

CAPÍTULO 3

TAXONOMÍA COGNITIVA, PSICOPATOLOGÍA Y PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

Carmelo Vázquez y Catherine Cameron

El ámbito de aplicación de las terapias cognitivas se ha expandido enormemente en los últimos años. A las conocidas áreas del tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), se han ido sumando nuevas y prometedoras aproximaciones para el tratamiento cognitivo de problemas tan dispares como los trastornos de personalidad (Beck y Freeman, y cols. 1990), trastornos de alimentación (Fairburn y Cooper, 1988) e incluso, más recientemente, el tratamiento de síntomas psicóticos (Fowler, 1996).

•No obstante, en este capítulo prácticamente toda la información que vamos a exponer la articularemos en torno a la *depresión* y la *ansiedad*. Esto es así no sólo por ser los síndromes más comunes en la práctica clínica sino por el hecho fundamental de que la investigación cognitiva experimental en psicopatología ha girado tradicionalmente alrededor de estos dos grandes problemas y, por lo tanto, se dispone de un bagaje informativo y teórico realmente grande (Mathews y Macleod, 1994).

En este capítulo vamos a revisar, en primer lugar, dos de los principales asuntos que se plantean como punto de partida en la psicología clínica cognitiva: a) la existencia de información no consciente y, b) la existencia de diferentes niveles de significado que conlleva la información procesada. En segundo lugar, intentaremos demostrar que el empleo de una clasificación teórica (o taxonomía) de la actividad cognitiva humana puede ser útil para ordenar y comprender nuestro conocimiento de la psicopatología y, consecuentemente, de las psicoterapias cognitivas y sus procesos. Por último, analizaremos la evidencia existente sobre el papel *causal* de las cogniciones en el cambio terapéutico.

EL ESTADO DE LAS COGNICIONES EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COGNITIVA

Procesamiento consciente e inconsciente

Desde los años 60, comenzaron a irrumpir en el ámbito de la psicología básica y experimental conceptos como «expectativas», «predicciones», «atribuciones causales», o «autorregulación», que claramente desbordaban el estrecho marco teórico del conductismo, basado en insuficientes esquemas explicativos de aprendizaje por contigüidad (Echeburúa y Del Corral, 1987).

Las terapias cognitivas, cuyo denominador común es la idea de que la conducta y las emociones están mediadas cognitivamente, emergieron en un momento de insatisfacción con el pensamiento psicoanalítico y conductista. Desde ambas perspectivas se asumía que las auténticas causas de la conducta anormal (y la normal) se hallan *fuera de la conciencia*. Como han expuesto razonadamente Tataryn, Nadel, y Jacobs (1989), quizá la innovación más radical de la terapia cognitiva fue el reto a esa idea comúnmente aceptada al proponer que resulta relativamente *fácil* el acceso consciente a los pensamientos y procesos cognitivos *cruciales* en nuestro comportamiento y emociones. De modo que, aun suponiendo que los factores que rigen nuestra conducta normalmente no están al alcance inmediato de nuestra conciencia, la nueva idea rupturista es que *se puede acceder* a ellos con técnicas de observación adecuadas (autorregistros) y, si es necesario, cambiarlos con técnicas específicas.¹

Es muy importante tener en cuenta que el concepto de *cognición* que se instala en las terapias cognitivas y cognitivo-conductuales está casi exclusivamente referido a verbalizaciones conscientes o de fácil acceso a la conciencia. Por «cognición», los terapeutas cognitivos normalmente entienden «un pensamiento específico, tal como una interpretación, una autoinstrucción, una autocrítica, o incluso un deseo (como el deseo suicida) que tenga un contenido verbal» (Beck, 1963, pág. 326). Más tarde esta definición se ampliaría para incluir «sucesos» no verbales como, por ejemplo, imágenes, que irrumpen en la «corriente de conciencia» (Beck y cols., 1979). Pero, como se puede apreciar, el énfasis se sitúa en el terreno de las *cogniciones conscientes*, asumiendo que en el escenario de la conciencia es el más importante en la determinación de nuestros actos y la planificación de nuestras acciones (Bandura, 1986).

Pero aunque no hay duda de que el epicentro de las intervenciones en las terapias cognitivas está en el manejo de pensamientos e imágenes conscientes

1. La mayor parte de los clínicos cognitivos han coincidido en señalar *dos tipos* de contenidos cognitivos. Unos estarían más cerca de la conciencia y serían más observables; los otros serían más difícilmente accesibles y, en general, los primeros se derivarían de estos últimos. Esta dicotomía se expresa con una terminología diferente según los autores: «Pensamientos automáticos», «Supuestos subyacentes (o actitudes disfuncionales)» (Beck, 1976); «Autoafirmaciones/Creencias irracionales» (Ellis, 1962); «Diálogo interno/Estructuras cognitivas» (Meichenbaum, 1977)

(Beck y cols., 1979; Bas y Andrés, 1994), desde la psicología cognitiva parece claro que muchas operaciones mentales importantes tienen efecto por debajo de la conciencia (Marcel, 1983; Kihlstrom, Barnhardt y Tataryn, 1995).

La existencia de estos dos tipos de procesamiento es incluso importante para explicar fenómenos clínicos aparentemente tan poco complicados como las fobias. En efecto, el caso de las fobias es paradigmático en este sentido puesto que el fóbico con frecuencia no recuerda ningún suceso traumático particular (Sosa y Capafóns, 1995; Sandín, 1995) y, a pesar de ello, existe una intensa respuesta emocional. Pero no hay que apelar a oscuros conceptos como el de la «represión» para explicar este hecho. Como han sugerido Jacobs y Nadel (1985), la existencia de experiencias traumáticas de aprendizaje temprano sobre las que no hay ningún recuerdo autobiográfico consciente es perfectamente *normal* dada la propia inmadurez evolutiva, hasta los 4 o 5 años de edad, de las áreas hipocámpicas encargadas de «archivar» la información autobiográfica. En definitiva, admitir la existencia de un procesamiento no consciente de la información es *necesario* para poder ofrecer explicaciones científicas de muchos fenómenos normales y de la clínica.

Aunque ha habido algún interés por el papel de las *cogniciones no conscientes* en psicoterapia (Meichenbaum y Gilmore, 1984), este crucial asunto es curiosamente ignorado en el ámbito de la intervención cognitiva, como puede apreciar el lector de cualquier manual de TCC.² Naturalmente éste es un reto que, basándose en modelos teóricos basados en datos empíricos, la investigación clínica y las terapias cognitivo-conductuales deberían afrontar sin más demora (Brewin, 1989).

Códigos proposicionales e implicacionales

Otro aspecto que nos parece muy revelador de insuficiencias conceptuales es el hecho de que las teorías y terapias clínicas cognitivas se centren casi exclusivamente en un conocimiento de tipo *proposicional* (ideas, esquemas cognitivos, pensamientos, imágenes...), ignorando que existen otros *significados* de la experiencia no aprehensibles de un modo racional o fácilmente verbalizable. El complejo modelo de los *Sistemas Cognitivos Interactivos* (Interacting Cognitive Subsystems, ICS) de Teasdale y Bernard (1993) justamente hace referencia a este problema.

Lo que Teasdale y sus colegas plantean es que en la representación del conocimiento intervienen diferentes códigos: *sensoriales* (información acústica), *intermedios* (reconocimiento de morfemas o lexemas), y de *significado* (reconocimiento de una palabra completa y la correspondiente activación de pala-

2. Resulta una obviedad señalar aquí que la actividad cognitiva inconscientemente es un hecho psicológico que no tiene nada que ver con la existencia del «inconsciente» psicoanalítico. Se pueden ver algunas reflexiones al respecto en Power y Brewin (1991), y Kihlstrom y cols. (1995).

bras o significados asociados). Ahora bien, los significados tienen dos niveles diferentes. Además del típico código proposicional (normalmente elementos expresables *verbalmente*), se admite la existencia de un código *implicacional* de significados (es decir, significados subjetivos aparentemente no mediados por códigos verbales). Por ejemplo, cuando escuchamos unas palabras, éstas no sólo conllevan información de significados concretos sino que también son capaces de suscitar oscuros significados a través de elementos como el volumen, tono, y timbre en el que son emitidas. Según estos autores, *sólo* los significados implicacionales están *directamente* ligados a las *emociones* (incluyendo la depresión). En otro orden de información sensorial, la información propioceptiva (la postura con la que estamos sentados o la tensión de los músculos faciales) —Teasdale y Bernard (1993)— también comporta significados implicacionales directos.

Estos significados implicacionales están claramente ignorados en todas las terapias psicológicas actuales (cognitivas y no cognitivas) y modelos como el de Teasdale y Bernard (1993) podrían ayudar a sugerir técnicas específicas de *intervención* y proporcionar un marco teórico plausible. No obstante, conviene no perder de vista que el modelo ICS no es timocéntrico o emocionalista. Se trata de un riguroso modelo cognitivo (que conlleva incluso elementos computacionales) pero integrador o, en términos de Teasdale, Segal, y Williams (1995), «holístico», de diferentes niveles de significados del conocimiento humano.

En definitiva, el ejemplo del papel incierto que juegan los procesos no conscientes en psicopatología o el reto de integrar aspectos cognitivos más complejos (como el de la existencia de códigos no proposicionales) sirve para poner de relevancia que, a pesar del auge espectacular de las TCC en los últimos 15 años, hay muchas preguntas sin responder respecto a su relación con las teorías y los hallazgos empíricos de la psicología cognitiva.

TAXONOMÍA COGNITIVA

¿Cuál es la estructura de la cognición humana? Teóricos de la cognición humana como G. Bower, Johnson-Laird, Anderson, Rumelhart, etc., han efectuado diversos tipos de propuestas, basadas en datos de la ciencia cognitiva, para responder a esta pregunta fundamental (Vega, 1985). Pero también desde el ámbito de las psicoterapias hay un gran interés por disponer de un esquema teórico que permita orientar el trabajo terapéutico (Meichenbaum y Gilmore, 1986; Feixas y Miró, 1993).

Dada la gran cantidad de variables cognitivas que son objeto de interés en psicología clínica (pensamientos automáticos, atribuciones causales, esquemas cognitivos, etc.), se hace necesario algún sistema taxonómico que permita comprender mejor los diferentes elementos presentes en la actividad mental humana. Para ello nos serviremos de la taxonomía cognitiva originalmente propuesta por Ingram y Kendall (1986), y posteriormente utilizada por clíni-

cos como Beck y Clark (1988). Una de las potenciales ventajas de un sistema taxonómico es que permite ordenar el cúmulo de hallazgos sobre el funcionamiento cognitivo, orientar la investigación, y también poder distinguir las características comunes y diferenciales de diferentes trastornos.

El sistema taxonómico de Ingram y Kendall (1986) distingue cuatro categorías cognitivas: a) estructuras cognitivas, b) contenido de la información almacenada en las estructuras, c) operaciones efectuadas dentro de esas estructuras y con esos contenidos y, finalmente, d) los productos cognitivos resultantes. Estas categorías se pueden definir del siguiente modo (Sanz y Vázquez, 1991):

Productos Cognitivos: los productos se refieren al resultado final de las operaciones que el sistema cognitivo realiza sobre la información; son las cogniciones y pensamientos que el individuo experimenta y de las que puede tener conciencia, como resultado de la interacción de la información entrante con las estructuras, las proposiciones y las operaciones del sistema. Las atribuciones o los pensamientos automáticos son dos de los constructos que se incluyen en esta categoría, y la mayor parte de la investigación habitual en «Psicología Clínica Cognitiva» se circunscribe desgraciadamente a este ámbito.

Operaciones Cognitivas: se refieren a los procesos mediante los cuales el sistema opera, e incluyen conceptos como la codificación y recuperación de información, o los procesos atencionales.

Proposiciones Cognitivas: se refieren al contenido de la información que es almacenada y organizada dentro de alguna estructura. Incluye conceptos como los de conocimiento episódico o conocimiento semántico.

Estructuras Cognitivas: las variables estructurales se refieren a la «arquitectura» del sistema, es decir, la manera en que la información se almacena y se organiza internamente dentro de algún tipo de estructura. La memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo son dos conceptos que pertenecen a esta categoría (págs. 786-787).

Vamos a considerar cada una de estas áreas de modo breve, señalando la información empírica y teórica más relevante.

Productos

El ampliamente empleado término clínico de «Pensamientos Automáticos Negativos» (PAN) hace referencia a aquellas imágenes y contenidos verbales que emergen de un modo habitualmente consciente y que constituyen el principal «reto» para el terapeuta. En general, los resultados de los estudios que han analizado explícitamente los PAN, sobre todo las rumiaciones y los pensamientos generados espontáneamente, apoyan la idea de que tales PAN tienen un papel en la *génesis* de estados emocionales negativos. Por ejemplo, diversos procedimientos efectivos de *inducción* de estado de ánimo logran su objetivo simplemente dando instrucciones a la gente para que piensen o lean frases negativas o positivas (Velten, 1968; Gerrards-Heese, Spies, y Hesses, 1994).

Obviamente los informes de los pacientes no pueden utilizarse como una prueba válida de que los PAN son *causa* de las emociones negativas puesto que los humanos tienen serias limitaciones para poder acceder a estas sutilezas en el procesamiento de la información (Nisbett y Wilson, 1977). Sin embargo, los estudios experimentales sobre los efectos positivos de las técnicas de *distracción* en el pensamiento rumiativo apoyan la idea de que estos PAN pueden jugar un papel importante al menos en el mantenimiento de estados de ánimo negativos (Fennell y cols., 1987).

¿Son realmente «automáticos» estos pensamientos? Ésta es una pregunta cuya respuesta no puede darse por sabida, como la mayor parte de los clínicos creen. Aquí existe un conflicto entre las teorías clínicas y las teorías de la ciencia cognitiva. Los clínicos denominan «automáticos» a los PAN porque se presentan *inesperadamente* al paciente, sin que éste sea consciente de que haya existido ningún procesamiento previo. Además, los PAN aparentemente son automáticos porque son *difíciles de controlar* una vez iniciados; en efecto, los experimentos de «parada de pensamiento» (Wegner y cols., 1993) claramente demuestran que tratar de no pensar en determinados pensamientos conduce a un efecto de «rebote» por el cual, paradójicamente, dichos pensamientos se hacen más frecuentes y más llamativos para el sujeto. Sin embargo, aunque los PAN son unos buenos candidatos a ser considerados como productos basados en operaciones automáticas, como hemos indicado en otro lugar, estas analogías no agotan los significados de lo que se entiende por «automático» en psicología cognitiva (Hartlage, Alloy, Vázquez, y Dyckman, 1993).

Los procesos automáticos son aquellos disparados por un conjunto de estímulos externos o internos y no necesitan esfuerzo o atención para su inicio o mantenimiento; parecen no depender de las limitaciones de recursos del sistema cognitivo y tienen una flexibilidad reducida (Bargh, 1992; Wells y Matthews, 1994). Aunque puede que los PAN se ajusten bastante al concepto cognitivo de «automaticidad», queda por demostrar empíricamente, con técnicas de la psicología experimental, en qué medida cumplen adecuadamente los mencionados requisitos formales de un auténtico *procesamiento automático* de la información (Hartlage, Vázquez, Alloy y Jiménez, 1995). Otra interesante posibilidad, todavía no explorada, es que diferentes tipos de PAN (rituales mentales, rumiaciones obsesivas, pensamientos autodescalificantes, recuerdos intrusivos, etc.) cumplan *diferentes* criterios de automaticidad.

Procesos

En general, los modelos clínicos cognitivos de psicopatología no han sido muy específicos respecto a cómo posibles anomalías en el *procesamiento de la información* contribuyen a la génesis de los trastornos emocionales. La explicación de Beck de cómo los denominados «errores lógicos» (véase Sanz y Vázquez, 1991, 1995) —por ej.: pensamiento dicotómico— conducen a PAN puede efecti-

vamente ajustarse a cómo, en ciertos tipos de procesamiento, pueden producirse sesgos. Pero hay varios problemas. En primer lugar, aún no se ha demostrado que tales distorsiones del procesamiento sean específicas de individuos con problemas mentales; de hecho, existe cada vez más evidencia de que las *personas «normales»* muestran notables sesgos y distorsiones en el procesamiento de la información de la realidad (Haaga y Beck, 1993, 1995; Vázquez, 1995a). En segundo lugar, la explicación de Beck no da cuenta muy adecuadamente de cómo *surgen* y se mantienen tales errores (Sanz y Vázquez, 1991).

El papel del procesamiento se ha convertido en un área fundamental de la investigación en psicopatología cognitiva experimental, especialmente en el área de investigación de la atención, la memoria y el estado de ánimo. Un hallazgo consistente es el de la existencia de *sesgos atencionales* en sujetos ansiosos, de tal modo que, ante dos estímulos competidores, los ansiosos procesan preferente o *prioritariamente* información con contenidos amenazantes o relacionados con la ansiedad (véase una revisión en profundidad en Mathews y Macleod, 1994, o Eysenck, 1992). En contraste con los hallazgos en el área de la atención, los estudios sobre la *memoria* de los sujetos ansiosos para procesar información de material amenazante han producido resultados menos consistentes (Watts y Coyle, 1992) pero, en general, los resultados indican una ausencia de sesgos de memoria en los sujetos ansiosos (Mathews y Macleod, 1994; Williams y cols., 1988).

En cuanto a la depresión, el patrón de resultados cambia, pues aquí son evidentes los *sesgos de memoria*: los sujetos deprimidos recuerdan más información negativa que positiva, cuando es personalmente relevante (Matt, Vázquez y Campbell, 1992). Aunque estos sesgos son más consistentes en pacientes deprimidos, la inducción experimental de un estado de ánimo positivo o negativo en personas normales puede producir sesgos en la dirección prevista (Matt y cols., 1992), lo que parece indicar que el estado de ánimo pudiera *causar* los sesgos de recuerdo y no ser un mero resultado de tales sesgos cognitivos. Sin embargo, la existencia de sesgos atencionales depresivos es mucho menos concluyente (Mathews y Macleod, 1994; Williams y cols., 1988).

Para explicar el patrón de resultados hallado, Mathews and Macleod (1994) han sugerido que resulta útil el empleo de los conceptos de *procesamiento automático* y *controlado* (véase la sección de productos cognitivos más arriba): la ansiedad conduciría básicamente a sesgos relacionados con el procesamiento de material amenazante en etapas tempranas y *automáticas* del procesamiento, lo que conduciría a sesgos automáticos atencionales más que a sesgos en procesos controlados (como requieren, en buena medida, muchas operaciones de memoria); la depresión, por el contrario, afectaría más a operaciones de procesamiento *controlado*, lo que se reflejaría en sesgos de memoria pero sin efectos paralelos en la atención.

En cualquier caso, este patrón de resultados en ansiedad (sesgos atencionales pero no mnésicos) y en depresión (sesgos mnésicos pero no atenciona-

les), parece ir en contra de las afirmaciones de teóricos como Beck y sus colegas (Beck y Clark, 1988), para quienes existen sesgos generales en todo tipo de procesamiento (atención o memoria), tanto en la depresión como en la ansiedad. Para estos autores, la diferencia cognitiva entre ambos trastornos estaría simplemente en los *contenidos* de lo que se procesa, pero no en el tipo de procesos alterados implicados.

No obstante, esta conclusión general no ha de admitirse sin ninguna crítica (Wells y Matthews, 1994; Vázquez, en prensa) pues hay algunos resultados contradictorios con ese perfil general.³ Por ejemplo, Mathews y cols. (1996) han hallado que tanto los sujetos deprimidos como los ansiosos atendían selectivamente a material *socialmente* amenazante. Además, otros experimentos han hallado sesgos de memoria en pacientes con ansiedad generalizada cuando se trata de recuerdos autobiográficos (Burke y Mathews, 1992), y en estudiantes con ansiedad social respecto a material socialmente amenazante (Warren y Mansell, 1995).

Así pues, cada vez es más evidente que los sesgos en el procesamiento no responden a un patrón sencillo, de modo que, por ejemplo, es probable que diversos subtipos de ansiedad se caractericen por tipos de sesgo diferentes en el procesamiento de la información.⁴ Además, se está llegando a la posición de consenso de que las diferencias ansiedad/depresión pueden vertebrarse bien en torno al concepto automaticidad/control siempre que este último no se entienda como una dicotomía sino como más bien un continuo.

Contenidos o proposiciones

Los esquemas desadaptativos y las actitudes disfuncionales son conceptos centrales en las teorías clínicas cognitivas. En línea con la psicología cognitiva general, la definición de «esquema» en la obra de Beck es la de un cuerpo almacenado de conocimientos que interactúa con el procesamiento de nueva información (Williams y cols., 1988). Como ya hemos explicado, en la diferenciación de la ansiedad y la depresión, Beck se ha centrado en la *hipótesis del contenido específico*, prácticamente ignorando potenciales diferencias en términos de estructuras o procesamiento (véase más arriba). Así pues, Beck propone que en la ansiedad el contenido del esquema está integrado por temas relacionados con la percepción de amenazas a la propia integridad física o psicológica. En el caso de la depresión, por el otro lado, los temas nucleares harían referencia a asuntos de pérdida y privación (Beck y Clark, 1988).

3. Algunos estudios han demostrado sesgos preatencionales (utilizando P300) en personas depresivas cuando se presentan adjetivos con un contenido depresivo.

4. Por ejemplo, mientras que la presencia del objeto fóbico afecta el rendimiento atencional en una tarea Stroop en sujetos fóbicos (Mathews y Klug, 1993), se puede esperar que los sujetos con ansiedad social recuerden de un modo sesgado información relacionada con situaciones de amenaza social personalmente relevante (Mansell y Clark, 1995).

Aunque ha habido algunas investigaciones que han intentado resolver este asunto analizando los contenidos del material sujeto a sesgos de procesamiento (Greenberg y cols., 1988), no hay en realidad datos que demuestren nítidas diferencias en el *contenido esquemático* de diversos trastornos. No obstante hay algunas líneas de investigación de interés. Resulta claro que en la depresión los sesgos en el procesamiento se dan cuando el individuo procesa información relacionada con temas depresivos *personalmente relevantes* (Matt, Vázquez y Campbell, 1992; Vázquez, 1987); de ahí que se sugiera que el contenido del esquema depresivo probablemente gira en torno a elementos relevantes para el *sí mismo*. Si bien la existencia de un autoesquema con propiedades diferentes a los de otros esquemas cognitivos es una idea sometida a debate (Vázquez, 1986; Segal, 1988),⁵ parece claro que la investigación en el área de la representación cognitiva del *sí mismo* y del procesamiento de material relevante para el *sí mismo* es crucial para un mejor entendimiento de la depresión (véase la sección sobre estructuras cognitivas).

¿Qué características tienen los esquemas cognitivos desadaptativos? Beck ha apuntado las siguientes características: ser rígidos, impermeables, sobreinclusivos y concretos (Beck, 1967; Beck y Clark, 1988). Desafortunadamente, la mayor parte del trabajo efectuado sobre los esquemas desadaptativos se ha centrado en su *contenido* y no en el análisis de este tipo de propiedades. Lo típico ha sido utilizar cuestionarios y, por consiguiente, es un tipo de trabajo sujeto a todos los problemas que hemos advertido anteriormente sobre este tipo de aproximación de «papel y lápiz».⁶ Una perspectiva algo más innovadora es la utilizada por Teasdale y cols. (1995) en un reciente estudio en el que evaluaron si el empleo de términos absolutistas, más que el mero contenido negativo de esos términos, es una característica del pensamiento depresivo. Para ello, se pidió a los depresivos que completasen una serie de frases inacabadas («Si siempre me aparto de otros para satisfacer a los demás, la gente me va a.....»). El resultado fue que las personas deprimidas se caracterizaban por una mayor elección de contenidos *absolutistas*, fuesen de contenido positivo o negativo.

Estructuras

Como se ha señalado más arriba, esta área ha sido relativamente ignorada en las teorías clínicas cognitivas. Sin embargo, dos líneas recientes de trabajos han intentado analizar la *naturaleza* estructural del esquema más que su contenido. Los resultados son interesantes. Showers (1992) ha usado una medida

5. De hecho, los estudios experimentales de procesamiento autorreferente de la información para demostrar la existencia del autoesquema (Greenberg, Vázquez y Alloy, 1988; Greenwald y Pratkanis, 1985) han sido criticados por insuficiencias metodológicas (Rudolph, 1993).

6. Por ejemplo, es probable que escribir cosas *fuerece* artificialmente a los sujetos a pensar o decir cosas en las que no han pensado (Nisbett y Wilson, 1977).

derivada de las autodescripciones de los estudiantes para predecir depresión. Para cada individuo se obtiene un índice de agrupamiento que evalúa hasta qué grado los sujetos mezclan adjetivos autorreferentes positivos y negativos. Según Showers este índice refleja el grado en el que existen asociaciones de atributos autorreferentes positivos y negativos en la representación cognitiva del *sí mismo*. En concreto, los resultados de la autora sugieren que las personas con contenidos mixtos (positivos y negativos) muestran una atenuación del estado de ánimo negativo. La explicación de este fenómeno, según Showers, es que cuando se activa un atributo negativo autorreferente en una situación dada el atributo positivo asociado se hace igualmente *accesible* para el sujeto.

Una segunda línea de estudios se ha aproximado al análisis de aspectos estructurales de los esquemas y cómo tales aspectos, en concreto la *complejidad* del *sí mismo*, se relacionan con la psicopatología del individuo (Linville, 1985, 1987). Esta autora propone que una representación compleja del *sí mismo* posiblemente sea capaz de moderar los efectos de los estresores sobre la salud mental. De este modo, aquellas personas con un mayor número de representaciones o dominios en su representación del *sí mismo* y, en particular, con dominios no solapables, serán más capaces de manejar el estrés. Linville mide la complejidad del autoesquema pidiendo a la gente que nombre diferentes áreas de su vida y sitúe autodescriptores en cada área en donde sean relevantes. Como cada descriptor puede utilizarse más de una vez, pueden potencialmente aparecer en todos los dominios (lo que supondría un caso de total solapamiento). Cuanto mayor sea el número de descriptores que son únicos a un área, mayor complejidad muestra el individuo en su representación del *sí mismo*. En algunos estudios, se ha hallado que esto es predictivo de la depresión (Linville, 1987).

Como puede concluirse de esta breve revisión sobre el estudio de la cognición en los trastornos emocionales, hemos aprendido mucho a partir de los datos de la literatura experimental en estos últimos años. Esta aproximación teórica y experimental está demostrando ser muy fructífera no sólo para el estudio de la psicopatología sino también de las posibles vías de cambio terapéutico. En la próxima sección intentaremos comprobar hasta qué punto existe evidencia precisamente sobre la existencia de cambios cognitivos tras la terapia.

MECANISMOS DE CAMBIO TERAPÉUTICO: ¿CAMBIO ALGO COGNITIVO?

¿Tiene la TCC un efecto directo, como proponen los autores originales como Beck, Meichenbaum, etc., sobre las cogniciones del individuo o son efectivas por otra serie de razones? Desgraciadamente, a pesar de llamarse terapias cognitivo-conductuales, o terapias cognitivas, ha habido muy pocos estudios que hayan intentado medir adecuadamente si el cambio de *cogniciones* es realmente necesario para el cambio durante el proceso terapéutico. Uno de

los problemas es que las medidas de la efectividad del cambio terapéutico típicamente consisten en inventarios de síntomas acompañados, en el mejor de los casos, de algunos sencillos cuestionarios (véase una revisión de métodos de medida de cogniciones en Vázquez, 1995b).

Según Barber y DeRubeis (1989), los datos sobre la existencia de cambios reales tras las terapias cognitivas en las estructuras, procesos y contenidos, son bastante desalentadores. Siguiendo el esquema de estos autores, revisaremos a continuación el estado de esta cuestión que, sin duda, es central para la validación de los modelos clínicos cognitivos.

1. *Cambios en creencias (o esquemas) y/o procesos cognitivos*

a. *Cambios en el esquema.* ¿Se producen cambios en los contenidos depreogénicos? Éste es el supuesto con el que trabajan muchos terapeutas y, de hecho, es un concepto básico sostenido por muchos autores (Beck y cols., 1979). Un modo típico de evaluar estos cambios es el análisis de las creencias de los pacientes mediante cuestionarios como el DAS (Dysfunctional Attitudes Scale, de Weissman y Beck, 1978).

Una de las primeras paradojas con que nos encontramos es que la terapia farmacológica (TF) produce *cambios cognitivos* semejantes a los de la TC (Simons y cols., 1984; DeRubeis y cols., 1988). En segundo lugar, los estudios con pacientes remitidos muestran que las puntuaciones en el DAS son similares a las de las personas *normales* (véase una revisión en Sanz y Vázquez, 1993, 1994). Sin embargo, y aquí subyace una segunda paradoja, la mayor parte de estos datos proceden de estudios efectuados con terapias farmacológicas y no terapias cognitivas (véase Barber y Rubeis, 1989). Por lo tanto, la posible acomodación que sugieren los cambios en el DAS, parece *inespecífica* a la TC.⁷

b. *Cambios en el procesamiento.* ¿Produce la terapia cognitiva cambios en el procesamiento de la información? En principio se han señalado tres posibilidades de cambios procesuales (Ingram y Hollon, 1986): a) cambios en los procesos (básicamente disminuyendo respuestas automáticas y aumentando respuestas controladas; b) cambios en una disminución en los procesos de autofocalización; y c) un cambio hacia el uso de esquemas alternativos. Al menos con la información de que disponemos hasta ahora, resulta difícil saber si los cambios que se observan tras la terapia se deben a cambios reales de procesamiento o más bien a cambios en los contenidos cognitivos o en el empleo o aprendizaje de habilidades compensatorias.

En realidad los cambios que se han evaluado en la inmensa mayoría de los

7. No obstante, hay que considerar que una medida como el DAS es realmente insatisfactoria pues, por definición, los esquemas disfuncionales serían estructuras más bien latentes, de difícil acceso, y no parece que cuestionarios como el DAS sean técnicamente apropiados para evaluar cogniciones de esta naturaleza (Vázquez y Ring, 1993; Segal, 1988; Segal y Swallow, 1994).

estudios existentes se refieren al *contenido*, más que a la automaticidad u otras características del *procesamiento*. Por ejemplo, la pretensión de que la TC aumenta de algún modo la proporción de procesos controlados frente a los automáticos (Ingram y Hollon, 1986) está aún por demostrar y, en el caso de que ocurra, posiblemente se debe a la sobreimposición de habilidades cognitivas aprendidas (enseñar al paciente técnicas específicas que, en principio, no incidirían sobre la automaticidad de los pensamientos negativos que aparezcan en su pensamiento: «Veamos, ¿cuál es la evidencia de estas ideas negativas que tengo?»).

2. Cambios en el nivel de activación/desactivación de los esquemas existentes

De acuerdo a esta hipótesis, ligada a las teorías de redes cognitivas y de propagación de la activación (véase Sanz y Vázquez, 1991), lo que se produciría en la TC es una desactivación de los esquemas negativos y un incremento en la activación de esquemas positivos. En cierto sentido, lo que se produciría sería un «apaciguamiento» del esquema negativo, incrementando así su umbral de activación. Como indican Barber y DeRubeis (1989) es posible que este mecanismo sea el que, de algún modo, opere en las terapias farmacológicas reduciendo, al igual que lo hacen las TCC, las cogniciones negativas. Sin embargo, el hecho de que las terapias cognitivas disminuyan más las recaídas parece indicar que esta hipótesis es insuficiente para explicar la naturaleza de los cambios que se producen en estas terapias.

3. Hipótesis de las habilidades compensatorias

Según esta hipótesis el cambio que generan las terapias cognitivas se centra básicamente en que el paciente aprende una serie de *habilidades* (metacognitivas y de solución de problemas) que le ayudan a reducir los pensamientos negativos. El cambio se produciría no tanto en la tendencia a generar pensamientos negativos frente a situaciones negativas sino al hecho de que la TC inserta un conjunto de habilidades en el paciente para *afrontar* con más éxito esas situaciones y esas cogniciones. Por ejemplo, el aprendizaje de ciertas habilidades metacognitivas, como inculcar la necesidad de buscar evidencia o de generar pensamientos alternativos, serían aprendizajes básicos para afrontar eficazmente cogniciones negativas. No obstante, el aprendizaje de habilidades puede que no actúe de modo tan sencillo como habitualmente se supone. De hecho, se ha demostrado que la efectividad de las TCC puede que resida en el uso de tareas para casa y ejercicios conductuales, *aunque* el paciente no las utilice nunca (véase Teasdale y cols., 1995).

Un último elemento de reflexión sobre la existencia, o la posibilidad, de cambios cognitivos de importancia en las TCC es el hecho de que los cambios en procesos y estructuras parecen difíciles si pensamos que, en áreas como la

depresión, el 80% de la mejoría se alcanza a las pocas semanas de haber comenzado la TC (Dobson, 1989). Si tenemos en cuenta que la TC y la TF son igualmente efectivas al final del tratamiento en este tipo de problemas (Oei y Shuttlewood, 1996), este efecto diferencial del aprendizaje sostenido y repetido a través de la terapia de habilidades cognitivo-conductuales podría explicar por qué hay una menor tasa de recaídas en la TC.

En último término, el reto de la investigación ha de ser el determinar empíricamente estas hipótesis que, repetimos, son esenciales para poder caracterizar científicamente como «cognitivos» los cambios que se producen con las TC. Para ello se necesitará emplear instrumentos y metodologías adecuados, que permitan evaluar los cambios cognitivos o de habilidades que se van produciendo en el transcurso de la terapia.

CONCLUSIONES

La aproximación experimental al estudio de la psicopatología está contribuyendo enormemente a la comprensión científica de los trastornos psicológicos. El uso de las estrategias y conceptos de la psicología cognitiva para evaluar las propuestas de los modelos clínicos cognitivos no ha proporcionado un apoyo claro a la versión fuerte de estos modelos (es decir, que las cogniciones *causan* inicialmente la patología) —véanse Beck, 1987; Coyne, 1989; Sanz y Vázquez, 1991; Costello, 1993—. No obstante, es cada vez más creciente el apoyo experimental sobre el papel causal que tienen las cogniciones en el *mantenimiento* de los trastornos emocionales (Teasdale, 1988; Costello, 1993).

De cualquier modo, si las psicoterapias han de tener como punto de mira el alivio eficaz del sufrimiento, este trabajo no puede desconectarse de la psicología científica. A lo largo de este capítulo hemos intentado demostrar que desgraciadamente se observa una brecha evidente entre los conceptos y técnicas utilizadas en las psicoterapias cognitivo-conductuales y el estado de conocimientos de la ciencia cognitiva. Sin embargo, esperamos haber sabido exponer que nuestro conocimiento de la psicopatología y, por ende, sobre los mecanismos de funcionamiento del cambio terapéutico, se puede iluminar extraordinariamente con las teorías y procedimientos de la ciencia cognitiva.

Algunas de las insuficiencias actuales de los métodos de intervención se centran, en nuestra opinión, en la ausencia de técnicas contrastadas para el manejo de significados implicacionales (no verbales), y para el manejo de elementos no conscientes (véase una interesante excepción en Brewin, 1989). Además, las estrategias de cambio en las psicoterapias, y los métodos de medida de dicho cambio, se han centrado en los *contenidos*. Es hora de poner un mayor énfasis en el análisis de las *estructuras* y los *procesos* a través de medidas y estrategias que vayan más allá de los simples cuestionarios (Segal y Swallow, 1994) pues éstos difícilmente pueden capturar la naturaleza de estos elementos cognitivos.

En definitiva, el atributo de «cognitivo» aplicado a las terapias cognitivas debe asentarse más en el análisis científico de la naturaleza de los cambios que se producen en los pacientes (es decir, cambios supuestamente cognitivos) más que en el formato aparente de tales terapias dado que obviamente todas las psicoterapias (se autodenominen «cognitivas» o no), desde la antigüedad clásica (véase Laín, 1958) hasta las más modernas (Goldstein, 1982), incluyen elementos cognitivos. Éste es el enorme reto que tenemos por delante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandura, A. (1986), *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall (trad. cast.: *Pensamiento y Acción, Fundamentos Sociales*, Barcelona, Martínez Roca, 1987).
- Barber, J. P. y DeRubeis, R. J. (1989), «On second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression», *Cognitive Therapy and Research*, 13, 441-457.
- Bargh, J. A. (1992), «The Ecology of Automaticity: Toward establishing the conditions needed to produce automatic processing effects. Special Issue: Views and varieties of automaticity», *American Journal of Psychology*, 105, 181-199.
- Bas, F. y Andrés, V. (1994), *Terapia cognitivo-conductual de la depresión. Un manual de tratamiento*, Madrid, Fundación Universidad-Empresa.
- Beck, A. T. (1967), *Depression: Causes and treatment*, Filadelfia, University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976), *Cognitive therapy and the emotional disorders*, Nueva York, International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, E. (1979), *Cognitive therapy of depression*, Chichester, Wiley (trad. cast.: *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao, Desclee de Brouwer, 1983).
- Beck, A. T., Freeman, A. y cols. (1990), *Cognitive therapy of personality disorders*, Nueva York, Guilford Press (trad. cast.: *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*, Barcelona, Paidós, 1995).
- Beck, A. T. (1963), «Thinking and depression», *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A. T. (1987), «Cognitive models of depression», *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Beck, A. T. y Clark, D. A. (1988), «Anxiety and depression: An information processing perspective», *Anxiety Research*, 1, 23-36.
- Bentall, R. (1996), «La investigación psicológica sobre las alucinaciones y los delirios: Psicopatología y aplicaciones para las estrategias de tratamiento», en J. A. Aldaz y C. Vázquez (comp.), *Esquizofrenia. Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, Madrid, Siglo XXI.
- Brewin, C. R. (1989), «Cognitive change processes in psychotherapy», *Psychological Review*, 96, 379-394.
- Burke, M., y Mathews, A. (1992), «Autobiographical memory and clinical anxiety», *Cognition and Emotion*, 6, 23-25.
- Costello, C. G. (1993), «Cognitive causes of psychopathology», en C. Costello (comp.), *Basic issues in psychopathology*, Nueva York, Guilford.

- Coyne, J. C. (1989), «Thinking postcognitively about depression», en A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler, y H. Arkowitz (comps.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy*, Nueva York, Plenum.
- Dalgleish, T. y Watts, F. N. (1990), «Biases of attention and memory in disorders of anxiety and depression», *Clinical Psychology Review*, 10, 589-604.
- Dobson, K. S. (1989), «A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression», *Journal of Consulting y Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1990), «Insuficiencias de los modelos de condicionamiento en la conceptualización de los trastornos de ansiedad», *Boletín de Psicología*, 28, 59-77.
- Ellis, A. (1962), *Reason and emotion in psychotherapy*, Nueva York, Lyle Stuart.
- Eysenck, M. W. (1992), *Anxiety: The cognitive perspective*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.
- Fairburn, C. y Cooper, P. (1988), «Eating disorders», en K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, y D. M. Clark (comps.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*, Nueva York, Oxford University Press.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993), *Aproximaciones a la psicoterapia*, Barcelona, Paidós.
- Fennell, M. J., Teasdale, J. D., Jones, S. y Damle, A. (1987), «Distraction in neurotic and endogenous depression: An investigation of negative thinking in major depressive disorders», *Psychological Medicine*, 17, 441-452.
- Fowler, D. (1996), «Terapia cognitivo-conductual: Un nuevo enfoque para el manejo de los trastornos psicóticos», en J. A. Aldaz y C. Vázquez (comps.), *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, Madrid, Siglo XXI.
- Gerrards-Heese, Spiess, y Hesses, F. W. (1994), «Experimental inductions of emotional states and their effectiveness: A review», *British Journal of Psychology*, 85, 55-78.
- Goldstein, H. (1982), «Cognitive therapies: A comparison of phenomenological and mediational models and their origins», *The Journal of Mind and Behavior*, 3, 1-16.
- Greenberg, M. S., Vázquez, C. y Alloy, L. B. (1988), «Depression versus anxiety: Differences in self—and other—schemata», en L. B. Alloy (comp.), *Cognitive processes in depression*, Nueva York, Guilford Press.
- Haaga, D. y Beck, A. T. (1993), «Perspectiva constructivista del realismo depresivo: Implicaciones para la teoría y terapias cognitivas», *Revista de Psicoterapia*, 13, 29-40.
- Haaga, D. A. y Beck, A. T. (1995), «Perspectives on depressive realism: Implications for cognitive theory of depression», *Behaviour Research and Therapy*, 33, 41-48.
- Hartlage, S., Alloy, L., Vázquez, C., y Dyckman, L. (1993), «Automatic and effortful processing in depression», *Psychological Bulletin*, 2, 47-278.
- Hartlage, S., Vázquez, C., Jiménez, F., y Alloy, L. (1995), «Procesos automáticos y controlados en la depresión», *Boletín de Psicología*, 48, 41-65.
- Ingram, R. E. y Kendall, P. (1986), «Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective», en R. E. Ingram (comp.), *Information processing approaches to clinical psychology*, Londres, Academic.
- Ingram, R. E. y Wisnicki, K. (1991), «Cognition in depression», en P. A. Magaro (comp.), «Cognitive bases of mental disorders», *Annual Review of Psychopathology*, vol. 1. Newbury Park, CA, Sage.
- Jacobs, W. J. y Nadel, L. (1985), «Stress-induced recovery of fears and phobias», *Psychological Review*, 92, 512-531.
- Kihlstrom, J. F., Barnhardt, T. M., y Tataryn, D. J. (1995), «El inconsciente psicológico: Hallado, perdido, y reencontrado», en M. D. Avia y Sánchez-Bernardos, M. L. (comps.), *Personalidad: Un enfoque socio-cognitivo*, Madrid, Pirámide (orig. 1992).

- Lain, P. (1958), *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*, Madrid, Revista de Occidente.
- Linville, P. W. (1985), «Self-complexity and affective extremity: Don't put all of your eggs in one cognitive basket», *Social Cognition*, 3, 94-120.
- Linville, P. W. (1987), «Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression», *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 663-676.
- Mahoney, M. (1984), «Behaviorism, cognitivism, and human change processes», en M. A. Reda y M. J. Mahoney (comps.), *Cognitive psychotherapies: Recent developments in theory, research, and practice*, Cambridge, MA, Ballinger.
- Marcel, A. J. (1983), «Conscious and unconscious perception: Experiments on visual masking and word recognition», *Cognitive Psychology*, 15, 197-237.
- Mathews, A. Ridgeway, V. y Williamson, D. A. (1996), «Evidence for attention to threatening stimuli in depression», *Behaviour Research and Therapy*, 34, 695-706.
- Mathews, A. M. y Macleod, C. (1986), «Discrimination of threat cues without awareness in anxiety states», *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 131-138.
- Mathews, A. y Klug, F. (1993), «Emotionality and interference with color naming in anxiety», *Behaviour Research and Therapy*, 31, 57-62.
- Mathews, A. y Macleod, C. (1994), «Cognitive approaches to emotion and emotional disorders», *Annual Review of Psychology*, 45, 25-50.
- Matt, J., Vázquez, C., y Campbell, K. (1992), «Mood-congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review», *Clinical Psychology Review*, 2, 227-256.
- Meichenbaum, D. (1977), *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*, Nueva York, Plenum.
- Meichenbaum, D. y Gilmore, B. (1984), «The nature of unconscious processes: A cognitive-behavioral perspective», en K. S. Bowers y D. Meichenbaum (comp.), *The unconscious reconsidered*, Nueva York, Wiley.
- Nisbett, R. E. y Wilson, T. D. (1977), «Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes», *Psychological Review*, 84, 231-259.
- Oei, T. P. S. y Shuttlewood, G. I. (1996), «Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A case of cognitive therapy for depression», *Clinical Psychology Review*, 16, 83-103.
- Power, M. J. y Brewin, Chris R. (1991), «From Freud to cognitive science: A contemporary account of the unconscious», *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 289-310.
- Pratkanis, A. R. y Greenwald, A. G. (1985), «How shall the self be conceived? Special Issue: The rediscovery of self in social psychology: Theoretical and methodological implications», *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 15, 311-329.
- Rudolph, U. (1993), «The self-reference effect: Methodological issues and implications from a schema-theoretical perspective», *European Journal of Social Psychology*, 23, 331-354.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1991), «Trastornos depresivos (II): Productos, operaciones, proposiciones y estructuras cognitivas», en A. Belloch y E. Ibáñez (comps.), *Manual de psicopatología*, vol. 2., Valencia, Promolibro.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1993), «Adaptación española de la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck: Propiedades clínicas y psicométricas», *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 707-750.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1994), «Algunas consideraciones adicionales sobre la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck», *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 669-673.

- Sanz, J. y Vázquez, C. (1995), «Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas» en A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (comps.), *Manual de psicopatología* (vol. 2), Madrid, McGraw Hill
- Segal, Z., y Swallow, S. R. (1994), «Cognitive assessment of unipolar depression: measuring products, processes, and structures», *Behaviour Research and Therapy*, 32, 147-158.
- Segal, Z. V. (1988), «Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression», *Psychological Bulletin*, 103, 147-162.
- Showers, C. (1992), «Evaluatively integrative thinking about characteristics of the self», *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 719-729.
- Simons, A. D., Garfield, S. L. y Murphy, G.E. (1984), «The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression», *Archives of General Psychiatry*, 41, 45-51.
- Sosa, C. D. y Capafóns, J. I. (1995), «Fobia específica», en V. E. Caballo, G. Buela-Casal, y J. A. Carroles (comps.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, Madrid, Siglo XXI.
- Tataryn, D. J., Nadel, L., y Jacobs, W. J. (1989), «Cognitive therapy and cognitive science», en A. Freeman, K. M. Simon, I. E. Beutler, y H. Arkowitz (comps.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy*, Nueva York, Plenum.
- Teasdale, J. y Barnard, P. J. (1993), *Afect, cognition and change: Remodelling depressive thought*, Hillsdale, NJ, LEA.
- Teasdale, J., Segal, Z., y Williams, J. M. G. (1995), «How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?», *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale, J. D. (1988), «Cognitive vulnerability to persistent depression», *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- Teasdale, J. D., Taylor, M. J., Cooper, Z., Hayhurst, H. y cols. (1995), «Depressive thinking: Shifts in construct accessibility or in schematic mental models?», *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 500-507
- Vázquez, C. (1986), «Sistemas de autorreferencia y esquemas cognitivos», *Revista de Psicología General y Aplicada*, 41, 1095-1113,
- Vázquez, C. (1987), «Judgment of contingency: Cognitive biases in depressed and non-depressed subjects», *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 419-431.
- Vázquez, C. (1995a), «Limitaciones, errores, y sesgos en el procesamiento de la información: la ficción de la teoría del "hombre científico"», en M. D. Avia y M. L. Sánchez-Bernardos (comps.), *Personalidad: Un enfoque socio-cognitivo*, Madrid, Pirámide.
- Vázquez, C. (1995b), «Evaluación de trastornos depresivos y bipolares», en A. Roa (comp.), *Evaluación en Psicología clínica y de la salud*, Madrid, CEPE.
- Vázquez, C. (en prensa), «Intervención en depresión: Estrategias de actuación y efectividad comparada de tratamientos», en J. M. Bethencourt (comp.), *Intervención psicológica en problemas de salud: Aspectos clínicos y comunitarios*, La Laguna, Universidad de Tenerife.
- Vázquez, C., y Ring, J. (1993), «Altered cognitions in depression: Are dysfunctional attitudes stable?», *Personality and Individual Differences*, 15, 475-479.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1995), «Trastornos depresivos: Aspectos clínicos», en A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (comps.), *Manual de psicopatología*, Madrid, McGraw Hill.

- Vega, M. (1985), *Introducción a la psicología cognitiva*, Madrid, Alianza.
- Velten, E., (1968), «A laboratory task for the induction of mood states», *Behaviour Research and Therapy*, 6, 473-482.
- Wegner, D. M. y Schneider, D. J. (1989) «Mental control: The war of the ghosts in the machine», en S. James, S. y J. A. Bargh (comps.), *Unintended thought*, Nueva York, Guilford Press.
- Wells, A. y Mathews, G. (1994), *Attention and emotion: A clinical perspective*, Hillsdale, NJ, LEA.
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C., y Mathews, A. (1988), *Cognitive psychology and emotional disorders*, Chichester, John Wiley.

Agradecimientos: este capítulo ha sido escrito gracias a la Acción Integrada HB 1995-181 del programa conjunto Hispano-Británico del British Council y el Ministerio de Educación y Ciencia, concedida a ambos autores. Agradecemos los comentarios efectuados por Richard Bentall y Jesús Sanz a borradores previos del escrito final.