

¿Por qué se desarrollan y persisten los trastornos mentales? La perspectiva cognitivo-conductual

Eduardo Keegan

*Doctor en Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA)
Director de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica y Terapia Cognitivo-Conductual, Facultad de Psicología, UBA
Profesor Titular de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Facultad de Psicología, UBA
E-mail: ekeegan@psi.uba.ar*

Resumen

En este artículo se describen las ideas centrales de los modelos conductuales y cognitivos sobre el desarrollo, gatillado y mantenimiento de los trastornos mentales. Estos modelos sostienen que los procesos que dan lugar a la patología mental son los mismos que gobiernan la conducta normal, reconociendo al mismo tiempo el papel de factores biopsicosociales en el inicio y mantenimiento de la patología. Al modelo del síndrome se opone la tradición del análisis funcional de la conducta problemática, y frente a las limitaciones de los sistemas diagnósticos categoriales se opta por conceptualizaciones de caso que integren la perspectiva nomotética con la idiográfica. Se destaca el mayor interés clínico por los factores de mantenimiento respecto de los factores de inicio de los trastornos mentales, en virtud de su mayor accesibilidad a la modificación terapéutica. El artículo ofrece a modo de ilustración algunos ejemplos de modelos cognitivo-conductuales para diferentes psicopatologías. Se explica la diferencia entre las causas y las razones de los trastornos mentales. Se hace referencia al creciente interés en procesos o factores transdiagnósticos, y se analiza la propuesta de un modelo de red causal compleja para la conceptualización de las relaciones entre síntomas y procesos disfuncionales.

Palabras clave: Análisis funcional - Factores de mantenimiento - Modelos cognitivo-conductuales - Procesos transdiagnósticos.

WHY DO MENTAL DISORDERS DEVELOP AND PERSIST? THE COGNITIVE-BEHAVIOURAL PERSPECTIVE

Abstract

This paper describes the main tenets of behavioural and cognitive models for the development, triggering and maintenance of mental disorders. These models hold that the processes that generate mental pathology are the same that rule normal behaviour. They also acknowledge the role of biopsychosocial factors in the initiation and persistence of pathology. To the model of the syndrome they oppose the tradition of functional analysis of problem behaviour. In view of the limitations of categorical diagnostic systems, these models opt for case formulations that integrate both the nomothetic and the idiographic perspectives. Cognitive-behavioural models place greater emphasis on the maintaining factors of mental disorders, since they are more accessible for therapeutic change than initiating factors. The paper illustrates these points with some examples of cognitive-behavioural models for different psychopathologies. A difference is made between the causes and reasons for mental disorders. Finally, the article analyses the growing interest in transdiagnostic processes, as well as the potential use of the complex causal network model for conceptualising the relationship between symptoms and dysfunctional processes in psychopathology.

Keywords: Functional analysis - Maintaining factors - Cognitive-behavioral models - Transdiagnostic processes.

La evolución de la psicopatología y el campo cognitivo-conductual

La denominada psicoterapia cognitivo-conductual no es un campo homogéneo, sino más bien una familia de psicoterapias que se basan en modelos psicopatológicos que tienen importantes coincidencias, pero también diferencias apreciables. Reflejar con precisión y detalle todas las perspectivas cognitivo-conductuales sobre la génesis de los trastornos mentales es una empresa que excede con creces la extensión de este artículo. En consecuencia, intentaremos reflejar aquí algunas ideas centrales, en particular aquellas que diferencian la perspectiva cognitivo-conductual de las posiciones de otros abordajes psicológicos o biológicos.

El desarrollo de la terapia conductual

Las psicoterapias del campo cognitivo-conductual están basadas en modelos psicopatológicos que son producto de distintas tradiciones científicas. Los primeros modelos fueron producto de la psicopatología experimental conductista, en sus distintas variantes. El conductismo es un paradigma psicológico que desde sus albores señaló los problemas metodológicos y epistemológicos asociados a los intentos de dar cuenta de la conducta apelando a causas internas.

Contrariamente a la perspectiva médica o sindrómica, los primeros modelos conductuales concibieron a los trastornos mentales como conductas problemáticas aprendidas y, por lo tanto, gobernadas por las mismas reglas que dan lugar a las conductas adaptativas. Esto se debe, en parte, al tipo de patologías que abordó primeramente la terapia conductual. Esta tradición no se fundó en el tratamiento de patologías con síntomas psicóticos, sino más bien en los trastornos depresivos y de ansiedad. Para decirlo de modo simple, para la tradición conductual las enfermedades mentales no son enfermedades del cerebro.

Así, en lugar de diagnosticar –inferir las causas subyacentes de un trastorno que se evidencia a través de sus síntomas– la aplicación de los principios conductistas a la clínica dio lugar al *análisis funcional*, un procedimiento previo a todo tratamiento, en el cual no se da tanta importancia a la topografía de la conducta, sino a su función. La mirada conductista no se pregunta por la causa de que un paciente se corte, sino más bien por la función que cumple la conducta de cortarse. La psicoterapia conductual con frecuencia consiste en ayudar al paciente a desarrollar una conducta alternativa que cumpla la misma función que la conducta problemática, pero que no sea desadaptativa. La conducta de cortarse, o la conducta de tomar una droga ilegal, por ejemplo, pueden ser reemplazadas por una habilidad de regulación emocional que permita el manejo de la ansiedad sin producir daño físico (1).

El conductismo se interesó fundamentalmente por el fenómeno del aprendizaje, tanto humano como animal. Distintas teorías conductistas dieron cuenta de distintos

tipos de aprendizaje. Cada una de estas teorías del aprendizaje se ha aplicado a la explicación de distintos fenómenos clínicos. La teoría del condicionamiento clásico o pavloviano permite explicar, por ejemplo, por qué una persona aprende a temer un estímulo intrínsecamente neutro o inofensivo. La teoría del condicionamiento operante, a su vez, nos dice que la conducta humana está fuertemente regulada por sus consecuencias inmediatas. Esta teoría nos permite explicar, así, por qué una conducta que se ve seguida de reforzamiento aumenta la probabilidad de su emisión. La teoría del aprendizaje social (2), por su parte, nos permite comprender cómo una persona puede aprender a desarrollar una determinada conducta de resultados de observar las consecuencias de esa conducta en otro ser humano.

Estas teorías no son mutuamente excluyentes. Así, una primera e influyente teoría del desarrollo y del mantenimiento de los trastornos de ansiedad fue propuesta por Mowrer (3), quien atribuyó la adquisición de un trastorno de ansiedad al condicionamiento pavloviano, pero explicó la persistencia del trastorno en términos del reforzamiento negativo producido por la conducta evitativa. Una persona puede comenzar a consumir una droga porque sus pares o personas importantes lo hacen (aprendizaje social). Esta persona puede sentir un fuerte impulso a consumir drogas en un contexto típicamente asociado al consumo (condicionamiento clásico) y a la vez repetir esa conducta como consecuencia del fuerte alivio del malestar emocional o físico que sigue al consumo (reforzamiento negativo).

Las teorías conductistas sobre el desarrollo del lenguaje también tuvieron su impacto sobre la psicopatología y las terapias conductuales o contextuales. En particular, la teoría de los marcos referenciales, una revisión de la teoría skinneriana del lenguaje, es una de las bases teóricas de la terapia de aceptación y compromiso (4). De acuerdo a esta teoría, la capacidad humana de derivar relaciones entre estímulos amplifica enormemente nuestra capacidad de sufrimiento, a la vez que reduce nuestra sensibilidad o capacidad de estar en contacto directo con nuestro contexto. Esto da lugar a rigidez en el repertorio conductual y a la fusión cognitiva (tomar nuestros pensamientos como reflejo de la realidad). De aquí que uno de los esfuerzos centrales de los tratamientos derivados de esta teoría sea el de desliteralizar (reducir los efectos patológicos del lenguaje), apuntando a la defusión cognitiva (v.gr., la capacidad de una persona de distanciarse de sus cogniciones, de percibir las como meros eventos mentales).

La perspectiva cognitiva en la psicopatología

Los primeros modelos cognitivos fueron modelos clínicos inspirados en ideas provenientes de algunos representantes de la psiquiatría clásica, pero por sobre todo de la neuropsicología y de la psicología del aprendizaje piagetiana. Estos primeros modelos, sin embargo, no tenían una sólida conexión con la investigación psicológica básica (5, 6). Algún tiempo más tarde, investi-

gadores provenientes del campo de la psicología cognitiva intentaron cerrar esa brecha. Estos investigadores, tanto como los provenientes de la tradición conductista, expresaron sus objeciones sobre los modelos clínicos (por ejemplo, Teasdale) (7). En efecto, estos pueden ser útiles inicialmente para generar intervenciones eficaces para los trastornos mentales, pero en el mediano plazo los modelos puramente clínicos pueden resultar un obstáculo para el desarrollo del campo y el progreso psicoterapéutico.

El interés por procesos cognitivos básicos llevó al desarrollo de nuevos modelos psicopatológicos y grandes innovaciones en el campo terapéutico. Así, por ejemplo, la investigación sobre el papel de la atención autoenfocada en la psicopatología llevó al desarrollo de modelos como el de la función ejecutiva autoreguladora (S-REF, por sus siglas en inglés) y la denominada *terapia metacognitiva* (8).

Una hipótesis central de los modelos cognitivos es que la cognición cumple un papel mediador entre estímulo y respuesta en los seres humanos. La hipótesis de la primacía cognitiva –uno de los puntos cardinales de diferencia con el enfoque conductual- implica asumir que nuestra interpretación de la realidad determina nuestra respuesta emocional y conductual ante ella (9, 10).

El gran desarrollo de las capacidades (meta)cognitivas es una ventaja evolutiva de la especie humana. Desarrollar un sistema de reglas, actitudes y creencias sobre nuestro entorno es crítico para nuestra supervivencia y el logro de nuestros intereses vitales. Ese sistema de creencias se activará cuando los eventos del ambiente demanden alguna acción, exigiendo la interpretación de las señales del ambiente. Pero si esas reglas resultan inflexibles e idiosincrásicas se tornarán disfuncionales. Así, los modelos cognitivos sostienen que los eventos funcionan como gatillos de estructuras y procesos cognitivos que darían lugar a respuestas emocionales y conductuales excesivas o inapropiadas.

Como puede apreciarse, se trata de modelos de diátesis-estrés para los que determinados eventos vitales activan estructuras cognitivas disfuncionales relativas al sí mismo y a los otros, que se desarrollan en la infancia y se re-elaboran a lo largo de la vida, y que representan la vulnerabilidad psicológica de esa persona para el desarrollo de una determinada psicopatología (10, 11). Otros modelos cognitivos sobre la depresión consideran que la vulnerabilidad cognitiva se relaciona con ciertos estilos de respuesta ante la adversidad que resultan problemáticos (12).

Una teoría cognitiva de los trastornos de la personalidad sostiene que estas patologías son el resultado de la frustración de necesidades emocionales básicas en el curso del desarrollo de una persona (13, 14). La combinación de ciertas variables temperamentales (v.gr., biológicas) con experiencias infantiles problemáticas daría lugar a esquemas tempranos desadaptativos (estructuras cognitivas que asignan sentido a un conjunto de experiencias) que se activarían ante eventos relacionados, generando respuestas rígidas y disfuncionales a lo largo

de la vida, e impidiendo el contacto con experiencias vitales que podrían resultar correctivas.

La psicoterapia cognitivo-conductual. Integración, crisis y reformulación

Eventualmente algunos investigadores combinaron hipótesis cognitivas y conductuales en sus modelos psicopatológicos. Otros denunciaron esto como algo útil clínicamente, pero problemático en tanto se combinaban explicaciones que resultaban incompatibles en el plano de la causación de los trastornos mentales. El gran éxito clínico de las intervenciones cognitivo-conductuales acalló estas discusiones por cierto tiempo, pero volvieron a emerger con fuerza hacia fines de la década de los '90. Se inició así un período de fuerte debate sobre cuestiones teórico-epistemológicas de fondo. Ese período parece haber dado lugar a una nueva fase de desarrollo caracterizada por una base teórica y epistemológica más compartida y el paso hacia un modelo más enfocado en procesos que en los tradicionales abordajes cognitivos o conductuales (15).

De los contenidos a los procesos. La evolución de la perspectiva cognitiva

Ya hemos señalado anteriormente la contribución de las psicoterapias inspiradas en la revisión de la teoría skinneriana sobre el lenguaje. En forma paralela, los modelos cognitivos experimentaban un viraje importante. Del interés inicial por los contenidos cognitivos se pasó a un interés creciente por los procesos cognitivos. Así, resultó crecientemente convincente la idea de que la psicopatología no se relacionaba tan directamente con el contenido de la cognición patológica, sino más bien con el modo en que una persona controlaba, monitoreaba o evaluaba su cognición (16). Las teorías sobre la depresión, por ejemplo, comenzaron a centrarse en procesos cognitivos tales como la atención, o bien sobre el estilo de respuesta ante la experiencia de la adversidad. Varios teóricos (17, 18) concordaron en que la diferencia entre una experiencia de tristeza normal y la depresión clínica no radicaba en el hecho de tener pensamientos negativos en sí, sino en el modo ruminativo de responder a la adversidad. Las personas que se autoenfocan en sus pensamientos negativos relativos a las causas y consecuencias de la depresión experimentan un ánimo negativo persistente e intenso. La rumiación interfiere la recuperación espontánea ante la adversidad, manteniendo la tristeza y las conductas evitativas propias de la depresión. Los tratamientos, en consecuencia, comenzaron a enfocarse en la rumiación como proceso central disfuncional en la depresión.

Factores de inicio, gatillado y mantenimiento de los trastornos mentales

Los modelos psicopatológicos cognitivo-conductua-

les son multicausales y pueden incluir trayectorias diferentes para una misma patología. En efecto, una persona puede desarrollar una fobia específica a los perros como consecuencia de factores genéticos y del modelado de la conducta evitativa, pero también puede desarrollar esa misma fobia como resultado de experimentar un ataque canino y afrontarlo luego por medio de la evitación (19).

Los modelos cognitivo-conductuales pueden incluir factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la explicación del desarrollo, gatillado y mantenimiento de un trastorno mental. Así, el modelo transdiagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria propone que el problema central en estas patologías radica en definir la valía personal en términos de la figura corporal, el peso, y/o en el modo en que se los controla (20). Pero esa característica cognitiva se desarrollará con mayor probabilidad en un contexto sociocultural que presione hacia la delgadez. La conducta alimentaria problemática sería, entonces, una consecuencia –una conducta de afrontamiento problemática– de esa característica cognitiva. La dieta hiperestricta gatilla, a su vez, la conducta de atracción, una conducta evolutivamente determinada en los mamíferos, que es interpretada como falla personal por la persona afectada, llevándola a redoblar los esfuerzos dietarios problemáticos. Algunos modelos cognitivos de los síntomas psicóticos positivos los atribuyen a la combinación de distintos factores, tales como las injurias perinatales, las afecciones de la neurotransmisión dopaminérgica y los sesgos cognitivos tales como el sacar conclusiones apresuradamente (21, 22).

La psicopatología cognitivo-conductual se esfuerza por identificar aquellos factores que dan inicio a un problema mental, y los distingue de los factores que gatillan el problema en un determinado momento. Pero el rasgo distintivo de la psicopatología cognitivo-conductual radica en su interés por los factores que *mantienen* un determinado trastorno mental (23). En efecto, los factores de mantenimiento de un trastorno tienen particular relevancia clínica. A diferencia de los factores de inicio, que son con frecuencia remotos, inaccesibles o bien desconocidos, los factores de mantenimiento han de estar presentes para que un trastorno persista. Identificar los factores de mantenimiento es relativamente sencillo, por lo que son mucho más fáciles de modificar en el abordaje terapéutico.

Hay mucho consenso en el campo sobre el papel fundamental de la evitación en el mantenimiento de los trastornos mentales. En los trastornos emocionales, la evitación toma habitualmente la forma de evitar pensamientos o emociones de valencia negativa. Esta evitación puede ser cognitiva (por ejemplo, comenzar a preocuparse al emerger en la mente de la persona una imagen cargada negativamente), o bien conductual (evitar los contextos en los que se asume aparecerán esos pensamientos o emociones). Así, uno de los procedimientos clásicos en los abordajes cognitivo-conductuales implica el diseñar experiencias en las que la persona afectada acepta entrar en contacto con pensamientos, emociones, conductas o contextos evitados

La psicopatología cognitivo-conductual denomina *medidas de seguridad* o *conductas de seguridad* a las acciones a las que apelan los consultantes para evitar un desenlace temido cuando la mera evitación no es una opción (24, 25). Las personas con trastorno de ansiedad social pueden apelar, así, a usar lentes oscuros para evitar el contacto ocular directo, una persona con trastorno obsesivo-compulsivo puede apelar a una conducta ritualística para conjurar un desenlace temido, en tanto que las personas afectadas por trastorno de pánico pueden llevar ansiolíticos en el bolsillo para tomar ante la eventualidad de sufrir una crisis de angustia. Las medidas de seguridad, al igual que la evitación, interfieren el proceso de recuperación espontánea, y por lo tanto las consideramos factores de mantenimiento en muchos trastornos.

También es importante clínicamente el diferenciar las *razones* que los pacientes aducen para dar cuenta del origen de sus problemas de las *causas* de esos problemas, esto es, de los factores de inicio (4). Por diversas razones, los seres humanos creamos narrativas que intentan dar sentido a nuestro padecer, pero esas narrativas pueden ser parte central del problema. Dado que muchos procesos de inicio pueden ocurrir sin percatación consciente (por ejemplo, el condicionamiento) y dado que muchos de los factores de inicio son remotos, resulta altamente improbable que las razones invocadas por el consultante coincidan con los factores de inicio. En la conceptualización o formulación de un caso resulta relevante examinar en qué medida las teorías del paciente acerca del origen de sus problemas puede ser un factor de mantenimiento de esos problemas (26).

Modelo del síndrome versus red causal compleja

Como se ha mencionado antes, la psicopatología cognitivo-conductual no se basa en el modelo del síndrome, a veces denominado *modelo médico*, que considera que los síntomas son emergentes de una entidad patológica subyacente. En la perspectiva cognitivo-conductual los síntomas *son* el trastorno. Así, no se cree que los eventos negativos activen una entidad subyacente llamada depresión, que a su vez activa síntomas característicos. Los eventos negativos activan ciertos síntomas que a su vez activan a otros síntomas. Un trastorno no es el determinante subyacente de los síntomas, sino que es una red de síntomas que interactúan entre sí de un modo tal en el que se mantienen (27). Debido a esto, el tomar por blanco un elemento del sistema producirá eventualmente un cambio en todo el sistema. Esto se ve reflejado en los protocolos de tratamiento.

La mayor parte de la gente experimenta las mismas intrusiones mentales no deseadas que experimentan las personas afectadas por el trastorno obsesivo-compulsivo. Para un modelo cognitivo, la diferencia entre los dos grupos de personas radica en el modo en que responden a esas intrusiones. Las personas que sufren trastorno obsesivo-compulsivo evalúan esas intrusiones de modo sesgado y mantienen una sensación de amenaza que los lleva a intentar conjurar esas amenazas por

medio de compulsiones o neutralizaciones. Esto reduce la ansiedad en el corto plazo, pero al precio de aumentar la saliencia y la frecuencia de las intrusiones no deseadas, lo que lleva a que la persona redoble los intentos de control de esas intrusiones. El abordaje cognitivo apunta a que el paciente abandone los intentos de control de los pensamientos y reconozca los sesgos en la evaluación de las intrusiones. El abordaje conductual clásico apunta a que el paciente se exponga a los contextos temidos en los que arrecian las intrusiones y se abstenga de ejecutar las compulsiones o neutralizaciones. Ambos procedimientos producen cambios en todo el sistema y de hecho suelen combinarse (28).

El enfoque de red causal compleja ha sido postulado (23, 26) como una alternativa al sistema categorial DSM (29). Estos investigadores consideran que debido al notable desarrollo de la psicopatología y la terapia cognitivo-conductual, y la solidez de su base empírica, sería posible basar en ellas un nuevo sistema de clasificación de los trastornos mentales, siendo una de las opciones posibles para tal empresa la de adoptar la forma de una red causal compleja.

De los diagnósticos a la conceptualización de caso

La terapia cognitivo-conductual adquirió prestigio a medida que iba desarrollando tratamientos de probada eficacia que tomaban por blanco trastornos mentales definidos de acuerdo con el sistema DSM, en línea con la política de investigación prevaleciente en los años '80 y '90. Esos tratamientos estaban claramente definidos en manuales, que eran utilizados para llevar adelante la investigación de eficacia y, posteriormente, el entrenamiento de terapeutas. Al cabo de cierto tiempo sin embargo, resultó evidente que esos tratamientos tenían muchos más elementos en común de lo que resultaba esperable si uno debía tomar por válida la perspectiva categorial de los trastornos mentales en la que se basa el sistema DSM. Comenzó a cobrar fuerza entonces la llamada *perspectiva transdiagnóstica* (30).

La investigación psicopatológica y las intervenciones cognitivo-conductuales comenzaron a centrarse en los procesos comunes a distintas patologías, una tradición que retomó la tradicional perspectiva conductual, y que tiene por blanco el generar tratamientos basados en teorías generales con buena evidencia empírica, pero que a la vez tienen la virtud de estar diseñados a medida del consultante. A la perspectiva nomotética de las intervenciones protocolizadas para trastornos mentales se suma así una perspectiva idiográfica, que se elabora en las primeras entrevistas con el paciente, y que recibe el nombre de *conceptualización* o *formulación de caso* (26). El foco en procesos comunes podría redundar en tratamientos más simples, más eficaces y mejor adaptados a las necesidades de los pacientes. Esto también podría facilitar el entrenamiento de los psicoterapeutas. Esto no es una cuestión menor, sobre todo si se tiene en cuenta que las ventajas notables de la psicoterapia pueden verse contrapesadas por la complejidad de su diseminación (31).

Ya hemos mencionado anteriormente un ejemplo de este tipo de intervenciones: el tratamiento transdiagnóstico para trastornos alimentarios de Fairburn, Cooper y Shafran (20). Este tratamiento, como todos aquellos basados en una conceptualización, apunta a identificar los factores de inicio, gatillado y mantenimiento del trastorno *en ese consultante en particular*, pero lo hace basándose en un modelo psicopatológico y un tratamiento genérico puestos a prueba empíricamente.

La terapia cognitivo-conductual puede así realizar una vieja aspiración de la psicoterapia: la de atender a la singularidad de cada consultante sin sacrificar por ello la validez genérica de los principios en los que se basa dicha intervención. La gran cantidad de estudios que avalan tanto el modelo como las intervenciones derivadas de él para virtualmente la totalidad de los problemas clínicos conocidos (23) le otorga a la terapia cognitivo-conductual una posición de liderazgo en el campo de la psicoterapia. ■

Referencias bibliográficas

1. Linehan M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York. Guilford.
2. Bandura A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs. Prentice Hall.
3. Mowrer OH. (1960). *Learning theory and behavior*. New York. John Wiley.
4. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
5. Semerari A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Buenos Aires. Paidós.
6. Keegan E, Holas P. (2010). Cognitive behavior therapy. Theory and practice. En Carlstedt, R. (ed.) (2010). *Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry and behavioral medicine. Perspectives, practices and research*, 605-630. New York. Springer.
7. Teasdale J. (1993). Emotion and two kinds of meaning: cognitive therapy and applied cognitive science. *Behaviour Research and Therapy*, 31(4): 339-354.
8. Wells A, Matthews G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11-12): 881-8.
9. Lazarus R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York. McGraw-Hill.

10. Beck AT. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Philadelphia. University of Pennsylvania Press.
11. Beck AT. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison. International Universities Press.
12. Abramson L, Metalsky G, Alloy L. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review* (96)2: 358-372.
13. Young J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota. Professional Resource Press.
14. Young J, Klosko J, Weishaar M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York. Guilford.
15. Hofmann S, Hayes S. (2017). Comunicación al 10th International Congress of Cognitive Psychotherapy, Cluj-Napoca, Rumania, 27 de junio de 2017.
16. Wells A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. West Sussex. Wiley.
17. Nolen-Hoeksema S, Roberts JE, Gotlib IH. (1998). Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*. 22: 445-455.
18. Papageorgiou C, Wells A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*. 8(2): 160-164.
19. Barlow DH. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of panic and anxiety*. New York. Guilford.
20. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A transdiagnostic theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
21. Beck AT, Rector N. (2010). *Esquizofrenia. Terapia cognitiva, investigación y terapia*. Madrid. Paidós Ibérica.
22. Kuipers E, Garety P, Fowler D, Freeman D, Dunn G, Bebbington P. (2006). Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: Refining cognitive-behavioral therapy for persistent positive symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(Suppl 1): S24-S31.
23. Hofmann S. (2014). Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. *Behavior Therapy*. 45(4): 576-587.
24. Rachman S. (1984). Agoraphobia: A safety-signal perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 22(1), 59-70.
25. Salkovskis P. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic. A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19(1), 6-19.
26. Persons J. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy: Guides to individualized evidence-based treatments*. New York. Guilford.
27. Hofmann S, Curtiss J, McNally RJ. (2016). A complex causal network perspective on clinical science. *Perspectives on Psychological Science*, (11)5: 597-605.
28. Clark DA. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York. Guilford
29. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic, statistical manual for mental disorders, 5th ed*. Washington DC. APA Press.
30. Harvey A, Watkins E, Mansell W, Shafran R. (2004). *Cognitive-behavioral processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford. Oxford University Press.
31. McHugh RK, Barlow DH. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments: A review of current efforts. *The American Psychologist*, 65(2), 73-84.