

CIENCIAS COGNITIVAS Y PSICOTERAPIAS COGNITIVAS: UNA ALIANZA PROBLEMÁTICA⁰

Carmelo Vázquez

Facultad de Psicología.

Universidad Complutense de Madrid.

This paper discusses the relationship between cognitive sciences and cognitive psychotherapies from the standpoint of basic and applied psychotherapy research concerning cognitive representation codes, memory and representation systems, and rationality and positive biases. Finally, the paper deals with the issue of effectiveness.

Keywords: cognitive sciences, psychotherapy, effectiveness, basic research

INVESTIGACIÓN BÁSICA Y APLICADA

Marvin Goldfried decía que no había nada que deseara tanto como una mayor relación entre la investigación básica y la psicoterapia (Goldfried, 2002). Pero paradójicamente también indicaba que no había nada que le diese más miedo que cumplir ese sueño. Probablemente muchos terapeutas comparten algo de la ambivalencia e incluso desconfianza de Goldfried sobre el papel que la investigación básica pueda tener, si es que ha de tener alguno, pensarán, en la investigación y en la intervención psicoterapéuticas.

El espacio de la terapia, es posiblemente un terreno irreducible a la investigación escrupulosamente positivista en la medida en que es una zona privilegiada de experiencia humana en la que sutiles y difícilmente evaluables componentes interpersonales siempre juegan un papel importante por mucho que se intenten pautar y manualizar la intervención. De este modo, muchos terapeutas pueden sentirse amenazados por percibir que la investigación puede convertirse en un dictado, un imperativo ajeno que puede alienar el sentido último de la terapia y, en este sentido, la alianza entre terapia e investigación o entre terapeuta e investigador, está con frecuencia en un estado de equilibrio inestable.

Aun reconociendo que esta tensión existe, no se requiere utilizar tonos

apocalípticos ni para describirla ni para predecir los resultados de la misma. Mi convicción, probablemente tan sesgada y autoserviente como cualquier otra, es que necesitamos continuar el diálogo incesante entre lo básico y lo aplicado y destilar conocimiento desde ámbitos diferentes de investigación que puede que no determinen pero sí impregnen, por un proceso lento de ósmosis, la práctica de la terapia.

INVESTIGACIÓN Y PSICOTERAPIA

Para no simplificar el escenario, conviene recordar que hay al menos tres afluentes importantes en la investigación que tienen una conexión directa con la práctica terapéutica (Goldfried y Eubanks-Carter, 2004):

1. En primer lugar, la *investigación básica en psicopatología* que idealmente nos ayuda a revelar qué es aquello que se necesita cambiar y también a ordenar, por cierto, el confuso campo de muchos conceptos que con cierta ligereza se utilizan en terapia (“esquemas”, “procesamiento”, “pensamiento automático”, “déficit cognitivos”, o “memoria”). Conceptos que, en muchos casos, como hemos indicado en otros lugares (ej.: Vázquez, Jiménez, Hartlage et al., 1995), no dejan de ser vagas analogías, distantes al uso y definición que se hace de ellos en la ciencia cognitiva. Hace algunos años hicimos un análisis comparativo entre el concepto de automaticidad implícito en la idea de “pensamiento automático negativo” y la idea de “automaticidad” derivada de la psicología cognitiva, en la cual se inspiraron Beck y sus seguidores, y en ese trabajo demostrábamos que el parecido es más formal que de contenido lo que, a pesar de la decepción, demuestra la habilidad de Beck y muchos terapeutas cognitivos para auparse en paradigmas de moda con un gran sentido de oportunidad histórica.
2. En segundo lugar, otra gran vía de investigación, de plena actualidad, es el *análisis de resultados* que intenta nada menos que comprobar si el cambio terapéutico efectivamente se produce. Por desgracia, en los últimos 15 años parece que la única investigación relacionada con la psicoterapia que parecería poder hacerse, y por cierto no siempre con mucha calidad, era de este tipo. Esta aproximación ha estado liderada durante este tiempo por la Asociación Psicológica Americana y el Instituto Nacional de Salud Mental de los EE.UU. que han financiado la mayor parte de los estudios controlados sobre eficacia que todos conocemos.
3. Y la tercera y última gran avenida es la investigación sobre los *procesos* terapéuticos, cuyo objetivo es desvelar algo de lo que aún no conocemos mucho: es decir, *cómo sucede* el cambio, cuando éste se produce, y qué variables del paciente, pero también del clínico, se ponen en marcha e interactúan en este proceso. Los investigadores de esta última modalidad suelen cobijarse al amparo de la etiqueta de “investigación en psicoterapia”.

En este trabajo voy a centrarme en los dos primeros tipos de investigación y expondré algunos casos que desde mi punto de vista son ejemplares en cuanto al tortuoso proceso que supone afrontar este diálogo entre la investigación y la práctica clínica. Estos casos son, además, motivo de una cierta zozobra personal pues me hacen reconocer que el suelo sobre el que piso, sobre el que posiblemente pisemos todos, es más inestable de lo que pudiéramos desear aunque no por ello menos apasionante.

INVESTIGACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA

El primer escenario del diálogo entre la investigación y la terapia hace referencia a la investigación básica en psicopatología cognitiva. La visión que voy a ofrecer es necesariamente parcial y limitada pues no pretendo abarcar, ni siquiera dar un repaso superficial, al ámbito de la investigación psicopatológica en lo que pueda tener de interés en su aplicación a la psicoterapia (ej.: Clark y Beck, 1999; Williams et al., 1996; Power y Dalgleish, 1997).

Fuera se quedan temas tan relevantes como la teoría de la mente, la psicolingüística, o la psicofisiología cognitiva, por citar unos pocos asuntos que iluminan e iluminarán, desde la investigación básica, muchas de las intervenciones terapéuticas actuales y futuras.

Códigos de representación cognitiva y psicoterapia

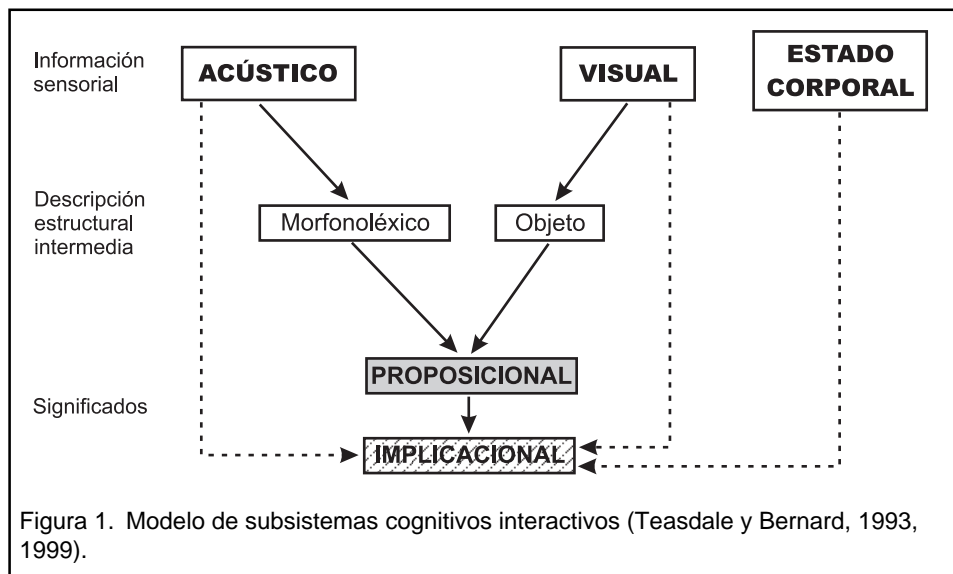
Voy a centrarme en el problema de las repercusiones que en la psicoterapia pueden tener las investigaciones sobre la representación del conocimiento. ¿Cómo es la arquitectura del conocimiento en la mente humana? El modo tradicional de concebir la representación cognitiva ha sido relativamente sencillo. Teorías tan influyentes hasta no hace mucho, como las teorías de redes, proponían que el conocimiento se articula en forma de redes compuestas por nodos y no se hacía ninguna mención a diferentes modalidades de representación de la información.

Sin embargo, en los últimos 10 años han ido emergiendo modelos cognitivos, anclados en la investigación de la ciencia básica, que están abriendo el camino hacia elementos que es probable que estuvieran ya prefigurados en la intuición clínica de muchos terapeutas. En estos nuevos modelos se propone la existencia de códigos de representación y de subsistemas cognitivos múltiples.

Un ejemplo particularmente admirable es la propuesta de John Teasdale quien en Septiembre de 2004, por cierto, recibió un merecido homenaje en la revista *Behaviour Research and Therapy* (2004) justamente como ejemplo de la intersección entre la investigación básica y la práctica clínica. Teasdale propone que el sistema cognitivo está formado por diversos subsistemas (v. Vázquez, 2003) – Figura 1.

En un primer nivel, la información sensorial (acústica o visual) es procesada mediante complejos mecanismos que permiten su codificación y registro. Lo que

en este momento están leyendo es entendido y conlleva un significado *proposicional* (es decir expresable en palabras, en códigos verbales) que hace comprensible, al menos eso espero, mi mensaje. Este código proposicional, a su vez, puede tocar o suscitar significados más profundos o implicacionales, que a su vez, están ya más cercanos a las emociones (Teasdale y Barnard, 1993).



En realidad, la inmensa mayoría de las terapias cognitivas funcionan con el siguiente tipo de supuesto que es sólo parcialmente correcto: el terapeuta trata de acceder a códigos implicacionales a través de la persuasión verbal y el cambio más o menos directo de proposiciones verbales trabajando, por ejemplo, con los pensamientos automáticos, las creencias, las explicaciones causales, o cualquier otro elemento verbal que se maneje en terapia. Sin embargo, los propios elementos sensoriales y también corporales, pueden afectar directamente a vivencias y significados profundos, inexpresables en palabras, y más próximos que los códigos proposicionales a la emoción (Power y Dalglish, 1997).

Dicho de otro modo, mis palabras pueden crear, por sus contenidos, un estado emocional. Pero, también, el tono, el volumen, el timbre, con que son dichas pueden afectar el estado emocional de los oyentes, incluso más directamente que los contenidos que conllevan. Lo mismo pasa con otros elementos sensoriales como la luz, el color, o el brillo de la habitación donde estamos o la postura en la que estamos sentados. La sensación *inefable* de tedio, interés, o disfrute con que vivimos determinadas situaciones, todas ellas ligadas a elementos *emocionales*, están conectadas a vías no necesariamente verbales. ¿Cuál es el corolario de este planteamiento?: que la carga de la intervención en las psicoterapias cognitivas se

centra en el lenguaje, en los elementos de contenidos proposicionales, descuidando otras vías probablemente más directas que afectan a la emoción.

Memoria, sistemas de representación y psicoterapia

¿Cómo se trasladan algunas de estas nuevas aportaciones al ámbito clínico? La investigación sobre la memoria supone un magnífico escenario para capturar las implicaciones que puede tener el paso de los viejos a los nuevos modelos.

La memoria es una de las piedras angulares de cualquier intervención terapéutica. Desde el psicoanálisis a las terapias narrativas, pasando por muchas intervenciones centradas en estrategias de descondicionamiento o en técnicas de reestructuración, la terapia se centra a veces en descondicionar, a veces en desintegrar, en otras reconstruir, o en otras, en fin, a reinterpretar elementos del pasado. Si esto es así, ¿cómo podemos utilizar en terapia los conocimientos derivados de la investigación básica?

Examinemos un ejemplo concreto. El recuerdo traumático o la amnesia traumática han sido elementos centrales de muchas intervenciones cognitivas¹. Dejando de lado que el uso clínico del concepto de “amnesia traumática” suele ser confuso y escasamente anclado en el abrumador conocimiento científico del funcionamiento de la memoria (McNally, 2003), la idea subyacente común para explicar este fenómeno es que un incidente crítico es capaz de oscurecer fragmentos significativos o la totalidad del incidente. El material es tan intenso emocionalmente que no puede ser procesado adecuadamente, dejando lagunas más o menos selectivas en el recuerdo.

Desde los años 80, el modelo imperante explicativo de cómo se impone el olvido traumático ha tenido su epicentro en los trabajos de Edna Foa (Foa y Kozak, 1986; Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989). Según esta explicación tan predominante en el mundo académico, los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) surgen de una estructura almacenada en la Memoria a Largo Plazo que representa una amalgama del estímulo, la respuesta, y los significados conferidos a la experiencia traumática.

Siguiendo esta propuesta, los sucesos traumáticos serían tan intensos que causan un miedo condicionado a una variedad de estímulos (sonidos, olores, o sensaciones corporales que fueron disparadas por aquél acontecimiento). A su vez, estos estímulos sirven como disparadores del recuerdo traumático activando la estructura cognitiva del miedo y, de ahí, produciendo la hiperactivación y los recuerdos invasores del trauma (Foa, Zinbarg, & Rothbaum, 1992). Síntomas como el embotamiento y la evitación serían mecanismos que se ponen en marcha para desactivar esta estructura de memoria. En definitiva, este influyente modelo asume que el trauma es codificado en una representación mental unitaria (en la que se agolpan y combinan experiencias sensoriales, detalles perceptivos, estructuras de significado,...) en un todo compacto. Desde un punto de vista terapéutico, el modelo

conlleva implícita la idea de que la intervención terapéutica requiere una información correctora por tres vías simultáneas:

- a) *Exposición en imaginación* para romper el vínculo entre el suceso traumático y el *arousal* condicionado.
- b) *Exposición in vivo* ante estímulos amenazantes pero no dañinos para romper el vínculo de creencias de peligrosidad hacia ciertos estímulos y
- c) *Reestructuración cognitiva* que permita a la persona dotar de sentido a la experiencia

Sin embargo, este modelo cognitivo tradicional hace complicado explicar porqué hay aspectos de la experiencia tan disociados: imágenes vívidas o pesadillas y, al mismo tiempo, por ejemplo, una dificultad para verbalizar lo sucedido². Chris Brewin, entre otros, han propuesto recientemente un modelo alternativo, derivado de la psicología cognitiva, que apela a un código de *representación dual* (Brewin et al., 1996; Brewin, 2003). En vez de considerar que la memoria traumática es una entidad cerrada y unitaria que mejora o empeora al unísono (algo que no se observa en la clínica pues a veces mejoran aspectos relacionados con detalles de la experiencia traumática pero no otros), se propone que coexisten desde el principio dos tipos de recuerdos que responden a dos sistemas de codificación diferentes (Figura 2):

- a) Recuerdos Accesibles Verbalmente (VAMs), por un lado.
- b) Recuerdos Accesibles Situacionalmente (SAMs)³, y por otro.

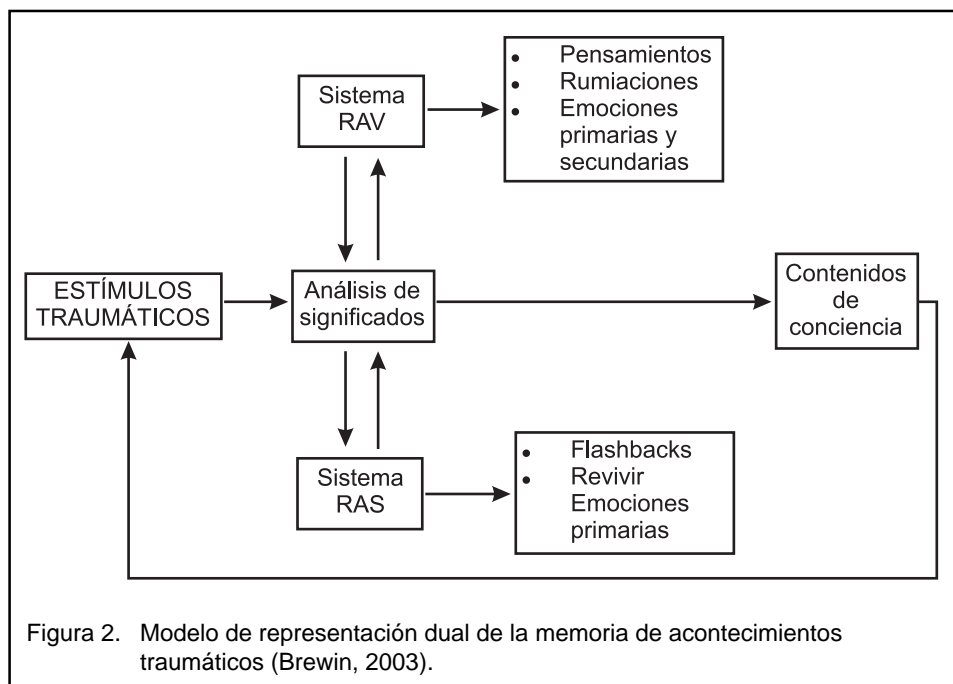


Figura 2. Modelo de representación dual de la memoria de acontecimientos traumáticos (Brewin, 2003).

Los Recuerdos Accesibles Verbalmente se organizan como una información más elaborada y a la que existe un mayor acceso consciente. Estos recuerdos están relacionados con los intentos por dar significado a la experiencia, pensar en lo que sucedió o dar una explicación ordenada, lógica y secuencial de los acontecimientos. Pero a la par que este sistema primero de codificación, existen Recuerdos Accesibles Situacionalmente que se forman a partir de elementos perceptivos, que a veces son muy fugaces y difíciles de precisar, y a partir también de las reacciones fisiológicas inmediatas ligadas al impacto de la experiencia.

Algunos estudios experimentales recientes han demostrado que efectivamente, como sugiere el modelo, los elementos que más hacen revivir una experiencia son justamente los detalles sensoriales y los recuerdos del choque emocional inmediato de la experiencia (sensaciones de horror, sudores,...), mientras que los elementos menos relacionados con esa experiencia primaria de revivir emocionalmente lo sucedido tiene que ver con aspectos más elaborados (por ejemplo, los pensamientos que elaboran sensaciones de ira o humillación).

Desde propuestas derivadas de la investigación básica, esta teoría de una memoria dual proporciona una aproximación a la terapia del TEPT que difiere de la mayor parte de las teorías vigentes pues propone *procedimientos distintos* para abolir, por ejemplo, flashbacks y cogniciones negativas. La Teoría Dual propone que los recuerdos sensoriales del trauma no se procesan u organizan en las terapias verbales al uso sino que permanecen *intactos* a través de ellas y, por lo tanto se sugieren intervenciones en las que estos elementos también se tengan en cuenta en la intervención psicoterapéutica.

Tanto el modelo general de Teasdale u otros similares (ver Power y Dalgleish, 1997) como estos más concretos del procesamiento mnésico, apelan a modos diferentes de representación del conocimiento y nos abren a una posición más compleja y plural del funcionamiento psicológico. Cada vez hay más pruebas de que los significados implícitos de las situaciones (Samoilov y Goldfried, 2000) o, si se prefiere, el conocimiento esquemático, no fácilmente verbalizable, es más importante para entender las emociones. La distinción entre conocimiento implícito y explícito es crucial a este respecto (Goldfried, 2002). Mientras que el conocimiento implícito o tácito es difícilmente expresable en términos proposicionales o verbales, el conocimiento explícito se corresponde con el saber lógico, el procesamiento racional de la información. Es justamente ese primer sistema de conocimiento el que está ligado al sistema emocional y afectivo y es fácilmente activado por olores, sabores, o elementos visuales.

Esta división entre tipos de conocimiento comienza también a recibir apoyo directo *neurocientífico*. Por ejemplo, Ledoux (1995) ha señalado que existe una vía nerviosa que conecta directamente el tálamo con la amígdala, lo que permite que esta estructura cerebral “emocional” reciba información directa de los órganos sensoriales y poder iniciar así una reacción antes de que la información se registre

en el neocórtex y se ponga en marcha todos los mecanismos lógicos concomitantes. En otras palabras, la experiencia emocional puede depender más de lo que pensábamos de significados implícitos y de análisis extracorticales. En concreto, la propuesta de Ledoux indica que las señales con una mayor resonancia o significado emocional tienen una mayor probabilidad de suscitar una reacción en la amígdala hasta cierto punto independiente de análisis corticales y de todo el aparato lógico concomitante.

Las propuestas explicativas del funcionamiento que aluden a códigos de representación múltiples pueden tener efectos importantes sobre la investigación psicoterapéutica. ¿En qué sentido? Seguramente azuzándonos para que busquemos modos de intervención no sólo verbales sino también prestando atención al cuerpo y a los sentidos, al empleo controlado de técnicas visuales de exposición y de reestructuración cognitiva. Este es un viejo sueño de muchos terapeutas que nunca han encontrado respuesta en los modelos cognitivos fríos (por emplear una vieja metáfora), y que, sin embargo, intuían que la puerta de acceso a las emociones podía estar a menudo más cerca de la música, los olores, o el tacto que de la palabra⁴.

Hace ya muchos años que leí con pasión adolescente las obras de H.G. Wells, tan admirado por Borges. En “Los primeros Hombres en la Luna”, una novela escrita en 1901, Wells describe a *Tsi-puff*, un habitante de la Luna perteneciente a la raza de los eruditos, en quienes, citando al autor, “...la cabeza se ha distendido en forma de un globo gigantesco...Una criatura, en fin, con un cerebro tremendamente hipertrofiado, y con el resto de su organismo absolutamente empuqueñecido...” (H.G. Wells, 1901/1934, p. 510). En la divertida parábola de Wells sobre las aberraciones de la Ciencia y la Razón, estas inmensas cabezas son depósito de todo el conocimiento. Ya no se requerían en la Luna libros, inscripciones, bibliotecas, porque todo estaba almacenado en esos desproporcionados cerebros vivientes.

Cambiando lo que haya que cambiar, las psicoterapias cognitivas corren el riesgo de asemejarse a ese repulsivo personaje de Wells. Tengo la impresión de que a veces las intervenciones en terapias cognitivas están formuladas desde unos presupuestos que ya no son sólo hiperracionalistas sino que por ello mismo son algo irreales y distantes de bases científicas modernas. Si “al principio era el Verbo”, y le hemos prestado mucha atención, no todo se reduce al verbo.

Debería ser una tarea común iniciar programas de investigación y prácticas terapéuticas que nos ayuden a desembarazarnos de este nuevo cartesianismo en el que lo que no pertenece al dominio de la palabra ha quedado tan ignorado como mal parado. La investigación sobre los códigos no proposicionales y cómo estos pueden afectar a las emociones humanas, a veces más directa y certeramente que las palabras, es una vía prometedora para la investigación psicoterapéutica en la que los académicos más exigentes podrán sentirse cómodos⁵.

Racionalidad, sesgos positivos y psicoterapia

A propósito de la hiperracionalidad, la investigación sobre procesos básicos de memoria, atención o atribuciones causales, por poner algunos ejemplos, está rompiendo también algunos axiomas que se creían intocables. Los estudios metaanalíticos sobre memoria y estado de ánimo realizados por nuestro grupo (ej.: Matt, Vázquez y Campbell, 1992) o el publicado recientemente por el grupo de Lynn Abramson sobre atribuciones causales (Mezulis, Abramson, Hyde y Hankin, 2004) demuestran que el ser humano dista de ser racional y ponderado en su funcionamiento y que, por el contrario, predomina un modo de procesar la realidad que está impregnado de sesgos positivos cognitivos.

En otras palabras, las personas normales tienden, por ejemplo, a recordar mejor información positiva que negativa (un caso de amnesia psicógena universal, si se quiere) y a atribuirse más a sí mismas los resultados positivos que los negativos. Pero estos fenómenos se invierten en algunas patologías, apareciendo entonces sesgos cognitivos en la dirección contraria.

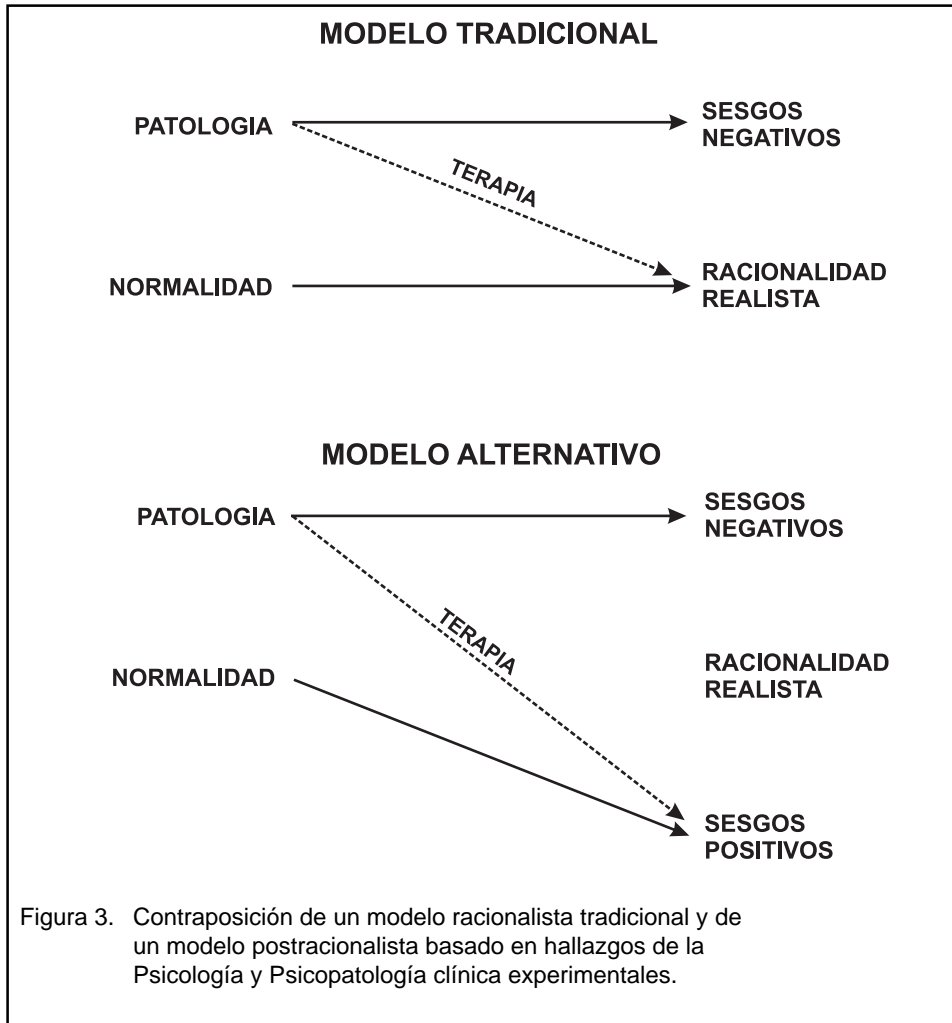
Si el objetivo de las terapias cognitivas consiste en, primero, *Identificar* elementos de irracionalidad (distorsiones, sesgos, o como se les quiera llamar) y, en segundo lugar, *Corregirlos* en una dirección más racional o más realista, entonces estos hallazgos sobre sesgos positivos universales ponen en entredicho esa meta general (v. Haaga y Beck, 1993).

Dejando de lado las implicaciones epistemológicas que esta visión de la normalidad pueda tener, la constancia de la existencia de sesgos positivos puede tener también importantes implicaciones en el trabajo terapéutico.

Es probable que el objetivo no sea sólo reconducir a nuestros pacientes hacia un estilo de pensamiento “racional” sino a que incorporen los elementos de “irracionalidad” —entre comillas— que tienen las personas dichas (ver Figura 3). Y esos componentes incluyen sueños, deseos, fantasías, esperanzas, atribuciones causales protectoras de la autoestima, olvidos selectivos de lo negativo, o por qué no, un análisis crítico de la realidad. En su conjunto, estas desviaciones de la racionalidad y del equilibrio no sólo nos ayudan a vivir sino que son probablemente la explicación de por qué vivimos.

La conocida observación atribuida a Freud de que mucho se ganaría si el Psicoanálisis tiene éxito en transformar la “miseria histórica en un vulgar infortunio” debería no ser ya suficiente como objetivo terapéutico (Breuer y Freud, 1895/1973, *Estudios sobre la histeria*, p. 168)⁶.

Tener como horizonte de funcionamiento la restitución de sesgos saludables es un reto ambicioso que va más allá de los cicateros criterios de éxito terapéutico que empleamos en la investigación sobre las eficacias de las terapias y con los que humildemente solemos conformarnos con nuestros pacientes. Instalar, o reinstalar de nuevo, esos sesgos perdidos o nunca experimentados, ligados a la “buena vida”, va más allá de la reducción del error lógico o de la distorsión negativa, y por



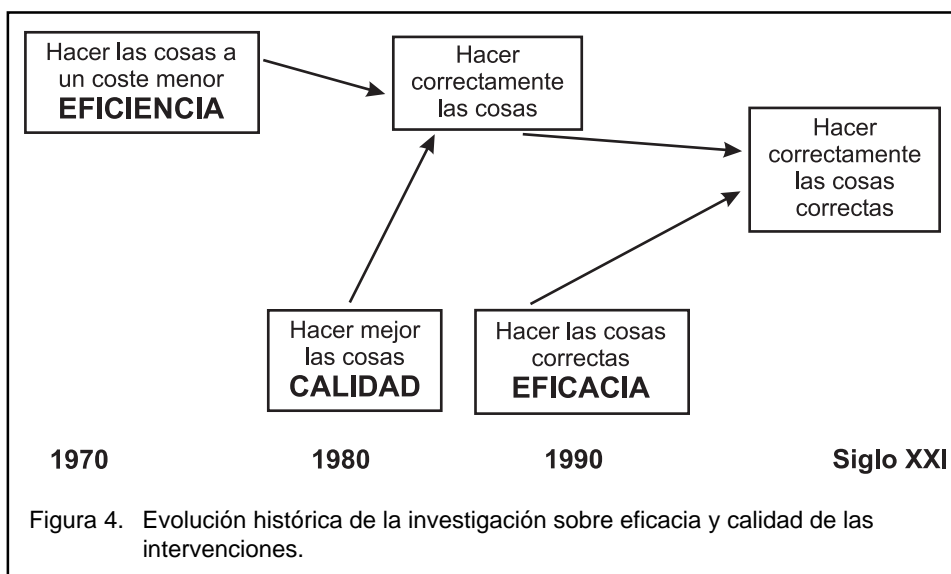
extensión, de las estrategias de reducción de síntomas y de transformar el dolor en simple infortunio en las que nos hemos afanado durante todo un siglo.

EL PROBLEMA DE LA EFECTIVIDAD

En esta segunda parte haré mención a la investigación sobre *resultados*. Me aparto así de analizar otros elementos ligados a la ciencia cognitiva pero, indirectamente, abordaré temas que también son comunes a ambos tipos de investigación.

Resulta difícil hablar de investigación en relación con las psicoterapias sin hacer mención al problema de la efectividad. El análisis de la efectividad se enmarca históricamente en un marco mucho más amplio de búsqueda de calidad que ha ido cambiando de foco históricamente (Vázquez y Nieto, 2005).

En los años 70, el énfasis se ponía en hacer las intervenciones con un menor coste (*eficiencia*); en los años 80 se dio una importancia progresiva en hacer las intervenciones mejor (*calidad*); y en los años 90 comenzó un nuevo impulso por utilizar las mejores prácticas posibles, es decir, hacer no sólo bien las cosas sino hacer lo que es correcto (*eficacia*). Todo esto ha ido conduciendo, en campos paralelos, como la Medicina, a que la presión de la intervención consiste no sólo en hacer *lo que hay que hacer* sino en *hacerlo bien* (algo de lo que también los pacientes, como consumidores, serán cada vez más conscientes y, en consecuencia, lo van a demandar). Es decir, en hacer correctamente aquello que es imperativo hacer según los mejores datos científicos y clínicos disponibles⁷ (Figura 4). Pero veremos que esto no es un asunto ni fácil ni inmaculado.



El pistoletazo de salida de esta carrera de toma de posiciones en el campo de la eficacia en la Psicoterapia lo dio en 1995 un Grupo de Trabajo de la División 12 (Psicología Clínica) de la APA⁸ al publicar un informe bastante controvertido que intentaba delimitar lo que entonces se llamó “terapias empíricamente validadas” (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995).

Lo que originalmente se diseñó para establecer unas bases comunes y consensuadas sobre la eficacia de las psicoterapias, derivó en una disputa que llega a nuestros días sobre los propios procedimientos para delimitar y definir si una terapia efectivamente funciona.

Parte del problema con la investigación sobre resultados es que los hallazgos de los estudios sobre terapia difícilmente son generalizables al contexto en el que las terapias reales suceden, un problema que, en definitiva, tiene que ver con la

efectividad de los tratamientos en la realidad clínica y no con la *eficacia* demostrada en ensayos clínicos bajo condiciones escrupulosamente controladas.

Los estudios en los que se basa la investigación de resultados, aunque necesarios, tienen serias dificultades para apresar lo que *sucede* en la terapia. Tal y como se ha ido llevando a cabo la investigación en esta área, hay varios factores que constriñen el alcance o la generalización de los hallazgos:

1. En primer lugar, el modo en que medimos resultados es todavía muy pobre. Un psicofármaco se dice “efectivo”, y así lo venden las compañías farmacéuticas, cuando reduce la sintomatología basal en un 50% en una escala de síntomas como el BDI o la escala de Hamilton. Criterios semejantes, centrados en escalas de síntomas se utilizan para evaluar la eficacia de las psicoterapias y esto es claramente insuficiente para valorar la magnitud vital y emocional de los cambios terapéuticos. Si no se acentúa más la investigación sobre medidas múltiples de resultados que, además, no descansan sólo en escalas de síntomas o en medidas de papel y lápiz, es poco probable que podamos profundizar en lo que constituye la esencia del cambio terapéutico⁹.
2. Los estudios suelen basarse en casos clínicos que son asignados *aleatoriamente* a cada condición de tratamiento cuando, en realidad, los tratamientos en la práctica real suelen acomodarse a los problemas que cada paciente trae. No olvidemos que, además, en muchos de estos estudios los criterios de exclusión utilizados con los pacientes acaban creando muestras excesivamente artificiales y muy diferentes las que cualquier clínico ve normalmente en su trabajo¹⁰.
3. En tercer lugar, el formato y la duración de las terapias recogidas en Ensayos Controlados Aleatorizados (RCT), parecen diferir notablemente de lo que los clínicos *hacen* realmente. Por ejemplo, en un formidable estudio metaanalítico de Westen et al. (2004a) la mediana del número de sesiones para tratar la depresión es 75, algo que se aparta claramente de las 12-15 sesiones canónicamente prescritas en los manuales de intervención con que se evalúan las terapias. Esto puede indicar, por ejemplo, que cambios a largo plazo o incluso cambios promovidos por modalidades terapéuticas que pueden tener ritmos de trabajo más lentos, no son recogidos en el patrón estándar de investigación de resultados que se ha impuesto en la última década y ya hay alertas sobre este importante asunto¹¹.
4. En cuarto lugar, el uso de manuales de tratamiento, cada vez más común en estudios sobre eficacia, tiene la ventaja de reducir variabilidad entre terapeutas pero puede ocultar o ignorar un ingrediente activo que puede ser fundamental en las psicoterapias como es el efecto de las características del terapeuta o, más importante aún, y sobre lo que apenas sabemos nada,

la interacción dinámica entre las necesidades y respuestas del paciente a lo largo de la terapia y los cambios en la intervención que introduce el terapeuta. Como indica Westen en el trabajo anteriormente citado: “*Un buen clínico en un estudio de eficacia... es aquel que se adhiere estrechamente al manual, no se deja desviar por el material que el paciente introduce y que difiere de la agenda prevista en el manual, y no sucumbe a las sirenas seductoras de la experiencia clínica*”. (Westen et al., 2004a, pp. 638-39). Es difícil pensar en un esquema de intervención tan alejado del corazón de la terapia. Como bien saben los seguidores de la “Investigación en Psicoterapia”¹², la *relación* terapéutica tiene un peso importante en el resultado y, a veces, más aún que los procedimientos usados por los terapeutas. Un modo interesante de conciliar estas tradiciones aparentemente antagónicas es buscar, como ya se ha venido haciendo desde un grupo de trabajo de la División 12 (Psicología Clínica de la APA), los componentes sustentados empíricamente de la *relación terapéutica* (Norcross, 2001, 2002). ¿Cómo operativizar, y no resulta sencillo, factores como las “características del terapeuta”, las “características del paciente”, o la “calidez de la relación interpersonal” existente en un proceso terapéutico? La investigación en Psicoterapia es endiabladamente más complicada de lo que la investigación estándar sobre eficacia se ha traído entre manos. Además, al hablar de manuales de tratamiento parece que, al igual que el DSM o la CIE en el campo diagnóstico, han sido puestos por Dios en el Monte Sinaí y les debemos una veneración incondicional. Sin embargo, los manuales están llenos de indicaciones, procedimientos, y estrategias que son decididos arbitrariamente. ¿Quién y cómo decide qué elementos se integran en un manual? Hay muchas decisiones, como el número de sesiones, cómo manejar los conflictos intrasesión, el orden de presentación de las sesiones, sobre los que simple y llanamente no hay datos empíricos que las respalden pero que quedan automáticamente consagrados al ser incluidos en el manual.

5. Otro asunto no menor es el del uso de las categorías diagnósticas. La proliferación del uso de etiquetas CIE o DSM (“depresión”, “agorafobia”, “esquizofrenia”) no sólo fuerza nuestra mirada hacia un modelo más médico sino que seguramente frena más que impulsa el conocimiento de mecanismos psicológicos de funcionamiento y de procesos terapéuticos¹³. Nos comportamos como si las “etiquetas” realmente significasen algo o, aún más grave, como si pudiesen “explicar” algo. A esta pretensión se le puede denominar el síndrome Humpty-Dumpty. En el libro de las andanzas de Alicia, ésta se encuentra en el camino con Humpty-Dumpty y en el diálogo de presentación, este personaje pregunta qué significa “Alicia”. Alicia no sabe qué responder y simplemente dice que no significa nada,

sólo eso “Alicia”. Humpty Dumpty se enoja ante esta respuesta porque está convencido de que “Todos los nombres han de significar algo”. Esto, en epistemología se denomina reificación de la realidad y es un riesgo casi seguro de esta mentalidad diagnóstica que está teniendo costes elevados para el conocimiento de procesos y mecanismos. Resulta más bien desolador comprobar que hasta ahora el estudio de la eficacia de las intervenciones terapéuticas se ha centrado un poco ilusamente en el análisis de tipos de intervención denominados vaga y abstractamente con nombres como “paquete de intervención cognitivo-conductual” empleados en problemas clínicos definidos con etiquetas también vagas y abstractas como “depresión” (una excepción el incipiente esfuerzo del grupo de Beutler por especificar las variables del paciente y del terapeuta, así como de la relación, que influye en el resultado – v. Beutler, Clarkin y Bongar, 2000). La investigación sobre la eficacia de la terapia ha de enfrentarse de una vez a este asunto para ir desvelando la eficacia no de programas sino de técnicas y procedimientos. Uno de los escasos ejemplos de investigación sistemática de técnicas cognitivas específicas se ha efectuado con la parada de pensamiento (Wenzlaff y Wegner, 2000) y este puede ser el camino a seguir si queremos salir de este batiburrillo denso y plomizo en el que se ha centrado la investigación sobre los resultados de las terapias.

6. Tampoco podemos sentirnos confortablemente satisfechos sobre la investigación de la terapia que, como en un marcador deportivo, nos va informando del resultado en esos *términos categoriales* de los que, por otro lado, cuando se trata de diagnósticos psiquiátricos, tanto recelamos. Tanto los criterios de eficacia de la APA como las revisiones de los líderes en este campo (ej.: Chambless y Ollendick, 2001) emplean una serie de criterios operativos para definir eficacia que, finalmente revierten en una decisión dicotómica de la realidad (ver Figuras 5 y 6). No se puede, si no es con una pizca de simpleza o de ignorancia, afirmar que una terapia “es o no es efectiva”, “funciona o no funciona”. (¿No es este tipo de conclusión, por cierto, una muestra de esos pensamientos dicotómicos que tanto nos afanamos en hacer desaparecer de la vida de nuestros pacientes?). Una posible vía de solución a este problema probablemente esté relacionada con un modo más dimensional y menos global de analizar los resultados. Lo que personalmente un terapeuta desea saber es ¿qué componentes *específicos* tienen un determinado *grado de eficacia* (un metodólogo hablaría de tamaños del efecto en este caso) para un problema o un *síntoma concreto* y para un *tipo de paciente* con unas determinadas características? Esos problemas o síntomas (por ejemplo, la inactividad, la falta de motivación, dificultades para regular las emociones, o pensamien-

Tratamientos empíricamente respaldados (Div. 12, APA)

- Tratamientos bien establecidos (CATEGORÍA I)
 - >2 estudios experimentales intergrupo en los que:
 - a) Sea más eficaz que psicofármacos, placebo u otros tratamientos;
 - b) Equivalente a otros tratamientos bien establecidos con N suficiente
 - Series amplias de diseños N=1 comparativos, con manuales, muestras bien descritas, y demostrado por varios equipos
- Tratamientos probablemente eficaces (CATEGORÍA II)
 - >2 estudios muestran superioridad ante lista de espera
 - >1 estudio muestra superioridad pero sólo en un equipo
 - a) Sea más eficaz que psicofármacos, placebo u otros tratamientos;
 - b) Equivalente a otros tratamientos bien establecidos con N suficiente
 - Series pequeñas de diseños N=1
- Tratamientos experimentales (CATEGORÍA III)
 - No probados todavía siguiendo pautas metodológicas de la APA

Figura 5. Criterios de la División 12 de la APA para determinar "tratamientos empíricamente validados".

Tratamientos empíricamente respaldados (I)

(Chambless & Ollendick, 2001)

- Tratamientos bien establecidos (CATEGORÍA I)
 - >2 ensayos clínicos aleatorizados en los que sea más eficaz que psicofármacos, placebo u otros tratamientos
- Tratamientos probablemente eficaces (CATEGORÍA II)
 - >1 ensayos clínicos aleatorizados en los que sea más eficaz que psicofármacos, placebo u otros tratamientos
- Tratamientos experimentales (CATEGORÍA III)
 - No probados todavía siguiendo pautas metodológicas de la APA

(NOTA: EFICACIA = CAMBIO AL FINALIZAR TRATAMIENTOS)

Figura 6. Criterios empleados por Chambless y Ollendick (2001) para determinar "tratamientos empíricamente respaldados".

tos rumiativos de daño a otros o a uno mismo) son perfectamente transversales a muchos tipos de diagnósticos y de ahí que basarnos en grandes categorías diagnósticas para hacer investigación sobre psicoterapia no es una buena solución por mucho que, hasta ahora, haya sido casi la única empleada.

7. Finalmente, las comparaciones de la eficacia de terapias se basan en modelos de intervención esquemáticos, químicamente puros (“terapia interpersonal”, “terapia conductual”, o “terapia sistémica” o la modalidad de que se trate) cuando, en realidad, cada una de estas aproximaciones tiene muchos elementos de solapamiento que todavía no comprendemos bien. Monsieur Jordan, el personaje de Moliere, se maravillaba de “hablar en prosa sin saberlo”. Es muy probable que los psicoterapeutas hablen con muchos lenguajes terapéuticos sin saberlo y sin que se lo indique el manual de procedimientos correspondiente. Por ejemplo, los análisis recientes que Stuart Ablon y su equipo han efectuado sobre el Estudio Colaborativo de la Depresión del NIMH, han mostrado que el proceso terapéutico seguido por los terapeutas que administraron la Terapia Interpersonal fue extraordinariamente parecido al seguido por los terapeutas de la Terapia Cognitivo Conductual, aunque los contenidos fuesen diferentes¹⁴. En ambas modalidades los terapeutas asumieron un papel activo y directivo, sugerían nuevos modos de actuar o pensar, y animaban a sus pacientes a efectuar pruebas de realidad para someter a prueba esos aprendizajes. Esto sugiere, y no es algo nuevo¹⁵ pero sí ignorado en esta generación reciente de estudios sobre eficacia que nos ha inundado, que cuando se analiza con detalle no los protocolos o los manuales de actuación terapéuticos sino el *comportamiento* de terapeutas de diferentes corrientes, aparecen elementos comunes insospechados que deberían y deberán ser foco de escrutinio científico.

Todos estos argumentos, en su conjunto, pueden hacer pensar que el respaldo empírico sobre la eficacia de las terapias es todavía endeble y parcial aunque tengamos datos destilados sobre la eficacia demostrada de algunos tratamientos que ofrecen poca duda. Pero el modo de hacer investigación sobre la eficacia terapéutica ha de cambiar notablemente para recoger la riqueza y diversidad de las intervenciones clínicas y de la investigación básica en psicopatología y para no quedar apresados en esquemas que impidan más que faciliten el conocimiento de la realidad.

Tampoco está de más recordar que la carrera por demostrar ser más eficaz que el contrario se hace muchas veces sobre terrenos en los que lo que se pone en juego son más situaciones de mantenimiento o de creación de poder institucional y de mandarato académico que de una auténtica y abierta confrontación en el dominio de la ciencia. No hay que olvidar cómo y dónde se genera el conocimiento, quién lo financia y con qué fines lo hace. Con estas limitaciones sustanciales, nadie puede

arrogarse, como la malhumorada reina de picas de Alicia, ¡otra vez Alicia!, el privilegio de cortar cabezas arrojando a las tinieblas aquello que “no funciona”¹⁶.

CONCLUSIONES

Para terminar estas consideraciones quisiera subrayar que el intercambio entre la investigación básica y la aplicada es esencial para ser honestos tanto como investigadores de fenómenos clínicos como terapeutas que deseamos tener una base teórica y empírica que sustente nuestro trabajo. Esta transacción ha de ser *bidireccional* puesto que la clínica y el laboratorio son recursos válidos para generar hipótesis y someterlas a prueba. Como indican literalmente Westen et al. (2004a): “el laboratorio y la clínica han de contemplarse como recursos para la generación de hipótesis, aunque con diferentes fortalezas y limitaciones” (p. 656).

En 1955, el director de cine Bardem hacía un diagnóstico cruel del cine español de aquellos años negros al calificarlo como “políticamente ineficaz, socialmente falso, intelectualmente ínfimo, estéticamente nulo e industrialmente raquítico”. No creo que puedan trasladarse estas calificaciones al panorama de la investigación y de la psicoterapia dentro de nuestras fronteras o fuera de ellas, aunque a veces uno se siente tentado a hacer juicios tan radicales.

Para poder avanzar, debemos intentar centrarnos en problemas que no sean intelectualmente triviales (como ha sucedido con demasiada frecuencia) o socialmente irrelevantes ni en prácticas carentes de ningún aval empírico bajo la idea tan destructiva e irresponsable de que todo vale. Esto no es un juego, sino una empresa que debe tener siempre el alivio del sufrimiento y la mejora de las circunstancias de vida de la gente como primer objetivo y el marco en el que hemos de movernos no es otro que el de la investigación y la terapia que honesta y profundamente ponen sus esfuerzos para promover una vida mejor.

En este artículo se exploran las relaciones entre ciencias cognitivas y psicoterapias cognitivas desde la perspectiva de la investigación básica y aplicada en psicoterapia por lo que respecta a los códigos de representación cognitiva, la memoria y los sistemas de representación y la racionalidad y los sesgos positivos. Finalmente se aborda el problema de la efectividad.

Palabras clave: ciencias cognitivas, psicoterapia, eficacia terapéutica, investigación básica.

NOTAS

- 0 Este trabajo se basa, en parte, en una conferencia con el mismo título dada por el autor en el I Congreso Nacional de Psicoterapia Cognitiva (Madrid, Noviembre 2004).
- 1 Por ejemplo, es habitual la confusión entre amnesia traumática y conceptos relacionados (como la amnesia orgánica, o el simple olvido de cosas cotidianas) pero que no son asimilables. Entre lo que se suele confundir con “amnesia traumática”, según McNally (2004) estarían conceptos como: a) Olvido de cosas cotidianas; b) Amnesia orgánica; c) Amnesia psicógena; d) Codificación o registro incompleto de la información; e) el simple deseo de no informar; f) No haber vuelto a pensar en algo durante mucho tiempo.
- 2 En todo caso, aún no está claro porqué se produce este olvido pero parece que algún tipo de mecanismos inhibitorio activo se pone en marcha (Anderson y Spellman, 1995), de modo muy parecido al mecanismo de represión freudiano. Pero el alcance de estos mecanismos y su extensión es poco conocida y muy sometida a clichés. Por ejemplo, los experimentos de olvido dirigido y de supresión del pensamiento en supervivientes de sucesos traumáticos (y hay un buen caudal de estudios al respecto en víctimas de abuso infantil) –ver McNally (2003)- hallan que, en contra de lo previsto, los supervivientes manifiestan una capacidad menor para olvidar el material negativo o amenazante.
- 3 Richard McNally (2004), véase su posición en Brewin, McNally y Taylor (2004), ha propuesto que este modelo da mucho peso a fenómenos sensoriales como los flashbacks que puede que no sean un elemento crucial del TEPT sino más bien un elemento culturalmente moldeado y, por cierto, parece que no muy común en el pasado (Jones et al., 2003).
- 4 Una amiga escocesa, profesora de Psicología en una universidad inglesa, nos comentaba con una pizca de maldad que las terapias cognitivas son un invento de esos fríos y distantes profesores ingleses de Oxford y Cambridge que abominan de lo emocional. Aunque esta anécdota parte de una lectura psicohistórica interesada, debería hacernos pensar sobre las condiciones históricas y sociológicas en las que surgen las teorías y modos de concebir la realidad.
- 5 El uso de estrategias de refocalización atencional, de *mindfulness*, de relajación, etc. puede que en realidad estén incidiendo, sin que aún sepamos explicar apenas nada de los mecanismos implicados, en significados profundos, no verbales de la experiencia.
- 6 Hay pocas dudas de que la MBE constituye ya un punto de no retorno en el modo de hacer medicina y, de modo semejante, las prospecciones de lo que va a suponer el futuro inmediato de la psiquiatría (Kendell, 2000) o de la psicología clínica (Emmelkamp et al., 2000) dejan claro que la práctica clínica en estas últimas disciplinas va a estar cada vez más determinada por *datos seleccionados* derivados de la evidencia empírica acumulada. Una idea de esta creciente importancia de la MBE es que el número de artículos científicos publicados sobre esta nueva disciplina, en el periodo 1990-2000, se aproxima a los 3000 (Cabrera, 2001).
- 7 Véase una apretada síntesis de los acontecimientos transcurridos entre los años 50 hasta ahora en Goldfried y Eubanks-Carter (2004, p. 670)
- 8 Por otro lado, el problema de la investigación en psicología y psiquiatría clínica es el de encontrar buenas medidas de *resultados* que, por otro lado suelen ser más complejas y con parámetros menos objetivables que en las áreas médicas en las que se inspira este movimiento (Andrews, 1999). Por ejemplo, medir la eficacia de un tipo de antibiótico en la reducción de una infección dada es más sencillo que medir si una intervención es efectiva para la agorafobia (aquí habría que medir no sólo síntomas, como habitualmente suele hacerse, sino nivel de funcionamiento, calidad de vida, ajuste general u otros parámetros esenciales que no siempre son de fácil objetivación o cuantificación).
- 9 Ver el debate entre Haaga (2004) y Westen et al. (2004b) sobre el alcance que tiene en realidad estos criterios de exclusión sobre los estudios ya existentes.
- 10 Es sorprendente el poco énfasis que desde los modelos cognitivos de intervención se ha dado en la investigación al cambio en los factores de diátesis cognitiva, que se suponen los elementos claves

- para disminuir recaídas y reducir, en definitiva, la vulnerabilidad.
- 11 Los seguidores de la IP están más interesados en aspectos relacionados con el Terapeuta, el Cliente, o los Procesos de esta relación, como la alianza terapéutica, las relaciones facilitadoras, o la empatía (Bergin y Garfield, 1994). Esta idea se ve apoyada por los estudios de Lambert y Bergin en los años 80 y 90 sobre la escasa varianza en la mejora del tratamiento que aportan las técnicas y procedimientos concretos (que ellos cifraban en un 10% del total) frente al mayor peso que tienen factores relacionados con la relación terapéutica.
 - 12 La investigación, pero también probablemente la mente del clínico está a veces confinada a esas estrechas categorías que actúan como conceptos de una abstracción tan elevada que impiden o dificultan ver la comunalidad y las diferencias de muchos estados psicológicos, bajo la espesa y uniformadora capa de los diagnósticos categoriales. Como hemos señalado en alguna otra ocasión, "...desafortunadamente, las categorías diagnósticas alcanzan unas cotas de validez bastante limitadas (Costello, 1993), de tal modo que nuestro conocimiento sobre la psicopatología humana encuentra una seria limitación con esta estrategia" (Vázquez, Valiente y Díaz-Alegría,)
 - 13 En el caso de la TCC se hacía énfasis en el manejo de actitudes disfuncionales y creencias irracionales mientras que en el caso de la TI se enfatizaban aspectos relacionados con problemas en relaciones interpersonales (Ablon y Jones, 1999; 2002).
 - 14 Goldfried, Raue y Castonguay (1998) también hallaron notables solapamientos entre terapias psicodinámicas y tratamientos cognitivo-conductuales. Igualmente, Hollon, deRubeis et al. (1992) comprobaron que los terapeutas cognitivos emplean ocasionalmente estrategias psicodinámicas que, además, tienen un peso importante en el cambio terapéutico (Castonguay, Goldfried, et al., 1996).
 - 15 Me serviré de la Alicia de Carroll, de nuevo, para ilustrar el dilema en el que nos encontramos. Para pasar el rato, el pájaro Dodo propone hacer una carrera de animales en la que corran en círculo comenzando a competir cuando a cada uno le venga en gana. Comienza la carrera y pasado un rato, el pájaro Dodo toca el silbato poniendo fin a la competición. Los concursantes se arremolinan ante él preguntando quién ha ganado y este es su famoso veredicto: "Todos han ganado, y todos deben recibir un premio". Los estudios metaanalíticos, ante cuyo inicio la psicología académica pensó que podría dar una respuesta inequívoca a este asunto tan espinoso, han arrojado resultados que producen cierta perplejidad y que han abierto vías de discusión inesperadas. Como en el caso del pájaro Dodo, parece que todas las terapias concursantes, es decir, todas aquellas que publican resultados siguiendo pautas metodológicas de la ciencia común, reciben algún premio (Luborsky et al., 2002). Es decir, parece haber pocas diferencias en cuanto a resultados (normalmente evaluados por escalas de síntomas) entre las terapias "bona fide", esto es, terapias que: a) Están guiadas por una estructura teórica coherente; b) han sido puestas en práctica desde hace tiempo; y c) Tienen bases sustentadas por la investigación. No obstante véase una crítica furibunda a esta teoría del pájaro Dodo efectuada por Chambless (en prensa).

Referencias bibliográficas

- ABLON, J.S., & JONES, E.E. (1999). Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 64-75.
- ABLON, J.S., & JONES, E.E. (2002). Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. [On-line] *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 775-783.
- ANDERSON, M.C., & SPELLMAN, B.A. (1995). On the status of inhibitory mechanisms in cognition: Memory retrieval as a model case. *Psychological Review*, 102, 68-100.
- ANDREWS, G. (1999). Randomised controlled trials in psychiatry: Important but poorly accepted. *British Medical Journal*, 319, 562-564.

- BARNARD, P. J., & TEASDALE, J. D. (1991). Interactive cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and Emotion*, 5, 1-39.
- BEHAVIOUR RESEARCH AND THERAPY (September 2004, special issue). *Interfacing basic science with clinical practice: A Festschrift special issue for John Teasdale*. Vol. 42, 9, 971-1104.
- BERGIN, A. & GARFIELD, S. (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th. Ed.). New York: Wiley
- BEUTLER, L. E., CLARKIN, J. F., & BONGAR, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.
- BREUER, J., Y FREUD, S. (1893-1895/1973). *Estudios sobre la Histeria*. Obras Completas (Vol. 1, pp. 39-168). Madrid: Biblioteca Nueva.
- BREWIN, C. R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven, CT: Yale University Press.
- BREWIN, C. R., DALGLEISH, T., & JOSEPH, S. (1996). A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- CASTONGUAY, L. G., GOLDFRIED, M. R., WISER, S. L., RAUE, P. J., & HAYES, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- CHAMBLESS, D.L. (en prensa). Beware the Dodo Bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science & Practice*.
- CHAMBLESS, D.L. Y OLLENDICK, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716
- CLARK, D.A., BECK, A. T. Y ALFORD, B.A. (1999). *Scientific Foundations Of Cognitive Theory And Therapy Of Depression*. NY: Wiley.
- COSTELLO, C. (1993) Advantages of the symptom approach to schizophrenia. En C. Costello (ed.), *Symptoms of Schizophrenia* (pp. 1-26. New York: John Wiley & Sons.
- DOBSON, K.S. Y KENDALL, P.C. (Eds.). (1993). *Psychopathology and Cognition*. NY: Academic Press.
- DOBSON, K.S. Y KENDALL, P.C. (Eds.). (1993). *Psychopathology and Cognition*. NY: Academic Press.
- EMMELKAMP, P.M.G., EVERAERD, W.T., KAMPHUIS, J.H., SERGEANT, J. Y SCHOLING, A. (2000). Clinical psychology at the end of the Century. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 325-335.
- FOA, E.B., & KOZAK, M.J. (1986). Emotional processing of fear; Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- FOA, E.B., STEKETEE, G., ROTHBAUM, B.O. (1989): Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20: 155-176.
- GOLDFRIED, M. R., RAUE, P.J., & CASTONGUAY, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 66, 803-810
- GOLDFRIED, M. R., Y EUBANKS-CARTER, C. (2004). On the Need for a New Psychotherapy Research Paradigm: Comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin*, 130, 669-673.
- GOLDFRIED, M.R. (2002). Integration themes in Clinical Psychology. *The General Psychologist*, 37, 57-63.
- HAAGA, D. A. (2004). A healthy dose of criticism for randomized trials: Comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin*, 130, 674-676.
- 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.
- HOLLON, S. D., DERUBEIS, R. J., EVANS, M. D., WIEMER, M. J., GARVEY, M. J., GROVE, W. M. & TUASON, V. B. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49: 774-781.
- JONES, E., VERMAAS, R. H., MCCARTNEY, H., BEECH, C., PALMER, I., HYAMS, K., & WESSELY, S. (2003). Flashbacks and post-traumatic stress disorder: The genesis of a 20th-century diagnosis. *British Journal of Psychiatry*, 182, 158-163.
- KENDELL, R.E. (2000). Measurement and psychotherapy. Evidence-based practice and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 176, 6-9.
- LEDoux, J. (1995) Setting "stress" into motion. Brain mechanisms of stimulus evaluation. En M.J. Friedman; D.S.Charney y A.Y. Deutch (Eds.), *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to PTSD*. Philadelphia : Lippincott-Raven.
- MATT, G., VÁZQUEZ, C., Y CAMPBELL, K. (1992). Mood congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-

- analytic review. *Clinical Psychology Review*, 12, 227-256.
- MCNALLY R. J. (2003). Recovering memories of trauma: A view from the laboratory. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 32-35.
- MCNALLY R. J. (2004). The science and folklore of traumatic amnesia. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 29-33.
- BREWIN, C.R., MCNALLY R. J. Y TAYLOR, S. (2004). Point-counterpoint: Two views on traumatic memories and posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 99-114.
- MEZULIS, A.H., ABRAMSON, L.Y., HYDE, J. S. Y HANKIN, B. L. (2004). Is There a Universal Positivity Bias in Attributions? A Meta-Analytic Review of Individual, Developmental, and Cultural Differences in the Self-Serving Attributional Bias. *Psychological Bulletin*, 130, 711-747.
- NORCROSS, J. C. (Ed.). (2001). Empirically supported therapy relationships: Summary Report of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy*, 38(4).
- NORCROSS, J.C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- POWER, M.J. AND DALGLEISH, T. (1997). *Cognition and Emotion: From Order to Disorder*. Hove: Psychology Press
- SAMOILOV, A. AND GOLDFRIED, M.R. (2000). Role of Emotion in Cognitive-Behavior Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 373-385.
- TASK FORCE ON PROMOTION AND DISSEMINATION OF PSYCHOLOGICAL PROCEDURES (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-29.
- TEASDALE, J. D., & BARNARD, P. J. (1993). *Affect, cognition and change: Re-modelling depressive thought*. Hove, UK: LEA.
- VÁZQUEZ, C. (2003). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Madrid: Síntesis (2003)
- VÁZQUEZ, C. Y NIETO, M. (2005, en prensa). Psicología (clínica) basada en la evidencia (PBE): una revisión conceptual y metodológica. En J.L. Romero (ed.), *Psicópolis: paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea*. Barcelona: Kairos.
- VÁZQUEZ, C., JIMÉNEZ, F., ALLOY, L., Y HARTLAGE, S. (1995). Efectos de la depresión en el procesamiento automático y controlado. Una revisión teórica. *Boletín de Psicología*, 48, 41-65.
- VÁZQUEZ, C., VALIENTE, C., Y DÍEZ-ALEGRÍA, C. (1999). La evaluación del delirio: desde los sistemas categoriales a la evaluación multidimensional. En F. Silva (ed.), *Avances en evaluación psicológica* (pp. 311-360). Valencia: Promolibro.
- WELLS, H.G. (1901/1934). The first men in the moon. En *The Complete Science Fiction Treasury of H.G. Wells*. New York: Knopf.
- WENZLAFF, R.M. Y WEGNER, D.M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.
- WESTEN, D., NOVOTNY, C.M. Y THOMPSON-BRENNER, H. (2004a). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- WESTEN, D., NOVOTNY, C.M. Y THOMPSON-BRENNER, H. (2004b). The Next Generation of Psychotherapy Research: Reply to Ablon and Marci (2004), Goldfried and Eubanks-Carter (2004), and Haaga (2004). *Psychological Bulletin*, 130, 677-683.
- WILLIAMS, J.M.G., WATTS, F.N., MACLEOD, C. Y MATHEWS, A. (1996). *Cognitive Psychology And Emotional Disorders (2ª Ed.)*. NY: Wiley.