

Los perfiles cognitivos psicopatológicos en la formulación cognitiva de caso

Psychopathological cognitive profiles in the cognitive case formulation

RONALD TORO

DIANA OCHOA*

Fundación Seré, Bogotá, Colombia

Resumen

Se resaltó la relevancia de incluir los perfiles cognitivos desarrollados de acuerdo con las categorías diagnósticas del DSM-IV TR para los trastornos de la personalidad en la formulación cognitiva de caso. Los contenidos informacionales deben dar cuenta del perfil cognitivo específico del paciente, con el fin de facilitar la planeación y el curso del tratamiento ajustado a sus necesidades, aunque no presente diagnóstico en el eje II. También se analizaron las implicaciones del uso inadecuado de las categorías diagnósticas en los trastornos de la personalidad; la necesidad de generar investigación en torno al soporte empírico y psicométrico derivado de la presente propuesta, y el entrenamiento de terapeutas cognitivos en formulación cognitiva de caso.

Palabras clave: creencias, estrategias, formulación cognitiva de caso, perfiles cognitivos, terapia cognitiva.

Abstract

This paper emphasizes the relevance of including the cognitive profiles based on DSM-IV TR in the cognitive case formulation criteria for personality disorders. The informational contents must explain the specific cognitive profile of the patient, in order to facilitate the treatment planning and course, according to the patient's needs, even if he does not show any diagnosis in the axis II. In addition, the consequences of an inadequate use of diagnosis categories were analyzed, as well as the need to promote and generate research about the empirical and psychometric support in this area derived from this proposal, as much as the need of a training for cognitive therapists in cognitive case formulation, including cognitive profiles.

Keywords: beliefs, cognitive case formulation, cognitive profiles, cognitive therapy, strategies.

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN
RECIBIDO: 19 DE AGOSTO DEL 2009 - ACEPTADO: 31 DE MAYO DEL 2010

* Correspondencia: tororonald@gmail.com; dcarolina8a@psicologos.com

Las psicoterapias cognitivo conductuales se han caracterizado por tener un riguroso manejo metodológico de caso y una estructura definida, además de ser directivas y limitadas en el tiempo (Brewin, 1996; Still & Dryden, 2003); se valen de diferentes estrategias metodológicas de recolección y organización de la información a través de la formulación de caso y la adecuada estructuración del plan de tratamiento (Persons & Bertagnolli, 1999). El objetivo de la siguiente revisión teórica es proponer la inclusión de los perfiles cognitivos (A.T. Beck et al., 1990; J. S. Beck, 2005) en la formulación cognitiva de caso (FCC), la cual es un marco de referencia para organizar la información recolectada y el establecimiento de hipótesis acerca del desarrollo y mantenimiento de las problemáticas psicológicas, que facilita la planeación y el curso del tratamiento psicoterapéutico al estar ajustado a las necesidades y características del paciente.

Fundamentos de la terapia cognitiva

El campo de la psicoterapia cognitiva se inició con estudios relacionados con la depresión, los cuales se centraron en el procesamiento de la información; se encontró que los individuos depresivos presentan errores sistemáticos comunes que reflejan la actividad disfuncional cognitiva, con fenómenos tales como la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación y minimización, personalización y pensamiento de todo o nada (A.T. Beck, 1967; Sacco & Beck, 1995); posteriormente, tales estudios se extendieron a una amplia gama de trastornos (p. e., Clark & Beck, 1997).

A partir de esto, el supuesto básico de la terapia cognitiva sostiene que la modificación de cogniciones genera cambios en el afecto y en el comportamiento, mediante el uso de una variedad de técnicas cognitivas y conductuales que cambian los estilos de pensamiento disfuncionales presentes en el síndrome depresivo y otros trastornos (A.T. Beck, 1967; A.T. Beck, Rush,

Shaw & Emery, 1979; Clark, Beck & Alford, 1999; Sacco & Beck, 1995). Este modelo terapéutico, A. T. Beck et al. (1979) lo definen como *terapia cognitiva* (TC), procedimiento activo, directivo, estructurado, de tiempo limitado y utilizado para tratar distintas alteraciones psiquiátricas.

La organización cognitiva, según Clark et al. (1999) y Clark y Beck (1997), contiene dos niveles estructurales: uno superficial y otro profundo. El primero corresponde a los productos cognitivos llamados *pensamientos automáticos*; el segundo está relacionado con las reglas que condicionan la manera de estructurar el significado llamadas *supuestos subyacentes*, que incluyen, a la vez, las *creencias intermedias*, *creencias nucleares* y los *esquemas* (J. S. Beck, 2000). Estos últimos, según Clark y Beck (1997), son “estructuras funcionales de representaciones de conocimiento y de la experiencia anterior más o menos permanentes, que guían la búsqueda, codificación, almacenamiento y recuperación de la información” (p. 120).

En ese orden, Clark et al. (1999) afirman que los esquemas se encuentran en el nivel estructural más básico de conceptualización cognitiva, y se entienden como las unidades básicas de información y significados. En el siguiente nivel están los esquemas en agrupaciones denominados modos, los cuales determinan las representaciones cognitivas de los diferentes trastornos psicológicos; por último, la interconexión de varios modos conforma la estructura de la personalidad.

Por otra parte, en lo relacionado con los contenidos, es decir, lo almacenado en las estructuras cognitivas nombradas, están las creencias y los pensamientos automáticos. Las creencias son cualquier idea verbal o gráfica (cogniciones) consideradas como el paradigma personal del paciente acerca de sí mismo y del mundo; en el caso de la depresión, por ejemplo, se encuentra que los pacientes presentan una visión distorsionada negativa, la cual es su propia representación verídica de la realidad. Las creencias, por tanto, son todas las observaciones e interpretaciones de los

fenómenos, que tienen un marco de referencia personal a nivel conceptual (A.T. Beck et al., 1979).

Los pensamientos automáticos son cogniciones superficiales relativamente estables, transitorias y específicas para cada situación; suelen ser rápidos y parecen reflejos. Se constituyen como el resultado de la activación de las reglas de procesamiento de información, es decir, un producto de los procesos y de las estructuras que comprenden los esquemas, que finalmente influyen en la repetición del contenido central y su tono emocional acompañante (Freeman & Oster, 1997).

A su vez, las creencias pueden ser centrales o intermedias, y se hallan distribuidas en diferentes niveles de accesibilidad y conciencia (Clark et al., 1999); las creencias intermedias están en un nivel más profundo que los pensamientos automáticos. Estas creencias, según J. S. Beck (2000), se subdividen en actitudes, reglas, y supuestos o suposiciones, formadas por lo general del contenido de una creencia más profunda llamada creencia central o nuclear. Las actitudes son una opinión sobre alguna problemática específica y son expresadas como una proposición. Las reglas se caracterizan por ser imperativos que inducen comportamientos y tienen un alto componente emocional/motivacional. Por último, las suposiciones son conjeturas que responden a la regla "si..., entonces" (J. S. Beck, 2000; Riso, 2006).

En el siguiente nivel del funcionamiento cognitivo están las creencias centrales o nucleares, que son ideas fundamentales y profundas que el paciente tiene acerca de sí mismo, las otras personas y el mundo; son creencias consideradas por las personas como verdades absolutas debido a su rigidez y globalidad, y se constituyen como las ideas acerca del yo. Aunque algunos autores las toman como esquemas, A.T. Beck et al. (2004) diferencian estos conceptos sugiriendo que los esquemas son estructuras cognitivas y su contenido específico son las creencias nucleares. Además, agregan que las creencias nucleares negativas se pueden dividir en dos amplias categorías: *indefensión*

e *inamabilidad*. Las primeras guían el procesamiento de la información y sus repertorios comportamentales referentes a las capacidades personales (*autonomía*), y las segundas, a las capacidades de relacionarse interpersonalmente (*sociotropía*). J. S. Beck (2005) agrega otra categoría denominada creencias de *inutilidad* (*worthless core beliefs*), orientada a considerarse sin valor y sin mérito; a diferencia de las anteriores, estas son creencias con un tono moral evidente en frases como "no merezco vivir" y "soy malo".

Agregando al modelo descrito, en los procesos esquemáticos se encuentran diversas estrategias comportamentales, llamadas también estrategias compensatorias, que tienen como función evitar la activación del contenido de las creencias nucleares (J. S. Beck, 2005; Young, 1999). Estas estrategias han servido filogenéticamente para garantizar la supervivencia de la raza humana (A. T. Beck et al., 1990; A. T. Beck et al., 2004). Robins y Hayes (1997) llaman a estas respuestas *procesos defensivos* guiados por esquemas compensatorios, en los que la activación del esquema central se evita cognitivamente por medio de represión de recuerdos, minimización de experiencias dolorosas y de situaciones que logren activar el contenido informacional. En los trastornos de la personalidad, los procesos defensivos o estrategias compensatorias se vuelven desadaptativos, lo que llega a interrumpir el funcionamiento personal normal (A. T. Beck et al., 1990, 2004; J. S. Beck, 2005; Young, 1999).

Al presentarse en función de la supervivencia y la reproducción, estos comportamientos se evidencian en patrones tales como la predación en la consecución de alimentos o el dominio territorial, la evitación del peligro y la amenaza, para asegurar la supervivencia, y el galanteo en la necesidad de la reproducción. Debido a las transformaciones culturales, los patrones filogenéticos cambian a estrategias que obedecen demandas de tipo social, que en muchos casos pueden resultar hiperdesarrolladas o infradesarrolladas, como es

el caso de la predación exagerada manifestada en comportamientos de violencia presentes en el trastorno de la personalidad antisocial, o el galanteo exagerado manifestado en el trastorno histriónico de la personalidad. Estas estrategias pueden ser valoradas como adaptativas o desadaptativas, ya sean hiperdesarrolladas o infradesarrolladas de acuerdo con las características de un contexto cultural específico (A. T. Beck et al., 2004; J. S. Beck, 2005).

Según J. S. Beck (2005), estas estrategias, presentes la mayoría del tiempo en diferentes situaciones (aunque hayan sido desarrolladas como una forma de afrontar las propias creencias nucleares negativas), se pueden convertir en disfuncionales, y, aunque no siempre son de contenido consciente, contribuyen al mantenimiento de unas estrategias conductuales que perpetúan el contenido esquemático negativo. Prueba de esto se encuentra en el estudio llevado a cabo por A. T. Beck et al. (2001), en el cual identificaron las creencias centrales propias de cinco trastornos de personalidad (evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo, narcisista y paranoide), lo que se constituyó en soporte del modelo cognitivo de estos trastornos.

Cuando existe algún tipo de trastorno, un síndrome sintomático (eje I) o un trastorno de la personalidad (eje II), dada la importancia de los procesos informacionales en la dinámica de la personalidad, los contenidos esquemáticos y sus procesos de preservación (no solamente para los trastornos de la personalidad) se constituyen como componentes de vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo de la psicopatología, ya que la activación producida por situaciones amenazantes y su mantenimiento se dan a través de estrategias interpersonales perpetuadas en ciclos disfuncionales característicos de los trastornos del eje II (A. T. Beck et al., 2004; J. S. Beck, 2005; Knapp & Beck, 2008).

Lo anterior permite establecer agrupaciones de creencias y sus repertorios comportamentales (estrategias compensatorias) denominados

perfiles cognitivos psicopatológicos. En el modelo cognitivo, la hipótesis de especificidad de contenido afirma que cada estado afectivo y trastorno psicológico se deriva de un perfil cognitivo específico que determina, acorde con el significado asignado a los eventos, una emoción específica; por ejemplo, en la depresión, los eventos relacionados con privación o pérdida serán afines al sentimiento de tristeza, o las situaciones amenazantes o percepciones de peligro estarán acordes con la ansiedad y el temor (Clark et al., 1999).

Precisar el perfil cognitivo le permite al terapeuta comprender el tipo de procesamiento de información del paciente en los diferentes trastornos psicológicos, evidenciado en el contenido esquemático particular y en el tipo de estrategias instrumentales utilizadas para mantener una consistencia interna en los esquemas de base (Riso, 2006). Los perfiles cognitivos específicos descritos en A. T. Beck et al. (1990), A. T. Beck et al. (2004) y Clark et al. (1999), dentro del modelo psicopatológico cognitivo, basados en el DSM-IV TR (APA, 2002), se definen como un conjunto específico y personal de contenidos cognitivos disfuncionales, cuyas estrategias interpersonales se evidencian en función del modo en que la persona se relaciona consigo misma y el mundo; y están caracterizados no solo por conductas observables, sino también por una agrupación de creencias, actitudes, afectos y estrategias.

No obstante, para el desarrollo de la TC basado en el modelo de A.T. Beck, la recolección de la información en etapas tempranas de la atención psicológica hace necesario poseer un marco de referencia para la agrupación de los componentes cognitivos personales, es decir, una estructura para organizar la información recolectada que permita el establecimiento de hipótesis acerca del desarrollo y mantenimiento de las diversas problemáticas psicológicas a partir de la identificación del perfil cognitivo (Bieling & Kuyken, 2003; Persons & Bertagnolli, 1999; Persons & Davidson, 2001; Persons & Tompkins, 2007); dicho de otra forma, el

contenido esquemático particular y las diferentes estrategias de afrontamiento o defensivas del contenido informacional. A continuación se profundiza con respecto a la conceptualización de caso en la TC y su relación con los perfiles cognitivos psicopatológicos.

Conceptualización cognitiva de caso en la terapia cognitiva

En el intento de organizar las variables implicadas en cada trastorno psicológico particular, el psicólogo clínico se debe valer de estrategias metodológicas para la recolección de información (entrevistas, pruebas psicométricas, observación) (Trull & Phares, 2003), formulación de caso y estructuración de tratamiento, con el fin de dar un manejo conceptual de los casos (Persons & Bertagnoli, 1999), sean comórbidos o “casos difíciles” en muchas ocasiones (p. e., Mumma & Mooney, 2007).

Teniendo en cuenta esto, el manejo metodológico de caso desde los postulados teóricos iniciales de Albert Ellis y Aaron T. Beck se caracteriza por tener una estructura definida, por ser estos directivos y limitados en el tiempo (Still & Dryden, 2003), aunado esto a los trabajos empíricos que les han permitido sustentar su teoría de una manera consistente y fiable dentro del campo de la psicoterapia, ya sea apoyado en un conjunto de normas que sirven de herramientas de evaluación de sus resultados, o por las evidencias recogidas como apoyo a los principios teóricos de la terapia sustentada en el modelo cognitivo (A. T. Beck, 1995).

Desde sus inicios, este modelo ha desarrollado sistemas de conceptualización para el caso individual que permiten la integración de los postulados teóricos (posturas nomotéticas) con los trabajos en la práctica clínica individual (posturas idiográficas) (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006; Persons & Tompkins, 2007), como un mapa provisional de los problemas que presenta la persona, tanto en adquisición como en mantenimiento (Bieling & Kuyken, 2003).

Así, una definición de formulación de caso desde la perspectiva cognitivo-conductual se plantea, según Nezu et al. (2006), como una descripción detallada de síntomas ambientales e intrapersonales, que faculta la comprensión del modo en que coexisten estos y, a su vez, provee una explicación del porqué persisten a través del tiempo. Este proceso permite al terapeuta identificar, a partir de la historia del paciente, los factores de adquisición y mantenimiento de los síntomas reportados, y luego plantear objetivos y metas para la intervención.

En el marco del modelo cognitivo tradicional, J. S. Beck (2005) define la conceptualización de caso como “la piedra angular de la terapia cognitiva” (p. 17), al constituirse esta, para el terapeuta, en la guía para un tratamiento efectivo y eficiente, ya que permite organizar los cientos de experiencias y cogniciones disfuncionales, y discrimina aquellos focos del problema (como pensamientos y creencias disfuncionales), así como otras dificultades específicas de las experiencias presentes en la cotidianidad.

La FCC, según la definición de Bieling y Kuyken (2003), y Kuyken y Beck (2006), es un proceso inferencial sobre factores de causa y mantenimiento de problemáticas clínicas derivadas de la teoría cognitiva de los trastornos emocionales que, en términos actuales, se describen al establecer qué creencias centrales disfuncionales, creencias intermedias y estrategias compensatorias subyacentes, ya sea por el perfil cognitivo disfuncional o sus patrones comportamentales, mantienen la problemática psicológica.

La propuesta desarrollada por J. S. Beck (2000, 2005) para el manejo de la información comprende un diagrama de conceptualización de caso en el cual se deben ubicar las creencias centrales o nucleares, las creencias intermedias y las estrategias defensivas o de afrontamiento. Las creencias centrales deben ser divididas en creencias acerca de sí mismo, los demás y el mundo. Las creencias intermedias clasificadas como reglas, actitudes y suposiciones, como

condicionantes que conectan con el contenido informacional de las creencias centrales, las cuales deben ser identificadas analizando el contenido de los pensamientos automáticos principalmente. Agrega, además, tres situaciones de registro en las cuales se desglosan los componentes cognición, emoción y conducta; a su vez, en los niveles superiores del diagrama se deben señalar los datos relevantes de la infancia que ayudaron a conformar el contenido del esquema nuclear.

La autora sugiere, en principio, identificar los componentes enunciados en el párrafo anterior para entender por qué desarrollaron estas creencias extremas acerca de ellos mismos, de los demás y del mundo; a continuación, cómo las estrategias conductuales están conectadas con las creencias centrales, y luego determinar cuáles creencias y estrategias conductuales son más relevantes en el trabajo clínico. Finalmente, entender por qué los pacientes reaccionan de una manera particular, debido a sus percepciones que influyen en las reacciones emocionales, comportamentales y fisiológicas.

En Colombia, Riso (2006) aborda la FCC desde una perspectiva multinivel, denominada conceptualización clínica cognitiva multinivel (CCCM), definida en tres niveles que permiten al terapeuta comprender de manera secuencial las problemáticas del paciente: nivel sintomático descriptivo (identifica la interrelación del triple sistema de respuesta —cognitivo, motor, emocional/biológico— y las consecuencias derivadas de dicha interrelación), nivel explicativo preventivo (identifica el esquema nuclear, las creencias trágicas de las que se desprenden las creencias compensatorias, las estrategias de evitación y compensatorias/aseguradoras, y los componentes de economía cognitiva como los sesgos perceptuales, sesgos atencionales y sesgos de memoria) y el nivel de estilo de vida saludable (esquemas de tercer orden que se clasifican en esquemas ideológicos/conceptuales, valorativos, motivacionales superiores y constructivos) (Riso, 2006).

En síntesis, para el modelo sustentado en la TC, la FCC se define como una teoría idiográfica y nomotética que explica los problemas y los síntomas que, en particular, presenta el paciente, y representa una base para estructurar un plan individualizado de tratamiento, que permite, además, un desarrollo teórico en el área clínica cognitiva en cuanto a la planeación de intervenciones para diversas problemáticas, inclusive casos particulares difíciles o comórbidos, partiendo del manejo idiográfico a partir de hipótesis que relacionen problemas específicos con sus potenciales variables causales (Kuyken & Beck, 2006; Mumma & Mooney, 2007). Siguiendo la postura de Persons y Davidson (2001), Persons y Tompkins (2007) y J. S. Beck (2000, 2005), la FCC le aporta al clínico el marco necesario para comprender al paciente, establecer una hipótesis acerca del modo como llegó a desarrollar su trastorno psicológico particular y organizar de forma clara la información desde el primer contacto, la cual ha de ser profundizada constantemente hasta la última sesión.

Además, se evidencia la disponibilidad de diversas propuestas en psicología clínica en cuanto a la conceptualización cognitiva de caso, las cuales pretenden ser una guía para la indagación y el análisis de los datos específicos del paciente, su ambiente físico y social, los factores desencadenantes de los síntomas, así como las relaciones de causalidad que guardan; que, según el modelo clínico de base, proporcionan al psicólogo una estructura organizativa que logra establecer diversas hipótesis de trabajo para comprender (describir y explicar) de manera congruente el caso clínico particular, de acuerdo con el modelo cognitivo (p. e., Eells, 2006; Ingram, 2006; Sturmey, 2009).

Perfiles cognitivos psicopatológicos en la formulación cognitiva de caso

En la teoría desarrollada por A. T. Beck los esquemas son las estructuras fundamentales del

sistema cognitivo que dirigen de forma estable, flexible y permanente el procesamiento de la información del medio o autorreferente, en diferentes niveles de accesibilidad y conciencia, conformado por los pensamientos automáticos y los supuestos subyacentes agrupados en perfiles cognitivos particulares.

Los perfiles cognitivos son patrones idiosincrásicos aprendidos por el sujeto que permiten su adaptación y son definidos como pautas permanentes en la forma de sentir, pensar y actuar, que guían, además, la activación del contenido esquemático disfuncional, incluido el afecto negativo acompañante (A. T. Beck et al., 1990; A. T. Beck et al., 2004); además, la combinación de las creencias intermedias derivadas de los supuestos subyacentes y sus repertorios instrumentales conforman el perfil cognitivo de los trastornos de la personalidad y otras psicopatologías.

El DSM-IV TR, al respecto, considera un trastorno de personalidad (TP) cuando los rasgos pasan a ser inflexibles y desadaptativos causando deterioro funcional y malestar subjetivo significativo (APA, 2002). En estos casos, cuando una estrategia no puede ser desplegada o, por el contrario, se manifiestan estrategias desadaptativas, la persona puede desarrollar patologías sintomáticas como ansiedad y depresión (Arntz, Dresseen, Schouten & Weertman, 2004). Así mismo, se encuentran casos en los cuales se evidencia más de un perfil; por tanto, se sugiere considerar la evaluación de las cogniciones base, de acuerdo con los tipos sociotropía y autonomía (Clark & Beck, 1997; Clark et al., 1997; Clark et al., 1999). A.T. Beck et al. (2004) sugieren que, dado el caso de diagnosticar varios trastornos en el eje II, el terapeuta puede dejar a consideración un perfil dominante, o aquel que genere mayor desajuste.

Es difícil precisar cuándo un rasgo es inflexible o desadaptativo; aparentemente, un rasgo es inflexible cuando no se presentan variaciones en los patrones de comportamiento y pensamiento, donde la persona tiene una incapacidad para modificar sus acciones, aunque,

en diferentes situaciones, los individuos y su entorno social pueden darse cuenta de dicho desajuste; y es desadaptativo cuando las manifestaciones conductuales no permiten al individuo un ajuste dinámico y permanente al contexto. Sin embargo, un comportamiento no puede ser completamente desadaptativo si persiste, pues las consecuencias producidas serían totalmente desfavorables; por tanto, se constituye una mezcla entre adaptativo y desadaptativo (Wessler, 1993).

Ahora bien, si los términos *inflexibilidad* y *desadaptación* son reevaluados y, por el contrario, se habla de rasgos de personalidad, la tarea de describir a una persona es más comprensible y clara, pues, al no forzar el diagnóstico hacia un trastorno de personalidad, es posible ver a la persona como una combinación de distintos rasgos en grados diferenciados, en lugar de verla como un miembro de una categoría discreta, lo que permite una descripción más detallada (Wessler, 1993).

Según lo anterior, se plantea que las características descritas en el DSM-IV TR para cada uno de los perfiles de los trastornos de personalidad (TP) pueden utilizarse en la FCC como (a) eje diagnóstico o (b) eje guía. El primero hace referencia a la identificación propia de la presencia de psicopatología del eje II, en el que se encuentran una serie de comportamientos desviados, inflexibles y relativamente estables en el tiempo; además, la persona es incapaz de reconocer los componentes de su problemática y comportamientos desadaptados (Millon, 1997; Millon & Davis, 2000) (lo que origina, naturalmente, dificultades en la mayoría, si no en todas, de sus áreas de funcionamiento), así como, en algunos casos, comorbilidad con otros trastornos del eje I, como lo indican algunos estudios sobre TC para los TP (p. e., Vallis, Howes & Standage, 2000).

El segundo, el eje guía, puede utilizarse para los casos en los que las pautas comportamentales, estrategias, cogniciones superficiales y el tono afectivo acompañante no son suficientes para establecer un patrón de personalidad

catalogado como anormal o patológico, pero aun así genera en el individuo, de manera directa, estrategias y cogniciones disfuncionales; o indirecta, trastornos sindrómicos, ocasionando malestar, discapacidad o riesgo (sea psicológico, social o ambos) (APA, 2002; Caspi, Roberts & Shiner, 2005). Para dichos casos, la identificación del perfil sirve, entre otras, para la planeación del tratamiento ajustado a las necesidades del paciente, apuntando desde la cognición base a las problemáticas encontradas.

Es por eso que se ha considerado que los perfiles cognitivos psicopatológicos incluidos en la estructura de la FCC pueden constituirse como una guía acertada para la planeación del tratamiento acordes con las cogniciones y estrategias defensivas del paciente; permiten el estudio del caso organizando la información recolectada y las variables de una forma validada desde el modelo teórico adoptado; incrementan los niveles de empatía con el paciente (A. T. Beck & Kuyken, 2006), y reducen los fallos que se presenten en el curso del tratamiento (eficiencia, eficacia), entre otras ventajas.

Por otra parte, al hacer revisiones teóricas referentes a los perfiles cognitivos incluidos en la conceptualización de caso, en la práctica de la TC (p. e., Bieling & Kuyken, 2003; Kuyken, 2006), no existen reportes en los que se especifique cómo realizar un análisis sistemático del perfil cognitivo del paciente dentro de la formulación del caso, lo que representa limitaciones al responder a las necesidades acordes con los rasgos característicos de personalidad, y que identifiquen claramente la validez de la intervención terapéutica en los cambios generados.

Dentro de los trabajos en los que se realizó una propuesta similar a esta, de incluir los perfiles cognitivos de A. T. Beck et al. (1990) en la FCC, está el de A. T. Beck et al. (2001), en el que se afirmó que es importante resaltar los aspectos cognitivos como las creencias disfuncionales en cada categoría diagnóstica del DSM-IV TR. Igualmente, el trabajo previo de Clark y Beck (1997) en el

que describen, la *hipótesis del tratamiento diferencial*, la cual dice que la respuesta al tratamiento está influida por dimensiones cognitivas dominantes de la personalidad, como en el caso de los individuos sociotrópicos que responden mejor al apoyo, mientras que los autonómicos responden mejor a la resolución de problemas, lo que se ha constituido como un extenso cuerpo de investigación aún en desarrollo (p. e., Clark et al. 1999).

Sin embargo, Persons y Tompkins (2007), aunque afirman que no es frecuente tener en cuenta la relación entre los trastornos del eje I y el eje II en la lista de problemas del paciente porque un solapamiento de síntomas de ambos ejes es demasiado extensivo, y además no se conoce el soporte empírico que dé sustento a esta relación, recomiendan enlistar únicamente los síntomas y comportamientos relevantes detectados del eje II, lo que puede facilitar la conceptualización de la problemática y la planeación del tratamiento.

Por su parte, J. S. Beck (2005) afirma que es de gran ayuda para el terapeuta comprender los perfiles cognitivos de cada trastorno del eje II a la hora de hacer la FCC; además, conocer los perfiles de cada paciente sirve para desarrollar expectativas más realistas del resultado y curso del tratamiento; por ejemplo, cuando el terapeuta cognitivo pretende que un paciente con un perfil cognitivo pasivo-agresivo cumpla con sus tareas intersesiones. Igualmente, con respecto a los patrones permanentes identificables en el eje II a incluir en la FCC, Persons y Davidson (2001) concluyeron que esta labor permite al terapeuta tener un panorama más claro sobre el proceso terapéutico al establecer metas realistas, siguiendo las metodologías de caso único.

J. S. Beck (2005) agrega que identificar las creencias descritas para cada trastorno del eje II permite conceptualizar rápidamente los problemas de los pacientes y, asimismo, soporta la decisión del terapeuta de cómo intervenir de una forma más efectiva, y, aunque no todos los pacientes presenten trastorno del eje II, se requiere

de una combinación de técnicas ajustadas, que apunten a la modificación de las creencias y estrategias de perpetuación esquemática del paciente, considerando que, por lo general, las emplean en el contexto terapéutico, como es el caso de pacientes esquizoides que despliegan un conjunto de estrategias por temor a que, durante el proceso terapéutico, les sea invadida su privacidad.

De acuerdo con lo anterior, una vez resaltada la importancia del uso de los perfiles en la FCC, a continuación se proponen las estrategias de identificación de los perfiles cognitivos, haciendo uso de las herramientas disponibles en la práctica clínica.

La identificación de los perfiles cognitivos en la formulación cognitiva de caso

De acuerdo con lo descrito por A. T. Beck et al. (1979) y A. T. Beck et al. (1990), el desarrollo adecuado de la metodología para la formulación de caso debe considerar, en primer lugar, la observación, el contacto directo desde la primera entrevista y la misma entrevista como instrumentos fundamentales del terapeuta cognitivo. Segundo, se sugiere tener presentes las diferentes herramientas psicométricas provistas por los investigadores del contenido estructural del aparato cognitivo como una ayuda para el repertorio heurístico del terapeuta, teniendo en cuenta, claro está, los errores de validez presentes en toda la evaluación psicopatológica, incluida la elaboración de la FCC (Bieling & Kuyken, 2003; Kuyken, 2006).

Siguiendo este precepto, es necesario valerse de estrategias específicas de evaluación para identificar las creencias propias de cada perfil cognitivo, con el fin de facilitar la concepción idónea del tratamiento de acuerdo con los requerimientos y características propias de cada paciente. En este punto, desde la psicometría se propone el uso extensivo del PBQ, *Personality Beliefs Questionnaire*, (Beck & Beck, 1991), desarrollado como un instrumento de investigación que categoriza cada creencia específica de los

trastornos de la personalidad. El PBQ presenta 126 ítems distribuidos en nueve agrupaciones de catorce ítems, con un alfa de Cronbach de .77 a .93 entre las escalas de cada contenido evaluado, creados a partir de la lista propuesta en el trabajo de A. T. Beck et al. (1990).

Una versión más corta del PBQ fue elaborada por Butler, Beck y Cohen (2006), llamada PBQ-SF, *Personality Beliefs Questionnaire Short Form*. En este cuestionario de elevada consistencia interna test-retest, pese a que solo posee siete ítems por cada constructo evaluado, encontraron durante su construcción que un amplio espectro de variables clínicas correlacionaron entre los trastornos de personalidad internalizantes (evitativo, obsesivo compulsivo, dependiente) ansiedad y depresión. El PBQ-SF es un cuestionario clave para la identificación de los contenidos esquemáticos de cada trastorno del eje II, ya que provee, en primera instancia, una medida confiable de la presencia o ausencia del trastorno.

En Colombia, Londoño et al. (2007) presentaron el Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad (CCE-TP), diseñado para evaluar creencias centrales (creencias con relación a sí mismo, los demás, las amenazas percibidas y las estrategias interpersonales) asociadas con los trastornos del eje II, fundamentadas desde el modelo de la TC. Este instrumento fue validado (validez de contenido) en varios grupos de estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín, con una muestra representativa total de 809 sujetos, logrando un alfa de Cronbach de .93. Es un cuestionario de 65 ítems que deben ser contestados marcando una escala de 1 a 6 de acuerdo con el nivel de concordancia con la auto-descripción (1 significa “no me describe en nada” y 6, “me describe perfectamente”). Este instrumento se constituye como una herramienta útil para la identificación de las creencias centrales presentes en los trastornos de la personalidad, estandarizada en el contexto nacional.

Otro instrumento útil en la identificación de los perfiles cognitivos es el YSQ-L2, *Young*

Schema Questionnaire Long Form Second Edition, desarrollado por Young (Young, 1999; Young & Brown, 1990) para evaluar esquemas tempranos desadaptativos, con varias revisiones posteriores (Schmidt, Joiner, Young & Telch, 1995). Una versión en español adaptada al contexto colombiano fue elaborada por Castrillón et al. (2005), como un cuestionario heteroaplicado de 45 ítems tipo Likert (1 representa “completamente falso de mí” y 6 representa “me describe perfectamente”), en el que identificaron las propiedades psicométricas del instrumento con una muestra aleatoria de 1419 estudiantes universitarios de Medellín; el cuestionario presenta una validez estructural de once factores que explicaban el 65% de la varianza, una validez tipo alfa de .91 y una oscilación de factores entre .71 y .85, en el que un percentil 85 es significativo para concluir la presencia del esquema.

Los anteriores instrumentos permiten al terapeuta identificar el contenido esquemático y a su vez construir el perfil cognitivo. Al respecto, A.T. Beck et al. (2004) y A.T. Beck et al. (1990) afirman que los instrumentos más útiles son los que evalúan directamente los esquemas y las creencias del paciente, y que sirven para comparar estas con las creencias identificadas por el terapeuta y las propuestas en los perfiles específicos de cada trastorno. Tal es el caso de las pruebas nombradas como el PBQ, PBQ-SF o el CCE-TP, en las que tanto los puntajes como las marcaciones realizadas en cada ítem pueden servir como parte del contenido esquemático, clave para la elaboración del perfil cognitivo para ser incluido en la FCC. Se propone entonces tener en cuenta la lista apéndice del libro de A.T. Beck et al. (1990), y tener en consideración las agrupaciones (*cluster*) de creencias acerca de sí mismo, los demás y el mundo presentes en el PBQ, para construir un perfil acorde con las características particulares del paciente desde los contenidos estadísticamente identificados.

Como se dijo anteriormente, identificar los perfiles cognitivos en la FCC no significa

forzosamente diagnosticar psicopatologías en el eje II, sino que se constituye en guía para comprender la manera como el paciente procesa la información, de acuerdo con un contenido esquemático específico. Riso (2006) afirma al respecto que no se pretende tomar al paciente como una colección de síntomas aislados, y defiende la formulación en TC, en cuanto pretende conectar los síntomas factorialmente hasta hacerlos manejables. En el caso del paciente que llega a consulta manifestando falta de dominio sobre sus sentimientos, constante sensación de abatimiento y frustración, niveles excesivos de control frente a sí mismo y los demás, atribuciones de autosuficiencia y una conciencia rígida perfeccionista debido a sus imperativos y autorreproches, presentará posiblemente un perfil cognitivo correspondiente al trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (TOC-TP), en el que su principal amenaza es la percepción de pérdida de control y una autosuficiencia disminuida al buscar imperfecciones y errores de las tareas que desempeña (A.T. Beck et al., 2004).

Durante la elaboración de la FCC, el clínico puede entonces valerse de pruebas psicométricas tales como las anteriormente descritas para validar y especificar las creencias base del TOC-TP, creando un perfil particular que presenta en su contenido esquemático creencias como “si no actúo con la mayor competencia fracasaré” y “por lo general, mi modo de hacer las cosas es el mejor”. Su estrategia principal es un control excesivo, perfeccionismo y sistematicidad, que utiliza para evitar la aparición de un sentimiento de minusvalía y miedo a verse superado. Su visión de los demás gira en torno a la percepción de las personas como despreocupadas, irresponsables e incompetentes, lo que lo lleva a realizar atribuciones que señalan sus debilidades. De acuerdo con lo anterior, es útil para el plan de tratamiento de este consultante fomentar la realización de tareas intersesiones con una baja complejidad, un entrenamiento en expresión asertiva de emociones ante la frustración,

y evitar el uso de técnicas emotivas (A. T. Beck et al., 1990; A. T. Beck et al., 2004; J. S. Beck, 2005).

Conclusiones

El objetivo de la presente revisión teórica fue resaltar la inclusión de los perfiles cognitivos de acuerdo con las categorías diagnósticas del DSM-IV TR en el eje II para los TP, y descritos en la FCC, desde el modelo teórico de la terapia cognitiva de A. T. Beck et al. (1979), A. T. Beck et al. (1990), A. T. Beck et al. (2004) y J. S. Beck (2000, 2005), destacando la importancia de identificar clara y específicamente el perfil cognitivo de un paciente, aunque se encuentre en condición de normalidad.

Esto quiere decir que, siguiendo indicaciones propias de la TC, aunque un paciente no reúna los criterios diagnósticos para un TP, dichos conjuntos sintomáticos representativos sirven para la identificación del perfil cognitivo y facilitan: (a) la exploración del caso de manera idiográfica; (b) la inclusión y conocimiento de las estructuras más profundas de la cognición del paciente; (c) el fortalecimiento de la alianza terapéutica; (d) la tipificación del caso para una mayor comprensión de los esquemas y las creencias, y (e) facultar potencialmente la efectividad del trabajo terapéutico.

Asimismo, en los casos en los cuales se evidencia más de un perfil, se debe considerar la evaluación de las cogniciones base, de acuerdo con los dos tipos sociotropía y autonomía (Clark & Beck, 1997; Clark et al., 1999). A pesar de tener un diagnóstico o varios en el eje II (o varias características del perfil), se sugiere elegir el perfil dominante o el que genere mayor desajuste. Sin embargo, esto es una hipótesis sin un sustento empírico claro sugerida para futuras revisiones.

La inclusión de los perfiles en la FCC, además de lo anteriormente nombrado, permite organizar la información recolectada y las variables sustentadas en el modelo teórico de la terapia cognitiva, así como el estudio del caso a partir de los contenidos estables. Esta inclusión reducirá

los fallos presentes en el curso del tratamiento al concordar con la respuesta del tratamiento, ya que estará influido por las necesidades del paciente según las dimensiones cognitivas dominantes de la personalidad, sustentado en la hipótesis del tratamiento diferencial (Clark & Beck, 1997), lo que permitirá incrementar los niveles de empatía con el paciente (Kuyken & Beck, 2006).

Además, es claro que la TC, al ser un tipo de tratamiento psicológico basado en la modificación de estructuras de significados que busca disminuir la valencia de esquemas disfuncionales presentes en los modos primarios, activando modos constructivos más racionales (Clark & Beck, 1997), requiere necesariamente partir de un mapa explicativo de la problemática (FCC) que establezca las hipótesis que relacionen los problemas específicos con sus potenciales variables causales, explicando así los problemas y los síntomas que presenta en particular el paciente (Kuyken & Beck, 2006; Mumma & Mooney, 2007).

Resultados de diversas revisiones (p. e., Bieling & Kuyken, 2003; Kuyken, 2006) muestran la dificultad en los procesos de formulación clínica para integrar de manera congruente la epistemología, la teoría y la práctica clínica, lo cual frecuentemente resulta en formulaciones que mezclan conceptos provenientes de diferentes marcos conceptuales y reflejan una comprensión incompleta y ecléctica del caso clínico (Caycedo, Ballesteros & Novoa, 2008). Así que, de acuerdo con la propuesta desarrollada, es necesario implementar nuevos diseños de manejo de la información del caso que permitan minimizar el juicio clínico y optimizar la toma de decisiones clínicas en el diseño de tratamientos psicológicos (Mumma, 1998; Virués-Ortega & Haynes, 2005).

Teniendo en cuenta lo anterior, se encuentra una dificultad en cuanto a la definición dual de los conceptos de anormalidad-normalidad, los cuales procuran la distinción de acuerdo con categorías, descripciones y criterios determinados, estados del comportamiento humano, patrones comportamentales y psicológicos en el individuo

que le faciliten o dificulten, respectivamente, la adaptación en su entorno social. Dicha adaptación está dada en función de los niveles biológico (reproducción y lucha contra la amenaza como forma de supervivencia), socio-cultural (comportamientos ajustados o marcadamente desviados de la pauta aceptada y la expectativa cultural como la conducta asocial) y psicológico (malesstar, discapacidad o “riesgo significativamente aumentado de morir”) (APA, 2002; A. T. Beck et al., 1990; A. T. Beck et al., 2004).

En consecuencia, debido a que la TC se apoya en un amplio soporte empírico y filosófico, que se encuentra en constante revisión (A.T. Beck, 1995; Caballo & Ellis, 1997; Lega, Ellis & Grieger, 1981), se plantea que la propuesta de incluir los perfiles cognitivos en la FCC como eje guía, además del eje diagnóstico ya específico de la FCC, requiere investigación que la sustente, a fin de incrementar la precisión en el uso de los conceptos teóricos en la práctica clínica (Eells et al., 2005).

En síntesis, esta FCC se constituye en la guía más acertada para la planeación del tratamiento, incrementando los niveles de empatía con el paciente, ya que permite reducir los fallos que se presentan en el curso del tratamiento (eficiencia, eficacia); la cual, adicionándole a su estructura los perfiles cognitivos de los trastornos del eje II, permitirá al clínico tener una comprensión mayor del caso, lo que facilitará su misma elaboración, es decir, tener una guía para la planeación del tratamiento ajustado a las necesidades del paciente (A. T. Beck et al., 2001; J. S. Beck, 2005; Persons & Tompkins, 2007). Además, le permitirá tener expectativas más realistas con el curso del plan terapéutico (J. S. Beck, 2005).

Finalmente se plantea la existencia de diferentes elementos que se deben profundizar en futuras investigaciones, ya que se consideran como desventajas críticas en la práctica clínica. En primer lugar está la falta de entrenamiento en FCC de los psicólogos clínicos cognitivos, así como la claridad epistemológica (manejo teórico) y la práctica o experiencia clínica en el

uso de perfiles cognitivos (Kuyken, Fothergill, Musa & Chadwick, 2005). En segundo lugar se constituye la falta del uso completo y adecuado de la FCC, la cual se basa en modelos teóricos validados empíricamente y que se presenta con sus respectivos manuales de tratamiento (Mumma, 1998). En tercer lugar, la carencia de profundización en el área psicométrica en cuanto a la identificación de los perfiles cognitivos y su grado de desajuste, con el fin de identificar picos de funcionamiento, pero descartando la posibilidad de cometer el error de patologizar los rasgos de un paciente que se encuentra en estado normal según los lineamientos anteriormente mencionados del DSM-IV TR; y el conocimiento, así como la aplicación de material psicométrico, como escalas y test, que faciliten la labor del clínico y que provean un sustento cuantitativo de la presente propuesta.

Referencias

- Arntz, A., Dreesen, L., Schouten, E. & Weertman, A. (2004). Beliefs in personality disorders: a test with the Personality Disorder Belief Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1215-1225.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales texto revisado. DSMIV-TR*. Barcelona: Masson.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T. (1995). Terapia cognitiva: Pasado, presente y futuro. En M. Mahoney (comp.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica* (pp. 49-61). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T. & Beck, J.S. (1991). The Personality Belief Questionnaire. *Unpublished Assessment Instrument. The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research*. Bala Cynwyd: Pennsylvania.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., et al. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.

- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D., et al. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd edit.). New York: The Guilford press.
- Beck, A. T. & Rector, N. (2000). Cognitive therapy of schizophrenia: A new therapy for the new millennium. *American Journal of Psychotherapy*, 54, 291-300.
- Beck, A. T., Butler, A., Brown, G., Dahlsgaard, K., Newman, C. & Beck, J. S. (2001). Dysfunctional Beliefs Discriminate Personality Disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1213-1225.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: what to do when the basics don't work*. New York: The Guilford Press.
- Bieling, P. & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (1), 52-69.
- Brewin, C. (1996). Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annual Review of Psychology*, 47, 33-57.
- Butler, A., Beck, A. T. & Cohen, L. (2006). The Personality Belief Questionnaire-Short Form: Development and preliminary findings. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 357-370.
- Caspi, A., Roberts, B. & Shiner, R. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453-484.
- Castrillón, D., Chávez, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, K., Marín, C. et al. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 541-560.
- Caycedo, C., Ballesteros, B. & Novoa, M. (2008). Análisis de un protocolo de formulación de caso clínico desde las categorías de bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 7, 231-250.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (1997). Estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En I. Caro (comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 119-127). Barcelona: Paidós.
- Clark, D. A., Beck, A. T. & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive therapy and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.
- Clark, D., Steer, R., Haslam, N., Beck, A. T. & Brown, G. (1997). Personality vulnerability, psychiatric diagnoses, and symptoms: Cluster Analyses of the Sociotropy-Autonomy Subscales. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 267-283.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1981). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Eells, T. (2006). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York: The Guilford Press.
- Eells, T., Lombart, K., Kendjelic, E., Turner, C. & Lucas, C. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: A comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 579-589.
- Freeman, A. & Oster, C. (1997). Terapia cognitiva de la depresión. En V. Caballo, (comp.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol. 1, pp. 543-574). Madrid: Siglo Veintiuno.
- Ingram, B. (2006). *Clinical case formulations. Matching the integrative treatment plan to the client*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Knapp, P. & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 54-64.
- Kuyken, W. (2006). Evidence-based case formulation: Is the emperor clothed? En N. Tarrow (comp.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex clinical cases* (pp. 12-35). London: Brunner-Routledge.
- Kuyken, W. & Beck, A. T. (2006). Cognitive therapy. En C. Freeman & M. Power (comps.), *Handbook of evidence-based psychotherapies: A Guide for research and practice* (pp. 15-40). New York: John Wiley & Sons.
- Kuyken, W., Fothergill, C., Musa, M. & Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1187-1201.

- Lega, L., Caballo, V. & Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Londoño, N., Maestre, K., Schnitter, M., Castrillón, D., Ferrer, A. & Chávez, L. (2007). Validación del cuestionario de creencias centrales de los trastornos de la personalidad (CCE-TP) en Población Colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (2), 138-162.
- Millon, Th. (1997). *MCMII-II. Inventario clínico multiaxial de millon-II*. Madrid: TEA.
- Millon, Th. & Davis, R. (2000). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV* (3.^a edición). Barcelona: Masson.
- Mumma, G. (1998). Improving cognitive case formulations and treatment planning in clinical practice and research. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 12, 251-274.
- Mumma, G. & Mooney, S. (2007). Comparing the Validity of Alternative Cognitive Case Formulations: A Latent Variable, Multivariate Time Series Approach. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 451-481.
- Newman, C., Leahy, R., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N. & Gyulai, L. (2002). *Bipolar disorder: a cognitive therapy approach*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Nezu, A., Nezu, C. M. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivos-conductuales*. México: Manual Moderno.
- Persons, J. B. & Bertagnolli, A. (1999). Interrater reliability of cognitive-behavioural case formulations of depression: A replication. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 271-283.
- Persons, J. B. & Davidson, J. (2001). Cognitive-Behavioral Case Formulation. En K. Dobson (comp.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: The Guilford Press.
- Persons, J. B. & Tompkins, M. (2007). Cognitive-Behavioral Case Formulations. En D. Tracy (comp.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York: The Guilford Press.
- Reinecke, M. (2000). Suicide and depression. En F. Dattilio & A. Freeman (comps.), *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention*. New York: The Guilford Press.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma.
- Robins, C. & Hayes, A. (1997). Una valoración de la terapia cognitiva. En M. Mahoney (comp.) *Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas: Teoría, investigación y práctica*. (pp. 62-89). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sacco, W. & Beck, A. T. (1995). Cognitive theory and therapy. En E. Beckham & W. Leber (comps.) *Handbook of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Schmidt, N., Joiner, T., Young, J. & Telch, M. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemata. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-321.
- Still, A. & Dryden, W. (2003). Ellis and Epictetus: Dialogue vs. method in psychotherapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*; 21, 37-55.
- Sturmey, P. (2009). *Clinical case formulation: varieties of approaches*. United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Trull, T. & Phares, E. (2003) *Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thompson.
- Vallis, T. M.; Howes, J. L. & Standage, K. (2000). Is cognitive therapy suitable for treating individuals with personality dysfunction? *Cognitive Therapy and Research*, 24, 595-606.
- Virués-Ortega, J. & Haynes, S. (2005). Functional analysis in behavior therapy: behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 567-587.
- Wesler, R. (1993). Enfoques cognitivos para los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 1 (1), 35-50.
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* (3.th ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.