evalúa continuamente la eficacia de las intervenciones y ajusta las estrategias según la respuesta del paciente. Esta flexibilidad permite optimizar el proceso terapéutico y aumentar la probabilidad de éxito.

En este sentido, la integración de técnicas cognitivas, conductuales y emocionales constituye una base sólida para una intervención personalizada y efectiva.

La efectividad de una intervención terapéutica no reside únicamente en la técnica elegida, sino en cuándo, cómo y para quién se aplica. En la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), el terapeuta no debe funcionar como un aplicador mecánico de protocolos, sino como un profesional capaz de elegir con criterio clínico, ético y personalizado la herramienta adecuada según el caso. Esta sección propone orientaciones prácticas para la selección de técnicas, comparaciones útiles, y ejercicios para fortalecer el juicio clínico de los terapeutas en formación.

¿Cómo decidir qué técnica aplicar?

La elección de una técnica debe responder a múltiples variables. No existe una receta universal, sino criterios que orientan:

1. **Tipo de problema psicológico predominante:**

- Pensamientos automáticos → técnicas cognitivas (reestructuración, debate socrático).

- Conductas de evitación o pasividad → técnicas conductuales (activación, exposición).
- Emociones intensas o trauma → imaginería guiada.
- Riesgo suicida → intervención en crisis, contención, plan de seguridad.

2. Nivel de insight o metacognición del paciente:

- **Alto insight** → se puede trabajar con técnicas cognitivas abstractas y simbólicas.
- **Bajo insight** → iniciar por técnicas conductuales observables y concretas.

3. Nivel de activación emocional:

- **Muy elevado** → evitar técnicas confrontativas, priorizar regulación emocional y vínculo.
- **Muy bajo (anhedonia)** → activar con tareas placenteras y exploración de valores.

4. Urgencia clínica:

- **Riesgo suicida** → intervención inmediata, coordinación externa, monitoreo intensivo.
- **Cuadro crónico sin urgencia** → mayor margen para construir insight y autonomía.

5. Perfil personal del paciente:

- **Personas visuales** → responderán mejor a imaginería.
- **Pacientes verbales** → aprovechar debate socrático.
- **Pacientes kinestésicos** → trabajar desde la acción (activación, exposición, dramatización).

Comparación entre técnicas

Tabla 3. Tabla comparativa como referencia clínica.

Técnica	Indicada para	Requiere insight	Aplicación inicial	Riesgo asociado si se aplica mal
Reestructuración cognitiva	Pensamientos automáticos disfuncionales	Medio	Media	Puede intelectualizar sin cambio emocional real
Debate socrático	Creencias rígidas, pensamiento polarizado	Alto	Avanzada	Puede generar resistencia si se siente confrontativo
Flechas descendentes	Identificación de creencias nucleares	Alto	Media	Riesgo de activación emocional sin contención
Activación conductual	Anhedonia, pasividad, retraimiento	Bajo	Inicial	Riesgo de frustración si no hay refuerzo visible
Exposición	Evitación, fobias, ansiedad	Medio	Progresiva	Puede generar retraumatización si es abrupta
Imaginería guiada	Trauma, duelo, bloqueos emocionales	Medio-Alto	Media	Requiere contención emocional precisa
Intervención suicida	Ideación suicida, crisis existencial	Bajo	Inmediata	Inacción o subestimación del riesgo vital

Nota. Elaboración propia a partir de la sistematización de criterios clínicos descritos en estudios sobre TCC aplicados en entornos digitales y presenciales (Denecke et al., 2022; Karkosz et al., 2024; Martinengo et al., 2021).

Relación con los objetivos del paciente

La técnica no debe elegirse solo en función del síntoma, sino también del objetivo terapéutico explícito o implícito del paciente. Por ejemplo:

- Si alguien busca recuperar funcionalidad, conviene comenzar con activación conductual o técnicas de rutina.
- Si busca entender por qué repite ciertos patrones, puede ser valioso usar flechas descendentes y debate socrático.
- Si el objetivo es liberarse de un recuerdo traumático, las técnicas de imaginería y resignificación tienen alta potencia.
- Si el paciente necesita sostén emocional urgente, la prioridad será contener, escuchar, y mantenerlo a salvo.

La escucha activa y la claridad en la formulación de objetivos permitirán que la técnica se alinee con las necesidades reales de la persona. En el estudio de Karkosz et al. (2024), por ejemplo, se observó que la combinación de estrategias según el perfil de usuario —emocional, conductual o reflexivo— era clave para el éxito terapéutico en entornos digitales. Esto refuerza que no se trata de aplicar más técnicas, sino de aplicar mejor.

Ejercicio clínico: práctica de selección de técnica

Este ejercicio está diseñado para fortalecer la capacidad de análisis clínico de estudiantes y terapeutas en formación. Se puede aplicar en clases, talleres o supervisiones.

Instrucciones:

1. Lee el siguiente caso clínico simulado:

“Carlos, de 32 años, acude a consulta por ansiedad constante en el trabajo. Refiere que teme cometer errores y ser despedido. Piensa

continuamente que sus jefes están insatisfechos con su desempeño. Ha dejado de participar en reuniones y evita hablar en público. Reconoce que sus pensamientos son irracionales, pero no puede frenarlos. No presenta síntomas depresivos ni ideas suicidas."

2. **Analiza las siguientes variables:**

- ¿Qué tipo de problema predomina?
- ¿Qué nivel de insight tiene?
- ¿Cuál es la urgencia clínica?

3. **¿Qué técnicas podrían aplicarse? ¿Por qué?**

Elabora un plan de intervención inicial (2 a 3 sesiones), justificando la elección de cada técnica.

Este tipo de ejercicios permite integrar teoría y práctica, afinar el criterio y tomar conciencia del impacto que tiene la elección de técnicas sobre el proceso terapéutico. Como subraya Martinengo et al. (2021), incluso en aplicaciones de TCC autoguiadas, los mejores resultados se asocian a una selección coherente y adaptativa de técnicas, no a la acumulación indiscriminada de herramientas.

Elegir una técnica es elegir un camino. No se trata de usar la más popular, la más compleja o la que el terapeuta domina más, sino la que el paciente necesita. Esta decisión, aunque técnica, es también ética: implica responsabilidad, respeto por la singularidad del otro y compromiso con su proceso de cambio. Desarrollar este criterio clínico es parte del crecimiento del terapeuta, y una de las competencias más valiosas que puede cultivar.

3.6 Reflexiones finales

La terapia psicológica no se construye únicamente sobre conocimientos técnicos, sino sobre encuentros humanos. A lo largo de este capítulo se han descrito diversas herramientas de intervención propias de la Terapia Cognitivo-Conductual, organizadas en torno a sus dimensiones cognitivas, conductuales, emocionales y éticas. Sin embargo, más allá de la técnica, lo que sostiene el proceso terapéutico es la mirada del terapeuta, su capacidad de escuchar con profundidad, de acompañar sin imponer, de estar presente incluso en los silencios.

Cada paciente llega a consulta con una historia que no ha podido ser dicha del todo. A veces es una creencia silenciosa que ha crecido desde la infancia, una emoción que se repite sin razón aparente, o un comportamiento no adaptado al entorno. Las técnicas revisadas aquí ofrecen caminos para acercarse a esa historia, no para corregirla desde fuera, sino para comprenderla desde dentro y permitir que emerja una narrativa más libre, más habitable.

La reestructuración cognitiva y el debate socrático permiten cuestionar lo que parecía incuestionable. La activación conductual y la exposición invitan al movimiento cuando todo en el cuerpo pide detenerse. Las imágenes mentales abren espacio al lenguaje simbólico y emocional, y la intervención en crisis nos recuerda el valor innegociable de la vida humana. La selección de cada herramienta no es un acto técnico, sino una decisión profundamente ética: ¿Qué necesita esta persona hoy? ¿Qué puede recibir? ¿Qué está lista para construir?

Este capítulo no pretende dar respuestas cerradas, sino ofrecer marcos de acción y reflexión. Porque al final, el trabajo clínico es un arte que se ejercita con práctica, supervisión y humildad. No todo paciente encajará en un protocolo, y no toda sesión requerirá una técnica. A veces, lo más terapéutico será una pregunta, una pausa o un silencio compartido.

En un mundo que acelera y automatiza, la terapia sigue siendo un espacio para lo humano. Un lugar donde el sufrimiento encuentra palabras, donde la esperanza se cultiva en pequeños gestos, y donde el cambio se vuelve posible porque alguien cree que vale la pena intentarlo. Que estas herramientas sirvan no solo para intervenir, sino para cuidar. Que cada técnica se convierta en puente, y cada sesión en oportunidad.

CAPÍTULO 4

4 PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA: DISEÑO Y SESIONES

4.1 Fases de la terapia

Las fases de la terapia permiten organizar el proceso clínico de manera estructurada y comprensible tanto para el terapeuta como para el paciente. Cada fase cumple una función específica, desde la evaluación inicial hasta la consolidación de cambios, facilitando una intervención progresiva y coherente.
En la práctica, estas fases no son rígidas, sino que pueden adaptarse según las necesidades del paciente. Algunos procesos requieren mayor tiempo en la evaluación, mientras que otros avanzan rápidamente hacia la intervención activa.

Esta organización favorece una visión clara del proceso terapéutico, permitiendo monitorear avances y ajustar estrategias de manera continua.

La práctica clínica profesional se sostiene en la capacidad de planificar y secuenciar adecuadamente el proceso terapéutico. Dividir la terapia en fases es una herramienta fundamental que permite al terapeuta comprender y conducir el tratamiento con coherencia, ajustando los objetivos y las estrategias a lo largo del tiempo. Lejos de ser una estructura rígida, las fases ofrecen una guía flexible y adaptativa, capaz de responder a las particularidades de cada caso. A continuación, se expone un modelo de tres fases: inicio, desarrollo y cierre, con base en evidencia empírica y experiencias clínicas actuales.

4.1.1 Fase de inicio: vinculación, evaluación y establecimiento de objetivos

El primer contacto terapéutico marca el tono del proceso. Esta etapa tiene como foco la creación de una alianza terapéutica sólida, el establecimiento del encuadre clínico y la recolección de información para una evaluación diagnóstica inicial. La relación de confianza es el pilar sobre el cual se construye todo el trabajo posterior. Si esta base no es sólida, cualquier técnica pierde eficacia, por más rigurosa que sea.

En esta fase, se aplican entrevistas estructuradas o semiestructuradas, cuestionarios validados y técnicas de observación clínica. La entrevista clínica cumple un papel crucial, no solo para obtener información relevante, sino también para que el paciente se sienta escuchado y comprendido. El trabajo de Wang y Ni (2022), al explorar la relación entre depresión y enfermedades crónicas como la osteoartritis, resalta la importancia de una evaluación que considere tanto los factores biológicos como los psicosociales, particularmente en pacientes que presentan múltiples fuentes de malestar.

La aplicación de instrumentos como el PHQ-9, el CES-D o escalas específicas para ansiedad o disfunción familiar, puede ayudar a delimitar el perfil clínico. Además, es conveniente recabar información contextual: redes de apoyo, antecedentes traumáticos, dinámicas familiares y ocupacionales. Esta evaluación debe permitir al terapeuta construir una hipótesis de trabajo y acordar con el paciente unos primeros objetivos terapéuticos. Estos objetivos deben cumplir criterios

SMART: ser específicos, medibles, alcanzables, realistas y con un marco temporal definido.

Un ejemplo práctico puede encontrarse en terapias con adolescentes que presentan síntomas ansiosos. El objetivo inicial podría ser: "Incrementar el uso de estrategias de regulación emocional durante situaciones de evaluación escolar en un plazo de 4 semanas".

4.1.2 Fase de desarrollo: intervención activa, ajuste y monitoreo

Con la relación terapéutica establecida y los objetivos definidos, se pasa a la fase de intervención. Aquí, el terapeuta introduce las técnicas y estrategias adecuadas según el modelo teórico que sustenta su práctica: cognitivo-conductual, humanista, sistémico, psicoanalítico, entre otros. No obstante, más allá del enfoque, esta etapa exige una actitud flexible, reflexiva y empática por parte del terapeuta.

Una estrategia clave en esta fase es el uso combinado de técnicas que respondan a las necesidades específicas del paciente. Tal como indican Ghai et al. (2022), la combinación de enfoques farmacológicos y no farmacológicos puede resultar especialmente efectiva en el tratamiento del dolor crónico y el malestar emocional asociado. En su revisión sobre estrategias para disminuir el uso de opioides, recomiendan intervenciones como la acupuntura, la hipnosis, la terapia cognitivo-conductual y la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), todas enmarcadas en un enfoque de atención integral.

En el caso de la depresión, por ejemplo, pueden aplicarse técnicas como la identificación de pensamientos automáticos, la reestructuración

cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales o el uso de la activación conductual. Si se trata de pacientes con fobias o ansiedad social, las exposiciones graduadas, el modelado o los juegos de rol se vuelven especialmente útiles. Lo importante es mantener un monitoreo continuo, ajustando las intervenciones si no se observan avances significativos o si surgen nuevas variables.

Durante esta etapa, también pueden emerger resistencias al cambio: sabotajes sutiles, ausencias, racionalizaciones, silencios. Lejos de ser interpretadas como fracasos, estas resistencias deben entenderse como parte natural del proceso terapéutico, signos de que el paciente está enfrentando conflictos profundos.

Un ejemplo concreto de transición en esta fase sería el momento en que un paciente comienza a verbalizar emociones que antes reprimía o cuando muestra la iniciativa de aplicar en su vida diaria estrategias trabajadas en sesión. Estos hitos deben ser reconocidos y reforzados, ya que indican avances sustanciales hacia la autonomía emocional.

4.1.3 Fase de cierre: integración, despedida y seguimiento

El cierre de un proceso terapéutico no debe entenderse como el final de un camino, sino como el inicio de una nueva etapa en la vida del paciente. Es el momento en que se consolidan los logros, se reafirman los recursos desarrollados y se promueve la autonomía emocional.

En esta fase, es común que el paciente experimente ambivalencias: gratitud, temor al cambio, nostalgia por el vínculo establecido. Estas emociones deben ser contenidas y trabajadas desde una actitud

respetuosa. El terapeuta debe reforzar la idea de que el proceso ha dotado al paciente de herramientas propias y que el acompañamiento profesional no es eterno, sino transitorio.

Anzellotti et al. (2020), al analizar el abordaje terapéutico de las crisis psicógenas, sugieren que los planes de seguimiento pueden ser esenciales en pacientes con cuadros complejos o sintomatología fluctuante. Establecer sesiones de seguimiento a 1, 3 o 6 meses puede ofrecer al paciente un espacio seguro donde validar avances y resolver dudas puntuales.

Un recurso eficaz en esta etapa consiste en realizar una revisión del camino recorrido. Preguntas como "¿Qué logros destacas del proceso?", "¿Qué te gustaría seguir trabajando por tu cuenta?", o "¿Qué mensaje le darías a tu yo del inicio de la terapia?" pueden ayudar a sellar la experiencia de forma significativa.

Recomendaciones prácticas para la transición entre fases

Uno de los desafíos más importantes en la planificación terapéutica es reconocer los momentos oportunos para transitar de una fase a otra. A continuación, se ofrecen recomendaciones específicas para facilitar este proceso:

- **Del inicio al desarrollo:** Este cambio puede marcarse cuando el paciente muestra apertura al trabajo emocional profundo, comprende su problemática y se compromete con los objetivos. El terapeuta puede explicitar: "Hasta ahora nos hemos enfocado en entender tu situación. A partir de la próxima sesión,

comenzaremos a aplicar estrategias específicas para abordar lo que te está afectando".

- **Del desarrollo al cierre:** Esta transición se da cuando se han alcanzado las metas planteadas, el paciente se siente capaz de gestionar sus dificultades y hay una disminución sostenida de los síntomas. El terapeuta puede introducir el cierre de forma progresiva, reduciendo la frecuencia de sesiones o planteando actividades de consolidación.
- **Uso de herramientas auxiliares:** Fichas de seguimiento, autorregistros, escalas de autoevaluación y bitácoras terapéuticas son útiles para objetivar el progreso y fortalecer el compromiso del paciente con su proceso.
- **Atención al ritmo individual:** No todos los pacientes avanzan al mismo ritmo. Algunos pueden necesitar más tiempo en la fase inicial por experiencias traumáticas previas o diagnósticos duales. Tal como reportan Robinson, Kellett y Delgadillo (2020), los niveles de sintomatología inicial inciden en la respuesta al tratamiento y en la duración óptima del mismo, lo cual refuerza la necesidad de una planificación sensible y adaptativa.

Esta mirada por fases no debe ser entendida como un protocolo fijo, sino como una herramienta que permite adaptar el camino terapéutico a las necesidades reales de cada persona. La planificación, cuando es acompañada por una escucha activa, sensibilidad clínica y conocimiento técnico, se transforma en un mapa flexible que guía al paciente desde el malestar hacia su propio crecimiento.

4.2 Estructura de la sesión terapéutica

Una sesión de TCC necesita dirección, pero no rigidez. La estructura sirve para que terapeuta y paciente sepan qué se está trabajando, revisen lo ocurrido entre sesiones y aprovechen el tiempo disponible sin perder la posibilidad de atender un acontecimiento relevante que aparezca durante el encuentro. En términos prácticos, organizar la sesión ayuda a sostener la continuidad del tratamiento y hace visible el vínculo entre los objetivos acordados y las tareas clínicas que se realizan.

El diseño de la sesión terapéutica es una habilidad clínica esencial que permite traducir la planificación general del tratamiento en encuentros efectivos y significativos. Lejos de constituir una secuencia rígida, la estructura actúa como un marco flexible que facilita la conexión, el abordaje focalizado del malestar y la consolidación del proceso de cambio. Múltiples investigaciones han mostrado que contar con una estructura previsible y consistente favorece la alianza terapéutica, el cumplimiento de objetivos y la satisfacción del paciente (Murphy et al., 2022).

4.2.1 Elementos fundamentales de una sesión

Una sesión terapéutica estándar suele dividirse en cinco momentos que, aunque adaptables a cada enfoque o población, comparten una lógica funcional común: establecer vínculo, revisar progresos, definir un foco, intervenir y cerrar. Según Gautam et al. (2020), en el contexto de la terapia cognitivo-conductual, esta secuencia ha demostrado ser altamente efectiva tanto en formatos individuales como grupales.

4.2.1.1 Acogida inicial y conexión emocional

El inicio de la sesión cumple una función clínica que va más allá del saludo. Es el momento de reconocer cómo llega el paciente, detectar cambios importantes desde el encuentro anterior y recuperar el vínculo de trabajo. Una acogida atenta permite decidir si la agenda prevista puede mantenerse o si existe alguna situación que requiere prioridad antes de continuar.

Los primeros minutos de la sesión están dedicados a establecer una atmósfera de contención y escucha activa. Aquí, el terapeuta valida el estado emocional del paciente, explora eventos relevantes ocurridos desde el último encuentro y establece una base empática sobre la cual sostener el trabajo posterior. Murphy et al. (2022) destacan que la calidad del vínculo temprano —definido como rapport— tiene un impacto directo en la disposición del paciente a participar activamente del proceso terapéutico.

4.2.1.2 Revisión de tareas y monitoreo de síntomas

Revisar lo ocurrido entre sesiones permite saber qué funcionó, qué resultó difícil y qué información nueva aporta la experiencia cotidiana del paciente. La tarea no debería evaluarse como una obligación cumplida o incumplida; cuando no se realiza, también ofrece datos clínicos sobre barreras, expectativas, emociones o dificultades que conviene explorar antes de insistir en la misma indicación.

Una práctica frecuente en terapias basadas en evidencia es la asignación de tareas entre sesiones. Este componente permite extender el trabajo

más allá del espacio clínico y estimula la autonomía del paciente. La revisión de estas tareas también es una oportunidad para monitorear síntomas y evaluar avances. Nicol et al. (2022), en su estudio con el chatbot "Woebot", encontraron que la estructura basada en tareas breves y retroalimentación continua aumentó significativamente la adherencia y la percepción de eficacia en pacientes adolescentes con depresión y ansiedad.

4.2.1.3 Definición de agenda compartida

La agenda se construye con el paciente y ayuda a priorizar. No se trata de convertir la conversación terapéutica en una lista inflexible de asuntos, sino de acordar qué merece atención durante ese encuentro y qué puede retomarse después. Esta decisión compartida evita que los temas centrales queden desplazados y favorece una participación más activa del paciente.

Establecer la agenda de la sesión no solo otorga dirección, sino que también empodera al paciente como protagonista de su proceso. Esta práctica es característica de terapias colaborativas. Según Robinson et al. (2020), el establecimiento conjunto de prioridades promueve un mejor uso del tiempo, reduce la ansiedad del paciente por "decirlo todo" y enfoca el trabajo clínico hacia metas claras.

4.2.1.4 Intervención focalizada

Una vez definido el foco, la intervención debe responder al problema que se está formulando y al objetivo terapéutico correspondiente. La elección de una técnica cobra sentido cuando existe una razón clínica

para utilizarla y cuando el paciente comprende qué se pretende observar o modificar con ella. Así, la técnica deja de ser un procedimiento aislado y se integra en la lógica general del caso.

El núcleo de la sesión corresponde a la aplicación de técnicas específicas. En el caso de la TCC, por ejemplo, se utilizan estrategias como reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, exposición gradual o activación conductual. Gautam et al. (2020) señalan que la efectividad de estas intervenciones aumenta cuando se integran con una estructura predecible y adaptada a los tiempos subjetivos del paciente.

4.2.1.5 Cierre reflexivo y planificación

Los últimos minutos permiten ordenar lo trabajado y comprobar qué se lleva el paciente de la sesión. Conviene recuperar las ideas principales, aclarar dudas y acordar los pasos que seguirán fuera de consulta. Un cierre breve pero deliberado facilita la continuidad entre una sesión y la siguiente y permite detectar interpretaciones distintas de lo que se trabajó.

El cierre es un momento crítico que muchas veces se descuida. Debe incluir una síntesis del trabajo realizado, reforzamiento de aprendizajes, clarificación de dudas y, si corresponde, asignación de nuevas tareas. El cierre estructurado permite al paciente salir de la sesión con una sensación de orden, comprensión y continuidad. Ghai et al. (2022) sugieren que este tipo de cierre es especialmente útil en pacientes con dolor crónico, quienes se benefician de intervenciones que integran estructura y validación emocional.

Tabla 4. Modelo general de estructura de sesión terapéutica.

Etapa	Duración estimada	Objetivos principales	Técnicas sugeridas
Acogida inicial	5–10 min	Reconectar, validar estado emocional	Escucha activa, preguntas abiertas
Revisión de tareas	5–10 min	Analizar cumplimiento, identificar obstáculos o logros	Diario de pensamientos, autorregistros
Definición de agenda	2–5 min	Acordar temas clave para el día	Preguntas focales
Intervención central	25–30 min	Aplicar técnicas, explorar emociones, promover reflexión	Técnicas cognitivas, dramatizaciones, etc.
Síntesis y cierre	5–10 min	Resumir, reforzar avances, asignar tareas nuevas	Parafraseo, devolución, planificación

Fuente: Adaptado de Robinson et al. (2020) y Nicol et al. (2022).

Errores frecuentes en la conducción de sesiones

Incluso dentro de estructuras bien definidas, se pueden cometer errores que afectan la calidad del proceso terapéutico:

- **No respetar tiempos ni cierres claros:** Puede generar ansiedad y sensación de inestabilidad en el paciente (Murphy et al., 2022).
- **Intervenciones desorganizadas:** Abordar múltiples temas sin una jerarquía puede diluir el efecto de la sesión (Gautam et al., 2020).
- **Evitar el uso de agenda:** Limita la participación activa del paciente y fomenta sesiones centradas solo en el síntoma inmediato (Robinson et al., 2020).
- **Cierre sin contención emocional:** En pacientes con alto nivel de ansiedad, puede intensificarse la sintomatología posterior a la sesión.

Estructura flexible según modalidad y población

Aunque existe una estructura básica ampliamente difundida, esta debe adaptarse a las particularidades de cada intervención:

- **Terapias con niños:** Requieren estructuras más lúdicas, breves y basadas en el juego simbólico. Gautam et al. (2020) proponen sesiones de menor duración, con componentes visuales y cierres narrativos que faciliten la comprensión.
- **Terapia online o con soporte tecnológico:** La estructura debe considerar variables técnicas y emocionales propias del formato virtual. Nicol et al. (2022) observaron que mantener una estructura clara en sesiones asistidas por inteligencia artificial aumentó la percepción de seguridad en pacientes jóvenes.
- **Intervenciones breves o de crisis:** Se centran en estabilización emocional, identificación de factores de riesgo y planificación de acciones inmediatas, lo que exige sesiones de estructura más sintética pero no menos rigurosa.
- **Pacientes con sintomatología grave o comorbilidad:** Aquí se requiere mayor flexibilidad, posibilidad de trabajar el vínculo como objetivo en sí mismo, y sesiones donde la estructura sirva como contención, no como limitante.

Estructura como factor de eficacia y alianza terapéutica

La evidencia muestra que los tratamientos más efectivos son aquellos que logran combinar estructura y calidez, técnica y vínculo. Según Murphy et al. (2022), una estructura clara incrementa la percepción de

profesionalismo, disminuye la ansiedad inicial del paciente y permite evaluar con mayor precisión el progreso clínico.

Por otro lado, la previsibilidad estructural no solo favorece al terapeuta, sino que otorga al paciente un sentido de seguridad y confianza en el proceso. La sesión, al tener momentos esperables y delimitados, se transforma en un espacio ritualizado que brinda estabilidad emocional, especialmente en situaciones de crisis.

4.3 La entrevista inicial

La entrevista inicial constituye uno de los momentos más importantes del proceso terapéutico, ya que permite establecer la relación terapéutica y obtener información relevante para la evaluación clínica. En esta etapa, el terapeuta explora la problemática actual, antecedentes, contexto y expectativas del paciente. Además, se inicia la formulación del caso desde una perspectiva cognitiva. Una adecuada entrevista inicial sienta las bases para una intervención efectiva, favoreciendo la alianza terapéutica y la comprensión del caso.

La entrevista inicial constituye uno de los momentos más determinantes del proceso terapéutico. En ese primer encuentro se define, en gran medida, la posibilidad de establecer una alianza sólida entre terapeuta y paciente. También se sientan las bases del encuadre, se exploran las razones de consulta y se comienza a construir una hipótesis clínica preliminar. La calidad y profundidad de este primer contacto influirá en la continuidad, adherencia y eficacia del tratamiento posterior.

Lejos de ser una conversación espontánea sin rumbo, la entrevista inicial debe responder a una planificación consciente que combine escucha activa, dirección técnica y sensibilidad ética. Tal como señalan Anzellotti et al. (2020), la primera evaluación debe ser vista como una oportunidad para detectar la complejidad del caso y evitar errores diagnósticos, especialmente en cuadros donde se solapan síntomas funcionales y trastornos psiquiátricos.

Objetivos fundamentales de la entrevista inicial

La entrevista inicial busca múltiples propósitos que pueden agruparse en tres dimensiones:

1. **Vincular:** Generar un clima de confianza, calidez y contención emocional. Es el momento para que el paciente sienta que está en un espacio seguro, libre de juicio, donde será escuchado y comprendido.
2. **Explorar:** Recolectar información relevante sobre el motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, síntomas actuales, nivel de funcionamiento y redes de apoyo. Esta etapa es clave para construir una hipótesis diagnóstica inicial.
3. **Orientar:** Explicar al paciente el encuadre del tratamiento, aclarar dudas sobre el rol del terapeuta, establecer límites y alcances del proceso, e incluso comenzar a delinear los primeros objetivos de trabajo.

La entrevista no se limita a responder una lista de preguntas, sino que debe integrar la escucha empática con el criterio clínico. Anzellotti et al. (2020) destacan que en los casos de crisis psicógenas no epilépticas

(PNES), por ejemplo, es esencial diferenciar entre factores neurológicos, afectivos y conductuales desde la primera evaluación, para evitar medicalizaciones innecesarias o derivaciones erróneas.

Preguntas clave para guiar la entrevista

A continuación, se presentan algunas preguntas organizadas por área temática. Estas no deben leerse como un cuestionario rígido, sino como una guía flexible que el terapeuta puede adaptar según el ritmo emocional del paciente:

Motivo de consulta y malestar actual

- ¿Qué te motivó a buscar ayuda en este momento?
- ¿Cuáles son las principales dificultades que estás enfrentando?
- ¿Desde cuándo vienen ocurriendo estos síntomas?

Historia personal y emocional

- ¿Cómo describirías tu infancia y adolescencia?
- ¿Has pasado por situaciones difíciles, pérdidas o eventos traumáticos?
- ¿Cómo sueles manejar las emociones intensas como la tristeza, la ira o la ansiedad?

Relaciones actuales y apoyo social

- ¿Cómo es tu relación con tu familia, pareja o amigos?
- ¿Tienes con quién hablar cuando te sientes mal?

Estado general y funcionamiento cotidiano

- ¿Cómo duermes, comes y manejas tu energía en el día a día?
- ¿Cómo te va en el trabajo o en los estudios?
- ¿Sientes que tus síntomas afectan tu rutina diaria?

Expectativas y objetivos terapéuticos

- ¿Qué te gustaría lograr en este proceso?
- ¿Hay algo que te preocupa respecto a comenzar una terapia?

Estas preguntas, aunque sencillas, permiten al terapeuta no solo conocer la situación del paciente, sino también observar su estilo narrativo, nivel de introspección, grado de insight, recursos personales y posibles resistencias iniciales.

Ejemplo narrado de entrevista inicial

A continuación, se presenta un ejemplo de entrevista con una paciente adulta que consulta por ansiedad generalizada. Se omiten datos identificatorios por tratarse de una simulación clínica con fines pedagógicos.

- **Terapeuta:** Bienvenida, Laura. Antes de empezar, quiero decirte que este es un espacio seguro, todo lo que compartas será confidencial y estás en libertad de ir hablando a tu ritmo. ¿Te parece si comenzamos por lo que te motivó a venir?
- **Laura:** Sí, claro. La verdad es que ya no puedo más con esta ansiedad. Todo el tiempo siento que algo malo va a pasar. No puedo dormir y me duele el pecho casi todos los días.

- **Terapeuta:** Debe ser muy difícil sentir eso todo el tiempo. Gracias por contarlo. ¿Desde cuándo vienen estos síntomas?
- **Laura:** Desde hace unos tres meses, pero creo que empezó con más fuerza desde que me despidieron del trabajo.
- **Terapeuta:** ¿Ese fue un evento importante para ti?
- **Laura:** Muchísimo. Yo era muy comprometida con mi trabajo. Sentí que todo se derrumbó, y desde entonces me siento insegura, evito salir, me cuesta concentrarme.
- **Terapeuta:** Me gustaría ir conociendo también otras partes de tu historia, como tu infancia, o cómo solías enfrentar situaciones difíciles antes. Eso nos ayudará a entender mejor cómo podemos acompañarte ahora.

Este tipo de diálogo muestra cómo el terapeuta puede equilibrar la contención emocional con una exploración progresiva, respetando el ritmo subjetivo del paciente sin dejar de obtener información relevante.

Conexión con la planificación del tratamiento

La entrevista inicial no solo sirve para conocer al paciente, sino también para comenzar a delinear un plan terapéutico. A partir de los datos recogidos, el terapeuta puede formular hipótesis sobre los mecanismos de mantenimiento del problema, los factores predisponentes y las posibles técnicas a utilizar. Anzellotti et al. (2020) enfatizan que una evaluación bien estructurada permite distinguir entre fenómenos conversivos, trastornos afectivos o problemáticas vinculares, evitando tratamientos erráticos.

En esta primera sesión también se pueden explorar las metas del paciente, sus expectativas y temores respecto a la terapia. Aclarar estos aspectos desde el inicio ayuda a alinear el proceso, prevenir abandonos prematuros y diseñar un abordaje personalizado.

Por ejemplo, si un paciente expresa que "solo necesita técnicas para controlar su ansiedad", pero el terapeuta detecta que hay un fondo de trauma no resuelto, es importante negociar los tiempos y explicar que se abordará el síntoma, pero también se explorarán sus causas.

La entrevista inicial es, en esencia, una oportunidad para construir una relación terapéutica basada en la confianza, la comprensión mutua y la claridad de objetivos. Un terapeuta que planifica esta sesión con criterio técnico, pero también con humanidad, estará dando el primer paso sólido hacia un proceso transformador. Y como toda etapa inicial, requiere escucha, presencia y la disposición de encontrarse con la historia del otro sin forzarlo, pero sí guiándolo con respeto y conocimiento.

4.4 Problemas frecuentes en la terapia

La terapia no avanza siempre de manera continua. Hay momentos en que disminuye la participación, aparecen dudas sobre el tratamiento, se interrumpen tareas o se deteriora la relación terapéutica. Estas situaciones requieren ser examinadas dentro del caso, porque pueden responder a factores muy diferentes. Identificar qué está ocurriendo antes de atribuirlo simplemente a "resistencia" permite ajustar la intervención con mayor criterio.

El proceso psicoterapéutico está sujeto a múltiples desafíos que pueden interrumpir, obstaculizar o incluso anular los beneficios esperados del tratamiento. Entre los más comunes se encuentran la resistencia al cambio, el abandono prematuro, las recaídas, las rupturas en la alianza terapéutica y la falta de adherencia. Lejos de ser anomalías, estos problemas deben ser considerados como momentos críticos dentro de la evolución terapéutica, cuya gestión profesional incide directamente en el pronóstico del paciente.

4.4.1 Resistencia al cambio

La resistencia al cambio puede expresarse como ambivalencia, postergación o dificultad para poner en práctica acuerdos terapéuticos. Antes de interpretarla como falta de voluntad, conviene explorar qué teme perder o enfrentar el paciente si modifica una conducta conocida. En ocasiones, aquello que genera malestar también cumple una función de protección y esa función necesita ser comprendida.

La resistencia al cambio se manifiesta en forma de conductas o actitudes del paciente que limitan la exploración emocional, la aplicación de técnicas o la continuidad del proceso. Puede ser abierta (como la negación explícita a participar de ciertas actividades) o encubierta (como los silencios prolongados, las respuestas evasivas o el incumplimiento repetido de tareas).

Beutler y Harwood (2000) describen la resistencia como una respuesta natural frente a la amenaza percibida que representa el cambio. En muchas personas, las estructuras disfuncionales cumplen una función defensiva, y su desmontaje produce ansiedad o miedo. Por ello, la

resistencia debe entenderse como parte del proceso, no como una falla del paciente.

El enfoque del terapeuta frente a la resistencia es determinante. En lugar de confrontar, se recomienda adoptar una postura empática, validante y colaborativa. El uso de estrategias como la entrevista motivacional puede ser especialmente útil para trabajar con ambivalencias, fomentar la autoconciencia y fortalecer la disposición al cambio (Miller & Rollnick, 2012).

4.4.2 Abandono prematuro

Cuando un paciente deja el tratamiento antes de lo previsto, la explicación rara vez depende de un único factor. Pueden influir las expectativas iniciales, dificultades económicas o de horario, una percepción escasa de avance, desacuerdos sobre los objetivos o problemas en la alianza. Preguntar tempranamente por estas dificultades y revisar la utilidad que el paciente atribuye a las sesiones puede ayudar a prevenir interrupciones evitables.

El abandono de la terapia antes de su finalización planificada es uno de los principales problemas en la práctica clínica. Las tasas de abandono oscilan entre el 20 % y el 50 % dependiendo del enfoque, la población atendida y el contexto institucional (Sharf, 2016; Swift & Greenberg, 2012).

Diversas investigaciones han identificado factores de riesgo asociados al abandono: edad joven, nivel socioeconómico bajo, expectativas no realistas, escasa percepción de mejoría, y una alianza terapéutica débil

en las primeras sesiones (Asarnow et al., 2019). Además, se ha observado que muchos pacientes abandonan sin comunicarlo, lo que impide realizar un cierre adecuado y limita el aprendizaje clínico del terapeuta.

Para prevenir el abandono, se ha propuesto la técnica del role induction, que consiste en explicar desde la primera sesión qué es la terapia, qué se puede esperar y cuáles serán los roles de paciente y terapeuta (Tryon & Kane, 1990). Esta estrategia mejora la adherencia y reduce la ansiedad inicial. Asimismo, establecer objetivos claros y medibles en conjunto con el paciente y realizar revisiones periódicas del proceso favorece el compromiso y la percepción de avance.

4.4.3 Recaídas

Una recaída no invalida automáticamente los avances obtenidos. En muchos casos muestra que las estrategias aprendidas todavía necesitan consolidarse o que han aparecido condiciones nuevas para las que el paciente no estaba preparado. Analizar qué ocurrió antes del retorno de los síntomas permite transformar el episodio en información útil para ajustar el plan de mantenimiento y prevención.

Las recaídas, entendidas como la reaparición de síntomas tras un periodo de mejoría, son comunes, especialmente en trastornos del estado de ánimo, ansiedad y adicciones. Se estima que entre el 50 % y el 80 % de los pacientes con depresión mayor pueden experimentar recaídas en los dos años posteriores a un tratamiento exitoso si no hay seguimiento adecuado (Richards, 2011).

Las recaídas pueden deberse a múltiples factores: estrés ambiental, falta de estrategias de afrontamiento, abandono de las herramientas aprendidas, interrupción prematura del tratamiento, o comorbilidades médicas o psicológicas. Una planificación terapéutica efectiva debe incluir estrategias de prevención de recaídas, como el diseño de un plan de acción ante señales de alarma, la incorporación de sesiones de seguimiento y el fortalecimiento de la autoeficacia del paciente (Segal et al., 2002).

En el enfoque de la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT), por ejemplo, se entrena al paciente para observar la recurrencia de patrones mentales disfuncionales sin identificarse con ellos, lo cual ha demostrado reducir significativamente el riesgo de recaídas (Kuyken et al., 2015).

4.4.4 Ruptura de la alianza terapéutica

Las tensiones en la relación terapéutica pueden aparecer incluso cuando el tratamiento está bien planificado. Un paciente puede sentirse poco comprendido, presionado o en desacuerdo con el ritmo de trabajo. Si estas señales se reconocen y se conversan de manera abierta, la ruptura puede convertirse en una oportunidad para revisar expectativas, corregir malentendidos y reconstruir la colaboración.

La alianza terapéutica es uno de los factores comunes más robustos para predecir la eficacia del tratamiento. Una ruptura en esta relación —ya sea por malentendidos, diferencias en los objetivos, experiencias de invalidación o transferencia negativa— puede poner en riesgo todo el proceso.

Wampold et al. (2014) sostienen que la calidad del vínculo terapéutico tiene más peso en el resultado que las técnicas específicas del modelo empleado. Sin embargo, las rupturas son inevitables y no necesariamente perjudiciales si son abordadas de forma adecuada. De hecho, el proceso de reparación puede fortalecer la alianza y mejorar el pronóstico.

Para detectar una ruptura en la alianza, el terapeuta debe prestar atención a señales como cambios en la actitud del paciente, disminución de la participación, evitación de sesiones, quejas explícitas o sutiles, o deterioro en la relación emocional. Una intervención efectiva consiste en validar la experiencia del paciente, asumir la responsabilidad que le corresponda al terapeuta y co-construir un nuevo acuerdo terapéutico.

Murphy et al. (2022), en un estudio sobre psicoterapia asistida con psicodélicos, observaron que los momentos de ruptura y posterior reparación fueron más determinantes que las características de la intervención misma.

4.4.5 Falta de adherencia

La falta de adherencia necesita una lectura concreta: qué acuerdo no se está cumpliendo, desde cuándo y qué obstáculo lo dificulta. A veces la tarea es demasiado exigente; otras veces no se comprendió su propósito o provoca una emoción que el paciente evita. Ajustar la indicación después de explorar esas razones suele ser más útil que repetirla sin modificaciones.

La falta de adherencia se expresa en el incumplimiento de las tareas asignadas entre sesiones, el retraso sistemático a las citas, la poca participación o la omisión de información relevante. Este problema puede deberse a dificultades externas (falta de tiempo, conflictos familiares), pero también a factores internos como la desmotivación, el miedo al cambio o la baja autoeficacia.

Según Kazantzis et al. (2010), en la terapia cognitivo-conductual, el cumplimiento de tareas se asocia positivamente con los resultados clínicos. Sin embargo, muchas veces el terapeuta asume que la falta de cumplimiento es una forma de resistencia, cuando puede tratarse de un mal diseño de la tarea, una falta de relevancia para el paciente o una sobrecarga emocional.

Para fomentar la adherencia, se recomienda diseñar tareas breves, concretas, con sentido claro para el paciente y con revisión explícita en la siguiente sesión. Además, reforzar el esfuerzo más allá del resultado y explorar las razones del incumplimiento puede enriquecer el proceso terapéutico.

4.4.6 Integración clínica

Integrar estas dificultades implica observarlas en conjunto y no como incidentes independientes. Una baja adherencia puede anticipar abandono; una ruptura de la alianza puede presentarse como aparente resistencia; una recaída puede modificar la confianza del paciente en el tratamiento. La formulación clínica permite relacionar estas señales y decidir qué aspecto requiere atención prioritaria.

Estos problemas no deben ser tratados como eventos aislados, sino como parte de un continuo que exige habilidades clínicas sofisticadas. La resistencia puede derivar en abandono, el abandono en recaída, la recaída en frustración, y todo ello puede erosionar la alianza si no se contiene adecuadamente. Por ello, es fundamental que el terapeuta integre el manejo de estas dificultades dentro de su planificación.

Una estrategia útil consiste en anticipar estos problemas desde el inicio, hablar de ellos con el paciente y normalizar su aparición como parte del proceso. Además, utilizar registros clínicos que permitan detectar patrones de evitación, cambios en la sintomatología o conductas de descompensación facilita la intervención temprana y reduce los riesgos.

Tabla 5. Síntesis en formato tabular.

Problema	**Manifestación clínica**	**Estrategias recomendadas**
Resistencia	Evasión, silencio, cambio de tema	Validación, entrevista motivacional, reencuadre
Abandono prematuro	Corte abrupto, inasistencias	Role induction, fortalecimiento de alianza, objetivos claros
Recaídas	Reaparición de síntomas, desesperanza	Seguimiento post-alta, planes de prevención, MBCT
Rupturas de alianza	Desconfianza, quejas, retraimiento	Reparación explícita, co-construcción de vínculo
Falta de adherencia	No cumplimiento de tareas o compromisos	Diseño colaborativo de tareas, revisión sistemática

Fuente: Adaptado de Locke, E. A., & Latham, G. P. (2006).

4.5 Planificación del tratamiento

Planificar el tratamiento significa convertir la información obtenida en la evaluación en decisiones clínicas concretas. El plan debe indicar qué se espera modificar, mediante qué estrategias y cómo se observará el progreso, pero también debe poder revisarse cuando la evolución del

caso lo exija. Su valor no está en anticipar cada sesión, sino en ofrecer una dirección comprensible para terapeuta y paciente.

La planificación del tratamiento representa la etapa en que se traduce la evaluación inicial, las dificultades identificadas y los objetivos terapéuticos en un plan concreto, estructurado y con seguimiento. Es el puente entre la comprensión del caso y las acciones estratégicas que facilitan el cambio. Una planificación eficaz ayuda a mantener la coherencia del proceso, alinea expectativas, facilita la medición de resultados y anticipa posibles obstáculos, lo que refuerza el compromiso del paciente y la calidad del vínculo terapéutico.

4.5.1 Establecimiento de objetivos SMART

Los objetivos permiten traducir motivos de consulta amplios en cambios que puedan trabajarse y revisarse. Formularlos de manera específica ayuda a que el paciente sepa qué se espera alcanzar y a que el terapeuta pueda valorar avances sin depender únicamente de impresiones generales. En este punto, el criterio SMART resulta útil siempre que se adapte a la realidad clínica y no convierta el proceso en una lista mecánica de metas.

Los objetivos SMART —específicos, medibles, alcanzables, realistas y temporales— permiten orientar el trabajo terapéutico de forma clara y consensuada. Según Locke y Latham (2006), los objetivos bien formulados favorecen la motivación y el rendimiento. En psicoterapia, la adopción de esta estrategia reduce la ambigüedad y la deriva del proceso clínico.

Ejemplo de objetivos SMART:

- **Específico:** “Reducir el número de ataques de pánico en situaciones sociales”.
- **Medible:** “De 4–5 episodios semanales a 1–2 en tres semanas”.
- **Alcanzable:** en función de la evaluación inicial y los recursos del paciente.
- **Realista:** teniendo en cuenta la complejidad diagnóstica.
- **Temporal:** “Lograrlo en un plazo de cuatro semanas”.

Cada objetivo debe planificarse con claridad, adaptarse si las circunstancias cambian y revisarse periódicamente. Por ejemplo, un objetivo de iniciante podría ser “identificar y registrar cinco pensamientos automáticos asociados con la ansiedad”, lo que puede evolucionar a objetivos de exposición o reestructuración cognitiva.

4.5.2 Selección de técnicas alineadas

La técnica se elige después de definir el objetivo, no al contrario. Dos pacientes con un diagnóstico semejante pueden necesitar estrategias distintas si los factores que mantienen el problema son diferentes. Por eso, la selección debe justificarse a partir de la formulación del caso, la evidencia disponible, las características del paciente y la respuesta que vaya mostrando durante el tratamiento.

Una vez definidos los objetivos SMART, se seleccionan las técnicas más apropiadas para alcanzar esos objetivos. Esta selección debe basarse en:

- El modelo terapéutico elegido (TCC, EMDR, terapia narrativa, etc.).
- La evidencia empírica que respalda cada técnica para ese tipo específico de problema (Cuijpers et al., 2016).
- Las características y preferencias del paciente.
- Las posibles barreras detectadas (tiempo limitado, recursos económicos, nivel de motivación).

Ejemplos de técnica-objetivo:

- Activación conductual para depresión leve a moderada.
- Exposición gradual para fobias específicas.
- Reestructuración cognitiva para trastornos de ansiedad generalizada.
- Entrenamiento en habilidades sociales cuando existe déficit en interacciones interpersonales.

Se recomienda construir una matriz donde cada objetivo se empareja con una técnica, su propósito, duración estimada y criterio de logro.

4.5.3 Cronograma orientativo del tratamiento

El cronograma ofrece una referencia temporal para organizar el proceso y revisar si el ritmo de trabajo es adecuado. No pretende fijar de antemano una duración invariable: algunas metas requieren más tiempo, mientras que otras pueden alcanzarse antes de lo previsto. Lo importante es que la frecuencia de las sesiones y los momentos de seguimiento tengan relación con la fase del tratamiento y con las necesidades del caso.

Organizar temporalmente el tratamiento asegura un uso eficiente del tiempo y facilita la evaluación del progreso. Un cronograma típico podría incluir:

1. **Sesiones semanales (fase activa)** durante las primeras 8 a 12 semanas.
2. **Sesiones bisemanales o mensuales (fase de consolidación)** tras alcanzarse avances significativos.
3. **Sesiones de seguimiento post-tratamiento** a los 3 y 6 meses, especialmente en casos de alta complejidad o riesgo de recaída (Kuyken et al., 2015).

Este cronograma debe ser transparente para el paciente desde el inicio, con la flexibilidad necesaria para ajustarse según el ritmo de avance o posibles complicaciones.

4.5.4 Propuesta de actividad integradora final

El cierre puede incluir una actividad que ayude al paciente a reconocer lo aprendido y a identificar qué recursos podrá seguir utilizando sin la presencia regular del terapeuta. La actividad debe guardar relación con el proceso realizado; su función no es ceremonial por sí misma, sino facilitar una síntesis personal de los cambios, dificultades pendientes y estrategias de mantenimiento.

Una actividad integradora al final del tratamiento puede consolidar el aprendizaje, fomentar la autonomía y proporcionar cierre emocional. Algunas propuestas:

- **Carta terapéutica:** el paciente escribe una reflexión sobre su vivencia del proceso, sus logros y su camino a futuro.
- **Plan de mantenimiento:** se detallan señales de alerta, recursos de afrontamiento y pasos concretos ante recidivas.
- **Presentación simbólica:** mediante un dibujo, collage o metáfora, el paciente plasma sus cambios internos.
- **Ritual de cierre:** como plantar una semilla o encender una vela, simbolizando el inicio de una nueva etapa emocional.

Estas actividades ofrecen un cierre significativo y profundizan la internalización de herramientas aprendidas.

4.5.5 Ejemplo de planificación

El siguiente caso muestra cómo los objetivos, las técnicas y los criterios de evaluación pueden organizarse dentro de un mismo plan. Se presenta como ejemplo didáctico: en la práctica, la secuencia tendría que ajustarse a la evaluación individual, al ritmo de exposición tolerado por el paciente y a los cambios observados durante las sesiones.

Caso: Ana, 28 años, diagnóstico de ansiedad social.

Objetivo SMART 1: Reducir los síntomas de ansiedad en situaciones sociales.

- **Inicio:** Registro de pensamientos automáticos y situaciones temidas (2 semanas).
- **Técnica:** Reestructuración cognitiva (6 sesiones).

- **Evaluación:** Uso diario del registro, escala de ansiedad (Escala de Ansiedad Social – Liebowitz Social Anxiety Scale).

Objetivo SMART 2: Realizar una exposición gradual.

- **Inicio:** Jerarquización de situaciones temidas.
- **Técnica:** Exposiciones en vivo (4 sesiones).
- **Evaluación:** Disminución en la puntuación de ansiedad antes y después de cada exposición.

Fase de consolidación: Revisión de aprendizajes, prevención de recaídas, diseño de plan de seguimiento a los 3 meses.

Actividad final:

- Carta terapéutica + plantación de una planta como símbolo de crecimiento emocional.

4.5.6 Rol clínico del terapeuta durante la planificación

El terapeuta no se limita a diseñar el plan y comprobar su cumplimiento. Durante el tratamiento observa la respuesta del paciente, revisa las hipótesis iniciales y decide cuándo mantener, graduar o cambiar una intervención. Esta tarea exige criterio clínico y diálogo, porque una planificación útil se construye con el paciente y se modifica con la información que produce el propio proceso.

El terapeuta desempeña funciones clave durante esta etapa:

1. **Co-creador del plan:** la planificación debe surgir de un acuerdo compartido, no de una imposición técnica.

2. **Monitor y evaluador:** salir de la planificación inicial si los objetivos no se están cumpliendo o surgen imprevistos.
3. **Reorientador cuando hay obstáculos:** ejemplo: si la tarea no se hace por razones emocionales, reformularla.
4. **Contenedor emocional:** acompañar las dudas o frustraciones que pueden surgir al concretar metas.

4.5.7 Justificación teórica y empírica

Una planificación clínica necesita una justificación que conecte las decisiones terapéuticas con el conocimiento disponible. Esto implica explicar por qué una estrategia resulta pertinente para el objetivo planteado y qué evidencia respalda su uso, sin asumir que una técnica eficaz en términos generales será igualmente adecuada, en cualquier caso. La evidencia orienta la decisión; la evaluación individual permite ajustarla.

La planificación sistemática del tratamiento es apoyada por múltiples marcos teóricos:

- **Enfoque cognitiva-conductual:** muestra eficacia cuando los objetivos están operacionalizados y hay revisión continua (Kendall, 2011).
- **Modelo transtheoretical:** considera la progresión por etapas de cambio, y la planificación pretende facilitar el paso entre ellas (Prochaska & DiClemente, 2000).

- **Terapias basadas en la evidencia:** promueven manualización basada en metas para asegurar replicabilidad y fidelidad (Cuijpers et al., 2016).

Estas bases científicas refuerzan la responsabilidad ética del terapeuta de ofrecer estructuras claras y seguimiento empírico al plan.

4.5.8 Beneficios de una planificación robusta

Cuando el plan está bien formulado, resulta más sencillo explicar al paciente hacia dónde se dirige el tratamiento, revisar avances y reconocer a tiempo cuándo una estrategia necesita modificarse. También facilita la continuidad clínica si intervienen otros profesionales. Estos beneficios dependen, sin embargo, de que el plan permanezca abierto a revisión y no se utilice como un esquema rígido.

- **Claridad para el paciente:** sabe hacia dónde va y qué esperar.
- **Control profesional del tratamiento:** estructura evita improvisación innecesaria.
- **Evaluación precisa:** permite medir resultados y tomar decisiones basadas en datos objetivos.
- **Anticipación de obstáculos:** plan de contingencia aumenta la adaptabilidad.
- **Facilita la continuidad:** en casos de derivación o cambio de terapeuta, el plan actúa como mapa del proceso.

4.6 Reflexiones finales

La planificación terapéutica organiza decisiones que se toman en momentos distintos del tratamiento. Al inicio permite establecer prioridades y acordar una dirección de trabajo; durante el proceso ayuda a revisar avances y dificultades; y hacia el cierre orienta la consolidación de lo aprendido. Estas fases ofrecen una referencia útil, pero no obligan a seguir una secuencia idéntica con todos los pacientes. La evolución del caso puede exigir volver sobre objetivos previos, modificar una técnica o dedicar más tiempo a una dificultad que inicialmente parecía secundaria.

La estructura de cada sesión cumple una función práctica: evita que el encuentro pierda el foco y, al mismo tiempo, permite reservar espacio para aquello que el paciente necesita abordar. Revisar lo ocurrido desde la sesión anterior, acordar prioridades, trabajar sobre un problema y cerrar con una síntesis aporta continuidad al tratamiento. Esa organización es más útil cuando se aplica con flexibilidad; una situación de crisis, por ejemplo, puede justificar que la agenda prevista cambie sin que se pierda la dirección general del proceso.

La entrevista inicial merece especial atención porque en ella comienzan a construirse dos elementos que después avanzan en paralelo: la comprensión del problema y la relación terapéutica. Preguntar no basta. El terapeuta necesita observar cómo el paciente relata lo ocurrido, qué temas evita, qué expectativas trae y qué significado atribuye a sus síntomas. La información obtenida en este primer contacto orienta la

formulación inicial, pero debe mantenerse abierta a revisión conforme aparecen nuevos datos.

Las dificultades que surgen durante la terapia también proporcionan información clínica. La falta de adherencia a una tarea, una recaída o la intención de abandonar el tratamiento pueden indicar que una meta no fue suficientemente acordada, que la intervención resulta demasiado exigente o que existe un aspecto del problema que todavía no ha sido comprendido. En lugar de interpretarlas de forma automática como resistencia o fracaso, conviene analizarlas junto con el paciente y decidir qué ajustes son necesarios.

Planificar el tratamiento supone convertir la formulación del caso en decisiones observables: qué se espera cambiar, con qué intervención se trabajará, cómo se evaluará el avance y cuándo será necesario revisar el plan. Los objetivos SMART y los cronogramas son recursos para ordenar este proceso, no fines en sí mismos. Su utilidad depende de que las metas tengan sentido para el paciente y puedan modificarse cuando la evolución clínica aporte información nueva.

En conjunto, este capítulo plantea la planificación como una tarea clínica continua. Organizar sesiones, anticipar dificultades y evaluar resultados permite trabajar con mayor claridad, pero ninguna planificación sustituye el juicio profesional ni el diálogo con el paciente. Un plan útil conserva una dirección reconocible y, a la vez, deja margen para responder a los cambios que aparecen durante el tratamiento.

CONCLUSIONES GENERALES

El recorrido desarrollado en este libro permite seguir la TCC desde sus bases conceptuales hasta decisiones concretas de evaluación e intervención. A lo largo de los capítulos se ha mostrado que conceptos como esquemas, creencias y pensamientos automáticos adquieren utilidad cuando ayudan a comprender un caso particular y orientan acciones que pueden revisarse según la respuesta del paciente. La estructura característica de este enfoque aporta orden al trabajo clínico, pero no reemplaza la formulación individual ni el criterio profesional.

Una consecuencia de esta perspectiva es que las técnicas no deberían aplicarse de manera aislada. Un registro de pensamientos, una exposición o una reestructuración cognitiva tiene una función distinta según el problema que se intenta modificar y el momento del tratamiento en que se utiliza. Por ello, la intervención requiere relacionar la evidencia disponible con la historia del paciente, sus recursos, sus dificultades actuales y los objetivos acordados en terapia.

El modelo ABC, el análisis de esquemas y creencias y las distintas técnicas presentadas ofrecen formas de ordenar información que, en la experiencia del paciente, suele aparecer mezclada. Separar situación, interpretación, emoción y conducta puede facilitar la comprensión de un episodio, pero el trabajo terapéutico continúa después de esa identificación: es necesario contrastar las interpretaciones, observar qué ocurre cuando cambia la conducta y revisar si los nuevos aprendizajes se mantienen fuera de la sesión.

La relación terapéutica atraviesa todo este proceso. La colaboración no consiste únicamente en explicar una técnica o pedir una tarea, sino en construir acuerdos, escuchar las dudas del paciente y revisar conjuntamente aquello que no está funcionando. Una intervención técnicamente correcta puede perder utilidad si no considera el ritmo, las expectativas o las condiciones concretas de la persona que consulta. De ahí que estructura y flexibilidad deban mantenerse en equilibrio.

La práctica clínica también exige reconocer los límites de una primera explicación. Las hipótesis formuladas al inicio pueden cambiar a medida que se conocen nuevos antecedentes o se observa la respuesta a las intervenciones. Evaluar el progreso, reconsiderar objetivos y modificar el plan cuando sea necesario forman parte del tratamiento, no representan una desviación de él. Esta actitud permite que la TCC conserve su carácter sistemático sin convertirse en una aplicación rígida de procedimientos.

En síntesis, la TCC ofrece un marco útil para comprender la relación entre pensamiento, emoción y conducta y para intervenir sobre patrones que mantienen el malestar. Su aplicación responsable requiere formación técnica, uso crítico de la evidencia, seguimiento de resultados y atención a la singularidad de cada caso. El valor del enfoque no depende de aplicar muchas técnicas, sino de seleccionar y utilizar aquellas que respondan de manera justificada a las necesidades del paciente.

ANEXO 1

CASO CLÍNICO SIMULADO

Nombre del paciente: Camila.

Edad: 29 años

Motivo de consulta: "Siento que no soy suficiente para nadie. Todo el tiempo pienso que voy a fallar en lo que hago."

Entrevista inicial

Camila, licenciada en administración, solicita ayuda psicológica luego de un episodio de llanto en su trabajo tras una evaluación negativa por parte de su supervisor. Refiere que desde la universidad ha sentido una presión interna constante por obtener resultados perfectos. A pesar de tener logros laborales, Camila minimiza sus méritos y se enfoca en lo que “aún le falta”.

Durante la entrevista, se observa un discurso cargado de autoexigencia y una fuerte ansiedad anticipatoria frente a situaciones evaluativas. No hay antecedentes de ideación suicida, aunque menciona episodios de insomnio y fatiga frecuentes. Reconoce que su malestar interfiere con su vida social y emocional.

Evaluación según el modelo cognitivo

- **Situación activadora (A):** Su jefe le pide una reunión para revisar su desempeño trimestral.

- **Creencia (B):** “Seguro hice algo mal. Nunca es suficiente. Me van a despedir.”
- **Consecuencia (C):** Ansiedad intensa, insomnio, pensamientos intrusivos, evitación de reuniones.

Pensamientos automáticos frecuentes

- “Si no lo hago perfecto, decepciono a todos.”
- “Seguro están hablando mal de mí.”
- “Soy un fraude.”

Distorsiones identificadas:

- Pensamiento dicotómico
- Catastrofismo
- Lectura de mente
- Descalificación de lo positivo

Creencias intermedias

- “Debo ser impecable para valer.”
- “Mostrar debilidad es ser incompetente.”

Creencia central

- “No soy suficiente como soy.”

Esquema disfuncional predominante: Inadecuación / autosacrificio

Plan terapéutico (resumen por fases)

1. **Fase inicial (1–3 sesiones):**

- Establecimiento de alianza terapéutica.
- Aplicación de entrevistas clínicas y autorregistros.
- Formulación colaborativa del caso.
- Identificación de esquemas, pensamientos automáticos y síntomas ansiosos.

2. **Fase de desarrollo (4–12 sesiones):**

- Reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos.
- Debate socrático para desafiar creencias intermedias.
- Técnica de flechas descendentes para acceder a creencias centrales.
- Activación conductual: retomar actividades placenteras que había evitado.
- Ejercicios de exposición ante situaciones evaluativas (reuniones de trabajo).
- Introducción de imaginería: visualización de situaciones laborales desde una perspectiva de autoeficacia.

3. **Fase de cierre (13–15 sesiones):**

- Consolidación de aprendizajes.
- Carta terapéutica: reflexiones sobre su proceso de cambio.
- Diseño de un plan de prevención de recaídas.
- Evaluación final con escalas de ansiedad y satisfacción subjetiva.

Fragmento de sesión (extracto dramatizado)

- **Terapeuta:** ¿Qué pasó por tu mente justo después de leer el correo del jefe?

- **Camila:** Pensé: “¡Ya está! Algo hice mal. Seguro se cansó de mí.”
- **Terapeuta:** ¿Tienes alguna evidencia concreta de que hiciste algo mal?
- **Camila:** En realidad, no. Solo... nunca me citan para felicitarme. Siempre espero lo peor.
- **Terapeuta:** Ese pensamiento, “si me citan, es porque fallé”, ¿de dónde crees que viene?
- **Camila:** Tal vez de mi mamá. Ella solo me decía que estaba orgullosa cuando tenía buenas notas. Si no, era silencio.

Cierre y seguimiento

Camila finaliza el proceso con una mejora significativa en su autoobservación y manejo de la ansiedad. Ha aprendido a identificar sus pensamientos distorsionados, a desafiar sus creencias exigentes y a actuar incluso en medio de la incomodidad emocional. Se planifican sesiones de seguimiento trimestrales.

ANEXO 2

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Activación conductual:** Técnica terapéutica centrada en el aumento planificado de actividades significativas y reforzantes para contrarrestar la pasividad, el aislamiento o la anhedonia, especialmente en cuadros depresivos.
- **Alianza terapéutica:** Relación de colaboración y confianza entre terapeuta y paciente, considerada un factor protector y predictor de éxito terapéutico.
- **Anhedonia:** Estado emocional caracterizado por la incapacidad de experimentar placer, común en cuadros depresivos.
- **Autoobservación estructurada:** Práctica terapéutica que consiste en el registro consciente de pensamientos, emociones y conductas fuera de sesión, como parte del proceso de cambio.
- **Cierre reflexivo:** Última parte de la sesión terapéutica donde se resumen los aprendizajes, se refuerzan logros y se planifican nuevas tareas o reflexiones.
- **Creencias centrales:** Afirmaciones absolutas y rígidas que una persona tiene sobre sí misma, los demás o el mundo, con fuerte influencia en la interpretación de la realidad.
- **Creencias intermedias:** Reglas, actitudes o suposiciones derivadas de las creencias centrales que se expresan como mandatos personales más accesibles a la conciencia.

- **Distorsiones cognitivas:** Errores sistemáticos en el procesamiento de la información que conducen a interpretaciones inexactas o negativas de la realidad.
- **Entrevista clínica:** Interacción estructurada o semiestructurada para explorar el motivo de consulta, historia del paciente y variables relevantes para la intervención.
- **Esquemas cognitivos:** Estructuras mentales profundas que organizan la percepción de uno mismo y del mundo, formadas a partir de experiencias tempranas.
- **Exposición:** Técnica conductual utilizada para tratar la ansiedad mediante el enfrentamiento progresivo a estímulos temidos, con el objetivo de lograr habituación y reevaluación cognitiva.
- **Flechas descendentes:** Técnica cognitiva que permite identificar creencias centrales a partir de pensamientos automáticos, mediante una serie de preguntas encadenadas.
- **Imaginería guiada:** Técnica que utiliza imágenes mentales dirigidas para resignificar experiencias pasadas, anticipar situaciones futuras o activar recursos internos.
- **Modelo ABC:** Esquema terapéutico que organiza la experiencia en tres componentes: Acontecimiento activador (A), Creencia (B) y Consecuencia emocional/conductual (C).
- **Pensamientos automáticos:** Ideas breves, rápidas y espontáneas que surgen ante situaciones específicas, influyendo directamente en las emociones y conductas.
- **Pirámide cognitiva:** Representación gráfica que organiza los niveles del sistema cognitivo: desde esquemas hasta pensamientos automáticos.

- **Plan de seguridad:** Acuerdo colaborativo entre terapeuta y paciente que establece pasos a seguir ante riesgo suicida, incluyendo recursos de contacto y estrategias de contención.
- **Recaída:** Reaparición de síntomas luego de un periodo de mejoría, común en trastornos del estado de ánimo o ansiedad.
- **Reestructuración cognitiva:** Técnica que busca identificar, cuestionar y reemplazar pensamientos disfuncionales por interpretaciones más realistas y útiles.
- **Resistencia:** Respuesta del paciente que obstaculiza el proceso terapéutico, ya sea de forma consciente o inconsciente, y que puede manifestarse como evitación, silencio o incumplimiento.
- **Sesión terapéutica:** Unidad de trabajo clínico estructurada en momentos definidos: acogida, revisión de tareas, definición de agenda, intervención y cierre.
- **Técnicas cognitivas:** Conjunto de estrategias dirigidas a modificar patrones de pensamiento disfuncionales.
- **Técnicas conductuales:** Intervenciones centradas en modificar conductas observables mediante activación, exposición o refuerzo.
- **Terapia Cognitiva Conductual (TCC):** Modelo psicoterapéutico que sostiene que los pensamientos influyen en las emociones y conductas, y que su modificación puede mejorar el bienestar psicológico.
- **Terapias de tercera ola:** Evolución de la TCC que integra estrategias de aceptación, mindfulness y trabajo con valores, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

- **Terapia de esquemas:** Enfoque integrativo que trabaja con esquemas cognitivos profundos, especialmente útil en trastornos de personalidad o de larga evolución.
- **Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC):** Modelo propuesto por Albert Ellis que sostiene que las emociones son consecuencia de creencias irracionales, y propone su modificación a través de la lógica y el debate.

BIBLIOGRAFÍA

Capítulo 1

Ahern, E., Bockting, C. L. H., & Semkovska, M. (2019). *A hot-cold cognitive model of depression: Integrating the neuropsychological approach into the cognitive theory framework.* https://doi.org/10.32872/cpe.v1i3.34396

Foroughi, A., Sadeghi, K., Parvizifard, A., Moghaddam, A. P., & Varmaghani, D. (2020). *The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for reducing rumination and improving mindfulness and self-compassion in patients with treatment-resistant depression.* https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0016

Grist, R., Porter, J., & Stallard, P. (2018). *Acceptability, use, and safety of a mobile phone app (BlueIce) for young people who self-harm: Qualitative study of acceptability and safety.* https://doi.org/10.2196/mental.8779

Haller, H., Breilmann, P., Schröter, M., & Dobos, G. (2021). *A systematic review and meta-analysis of acceptance- and mindfulness-based interventions for DSM-5 anxiety disorders.* https://doi.org/10.1038/s41598-021-99882-w

Hooley, J. M., Fox, K. R., Wang, S. B., & Kwashie, A. N. D. (2018). *Novel online daily diary interventions for nonsuicidal self-injury:*

A randomized controlled trial. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1840-6

Karssemeijer, E. G. A., Aaronson, J. A., Bossers, W. J. R., Smits, T., Donders, R., Olde Rikkert, M. G. M., & Kessels, R. P. C. (2019). *The quest for synergy between physical exercise and cognitive training in the treatment of cognitive decline: A systematic review.* https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.001

Leng, L. L., Yin, X. C., & Ng, S. M. (2023). *Mindfulness-based intervention for clinical anxiety* symptoms: A meta-analysis. https://doi.org/10.3390/medicina59030478

Liang, J.-H., Xu, Y., Lin, L., Jia, R.-X., Zhang, H.-B., & Zhang, L. (2018). *Comparison of multiple interventions for older adults with Alzheimer disease or mild cognitive impairment: A network meta-analysis*. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000010744

Marcelle, E. T., Nolting, L., Hinshaw, S. P., & Aguilera, A. (2019). *Effectiveness of a multimodal digital psychotherapy platform for adult depression: A naturalistic feasibility study.* https://doi.org/10.2196/10948

Myers, L., Sarudiansky, M., Korman, G., & Baslet, G. (2021). *Using evidence-based psychotherapy to tailor treatment for patients with functional neurological disorders.* https://doi.org/10.1016/j.ebr.2021.100478

Neal, D., van den Berg, F., Planting, C., Ettema, T., Kunz, D., & Francke, A. L. (2021). *Can use of digital technologies by people with dementia improve self-management and social participation? A systematic review of effect studies*. https://doi.org/10.3390/jcm10040604

Nordahl, H. M., Borkovec, T. D., Hagen, R., Kennair, L. E. O., Hjemdal, O., Solem, S., Hansen, B., & Wells, A. (2018). *Metacognitive therapy versus cognitive-behavioural therapy in adults with generalised anxiety disorder*. https://doi.org/10.1192/bjo.2018.54

Raj, S., Ghosh, D., Singh, T., Verma, S. K., & Arya, Y. K. (2021). *Theoretical mapping of suicidal risk factors during depression*. https://doi.org/10.4103/0253-7176.328874

Renner, C., Jeitziner, M.-M., Albert, M., Brinkmann, D., Ittner, D., Meboldt, M., & Schweighoffer, N. (2023). *Guideline on multimodal rehabilitation for patients with post-intensive care syndrome.* https://doi.org/10.1186/s13054-023-04569-5

Vugts, M. A. P., Joosen, M. C. W., van der Geer, J. E., Zedlitz, A. M. E. E., & Vrijhoef, H. J. M. (2018). *The effectiveness of various computer-based interventions for patients with chronic pain or functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis.* https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196467

Wenn, J. A., O'Connor, M., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2019). *A pilot randomised controlled trial of metacognitive therapy for prolonged grief.* https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021409

Wilshire, C. E., Kindlon, T., Courtney, R., & Matthees, A. (2018). *Rethinking the treatment of chronic fatigue syndrome—a reanalysis and evaluation of findings from a recent major trial.* https://doi.org/10.1186/s40359-018-0218-3

Zadok-Gurman, T., Jakobovich, R., Dvash, E., Zafrani, K., & Srugo, I. (2021). *Effect of inquiry-based stress reduction (IBSR) on resilience and depression during the COVID-19 pandemic.* https://doi.org/10.3390/ijerph18052507

Zhou, Y.-G., Shang, Z.-L., Zhang, F., Wu, L.-L., & Sun, L.-J. (2021). PTSD: *Past, present and future implications for clinical research and practice.* https://doi.org/10.1186/s12991-021-00312-1

Capítulo 2

Bunnell, B. E., Kazantzis, N., Paige, S. R., Barrera, A. Z., & Lattie, E. G. (2021). Provision of care by "real world" telemental health therapists: Challenges, adaptations, and opportunities. *Frontiers in Psychology*, 12, 653652. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.653652

Calvert, F., Smith, E., Brockman, R., & Simpson, S. (2018). Group schema therapy for eating disorders: Study protocol. *Journal of*

Eating Disorders, 6(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s40337-017-0185-8

Chahar Mahali, S., Beshai, S., Feeney, J. R., & Mishna, F. (2020). Associations of negative cognitions, emotional dysregulation, and depression among university students. *BMC Psychiatry, 20*(1), 36. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2423-x

Cudo, A., Mącik, D., Griffiths, M. D., & Kuss, D. J. (2020). The relationship between problematic Facebook use, early maladaptive schemas, and impulsivity: A structural equation modeling approach. *Journal of Clinical Medicine*, *9*(12), 3921. https://doi.org/10.3390/jcm9123921

da Silva, A. G., Malloy-Diniz, L. F., Garcia, M. S., Corrêa, H., & Pastore, C. A. (2018). Cognition as a therapeutic target in the suicidal patient. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 31. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00031

Duran, É. P., Hemanny, C., Vieira, R., Nascimento, V. A. do, & Viana, M. C. (2022). A randomized clinical trial to assess the efficacy of a cognitive intervention for university students with anxiety symptoms. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(*2), 819. https://doi.org/10.3390/ijerph19020819

Efrati, Y., Shukron, O., & Epstein, R. (2019). Compulsive sexual behavior and sexual offending: Differences in schemas, behavior, and therapy needs among sex offenders, sexual addicts, and

healthy controls. *Journal of Behavioral Addictions, 8*(3), 432–441. https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.36

Kim, M., Yang, J., Ahn, W.-Y., & Choi, H. J. (2021). Machine learning analysis to identify digital behavioral markers of social anxiety severity. *JMIR Mental Health, 8*(4), e27218. https://doi.org/10.2196/27218

Martinelli, M., & Veltri, G. A. (2022). Shared understandings of vaccine hesitancy: How cognitive schemata and narratives shape group attitudes. *PLOS ONE, 17*(10), e0276519. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276519

Markle, G. (2019). Understanding pro-environmental behavior in the US: A meta-analysis of the role of values, attitudes, and intentions. *Sustainability, 11*(2), 532. https://doi.org/10.3390/su11020532

Milgrom, J., Danaher, B. G., Seeley, J. R., Holt, C., Ericksen, J., Gemmill, A. W., & Buist, A. (2021). Internet and face-to-face cognitive behavioral therapy for postpartum depression: A randomized controlled trial. *JMIR Mental Health, 8*(5), e17185. https://doi.org/10.2196/17185

Nisu, S., Anuroj, K., Wannaiampikul, S., & Pangsorn, T. (2023). Moderation effects of positive core belief and self-compassion on the relationship between social anxiety and life satisfaction among university students. *Psychology Research and Behavior*

Management, 16, 347–359. https://doi.org/10.2147/PRBM.S420771

Omarov, B., Zhumanov, Z., Gumar, A., & Kuntunova, L. (2023). Artificial intelligence enabled mobile chatbot for psychological evaluation and suicide risk assessment. *International Journal of Advanced Computer Science and Applications, 14*(6), 520–525. https://doi.org/10.14569/IJACSA.2023.0140616

Ornell, F., Braga, D. T., Bavaresco, D. V., Francke, I. D., & Scherer, J. N. (2021). Obsessive-compulsive disorder reinforcement during the COVID-19 pandemic: A review and perspective. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *43*(3), 244–250. https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0054

Raj, S., Ghosh, D., Singh, T., Verma, S. K., & Arya, Y. K. (2021). Theoretical mapping of suicidal risk factors during COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 589614. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.589614

Trenoska Basile, V., Newton-John, T., & Wootton, B. M. (2022). Internet videoconferencing delivered cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: A randomized controlled non-inferiority trial. *Trials*, 23, 106. https://doi.org/10.1186/s13063-022-06520-5

Wright, J. H., Owen, J., Eells, T. D., Antle, B., Bishop, L. B., & Brown, G. K. (2022). Effect of computer-assisted cognitive behavioral therapy vs. usual care on depression symptoms in primary care:

A randomized clinical trial. *JAMA Network Open, 5*(2), e2146716. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.46716

Capítulo 3

Albanese, M., Liotti, M., Cornacchia, L., & Mancini, F. (2022). Nightmare rescripting: Using imagery techniques to reduce trauma-related nightmares. *Frontiers in Psychiatry,* 13, 866144. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.866144

Denecke, K., Schmid, N., & Nüssli, S. (2022). Implementation of cognitive behavioral therapy in e-mental health apps: A scoping review. *JMIR Mental Health,* 9(3), e27791. https://doi.org/10.2196/27791

Karkosz, S., Szymański, R., Sanna, K., Michałowski, J., & Osmałek, M. (2024). Effectiveness of a web-based and mobile therapy application for depression and suicidality: A randomized controlled trial. *JMIR Mental Health,* 8, e47960. https://doi.org/10.2196/47960

Manole, A., Cârciumaru, R., Brînzaș, R., & Manole, F. (2024). Harnessing AI in anxiety management: A chatbot-based approach to delivering cognitive behavioral therapy. *Information,* 15(12), 768. https://doi.org/10.3390/info15120768

Marshall, J. M., Dunstan, D. A., & Bartik, W. (2020). Apps with maps—Anxiety and depression mobile applications with evidence-based

frameworks: Systematic search of major app stores. *JMIR Mental Health,* 7(6), e16525. https://doi.org/10.2196/16525

Martinengo, L., Stona, A.-C., Griva, K., Dazzan, P., & Car, J. (2021). Self-guided cognitive behavioral therapy apps for depression: Systematic assessment of features and adherence to evidence-based guidelines. *JMIR Mental Health, 8*(8), e27619. https://doi.org/10.2196/27619

Mawtus, B., Renwick, F., Thomas, B. R., & Reeder, R. R. (2024). The impact of aphantasia on mental healthcare delivery: A qualitative study. *Collabra: Psychology, 10*(1), 127416. https://doi.org/10.1525/collabra.127416

Serretti, A. (2023). Anhedonia and depressive disorders. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, 21*(6), 1086–1095. https://doi.org/10.9758/cpn.23.1086

Capítulo 4

Asarnow, J. R., Rozenman, M., Wiblin, J., & Zeltzer, L. (2019). Integrated medical-behavioral care compared with usual primary care for child and adolescent behavioral health: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics, 173(*10), 929–939. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.1659

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., van Straten, A., & Ebert, D. D. (2016). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission,

recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders,* 202, 511–517. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.036

Kendall, P. C. (2011*). Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual (4th ed.)*. Workbook Publishing.

Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Farrell, M., ... & Watkins, E. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): A randomised controlled trial. *The Lancet, 386*(9988), 63–73. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4

Locke, E. A., & Latham, G. P. (2006). New directions in goal-setting theory. *Current Directions in Psychological Science, 15*(5), 265–268. https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00449.x

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2000). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(3), 390–395.

Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review, 31*(7), 1117–1125. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.004

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* Guilford Press.

Sharf, J. (2016). Dropout from psychotherapy: A meta-analysis of efficacy and predictors. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 19*(1), 32–47. https://doi.org/10.4081/ripppo.2016.179

Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis of patient variables associated with attrition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 547–559. https://doi.org/10.1037/a0028226

Terapia cognitiva: Guía didáctica para la comprensión, aplicación y enseñanza clínica, se publicó en el mes de noviembre de 2026.

ISBN: 978-9907-802-95-5

Grupo Editorial BLR
Ecuador
Cel: +593 98 320 4362
https://grupoblr.com/
publicaciones@grupoblr.com

BIOGRAFÍA DE AUTOR

Navier Enrique Rebolledo Yange:
Psicólogo Clínico y docente universitario, con formación de posgrado en diversas áreas de la psicología. Magíster en Psicoterapia Integrativa, Magíster en Neuropsicología del Aprendizaje y Magíster en Psicología, mención Psicología Organizacional. Su trayectoria integra la práctica clínica, la docencia y el estudio del comportamiento humano desde una perspectiva integral y multidisciplinaria..

TERAPIA COGNITIVA: GUÍA DIDÁCTICA PARA LA COMPRENSIÓN, APLICACIÓN Y ENSEÑANZA CLÍNICA

Estimado lector, este libro aborda la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) desde una doble dimensión: como un sistema de intervención empíricamente validado y como una práctica clínica profundamente humanizada. La obra parte de la premisa de que el abordaje del sufrimiento psicológico exige no solo mitigar los síntomas, sino comprender la etiología, la lógica interna y los factores que perpetúan el malestar en la vida de las personas.

A través de un enfoque pedagógico y aplicado, el texto recorre los fundamentos conceptuales del modelo cognitivo y su instrumentación práctica. Se describen con claridad los mecanismos de reestructuración cognitiva, proporcionando pautas metodológicas para evaluar y modificar pensamientos automáticos, creencias intermedias y esquemas nucleares disfuncionales. Mediante esquemas de trabajo y ejemplos clínicos, la obra facilita la transferencia de la teoría al espacio de consulta, orientando tanto la formación de estudiantes como la práctica de profesionales en ejercicio.

Frente a visiones puramente protocolarias, el libro subraya el valor central de la alianza terapéutica como un encuentro empático, consciente y reflexivo, donde el terapeuta actúa como un guía técnico y sensible. En definitiva, la obra se consolida como una guía formativa integral que promueve la resignificación de pensamientos, emociones y conductas, facilitando procesos de cambio orientados a una vida más consciente, funcional y plena.

GRUPO BLR

Grupo Editorial BLR
Ecuador
Cel: +593 98 320 4362
https://grupoblr.com/
publicaciones@grupoblr.com

ISBN: 978-9907-802-95-5

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
1969