

Investigación de resultados y de procesos sobre la técnica de reestructuración cognitiva

*Ana CALERO ELVIRA
María Xesús FROJÁN PARGA
Montserrat MONTAÑO FIDALGO
Universidad Autónoma de Madrid*

Resumen

En este trabajo se presenta una revisión actualizada de la literatura científica que existe sobre la reestructuración cognitiva, tanto en cuanto a los estudios de resultados como de procesos. Se ha escogido esta técnica de entre las muchas posibles por su relevancia clínica y por la cantidad de aspectos que quedan sin resolver en la literatura. Se comienza con una exposición de las principales características de la investigación de resultados (estudio de los tratamientos de elección para distintos problemas psicológicos) y de la investigación de procesos (estudio de los mecanismos responsables del cambio) en la psicoterapia en general; más adelante se hace un resumen de ambos tipos de estudios en la reestructuración cognitiva. Se puede concluir que la reestructuración funciona, pero continuamos sin conocer cuáles son los mecanismos responsables de su éxito. Se apunta que es necesaria la investigación de la interacción terapeuta-cliente para poder avanzar en el tema.

Palabras clave: reestructuración cognitiva, estudios de resultados, estudios de procesos, interacción terapeuta-cliente.

Abstract

This paper presents an updated review of scientific literature on cognitive restructuring, both in terms of outcome studies and processes studies. This technique was chosen among the many possible techniques for its clinical relevance and for the number of issues that remain unresolved in the literature. It begins with a discussion

of the main features of the outcome research (study of treatments of choice for various psychological problems) and of the processes research (study of the mechanisms responsible for change) in psychotherapy in general; then we summarize both types of studies on cognitive restructuring. It can be concluded that restructuring technique works, but it remains unclear what mechanisms are responsible for its success. It is suggested that it is necessary to analyze the therapist-client interaction in order to advance in this field.

Key words: Cognitive restructuring, Outcome studies, Processes studies, Therapist-client interaction.

La investigación de resultados y de procesos en psicoterapia

En el ámbito de la Psicología clínica la medición de los resultados de las intervenciones psicológicas se ha ido convirtiendo desde la década de 1990 en un tema de gran importancia. El objetivo final de la denominada *investigación de resultados* es conocer cuáles son los tratamientos de elección para los distintos problemas psicológicos, lo que ha dado lugar a numerosas guías o manuales de tratamientos eficaces o efectivos, una información en la que todo psicólogo clínico debería estar actualizado. Varios factores influyeron en el énfasis por los estudios de resultados que se ha dado en los tiempos más recientes: por un lado, el gran crecimiento de los tratamientos psicofarmacológicos en competencia con los tratamientos psicológicos y, por otro, la aparición de terceros pagadores públicos o privados entre el psicólogo y la persona que recibe el tratamiento, que hizo crecer el interés por conocer cuáles de entre toda la variedad de diferentes intervenciones son las que proporcionan los mejores resultados con el menor coste posible (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003). Sin embargo, no hay que olvidar que el interés por conocer los resultados del tratamiento psicológico ya existía desde mucho antes y, de hecho, se puede decir que este interés ha ido ligado al desarrollo de

la modificación de conducta y surgió en el seno de la misma por la íntima unión inicial entre investigación y práctica clínica. Se pueden señalar dos hitos importantes en la investigación de resultados desde una perspectiva histórica: el artículo de Eysenck (1952), que denunció que las terapias psicodinámicas no funcionaban mejor que la remisión espontánea, y el meta-análisis de Smith y Glass (1977), que concluía que cualquiera de las distintas formas de psicoterapia era eficaz frente al no tratamiento, mientras que los efectos diferenciales encontrados entre las terapias conductuales y las no conductuales eran despreciables. Numerosos trabajos se publicaron como respuesta a tales conclusiones, sin embargo, seguía sin haber una respuesta definitiva al respecto de qué funciona mejor en terapia, al tiempo que la variedad de enfoques psicoterapéuticos iba aumentando tanto fuera como dentro de la modificación de conducta. En este contexto y, con el objetivo de aclarar si todas las formas de psicoterapia son igualmente eficaces para cualquier problema o, por el contrario, hay tratamientos de elección para distintos problemas psicológicos, surgieron en la década de 1990 los trabajos de la División de Psicología Clínica (División 12) de la *American Psychological Association* (APA). Este grupo lideró el movimiento de los *tratamientos empíricamente validados*, que también tuvo lugar a

nivel internacional debido a la influencia de los factores económicos/científicos señalados anteriormente. Desde la APA se creó en 1993 el primer grupo de trabajo, *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, dirigido por D. Chambless y constituido por profesionales de diversas orientaciones con el cometido de hacer un informe que recopilara información sobre las intervenciones psicológicas que se habían demostrado eficaces para el tratamiento de distintos problemas. El primer informe se publicó en 1995 (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995) y después se actualizó en 1996 y 1998 (Chambless *et al.*, 1996, 1998¹). En las sucesivas versiones se fueron incorporando nuevas intervenciones a la lista de tratamientos *bien establecidos* o *probablemente eficaces*, algo que se complementó con los resultados de un segundo grupo de trabajo de la División 12 de la APA para el estudio de los tratamientos psicológicos en niños y adolescentes denominado *Task Force on Effective Psychosocial Interventions: A LifeSpan Perspective*. Las conclusiones sobre infancia y adolescencia se publicaron en los números especiales de las revistas *Journal of Pediatric Psychology* (Spirito, 1999) y *Journal of Clinical Child Psychology* (1998, vol. 27, n^o 2). En este segundo grupo de trabajo, aunque se siguieron clasificando los tratamientos en función de su demostrada eficacia (logro de objetivos terapéuticos en investigaciones clínicas controladas), ya se informaba también de trabajos sobre efectividad (logro de objetivos terapéuticos en la práctica clínica habitual) de la intervención

para el problema tratado, en respuesta a las críticas que surgieron en torno a los trabajos de la APA por tener en cuenta solamente estudios de eficacia, que carecen de validez externa aunque cuenten con una alta validez interna. El trabajo sobre los *tratamientos empíricamente validados*, que pasaron a denominarse *tratamientos con apoyo empírico* (por no utilizar el término validez, debido a las críticas ya mencionadas), continuó con el encargo de la APA de un libro titulado *A guide to treatments that work*. Este libro, editado por Nathan y Gorman, contiene revisiones actualizadas en sus sucesivas ediciones (1998, 2002, 2007) de los estudios de resultados con distintos grados de rigurosidad que se han publicado sobre los tratamientos psicológicos y farmacológicos en diversos ámbitos. Por último, en la APA se creó la *Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*, que estableció una agenda de trabajo de cara a fijar los siguientes pasos que habrían de darse en la evolución de los tratamientos empíricamente validados y definió, frente a los *tratamientos con apoyo empírico*, lo que ahora se llama *práctica psicológica basada en la evidencia*, que es “la integración de la investigación con la experiencia clínica en el contexto de las características, la cultura y las preferencias del paciente” (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, pág. 273).

La última propuesta de la APA de *práctica basada en la evidencia* no sólo fue importante por reiterar la necesidad de complementar los estudios de eficacia con los de efectividad, lo que supone un acercamiento entre investigación y práctica clínica, o por

1. En 2003 esta revista publicó, con autorización de la APA, una primera traducción al español de este informe, con las modificaciones añadidas en 1996 y 1998, con el título “Formación en y difusión de los tratamientos psicológicos empíricamente validados. Informe y recomendaciones” (*Apuntes de Psicología*, 21(2), 237-279). (Nota del Editor).

incorporar otros aspectos que hasta entonces no se habían señalado (la experiencia clínica del terapeuta y las características del cliente), sino también por explicar que una de las maneras que contribuyen a potenciar la práctica psicológica exitosa sería realizar estudios de procesos para identificar los mecanismos de cambio. Es más, señala como prioridades para el futuro desarrollar modelos de tratamiento basados en la identificación y observación de las prácticas de los clínicos que obtienen los resultados más positivos y distinguir factores comunes y específicos como mecanismos de cambio. Es decir, más allá de la relevancia que la APA ha concedido a los estudios de resultados, empieza a reconocer la necesidad de estudiar los procesos a través de los cuales tienen lugar esos resultados.

En esta línea se han manifestado otros autores, como Kazdin (2008), que defiende que una de las principales formas de reducir la distancia entre la investigación y la clínica es estudiar los mecanismos del cambio terapéutico, que define como los procesos que explican por qué la terapia funciona o cómo se produce el cambio. De ello se ocupa la *investigación de procesos*, un área que ha recibido sorprendentemente poca atención. Kazdin afirma que en los estudios de eficacia podemos establecer una relación causal entre la intervención y el cambio, pero esto no explica por qué se produjo esa relación. Para él, los *mecanismos de cambio basados en la evidencia* podrían constituirse en más importantes que los *tratamientos basados en la evidencia*, puesto que conocer los primeros optimizaría el cambio terapéutico. Comparten esta idea autores como Rosen y Davison (2003), que hablan de la necesidad de establecer principios de cambio con apoyo empírico que permitan frenar la proliferación de propuestas psicoterapéuticas

que quizás no añadan ningún mecanismo de cambio diferente con respecto a las ya establecidas hasta el momento. La demanda de investigar más allá de los resultados en psicoterapia no sólo se ha producido en los tiempos más recientes; por ejemplo, aunque con otras palabras, ya fue expuesta en nuestro país en 1984 por parte de Bayés, que resaltó la importancia no sólo de investigar qué terapias funcionan mejor que otras para determinados problemas, sino también por qué funcionan las terapias, qué elementos son responsables del éxito. A pesar de aportaciones como las de éstos y otros muchos autores, la investigación de procesos casi siempre ha ocupado un plano secundario frente a la de resultados.

En un breve repaso histórico se puede concluir que hacia mediados del siglo pasado los estudios de procesos eran apenas inexistentes frente a los incipientes estudios de resultados para comparar la recién nacida modificación de conducta con los resultados obtenidos por las psicoterapias tradicionales. Sin embargo, en las décadas de 1970 y 1980 surgió el interés por los estudios de procesos (Hill, Nutt y Jackson, 1994) para intentar aclarar cuáles eran los mecanismos responsables de la supuesta igualdad en cuanto a eficacia de las distintas formas de psicoterapia. Este interés quedó relegado con el movimiento de los *tratamientos empíricamente validados/tratamientos con apoyo empírico*, si bien se retomó con la propuesta de *práctica basada en la evidencia* de la APA en 2006. En la actualidad y desde entonces existe un renovado interés por la investigación de procesos, un ámbito en el que los trabajos realizados se caracterizan por una notable confusión conceptual (Orlinsky, Rønnestad y Willutzki, 2004), una gran pluralidad metodológica (Hill y Lambert, 2004) y una marcada diversidad

de objetivos de investigación (Llewelyn y Hardy, 2001).

Hasta aquí se han expuesto las principales características de la investigación de resultados y la investigación de procesos referidas a la psicoterapia en general para poder contextualizar adecuadamente la síntesis que se realizará a lo largo del presente artículo en cuanto a ambos tipos de investigación en relación con la técnica de reestructuración cognitiva, que es el objetivo central de este trabajo. Se ha escogido esta técnica de entre las muchas posibles por su relevancia clínica y por la cantidad de aspectos que quedan sin resolver en la literatura científica; consideramos que abordar todas estas líneas debería ser una prioridad en la investigación en el área, tal como se expondrá en los siguientes apartados.

La investigación de resultados sobre la técnica de reestructuración cognitiva

La técnica de reestructuración cognitiva incluye diversos componentes terapéuticos cuyo objetivo principal, según sus autores, es identificar y modificar las cogniciones desadaptativas del cliente poniendo de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones. El *debate* o *método socrático* es el elemento central de la técnica, a pesar de que las propuestas iniciales de Beck (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/1983) y de Ellis (Ellis, 1962/1970) son enfoques terapéuticos amplios que incluyen otros muchos elementos, incluso algunos que no se pueden considerar parte de la reestructuración cognitiva. Esta técnica tuvo un papel destacado en la revolución cognitiva de 1970 y desde entonces es una herramienta terapéutica ampliamente usada entre los clínicos, tanto del enfoque

cognitivo-conductual, como de otros muchos enfoques (Carey y Mullan, 2004).

Los resultados de la encuesta *PracticeNet* realizada por la APA a través de Internet en 2003 permiten llegar a las mismas conclusiones: de los 241 psicólogos clínicos que contestaron, sólo un 28% se identificaba como cognitivo-conductual; sin embargo, a la hora de describir las actividades que realizaban en terapia, se encontró que un 86,8% de ellos, sin que hubiera diferencias estadísticamente significativas entre distintas orientaciones, señalaban que una de las cinco actividades principales realizadas en sus sesiones clínicas era “identificar o desafiar pensamientos” y un 85,5% decían dedicarse a “establecer la relación entre los pensamientos y el afecto”. Ambas actividades constituyen una parte fundamental de la reestructuración cognitiva, tal como queda patente en la definición previa. Partiendo de la utilización tan extendida de esta técnica, lo lógico sería encontrar muchos estudios que analizaran su eficacia o efectividad, sin embargo, como veremos, son más las investigaciones que estudian sus efectos conjuntamente con otras técnicas que de manera aislada.

Parece razonable comenzar exponiendo un resumen de los numerosos estudios de resultados que se han realizado sobre la Terapia cognitiva de Beck y la Terapia comportamental-racional-emotiva de Ellis (REBT) que, como ya explicamos, se consideran los exponentes originales de la reestructuración cognitiva. Cabe recordar que ambos tratamientos incluyen, además, otras técnicas que no son reestructuración cognitiva propiamente dicha, con lo cual los estudios de resultados sobre estos enfoques terapéuticos son una evidencia indirecta o parcial de los efectos de esta técnica.

Si revisamos los informes sucesivos de la APA encontramos que ya en 1995 (*Task*

Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) se citó la terapia cognitiva de Beck para la depresión como un tratamiento bien establecido, algo que se mantuvo en las revisiones de Chambless y colaboradores (1996, 1998); por su parte, la REBT fue señalada como tratamiento probablemente eficaz para los problemas de conducta en adolescentes por Brestan y Eyberg (1998) en la sección especial de la revista *Journal of Clinical Child Psychology*. Adicionalmente, la terapia cognitiva² fue incluida como tratamiento con apoyo empírico para otros problemas psicológicos en algunos de los trabajos derivados de la APA (Chambless *et al.*, 1996, 1998; Nathan y Gorman, 2007). Si bien en todos estos listados predominan ampliamente los tratamientos clasificados con la etiqueta cognitivo-conductual entre las intervenciones con evidencia empírica y quizás en muchos de ellos se incluyó la técnica de reestructuración cognitiva, esto último no está especificado y, por lo tanto, no lo podemos considerar como evidencia de los efectos de esta técnica.

Sumado a los resultados obtenidos desde la APA, existe una ingente cantidad de estudios sobre la evidencia de la terapia cognitiva de Beck y la REBT. Sería imposible por cuestiones de espacio citar aquí todos los trabajos que apoyan estos tratamientos, que se pueden encontrar no sólo en los manuales que se han ido publicando desde el nacimiento de ambas terapias sobre la aplicación de las mismas a distintos tipos de problemas psicológicos (veáanse, por ejemplo, Beck, 1988, 1999; Ellis, 1988, 1997, 2000, 2001 y 2004; Beck, Wright,

Newman y Liese, 1993; Beck, Freeman y Davis, 2003; Beck, Emery y Greenberg, 2005; Beck, Rector, Stolar y Grant, 2008), sino también en múltiples revisiones y meta-análisis que se han publicado sobre la evidencia empírica de la terapia cognitiva de Beck (véase, por ejemplo, Gould, Mueser, Bolton, Mays y Goff, 2001; Strunk y DeRubeis, 2001) y la REBT (véase, por ejemplo, Terjesen, DiGiuseppe y Gruner, 2000; González *et al.*, 2004).

Numerosos estudios informan de la efectividad o eficacia de distintos paquetes de tratamiento cognitivo-conductual para diversos problemas (véase, por ejemplo, Degotardi *et al.*, 2006; Frommberger *et al.*, 2004; O'Connor *et al.*, 2001; Silverman, Hains, Davies y Parton, 2003) e incluyen la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva entre los componentes del tratamiento, pero no diferencian en ningún momento el efecto de esta técnica con respecto a otras, con lo cual encontramos en ellos solamente una evidencia indirecta del éxito de la misma. Aunque son menos abundantes, también se han realizado diversas investigaciones en las que se muestran específicamente los efectos de la técnica de reestructuración cognitiva como parte de un tratamiento más completo o bien como técnica única para un determinado problema y, en la mayoría de los casos, se encuentran efectos positivos. Entre otros, nos referimos a estudios como los de Taylor *et al.* (1997) y Antona *et al.* (2006) sobre el tratamiento de la fobia social; Harvey, Inglis y Espie (2002) sobre problemas de insomnio; o Cooper y Steere (1995) en problemas de bulimia. También se han hecho algunas

2. Cuando en la literatura se habla de terapia cognitiva sin especificar el tipo, en general es posible dar por supuesto que se trata de la propuesta de Beck o una derivación de la misma y, por tanto, se puede asumir que la técnica de reestructuración cognitiva se encontrará dentro del paquete de tratamiento.

revisiones y meta-análisis en las que se concluye que la técnica de reestructuración tiene efectos positivos analizándola de manera general (Sánchez, Alcázar y Olivares, 1999) o en problemas específicos (Moreno, Méndez y Sánchez, 2000; Alcázar, Sánchez, Gómez y Marín, 2008). Incluso también se han comprobado sus beneficios en ámbitos no clínicos, como se informa en la revisión realizada por Skordoulis y Dawson (2007) sobre la toma de decisiones en contextos organizacionales. Por tanto, parece que la técnica de reestructuración cognitiva se ha utilizado para el tratamiento de diversos tipos de problemas psicológicos e incluso también para el manejo de situaciones en contextos no clínicos y se podría decir que con un éxito considerable. Veamos qué se ha concluido sobre la técnica en la denominada *investigación de procesos*.

La investigación de procesos sobre la técnica de reestructuración cognitiva

La introducción de las técnicas cognitivas en modificación de conducta vino acompañada del reconocimiento de sus aportaciones clínicas al tiempo que muchos autores manifestaron duras críticas a sus fundamentos teóricos y a la falta de correspondencia entre la investigación y la práctica. Debido al gran impacto que dentro del enfoque cognitivo-conductual tuvieron la terapia cognitiva de Beck y la REBT de Ellis, muchas de las críticas al enfoque cognitivo se han dirigido específicamente a ellas. En concreto, algunas de estas denuncias se han centrado en la falta de evidencia sobre la aportación específica que hacían las técnicas cognitivas con respecto a las conductuales en la terapia cognitiva de Beck y en la REBT, que podrían funcionar debido a sus componentes conductuales y no cognitivos (Pérez, 1996,

2007; Martin y Pear 2007/2008); también se ha criticado el propio concepto de idea irracional, central en la REBT, cuya definición se puede considerar tautológica (Haaga y Davison, 1993); o la falta de validación empírica que precedió a la introducción de métodos terapéuticos, especialmente en la REBT (Franks, 1997).

Muchos de los anteriores aspectos señalan cuestiones clave que se deberían tratar de responder desde la investigación de procesos, sin embargo, ni éstas ni otras muchas preguntas han sido completamente aclaradas en este tipo de estudios. Si revisamos cualquiera de los manuales más difundidos sobre la técnica (McMullin y Giles, 1981; Bernard, 1991; Dryden, DiGiuseppe y Neenan, 1995; Padesky y Greenberg, 1995; Kennerley, 2007), encontramos propuestas diferentes de procedimientos de reestructuración sin datos que justifiquen por qué esa opción es mejor frente a otras muchas posibles. Incluso existen trabajos, como el de Lam y Gale (2004), en el que se anuncia que se van a explicar tres estrategias basadas en la evidencia para trabajar con los pensamientos disfuncionales, y al final del artículo se puede comprobar que se han expuesto las tres estrategias (evaluar empíricamente el pensamiento, identificar las consecuencias de mantener el pensamiento y desarrollar un pensamiento objetivo y abstracto que el cliente pueda relacionar con su problema personal) pero no se ha hablado de la evidencia que las avala, ni se aportan datos empíricos sobre qué tipo de cambios se producen al aplicar cada estrategia o al cambiar de una a otra.

A la hora de hacer un repaso de la investigación de procesos que hay en torno a la técnica de reestructuración cognitiva, nos encontramos con una dificultad para extraer conclusiones de la investigación en

esta área. Ello se debería, como ya pusieron de manifiesto Garratt, Ingram, Rand y Sawalani (2007) en su excelente revisión del estado de la cuestión, a la existencia de diversas metodologías de investigación, a una gran variedad de medidas cognitivas diferentes y al hecho de que cada estudio se plantea distintas preguntas. Las principales formas de investigación de procesos encontradas sobre esta técnica coinciden con los tipos generales de estudios sobre los mecanismos del cambio terapéutico que algunos autores han señalado: análisis de los componentes del tratamiento para ver cuál/es son los ingredientes activos del cambio, identificación de los mecanismos *mediadores* del cambio junto con estudios dirigidos a determinar la especificidad con la que estos mecanismos producen sus efectos (Haaga, 2007) e investigación sobre los *moderadores* del cambio (Kazdin, 2007).

Se definen los moderadores del cambio como aquellos factores que influyen la dirección o la magnitud de la relación entre la intervención y el resultado y su estudio constituye, desde nuestro punto de vista, el tipo de investigación menos informativa del proceso de cambio, por lo cual nos detendremos poco en ello. Cabe destacar que Whisman (1993), en su revisión sobre los moderadores del cambio en la terapia cognitiva para la depresión, señaló que los factores con más apoyo empírico eran la participación activa del cliente, seguida de la alianza terapéutica y el ajuste del terapeuta al modelo de la terapia cognitiva y su competencia con el manejo del mismo. Para medir estas últimas variables se han diseñado instrumentos como las escalas *Cognitive Therapy Scale (CTS; Young y Beck, 1980)* o *Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (CSPRS; Hollon et al., 1988)*, con las que se evalúa al final de cada sesión

el ajuste del psicólogo al modelo terapéutico. Desde la citada revisión de Whisman no ha habido demasiados avances, pues en los últimos años han predominado los otros tipos de estudios de procesos, que se resumen a continuación.

Estudios sobre los componentes activos del tratamiento

Existen numerosos estudios que tratan de determinar cuáles son los componentes activos de los tratamientos que incluyen reestructuración cognitiva, especialmente sobre la terapia cognitiva de Beck. Con respecto a ésta, distintos autores han intentado demostrar que son los componentes conductuales los responsables del cambio que experimentan las personas con problemas de depresión. Entre ellos se encuentra el estudio de Dimidjian *et al.* (2006) que, publicado recientemente al hilo de las investigaciones sobre la terapia de activación conductual, se centró en comparar los resultados del tratamiento para la depresión mayor en tres condiciones: terapia cognitiva según el modelo de Beck (eliminando los componentes de activación conductual), terapia de activación conductual y tratamiento con medicación antidepressiva. Sólo se encontraron diferencias en los efectos del tratamiento en las personas con depresión más severa y, en estos casos, la activación conductual era igual de eficaz que la medicación y ambas más que la terapia cognitiva sin “componentes conductuales”. Por su parte, la activación conductual dio lugar a un porcentaje mayor de remisión de síntomas entre los participantes y consiguió mantener a más personas en tratamiento. No es éste el único estudio que ha obtenido resultados similares, de hecho, estos autores señalan como antecedente del suyo la investigación de Jacobson

et al. (1996), quienes realizaron un estudio de componentes de la terapia cognitiva de Beck y encontraron que el componente de activación conductual funcionaba igual de bien que el programa entero y no producía más recaídas después de dos años de seguimiento. Ambos estudios podrían llevar a cuestionarnos la asunción de que en los casos de depresión es esencial modificar directamente las creencias negativas de la persona; sin embargo, esos resultados no son concluyentes, como se ha demostrado en el estudio de Dobson *et al.* (2008), en el que se publican los resultados del seguimiento a largo plazo que se hizo de los participantes del ensayo inicial de Dimidjian *et al.* (2006). Concretamente, se encontró que dos años después de haberse aplicado el tratamiento no había diferencias significativas entre la terapia cognitiva y la activación conductual en las tasas de recaída/recurrencia, además de que no había diferencias significativas entre el grupo que había recibido activación conductual y el que había sido medicado, mientras que el grupo que había recibido terapia cognitiva tenía unos resultados claramente superiores al grupo que había recibido medicación. Teniendo en cuenta las excelentes características metodológicas del estudio inicial de Dimidjian *et al.* (2006) y los resultados de su seguimiento (Dobson *et al.*, 2008), sus conclusiones nos deberían hacer cuestionarnos qué componentes son los responsables del éxito en la terapia cognitiva para la depresión. En este sentido, siguiendo a Longmore y Worrell (2007) creemos que, a pesar de que en algunos casos pudiera parecer que lo “cognitivo” no aporta nada más allá de lo “conductual”, falta evidencia al respecto y por el momento es mejor no pronunciarse sobre si es necesaria la reestructuración cognitiva en función de estos resultados.

Sin quitar importancia a los estudios de “parte conductual” vs. “parte cognitiva” que han predominado en las investigaciones sobre componentes activos o desmantelamiento del tratamiento, compartimos con Haaga (2007) la opinión de que es necesaria una mayor disgregación de los paquetes de tratamiento complejos. En el caso que nos concierne, esto se traduciría en intentar analizar cuál de las estrategias específicas incluidas dentro de la técnica de reestructuración es más activa a la hora de producir cambios. Se han hecho algunos estudios al respecto, aunque son escasos y no permiten obtener conclusiones definitivas al haber señalado distintos autores diferentes componentes de la reestructuración como los más activos de la técnica: Arnkoff (1986) destacó el componente de utilización de *verbalizaciones de afrontamiento*; Zettle y Hayes (1987) resaltaron la *toma de distancia* o comprensión de las creencias como hipótesis y no como hechos; y Jarrett y Nelson (1987) encontraron que el *debate* de pensamientos y los *experimentos conductuales* son componentes igualmente activos, mientras que Bennett-Levy (2003) afirmaba que los *experimentos conductuales* son más potentes para producir cambio que el *debate*. A la falta de conclusiones definitivas hay que sumar en este caso que algunos de estos autores, incluso, aventuran mecanismos de cambio que explicarían los efectos de los componentes activos sin aportar ningún tipo de evidencia empírica acerca de los mismos.

Estudios sobre mediadores del cambio y la especificidad de sus efectos

La mayor parte de la investigación de procesos sobre la técnica de reestructuración cognitiva se encuadra en este grupo

de estudios sobre factores mediadores del cambio, concretamente, sobre variables que median en los resultados de la terapia cognitiva para la depresión según la propuesta de Beck. Los mediadores se definen como constructos que reflejan relaciones estadísticas importantes entre una intervención y un resultado, pero que no explican el proceso preciso por el cual tiene lugar el cambio (Kazdin, 2007). Para este autor y para otros muchos, como Laurenceau, Hayes y Feldman (2007) o Johansson y Hoglend (2007), el estudio de los mediadores es un primer paso para saber cuáles son los mecanismos de cambio, que se conocerán cuando podamos identificar los pasos a través de los cuales la terapia produce sus resultados.

En la revisión de Whisman (1993) el estilo atribucional resultó ser la variable con mayor apoyo empírico tentativo como mediadora del cambio al aplicar la terapia cognitiva para la depresión. En revisiones posteriores, como la de Longmore y Worrell (2007) o la realizada por Garratt *et al.* (2007), se señala que la modificación de los pensamientos media el cambio terapéutico al aplicar la terapia cognitiva para la depresión e incluso para la ansiedad, aunque los resultados no son concluyentes y todos los autores anteriores apuntan a problemas metodológicos en la evaluación del cambio cognitivo como el principal obstáculo que impide extraer conclusiones definitivas. Al revisar la literatura al respecto, encontramos que la mayoría de estos estudios de mediación utilizan un procedimiento similar que consiste en tomar medidas de distintas variables que denominan cognitivas, como los pensamientos automáticos o las actitudes disfuncionales, en diferentes puntos del tratamiento y utilizando para ello instrumentos como el *Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ;*

Hollon y Kendall, 1997) o el *Dysfunctional Attitudes Scale (DAS;* Weismann y Beck, 1978); por otra parte, evalúan los resultados del tratamiento con instrumentos como la *Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD;* Hamilton, 1967) o el *Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI;* Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) y después utilizan métodos estadísticos más o menos complejos para establecer qué variables median la obtención de los resultados. Entre los que encuentran apoyo para la hipótesis mediacional de las variables cognitivas se pueden destacar los estudios de Muran *et al.* (1995) y de Szentagotai, David, Lupu y Cosman (2008). En algunos casos se encontraron lo que se ha venido a llamar *ganancias repentinas*, es decir, cambios sustanciales en las medidas cognitivas entre dos sesiones consecutivas, que algunos han interpretado como un claro apoyo para la citada hipótesis mediacional (Tang y DeRubeis, 1999). En el otro lado se encuentran aquellos que afirman que el cambio en las variables cognitivas no predice sino que es predicho por el cambio en otros síntomas de depresión (Jarret, Vittengl, Doyle y Clark, 2007; Oei, Bullbeck y Campbell, 2006).

Otro tipo de estudios de procesos son los que intentan determinar si los efectos de los mediadores son específicos y, en el caso que nos ocupa, esto se ha concretado en múltiples investigaciones que han tratado de determinar si el “cambio cognitivo” es algo específico de la terapia cognitiva o también se produce cuando se aplican otros tratamientos. Garratt *et al.* (2007), en su reciente revisión, encontraron que la evidencia al respecto no es definitiva, aunque parece que la terapia cognitiva podría producir un cambio más profundo en los

pensamientos que la farmacoterapia, lo que apoyaría la hipótesis de la especificidad, justo lo contrario de lo que concluyeron Haubert y Dobson (2007). Los resultados contradictorios señalados en estas revisiones coinciden con lo que se encuentra al analizar la literatura, donde hay estudios recientes a favor de la hipótesis de especificidad, como el de Szentagotai *et al.* (2008) y otros también en contra, como el de Bhar *et al.* (2008).

Ante la falta de evidencia empírica sobre los procesos de cambio que se deriva de los estudios de mediación, algunos de estos autores propusieron explicaciones tentativas como la de Bhar *et al.* (2008) sobre la influencia de distintas terapias en el sistema de procesamiento de la información o como las posibles alternativas enumeradas por Whisman (1993), esto es, el modelo de acomodación, el modelo de activación-desactivación o el modelo de habilidades compensatorias. Otros autores también han presentado propuestas teóricas detalladas sobre posibles mediadores del cambio en reestructuración cognitiva, como Tryon y Misurell (2008) y la implementación del principio de inducción/reducción de la disonancia cognitiva o Dowd (2006), que habla de la importancia de las estructuras de conocimiento tácito. En ninguno de los casos estos modelos están apoyados en evidencia empírica.

Conclusión: ¿qué nos falta por saber sobre la reestructuración cognitiva?

Según nuestro punto de vista, la respuesta a esta pregunta es que nos falta poco por saber sobre resultados y mucho por saber sobre procesos. Aunque compartimos la opinión de Forsyth (1997) de que hay pocos estudios, si acaso hay alguno, que

sobrevivan a la prueba del tiempo para vencer de la solidez de un enfoque, pasadas casi cuatro décadas desde la introducción de la técnica podemos decir que el conjunto de la evidencia apunta claramente a su eficacia o efectividad, puesto que no ha habido uno sino muchos estudios que la avalan, a pesar de que algunos de ellos se puedan considerar pruebas indirectas o parciales de los efectos de la reestructuración cognitiva. Ya hemos repasado las principales evidencias que apoyan el uso de esta técnica para el tratamiento de diversos problemas psicológicos y con toda seguridad los estudios de resultados seguirán apareciendo pero, si no analizamos los mecanismos de cambio, continuaremos sin saber por qué funciona aunque reafirmemos que, de hecho, funciona.

Terminado el repaso sobre la investigación de resultados y, ante la falta de información que nos ayude a entender cómo funciona la técnica de reestructuración cognitiva, hemos pasado a revisar a lo largo de este artículo la investigación de procesos que se ha realizado. El resultado de ello tampoco es alentador: no hay conclusiones claras sobre cuáles son los componentes activos del tratamiento, ni los factores mediadores del éxito pero, aunque las hubiera, tampoco así entenderíamos los mecanismos de cambio que explican el funcionamiento de la técnica. Saber que un determinado componente es más activo que otro dentro de un paquete de tratamiento sólo señalaría que tenemos que tratar de encontrar la explicación a esos resultados. Esto sería así, por ejemplo, en el caso de los estudios ya mencionados (Dimidjian *et al.*, 2006; Dobson *et al.*, 2008; Jacobson *et al.*, 1996) de comparación de la “parte conductual” vs. “parte cognitiva” en el tratamiento para la depresión: en el caso de que se concluyera

definitivamente que esta terapia funciona debido a la “parte conductual”, tendríamos que averiguar qué mecanismos explicarían el cambio en esta parte y/o qué mecanismos tendríamos que poner en marcha al aplicar la reestructuración cognitiva para hacer que ésta sea también un componente activo del tratamiento; no podemos olvidar que, independientemente de los resultados que se hayan obtenido en estudios de este tipo, existe una gran cantidad de evidencia a favor de la utilidad clínica de esta técnica en el tratamiento de muchos problemas. También sería fundamental, por ejemplo, entender por qué es mejor modificar los pensamientos disfuncionales mediante experimentos conductuales que mediante debate, en el caso de que se concluyera definitivamente que una de las dos estrategias es más “activa” en el cambio.

Siguiendo con el otro gran grupo de estudios de procesos, esto es, la investigación sobre mediadores de los resultados del tratamiento, como ya se afirmó, tampoco se puede hablar de conclusiones definitivas, lo que ha propiciado el desarrollo de explicaciones variopintas. Como decíamos, aunque las conclusiones de todos estos estudios fueran absolutamente coincidentes, tampoco con los datos derivados a partir de ellos podríamos llegar a nuestro objetivo, que es saber cómo se produce ese cambio de pensamientos/verbalizaciones. Por una parte, saber que una variable se puede considerar mediadora según una determinada prueba estadística o que los efectos de esta variable son específicos de cierto tratamiento no explica por medio de qué mecanismos se produce el cambio, sino que indica por dónde habría que empezar a buscarlos. Pero, más aún, desde nuestro punto de vista el problema fundamental de estos estudios de mediación es que en ningún momento

se plantea en ellos la utilidad de investigar sobre constructos cognitivos cuya existencia no es demostrable empíricamente y cuya utilización en el estudio del proceso terapéutico no hace sino aportar oscuridad al mismo. En esta línea, el “cambio cognitivo”, una variable utilizada en algunas ocasiones como predictora y en otras como criterio, se entendería básicamente como la modificación de esquemas de pensamiento de distintos niveles de complejidad y, desde el momento en que la mayor parte de la investigación de procesos sobre la técnica de reestructuración cognitiva se centra en estudiar un cambio en determinadas variables sin cuestionarse que tales variables existan, se puede comprender la confusión en cuanto a los resultados encontrados. Como síntesis de estos estudios de mediación, Kazdin (2007) muestra una postura crítica sin reservas al afirmar que lo que podemos decir ahora mismo es que, sea lo que sea la base del cambio en la terapia cognitiva, no son las cogniciones tal y como fueron propuestas originalmente.

Visto todo lo anterior y, con respecto al tema que nos atañe, la reestructuración cognitiva, después de hacer esta revisión de la literatura sobre procesos de cambio podemos concluir que seguimos en el mismo punto del que partimos. Como señalan Carey y Mullan (2004, 2007), existen numerosas contradicciones, inexactitudes e inconsistencias sobre el uso de esta técnica; por ejemplo, cuáles son los componentes del método socrático, cómo debe usarse éste o si hay que proporcionar al cliente la solución al problema o debe ser él quien genere sus propias soluciones, entre otros. Atendiendo a estas cuestiones, se puede comprobar que en este momento no podemos contestar a ninguna de ellas basándonos en datos empíricos. Está claro que, a diferencia de otras técnicas de tratamiento, como

podría ser la desensibilización sistemática (Wolpe, 1958), en las que están mucho más claros los pasos que hay que dar, esto no es así en el caso de la reestructuración cognitiva, puesto que no existe un procedimiento sistematizado para llevarla a cabo. Es de suponer que cuando un terapeuta no experto se enfrenta al aprendizaje de esta técnica se ha de sentir mucho menos respaldado por los manuales que en el caso de otras técnicas. La desorientación de los terapeutas inexpertos (y, añadiríamos también, de muchos expertos) sobre la aplicación de la reestructuración cognitiva quedó perfectamente reflejada en el estudio de James y Morse (2007). En esta investigación se encontró que los clínicos novatos no reflexionan sobre el tipo de preguntas que utilizan en el debate, algo que según Carey y Mullan (2007) es fundamental, puesto que dependiendo del objetivo que se persiga habrá que utilizar diferentes preguntas. En su estudio, James y Morse pidieron a psicólogos clínicos inexpertos que categorizaran los tipos de preguntas que observaban en determinadas grabaciones atendiendo a su tipo, su función y la secuencia de las mismas. La conclusión a la que llegaron fue que hay un enorme desconocimiento del tema entre los aprendices, que afirmaron que nunca antes se les había pedido una reflexión similar. Según estos autores el dato es especialmente llamativo si tenemos en cuenta que una gran parte de la reestructuración consiste en hacer preguntas, en concreto, ellos hablan de que analizando los diálogos entre terapeuta y cliente incluidos como ejemplo en el conocido manual de Padesky y Greenberg (1995), un 73% de las verbalizaciones del terapeuta se presentaban en forma de preguntas.

Para abordar cualquiera de las cuestiones sin resolver acerca de la técnica que mencionábamos anteriormente se necesitan estudios de procesos llevados a cabo

con una cuidada metodología diseñada para poder reflejar aquello que se requiera, tal como ya puso de manifiesto Kazdin (2007). En este sentido, creemos que es importante investigar lo que ocurre momento a momento durante la interacción terapeuta-cliente cuando se aplica la técnica de reestructuración. Para ello habría que comenzar por realizar investigaciones exploratorias en esta línea que, de acuerdo con Hill (1990), sigan la lógica científica de observar los fenómenos, elaborar hipótesis, probarlas y refinarlas, replicar los resultados y, a largo plazo, desarrollar una teoría. Y decimos que habría que empezar por estudios exploratorios porque, como se ha podido ver en la revisión de la literatura que se ha presentado, no hemos encontrado ningún estudio que analice los procesos de cambio de esta manera específicamente durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva. Sí existen algunas investigaciones en las que se analiza lo que ocurre en terapia momento a momento, pero referidas a la comparación general de la terapia cognitivo-conductual (no específicamente reestructuración) con otros enfoques; para ello se utilizan distintos instrumentos de evaluación contruidos para tal fin, por ejemplo, el *Verbal Response Mode* en el caso de Stiles y Shapiro (1995) o el *Comprehensive Psychotherapy Intervention Rating Scale* en el caso de Trijsburg y Perry (2004). En esta línea, creemos que, si encontramos o desarrollamos instrumentos adecuados para analizar la interacción terapeuta-cliente y observamos a distintos terapeutas aplicando la técnica de reestructuración en muchos momentos diferentes, podremos avanzar en la construcción de un modelo que sirva de base para la mejor aplicación de esta técnica en la clínica, entendiéndose que con un solo estudio no se pueden identificar todos los

posibles procesos de cambio que subyacen a la aplicación de cualquier técnica. Nuestro equipo de investigación ha llevado a cabo recientemente algunos estudios de análisis de la interacción verbal entre terapeuta y cliente (autores; autores; autores; autores; autores), que esperamos puedan contribuir a largo plazo a esclarecer por qué se produce el cambio y que ello repercuta en la eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos que incluyen la técnica de reestructuración cognitiva; el avance en la intervención psicológica sólo podrá tener lugar favoreciendo la unión entre la investigación y la práctica aplicada (Maya, 2010).

Referencias

- Alcázar, A.I.R., Sánchez, J., Gómez, A. y Marín, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1310-1325.
- American Psychological Association Practice Directorate (2003). *PracticeNet survey: Clinical practice patterns*. Obtenido el 14 de febrero de 2009 de: <http://www.apa-practicenet.net/results.asp>
- Antona, C.J., García-López, L., Yela, J.R., Gómez-Gómez, M.A., Salgado, A., Delgado, C., et al. (2006). Eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social. *Psicología Conductual*, 14, 183-200.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Arnkoff, D. B. (1986). A comparison of the coping and restructuring components of cognitive restructuring. *Cognitive Therapy & Research*, 10, 147-158.
- Bayés, R. (1984). ¿Por qué funcionan las terapias comportamentales? *Anuario de Psicología*, 30/31, 127-147.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Hoeber.
- Beck, A.T. (1988). *Love is never enough*. Nueva York: Harper & Row.
- Beck, A.T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility and violence*. Nueva York: Harper Collins.
- Beck, A.T., Emery, G. y Greenberg, R.L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. et al. (2003). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N. y Grant, P. (2008). *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1979)
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. Nueva York: Guilford Press.
- Bennett-Levy, J. (2003). Mechanisms of change in cognitive therapy: the case of automatic thought records and behavioural experiments. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 31, 261-277.
- Bernard, M.E. (1991). *Using rational-emotive therapy effectively: A practitioner's guide*. Nueva York: Plenum Press.

- Bhar, S.S., Gelfand, L.A., Schmid, S.P., Gallop, R., DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., *et al.* (2008). Sequence of improvement in depressive symptoms across cognitive therapy and pharmacotherapy. *Journal of Affective Disorders, 110*, 161-166.
- Carey, T.A. y Mullan, R.J. (2004). What is Socratic Questioning? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*, 217-226.
- Carey, T.A. y Mullan, R.J. (2007). Socratic questioning in psychotherapy: A history of crossed purposes. *Counselling Psychology Review, 22* (4), 20-27.
- Chambless D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., *et al.* (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist, 51* (1), 3-16.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Johnston, S.B., Pope, K.S., Crits-Christoph, P., *et al.* (1996) An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist, 49* (2), 5-18.
- Cooper, P.J. y Steere, J. (1995). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa: Implications for models of maintenance. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 875-885.
- Degotardi, P.J., Klass, E.S., Rosenberg, B.S., Fox, D.G., Gallelli, K.A. y Gottlieb, B.S. (2006). Development and evaluation of a cognitive-behavioral intervention for juvenile fibromyalgia. *Journal of Pediatric Psychology, 31*, 714-723.
- Dimidjian, S., Dobson, K.S., Kohlenberg, R.J., Gallop, R., Markley, D.K., Atkins, D.C., *et al.* (2006). Randomized trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658-670.
- Dobson, K.S., Dimidjian, S., Kohlenberg, R.J., Rizvi, S.L., Hollon, S.D., Schmalings, K.B., *et al.* (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 468-477.
- Dowd, E.T. (2006). What changes in cognitive therapy? The role of tacit knowledge structures. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 6*, 141-148.
- Dryden, W., DiGiuseppe, R. y Neenan, M. (2003). *A primer on rational emotive behavior therapy*. Champaign, IL, U.S.: Research Press.
- Ellis, A. (1970). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1962)
- Ellis, A. (1988). *The Treatment of Borderline and Psychotic Individuals*. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1997). REBT with obsessive-compulsive disorder. En J. Yankura y W. Dryden. (Eds.), *Using REBT with common psychological problems: A therapist's casebook* (pp. 197-222). Nueva York: Springer.
- Ellis, A. (2000). *How to control your anxiety before it controls you*. Nueva York: Citadel.
- Ellis, A. (2001). *How to stop destroying your relationships*. Nueva York: Citadel.
- Ellis, A. (2004). *Sex without guilt in the twenty-first century*. Nueva York: Barricade.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319-324.
- Forsyth, J.P. (1997). In the name of the "advancement" of Behavior Therapy: Is it

- all in a name? *Behavior Therapy*, 28, 615-627.
- Franks, C.M. (1997). It was the best of times, it was the worst of times. *Behavior Therapy*, 28, 389-396.
- Frommberger, U., Stieglitz, R., Nyberg, E., Richter, H., Novelli-Fischer, U., Angenendt, J., et al. (2004). Comparison between paroxetine and behaviour therapy in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): A pilot study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8, 19-23.
- Garratt, G., Ingram, R.E., Rand, K.L. y Sawalani, G. (2007). Cognitive processes in cognitive therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 224-239.
- González, J.E., Nelson, J.R., Gutkin, T.B., Saunders, A., Galloway, A. y Shwery, C.S. (2004). Rational emotive therapy with children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12, 222-235.
- Gould, R.A., Mueser, K.T., Bolton, E., Mays, V. y Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis. *Schizophrenia Research*, 48, 335-342.
- Haaga, D.A.F. (2007). Could we speed this up? Accelerating progress in research on mechanisms of change in cognitive therapy of depression. *Clinical Psychology-Science: Science and Practice*, 14, 240-243.
- Haaga, D.A.F. y Davison, G.C. (1993). An appraisal of rational-emotive therapy. En M. Mahoney (Ed.), *Theoretical developments in the cognitive psychotherapies* [Número especial]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 215-220.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Harvey, L., Inglis, S.J. y Espie, C.A. (2002). Insomniacs' reported use of CBT components and relationship to long-term clinical outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 75-83.
- Haubert, L.C. y Dobson, K.S. (2007). Treatment of depression and mechanisms of change: Strengthening the links among theory, research, and practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 247-251.
- Hill, C.E. (1990). Exploratory In-Session Process Research in Individual Psychotherapy: A Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294.
- Hill, C.E. y Lambert, M.J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy process and outcome. En M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (5th Ed.)* (págs. 84-135). Nueva York: John Wiley.
- Hill, C.E., Nutt, E.A. y Jackson, S. (1994). Trends in psychotherapy process research: samples, measures, researchers and classic publications. *Journal of Counselling Psychology*, 41, 364-377.
- Hollon, S.D. y Kendall, P.C. (1997). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.
- Hollon, S.N., Evans, M.D., Auerbach, A., DeRubeis, R.J., Elkin, I, Lowery, A. et al. (1988). *Development of a system for rating therapies for depression: Differentiating cognitive therapy, interpersonal psychotherapy, and*

- clinical management pharmacotherapy*. Manuscrito sin publicar.
- Jacobson, N.S., Dobson, K.S., Truax, P.A., Addis, M.E., Koerner, K., Gollan, J.K., *et al.* (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295-304.
- James, I.A. y Morse, R. (2007). The use of questions in Cognitive Behavior Therapy: Identification of question type, function and structure. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 35*, 507-511.
- Jarret, R.B., Vittengl, J.R., Doyle, K. y Clark, L.A. (2007). Changes in cognitive content during and following cognitive therapy for recurrent depression: Substantial and enduring, but not predictive of change in depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 432-446.
- Jarrett, R. y Nelson, R. (1987). Mechanisms of change in cognitive therapy of depression. *Behavior Therapy, 18*, 227-241.
- Johansson, P. y Hoglend, P. (2007). Identifying mechanisms of change in psychotherapy: Mediators of treatment outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 14*, 1-9.
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1-27.
- Kazdin, A.E. (2008). Evidence-Based treatments and practice. New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist, 63*, 146-159.
- Kennerley, H. (2007). *Socratic Method*. Oxford, Inglaterra: Oxford Cognitive Therapy Centre Essential Guides.
- Lam, D.C.K. y Gale, J. (2004). Cognitive behaviour therapy: an evidence-based clinical framework for working with dysfunctional thoughts. *Counselling Psychology Quarterly, 17* (1), 53-67.
- Laurenceau, J., Hayes, A.M. y Feldman, G.C. (2007). Some methodological and statistical issues in the study of change processes in psychotherapy. *Clinical Psychology Review, 27*, 682-695.
- Llewelyn, S. y Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology, 40*, 1-21.
- Longmore, R.J. y Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review, 27*, 173-187.
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Pearson Education. (Trabajo original publicado en 2007)
- Maya, I. (2010). De la ciencia a la práctica en la intervención comunitaria. La transferencia del conocimiento científico a la actuación profesional. *Apuntes de Psicología, 28*, 121-141.
- McMullin, R. E. y Giles, T. R. (1981). *Cognitive behavior-therapy. A restructuring approach*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Moreno, P.J., Méndez, F.X. y Sánchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: Una revisión meta-analítica. *Psicothema, 12*, 346-352.
- Muran, J., Safran, J., Samstag, L., Gorman, B., Twining, L. y Winston, A. (1995). Linking in-session change to overall outcome in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 651-657.
- Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (1998). *A guide to treatments that work*. Nueva York: Oxford University Press.

- Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (2002). *A guide to treatments that work (2nd Ed.)*. Nueva York: Oxford University Press.
- Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (2007). *A guide to treatments that work (3rd Ed.)*. Nueva York: Oxford University Press.
- O'Connor, K.P., Brault, M., Robillard, S., Loiselle, J., Borgeat, F. y Stip, E. (2001). Evaluation of a cognitive-behavioural program for the management of chronic and habit disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 667-681.
- Oei, T.P.S., Bullbeck, K. y Campbell, J.M. (2006). Cognitive change process during group cognitive behaviour therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 92, 231-241.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H. y Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change (5th Ed.)* (págs. 307-389). Nueva York: John Wiley.
- Padesky, C.A. y Greenberg, D. (1995). *Clinician's Guide to Mind Over Mood*. Nueva York: Guilford Press.
- Pérez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez, M. (2007). La activación conductual (AC): un nuevo acercamiento al tratamiento de la depresión. *Infocop*, 31, 41-43.
- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. y Amigo, I. (2003). El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (I). Adultos* (págs. 17-34). Madrid: Pirámide.
- Rosen, G.M. y Davison, G.C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, 27, 300-312.
- Sánchez, J., Alcázar, A.I.R. y Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: Meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11, 641-654.
- Silverman, A.H., Hains, A.A., Davies, W.H. y Parton, E. (2003). A cognitive behavioral adherence intervention for adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10, 119-127.
- Skordoulis, R. y Dawson, P. (2007). Reflective decisions: The use of Socratic dialogue in managing organizational change. *Management Decision*, 45, 991-1007.
- Smith, M.L. y Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Spirito, A. (Ed.). (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology [Número especial]. *Journal of Pediatric Psychology*, 24 (2).
- Stiles, W.B. y Shapiro, D.A. (1995). Verbal exchange structure of brief psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 15-27.
- Strunk, D.R. y DeRubeis, R.J. (2001). Cognitive therapy for depression: A review of its efficacy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15, 289-297.
- Szentagotai, A., David, D., Lupu, V. y Cosman, D. (2008). Rational emotive behavior therapy versus cognitive therapy versus pharmacotherapy in the treatment of major depressive

- disorder: Mechanisms of change analysis. *Psychotherapy*, 45, 523-538.
- Tang, T.Z. y DeRubeis, R.J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 894-904.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48 (1), 3-23.
- Taylor, S., Woody, S., Koch, W.J., McLean, P., Paterson, R.J. y Anderson, K.W. (1997). Cognitive restructuring in the treatment of social phobia. *Behavior Modification*, 21, 487-511.
- Terjesen, M.D., DiGiuseppe, R. y Gruner, P. (2000). A review of REBT research in alcohol abuse treatment. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy. Special Issue: Cognitive-Behavioral Treatment of Addictions, Part I*, 18, 165-179.
- Trijsburg, R.W. y Perry, J.C. (2004). An empirical study of the differences in interventions between psychodynamic therapy and cognitive-behavioural therapy for recurrent major depression. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 12, 325-345.
- Tryon, W.W. y Misurell, J.R. (2008). Dissonance induction and reduction: A possible principle and connectionist mechanism for why therapies are effective. *Clinical Psychology Review*, 28, 1297-1309.
- Weismann, A.N. y Beck, A.T. (1978, agosto-septiembre). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Comunicación presentada en la 86th Annual Convention de la APA, Toronto, Ontario, Canadá.
- Whisman, M.A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 114, 248-265.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA, U.S.: Stanford University Press.
- Young, J. y Beck, A. (1980). *Cognitive Therapy Scale: Rating manual*. Manuscrito inédito. Filadelfia: Center for Cognitive Therapy,
- Zettle, R.D. y Hayes, S.C. (1987). Component and process analysis of cognitive therapy. *Psychological Report*, 61, 939-953.