

# PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA DEL REALISMO DEPRESIVO: IMPLICACIONES PARA LA TEORIA Y TERAPIA COGNITIVAS.

David A. H. Haaga y Aaron T. Beck  
Universidad de Pennsylvania

*Cognitive theory of depression (Beck, 1967) holds that depressed people's negative thinking is sustained even in the face of the contradictory evidence because they distort feedback from the environment, perceiving it as more negative than it is. Recent research has challenged this hypothesis, suggesting instead that depressives may be realistic perceivers of genuinely negative life circumstances, while nondepressives engage in optimistic but unrealistic thinking. Debate on this issue has been conducted within a metatheoretical framework of realism, conceptualizing an objective reality that is stable and external to the perceiver. This paper broadens the debate by examining the implications of constructivism (e.g., Mahoney, 1988b) for concepts of depressive realism vs. depressive distortion or bias. Finally, several implications of this debate for cognitive theory and therapy of depression are discussed.*

---

La teoría cognitiva de la depresión desarrollada por Beck (1967, 1987) reconoce la importancia de los factores biológicos, ambientales y conductuales, pero coloca el énfasis sobre la contribución de la cognición en el inicio y mantenimiento de la depresión. En pocas palabras, esta teoría mantiene que las depresiones unipolares reactivas sobrevienen al activarse, debido a acontecimientos negativos, ciertas vulnerabilidades cognitivas preexistentes que consisten en creencias (o esquemas) disfuncionales. Esta activación puede depender de la correspondencia específica entre el estilo de personalidad y el tipo de acontecimiento experimentado. Así, una persona dependiente o “sociotrópica” (Beck, 1983) con creencias disfuncionales sobre el significado del rechazo personal (por ejemplo, “Si alguien no quiere salir conmigo ya no podré ser feliz nunca más”) puede tener mucha más propensión a deprimirse por acontecimientos negativos que tengan que ver con relaciones interpersonales.

La teoría postula un cierto número de características cognitivas en los episodios depresivos. Estas características son independientes del subtipo de

depresión y de las causas del episodio. En resumen, los “pensamientos automáticos” de las personas deprimidas se centran en temas de pérdida y revelan una visión negativa de sí mismos y de su pasado, del mundo y de sus perspectivas de futuro. La persistente negatividad de sus interpretaciones y expectativas es mantenida pese a las evidencias que la contradicen mediante sesgos en el procesamiento de la información (p.ej., abstracción selectiva, sobregeneralización). En suma, que los depresivos no sólo “se quejan de sí mismos” (Coyne y Gotlib, 1983, p. 496), sino que además estas quejas reflejan a menudo percepciones distorsionadas e incorrectas basadas en estilos aberrantes de procesamiento de la información.

La asociación prevista de depresión y pensamientos negativos acerca de pérdidas viene avalada por muchos estudios (p. ej., Beck, Brown, Steer, Eidelson y Riskind, 1987; Crandell y Chambless, 1986; Eaves y Rush, 1984; Greenberg y Beck, 1989; Hollon, Kendall y Lumry, 1986; Wilkinson y Blackburn, 1981). La noción de que estas interpretaciones negativas son con frecuencia distorsiones de la realidad ha sido mucho más controvertida. Existen investigaciones que sugieren que:

- (a) los pensamientos negativos de las personas deprimidas generalmente reflejan realidades genuinamente negativas (Krantz, 1985),
- (b) las personas no depresivas muestran cogniciones ilusorias que, al parecer, refuerzan el bienestar psicológico (Taylor y Brown, 1988), y
- (c) los depresivos puede que sean más realistas que los no depresivos, reflejando así un “realismo depresivo” (Alloy y Abramson, 1979, 1988).

Este artículo explora algunas implicaciones de estos argumentos para la teoría cognitiva de la depresión y la terapia que se deriva de ella (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). En el estudio de la relación entre las cogniciones y las circunstancias externas deberemos previamente diferenciar las perspectivas metateóricas *realistas* y *constructivistas*.

## **DISTORSIONES, ERRORES Y SESGOS**

En primer lugar va a ser necesario definir más claramente lo que es una “distorsión” cognitiva. Funder (1987, p. 76) definía el error (“error” en el original inglés), como el “juicio de un estímulo de laboratorio que se desvía del modelo de cómo debería realizarse este juicio. Cuando este modelo es normativo y racional el error representa un juicio incorrecto”. En cambio, la equivocación (“mistake”) era definida como “un juicio incorrecto en el mundo real”. En la misma línea, Alloy y Abramson (1988, p. 226) consideran como erróneo o distorsionado “un juicio o conclusión que no esté de acuerdo o sea inconsistente con algunas medidas comúnmente aceptadas de la realidad objetiva”. La “racionalidad”, por otra parte, denota estrategias inferenciales que, en un medio natural conducen generalmente a inferencias realistas que, por lo tanto, causan pocas equivocaciones. Con la denominación de “sesgo” inferencial estos autores se refieren a “la tendencia a

realizar juicios de una forma sistemática y consistente en momentos y situaciones específicas (por ejemplo, una tendencia a extraer conclusiones negativas acerca de uno mismo, independientemente de las circunstancias particulares)” (p. 227).

Así, los teóricos han distinguido al menos tres tipos de productos cognitivos no normativos: distorsiones (errores), equivocaciones (irracionalidades) y sesgos. Sus características están resumidas en la Tabla 1.

<b>Tabla 1</b>				
<b>Taxonomía de los productos cognitivos no normativos</b>				
Término	Estímulo		Respuesta	
	¿Objetivo?	¿Ecológicamente válido?	¿Se desvía de la norma?	¿Constante en todas las situaciones?
Distorsión (Error)	SI	NN	SI	NN
Equivocación	SI	SI	SI	NN
Sesgos	NN	NN	NN	SI

Nota. NN=No necesariamente

## **PUNTOS DE VISTA OPUESTOS SOBRE LA ENTIDAD EMPÍRICA DEL REALISMO DEPRESIVO**

Se han realizado varias revisiones sobre la cuestión del realismo depresivo, cuyas conclusiones varían entre un apoyo a este realismo (Alloy y Abramson, 1988) y una posición más escéptica respecto a que los depresivos sean especialmente realistas (Ackermann y DeRubeis, 1989; Dobson y Franche, en prensa). Para nuestros propósitos será útil esbozar los desacuerdos y puntos comunes de los distintos puntos de vista.

### **Desacuerdos**

En primer lugar, las revisiones difieren en el grado de rigor con el que se construye la hipótesis del realismo depresivo, que requiere tests de percepciones de estímulos “objetivos”. Es difícil estudiar percepciones de estímulos objetivos que además sean válidos ecológicamente (por ejemplo, buscar equivocaciones). En consecuencia, no queda claro si los estudios que sugieren la existencia de un realismo depresivo llegan a demostrar que las personas no depresivas tienen tendencia a las equivocaciones o solamente a las distorsiones bajo determinadas condiciones de laboratorio.

Un segundo punto en que hemos de tener precaución en este tema del realismo depresivo se refiere al uso frecuente de autoinformes como únicos instrumentos de medida sintomática de la depresión. Las muestras escogidas mediante estos autoinformes contienen muchos sujetos que no cumplen los criterios del síndrome depresivo; de forma que estos grupos debieran etiquetarse con mayor propiedad como “disfóricos” más que como “depresivos” (Kendall, Hollon, Beck, Hammen, & Ingram, 1987). De todos modos, si el único problema de esta estrategia de selección fueran los falsos positivos (por ejemplo, la identificación como depresivos de algunos sujetos que en realidad no lo son), se obtendrían resultados más moderados, en el sentido de que las diferencias entre depresivos y no depresivos estarían subestimadas en este tipo de estudios. Sin embargo, el hecho de incluir sujetos disfóricos en las muestras de depresivos tiene otros efectos que oscurecen los resultados. En primer lugar, dada la alta correlación entre las medidas sintomáticas de ansiedad y depresión (ver, p. ej. Gotlib, 1984), los efectos de la ansiedad pueden ser erróneamente adjudicados a los de la depresión (Kennedy y Craighead, 1988). En segundo lugar, es posible que las personas moderadamente disfóricas sean relativamente más precisas, mientras que las que no sufren distrés sesguen positivamente la información, y las gravemente deprimidas se inclinen a distorsionar la información de forma negativa (Ackermann y DeRubeis, 1989).

### **Supuesto común subyacente**

Es importante explicitar los desacuerdos en los criterios de elección de sujetos y tareas para realizar pruebas sobre el realismo del depresivo. De no ser así (y no indicar, por ejemplo, si consideramos a los disfóricos como depresivos o no), los investigadores que revisan estudios empíricos y que desconocen el supuesto común pueden llevarse fácilmente a error. Vemos que ambas tendencias de opinión en este conflicto (realismo depresivo frente a distorsión depresiva) comparten varias premisas: (a) la cuestión central que hay que comprobar empíricamente consiste en saber si las personas depresivas distorsionan negativamente la realidad, si los no-depresivos la distorsionan positivamente, o si ocurren ambas situaciones, o ninguna de ellas; y (b) si resulta que los depresivos realizan pocas distorsiones, la teoría cognitiva de la depresión resultaría incorrecta (que es la conclusión a la que llegan Beidel y Turner, 1986, en base fundamentalmente a los hallazgos acerca del realismo depresivo).

Estas premisas que comparten ambas partes en conflicto son el reflejo de una perspectiva realista de la cognición. La perspectiva realista asume que la realidad es singular, estable, externa al observador y puede ser juzgada de forma correcta o incorrecta (Mahoney y Gabriel, 1987). Si utilizamos los términos a los que nos hemos referido con anterioridad para describir los productos cognitivos no normativos, el encuadre realista supone que es posible calibrar hasta qué punto las personas cometen errores, de forma que podremos encontrar diferencias importantes en la

tendencia a cometer equivocaciones o distorsiones cognitivas entre grupos distintos de personas.

## CONSTRUCTIVISMO

Desde un encuadre constructivista los temas más importantes de la cognición en sujetos depresivos se observan de forma muy distinta. Una perspectiva constructivista sobre estos temas va a conducirnos a modificar significativamente dónde colocamos el énfasis en la teoría y terapia cognitiva. El resto de este artículo está dedicado a presentar una breve descripción del constructivismo (para una descripción más detallada podemos ver Kruglanski y Jaffe, 1988; Mahoney, 1988 abc) y un esbozo de sus implicaciones para la teoría y terapia cognitivas.

La metateoría constructivista reconceptualiza la realidad como algo múltiple, maleable y subjetivo. Los procesos cognitivos no se conciben como registros sensorios pasivos de la información sino como transacciones activas, de dentro a afuera (“inside-out” en Mahoney, 1988a, p. 364) entre el observador y los acontecimientos del mundo físico. El constructivismo mantiene que “somos literalmente cocreadores de las *realidades* a las que respondemos” (Mahoney, 1988b, p. 3). Mahoney (1988b) diferencia este enfoque del idealismo puro, haciendo notar que el constructivismo acepta “la existencia de un mundo externo *real*... al que podemos llegar a conocer únicamente de forma indirecta e imperfecta” (p. 4).

Desde un punto de vista constructivista se asume que *todas* las cogniciones están parcialmente determinadas por sesgos personales; y que no son registros directos de la información que el medio ofrece. Toda construcción puede ser considerada una distorsión desde otras perspectivas, dependiendo de si encaja o no con los sesgos del observador y con el feedback que ofrece generalmente el mundo externo. Este punto de vista es claramente consistente con las investigaciones recientes que sugieren que el realismo aparente (juzgado desde una perspectiva desvinculada) de los sujetos disfóricos y no-depresivos puede ser manipulado por las alteraciones en el grado de correspondencia entre el feedback y las creencias/construcciones previas acerca del self (Dykman, Abramson, Alloy y Hartlage, 1989).

De forma que, algunos de los términos que Beck ha utilizado para describir procesos que supuestamente conducen a distorsiones cognitivas en la depresión (por ejemplo la sobregeneralización, abstracción selectiva, inferencia arbitraria) son, desde un punto de vista constructivista, redundantes (Kruglanski y Jaffe, 1988). *Todas* las abstracciones son selectivas, todas las inferencias tienen un sentido arbitrario, todas las generalizaciones no están lo suficientemente justificadas. Estos son hechos que ocurren en el pensamiento tanto del sujeto depresivo como del no-depresivo. El *contenido* de los sesgos cognitivos y su utilidad relativa para la persona pueden diferir entre las poblaciones clínicas y no clínicas, pero no la presencia de construcciones sesgadas per se (Hollon y Garber, 1988).

## **IMPLICACIONES PARA LA TEORÍA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN**

Las aportaciones constructivistas parecen exigir una modificación, o al menos una clarificación, por parte de la teoría cognitiva de la depresión. Los escritos teóricos de Beck no distinguen sesgos de distorsiones y no aportan un punto de vista consistente sobre el pensamiento de la persona no depresiva. De hecho, existen muchos indicios en estos escritos que apoyan la interpretación de los investigadores realistas de que la teoría cognitiva postula una ausencia de sesgos entre las personas no depresivas y distorsiones en los depresivos. Beck declara que “las construcciones que utilizan los depresivos están guiadas por esquemas más que por datos, al revés de lo que ocurre en los sujetos normales” (Beck, 1987, p.14). Afirmar también que los depresivos realizan “juicios incorrectos” (Beck, 1976, p. 217), “distorsionan la realidad” (1976, p. 218), “distorsionan su visión de sí mismos y del mundo” (Beck et al., 1979, p. 21), y tienen “ideas...(que)...parecen poco creíbles para otras personas” (Beck et al., 1979, p. 21).

La investigación del medio social e interacción interpersonal de las personas depresivas sugiere que las grandes distorsiones (por ejemplo “un hombre de negocios deprimido se queja de que está al borde de la bancarrota y, sin embargo, el examen de sus cuentas indica que es solvente y que, de hecho, sus negocios están prosperando”; Beck, 1976, p. 218) no son frecuentes entre las construcciones depresivas. Un lector neutral estaría generalmente de acuerdo con el hecho de que la historia de las circunstancias que acompañan a una persona deprimida son predominantemente negativas. De forma que si retiramos el énfasis de la distorsión en favor del sesgo negativo, el constructivismo haría que la teoría cognitiva fuera más compatible con la teoría e investigación del ambiente social que rodea a la persona depresiva.

Observando este tema desde una perspectiva más amplia, el énfasis constructivista en la inevitabilidad de los sesgos pondría a la teoría cognitiva en comunicación con algunas de las tendencias más importantes de la psicología social y de la personalidad, que sugieren que la distinción entre los acontecimientos internos y externos se va tornando cada vez más borrosa. Por ejemplo, supongamos que una persona depresiva puede actuar de tal forma que evoque (Buss, 1987) una respuesta del medio ambiente que concuerde con una construcción inicialmente sesgada del tipo “Mi esposa está nerviosa conmigo, y no hay nada que pueda hacer para cambiar esta situación”. Una lectura realista, estática de esta transacción nos llevaría a la conclusión de que la persona depresiva, percibía los datos indicativos de que su esposa estaba de mal humor y se daba cuenta de que, hasta el momento, ni él ni ella habían sido capaces de cambiar esta situación. Un constructivista también buscaría sesgos en la construcción inicial. Es decir, basándose en una tendencia aprendida a construir las situaciones negativas como desesperanzadoras, la persona puede haber (sobre)generalizado a partir de la experiencia pasada a asumir que la situación va a continuar sin cambios.

Como ejemplo empírico de este fenómeno, la predicción de los sujetos disfóricos en cuanto a la ocurrencia de acontecimientos negativos en los dos meses siguientes al experimento fue mayor que la predicción de este tipo de acontecimientos que realizaron los sujetos no depresivos (Osberg y Shrauger, 1988). Para un realista esta investigación indica que los sujetos disfóricos fueron simplemente observadores precisos de lo que tenían delante. Sin embargo, un constructivista podría tener en cuenta la posibilidad de que estas predicciones estén sesgadas en cierto grado y sean autoconfirmadoras (por ejemplo, que las predicciones negativas por sí mismas aumenten la probabilidad de actuar de tal forma que los resultados negativos sean más factibles). Las investigaciones que muestran que la depresión está asociada con la generación de menos soluciones alternativas a los problemas personales (Nezu, 1987) parecen apoyar esta especulación acerca de los mecanismos que conectan las autopredicciones con los resultados subsiguientes.

La contrapartida a este sesgo de desesperanza que se les supone a los depresivos no es la ausencia de sesgos en los no depresivos sino la existencia de un sesgo hacia el optimismo (Taylor y Brown, 1988). El afecto positivo parece facilitar el acceso a estrategias creativas de solución de problemas (Isen, Daubman, y Nowicki, 1987). Por lo tanto, en las situaciones en que es posible utilizar el feedback y formular gradualmente una acción efectiva podemos encontrarnos que las personas que no sufren de distrés intentan una solución y luego otra y finalmente encuentran una personalmente viable a sus dificultades (Greenwald, 1980).

La investigación sobre la deshabituación al tabaco ilustra la presencia de un sesgo optimista amplio y de gran viabilidad. Las personas que han dejado de fumar en un pasado reciente esperan mantener su abstinencia por lo menos un año (Haaga, 1989), pese a que muchos no lo logran en un solo intento (ver, por ejemplo, Schwartz, 1987). De todas formas, este optimismo impulsa muchos intentos de cambio y parece ser adaptativo y autocumplidor, además de llevar a resultados positivos a largo plazo (ver, por ejemplo, Schachter, 1982); aunque, naturalmente, existen situaciones en las que un potente sesgo optimista puede llevar a una ignorancia y pasividad peligrosas, particularmente cuando se deberían adoptar precauciones para evitar resultados negativos (Weinstein, 1987).

En resumen, la metateoría e investigación constructivista del medio social de las personas depresivas converge en sugerir que una modificación del punto donde colocamos el énfasis haría más viable la teoría cognitiva. Una formulación más viable, en lugar de considerar que la depresión está asociada con sesgos y un procesamiento esquemático que conduce a distorsiones cognitivas, mientras que la ausencia de depresión está asociada a un procesamiento que tiene más en cuenta los datos, debería incluir los siguientes principios:

(a) Tanto las personas deprimidas como las que no lo están construyen su mundo de forma sesgada, que sólo en parte tiene en cuenta los datos. Esta construcción puede conducir tanto a percepciones certeras como distorsionadas,

dependiendo de las circunstancias que concurren, del contenido de las creencias sesgadas y de las oportunidades que la persona tiene para convertir sus creencias en resultados por medio de las acciones que escoge realizar, y

(b) Un dato llamativo de los sesgos depresivos parece consistir en la subestimación de la capacidad de mejora en circunstancias negativas. En efecto, existe un déficit en creatividad y persistencia, más claro que el de la capacidad de percibir correctamente lo que ocurre frente a la propia nariz.

## **IMPLICACIONES PARA LA TERAPIA COGNITIVA**

Los análisis constructivistas ya citados tienen implicaciones para la comprensión de los mecanismos por los que la terapia cognitiva parece tener un alto grado de éxito en la ayuda a superar la depresión (Dobson, 1989). La noción de que los depresivos pueden mostrar un sesgo negativo pero no necesariamente un alto grado de distorsiones cognitivas conduce a la hipótesis de que la eficacia de la TC puede ser el resultado de facilitar la acción constructiva y el pensamiento divergente (las preguntas “¿Qué puedo hacer?” y “¿Hay alguna otra forma de encarar esta situación?”) más que por su focalización en el tema de la precisión per se (La pregunta “¿Qué evidencias existen?” que se emplea con los pensamientos negativos automáticos).

El pensamiento divergente y la acción constructiva pueden trabajar mano a mano. Por ejemplo, al facilitar tareas graduales (Beck et al., 1979) ayudamos a los pacientes a adquirir nuevas habilidades y por tanto a alterar el feedback que les llega. Por la misma razón, diversas técnicas cognitivas de la TC animan a un estilo más graduado y menos polarizado de construcción del significado de este feedback. La mayor atención prestada a los éxitos parciales y una mayor variedad de actividades en las que la persona se involucre le ayudarán a interrumpir los sesgos cognitivos producto de la atención selectiva a una realidad negativa (probablemente genuina).

En suma, la TC no fue diseñada para la enseñanza de pensamiento positivo poco fundamentado. Pese a la terminología “prospective empirical hypothesis-testing” (“comprobación de hipótesis de forma prospectiva y empírica” que aparece, por ejemplo en Piasecki y Hollon, 1987), probablemente no funciona haciendo aprender al paciente formas de exponer sus constructos personales a la amenaza de la rigurosa desconfirmación empírica. En lugar de ello puede resultar más adecuado enseñar a los pacientes a convertirse en teóricos personales más optimistas mediante el empleo de estrategias de sesgos autoconfirmadores. Estas estrategias pueden resultar apropiadas para los científicos (MacKay, 1988) y también para la adaptación personal. Al principio del tratamiento el terapeuta adherido a estas teorías optimistas puede, en ocasiones, ayudar a contrarrestar la desesperanza y pesimismo de los pacientes acerca de la propia experiencia de estar deprimido (“depression about depression” citada por Fennell y Teasdale, 1987; Teasdale, 1985).

## CONCLUSIONES

Hemos intentado mostrar que las propuestas acerca del realismo depresivo y el sesgo de ilusión de las personas normales no necesitan ser consideradas necesariamente como antagónicas a la teoría y terapia cognitiva de la depresión, sino más bien pueden ser heurísticos para un refinamiento teórico posterior.

En particular sugerimos que la teoría cognitiva de la depresión es más viable si la incluimos en un encuadre constructivista que si lo hacemos en uno realista. Muchos aspectos de la teoría han sido siempre consistentes con el constructivismo (por ejemplo el concepto de “abstracción selectiva” da cuenta de la posibilidad de que los pensamientos negativos de las personas depresivas sean a menudo observaciones precisas, pero reflejen sólo *parte* del cuadro). La compatibilidad de la teoría cognitiva con el constructivismo se ha visto, sin embargo, oscurecida por (a) especulaciones acerca de que la cognición de la persona no depresiva realiza lecturas no sesgadas de los datos objetivos, y (b) el fracaso en la distinción entre sesgos y distorsiones.

No pretendemos aportar evidencias irrevocables de que la aproximación constructivista a la terapia cognitiva de la depresión sea más precisa o válida que la realista. Este artículo ha sido escrito con un espíritu de “redescripción” (Rorty, 1989) y recontextualización de la teoría cognitiva. Su utilidad quedará demostrada si ayuda a formular cuestiones conceptuales y empíricas que nos conduzcan a una comprensión más satisfactoria de la depresión o de la terapia cognitiva.

Para finalizar describiremos dos de las preguntas que nuestro análisis parece sugerir:

(a) ¿Mostrarán los análisis de los procesos que ocurren en la TC de la depresión que ésta tiene éxito gracias a que favorece el pensamiento divergente y la acción constructiva en mayor medida que a enseñar a los pacientes a aumentar la precisión de su lectura de las evidencias ambientales?

(b) ¿Existen variaciones de la utilidad terapéutica de las conceptualizaciones constructivistas en contraste con las realistas según el trastorno de que nos ocupemos, añadiendo así otra dimensión a la teoría e investigación sobre la “especificidad cognitiva” en psicopatología (Clark, Beck y Brown, 1989)? Por ejemplo, las crisis de ansiedad pueden ser superadas en mayor o menor grado (Beck, 1988) mediante el aporte de suficiente documentación acerca de que no son ciertas las cogniciones del tipo “tengo palpitations porque estoy a punto de sufrir un ataque cardíaco” puesto que podemos demostrar que dichas palpitations pueden ser el resultado de algún otro mecanismo (por ejemplo, la hiperventilación). Por otra parte, en un episodio depresivo no suele existir un pensamiento desagradable único y central que exprese una verdad fácilmente falsificable. Es por ello que el constructivismo puede tener mucho que aportar en este tema.

*La teoría cognitiva de la depresión (Beck, 1967) considera que el depresivo mantiene su pensamiento negativo pese a la existencia de evidencias que lo contradigan, debido a que distorsiona el feedback que recibe del ambiente, percibiéndolo más negativo de lo que en realidad es. La investigación reciente pone en entredicho esta hipótesis, sugiriendo en cambio que los depresivos pueden ser realistas en la percepción de circunstancias vitales genuinamente negativas, mientras que los no depresivos son los que mantienen un pensamiento optimista no realista. El debate sobre este tema se ha realizado dentro de un encuadre metateórico realista que conceptualiza la realidad objetiva como algo estable y externo al que la percibe. En este artículo ampliaremos el debate mediante el exámen de las implicaciones de la teoría constructivista (ver Mahoney, 1988b) sobre los conceptos de realismo depresivo versus distorsión o sesgo depresivo. Finalmente veremos algunas implicaciones de este debate para la teoría y terapia cognitiva de la depresión.*

Traducción: Ignacio Preciado

### Referencias bibliográficas

- ACKERMAN, R., & DERUBEIS, R.J. (1989). *Is depressive realism real?: A critical analysis*. Manuscript submitted for publication.
- ALLOY, L.B., & ABRAMSON, L.Y. (1979). Judgement of contingency in depressed and nondepressed students: Sadder but wiser? *Journal of Experimental Psychology: General*, 108, 441-485
- ALLOY, L.B. & ABRAMSON, L.Y. (1988). Depressive realism: Four theoretical perspectives. In L.B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression* (pp. 223-265). New York: Guilford Press.
- BECK, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- BECK, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders* New York: Internacional Universities Press.
- BECK, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P.J. Clayton & J.E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-284). New York: Raven Press.
- BECK, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of cognitive Psychotherapy: An International quarterly*, 1, 5-37.
- BECK, A.T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman, & J.D. Masser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 91-109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- BECK, A.T., BROWN, G., STEER, R.A., EIDELSON, J.L., & RISKIND, J.H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 179-183.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F., & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- BECKER, R.E. (1988). Interpersonal interaction and depression. *The Behavior Therapist*, 11, 115-118.
- BEIDEL, D.C., & TURNER, S.M. (1986). A Critique of the theoretical bases of cognitive-behavioral theories and therapy. *Clinical Psychology Review*, 6, 177-197.
- BUSS, D.M. (1987). Selection, evocation, and manipulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1214-1221.
- CLARK, D.A., BECK, A.T., & BROWN, G. (1989). Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 958-964.
- COYNE, J.C., & GOTLIB, I.H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological Bulletin*, 94, 472-505.
- CRANDELL, C.J., & CHAMBLESS, D.L. (1986). The validation of an inventory for measuring depressive thoughts: The Crandell Cognitions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 430-411.
- DOBSON, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57, 414-419.
- DOBSON, K.S., & FRANCHE, R. (In Press). A conceptual and empirical review of the depressive realism hypothesis. *Canadian Journal of Behavioral Science*.

- DYKMAN, B.M., ABRAMSON, L.Y., ALLOY, L.B., & HARTLAGE, S. (1989). Processing of ambiguous and unambiguous feedback by depressed and nondepressed college students: Schematic biases and their implications for depressive realism. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 431-445.
- EAVES, G., & RUSH, A.J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *93*, 31-40.
- FENNELL, M.J.V., & TEASDALE, J.D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research*, *11*, 253-271.
- FUNDER, D.C. (1987). Errors and mistakes: Evaluating the accuracy of social judgment. *Psychological Bulletin*, *101*, 75-90.
- GOTLIB, I.H. (1984). Depression and general psychopathology in university students. *Journal of Abnormal Psychology*, *93*, 19-30.
- GREENBERG, M.S., & BECK, A.T. (1989). Depression versus anxiety: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, *98*, 9-13.
- GREENWALD, A.G. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. *American Psychologist*, *35*, 603-618.
- HAAGA, D.A.F. (1989). *Issues in relating self-efficacy to smoking relapse: Importance of an Achilles heel situation and of prior quitting experience*. Manuscript submitted for publication.
- HOLLON, S.D., & GARBER, J. (1988). Cognitive therapy. In L.Y. Abramson (Ed.), *Social cognition and clinical psychology: A synthesis* (pp. 204-253). New York: Guilford.
- HOLLON, S.D., KENDALL, P.C., & LUMRY, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *95*, 52-59.
- ISEN, A.M., DAUBMAN, K.A., & NOWICKI, G.P. (1987). Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 1122-1131.
- KENDALL, P.C., HOLLON, S.D., BECK, A.T., HAMMEN, C. L. & INGRAM, R.E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, *11*, 289-299.
- KENNEDY, R.E., & CRAIGHEAD, W.E. (1988). Differential effects of depression and anxiety on recall of feedback in a learning task. *Behavior Therapy*, *19*, 437-454.
- KRANTZ, S.E. (1985). When depressive cognitions reflect negative realities. *Cognitive Therapy and Research*, *9*, 595-610.
- KRUGLANSKI, A.W., & JAFFE, Y. (1988). Curing by knowing: The epistemic approach to cognitive therapy. In L.Y. Abramson (Ed.), *Social cognition and clinical psychology: A synthesis* (pp. 254-291). New York: Guilford Press.
- MacKAY, D.G. (1988). Under what conditions can theoretical psychology survive and prosper? Integrating the rational and empirical epistemologies. *Psychological Review*, *95*, 559-565.
- MAHONEY, M.J. (1988a). The cognitive sciences and psychotherapy: Patterns in a developing relationship. In K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 357-386). New York: Guilford Press.
- MAHONEY, M.J. (1988b). Constructive metatheory: I. Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, *1*, 1-35.
- MAHONEY, M.J. (1988c). Constructive metatheory: II. Implications for psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, *1*, 299-315.
- MAHONEY, M.J. & GABRIEL, T.J. (1987). Psychotherapy and the cognitive sciences: An evolving alliance. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International quarterly*, *1*, 39-59.
- MOOK, D.G. (1983). In defense of external invalidity. *American Psychologist*, *38*, 379-387.
- NEZU, A.M. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, *7*, 121-144.
- OSBERG, T.M., & SHRAUGER, J.S. (1988). Depression and the accuracy of pessimistic versus optimistic self-predictions of future life events. In T.M. Osberg (Chair), *Self-prediction: The role of depression, defensive pessimism, and usage inexpectations for the future*. Symposium presented at the annual meeting of the Eastern Psychological Association. Buffalo, NY. April 1988.
- PIASECKI, J., & HOLLON, S.D. (1987). Cognitive therapy for depression: Unexplicated schemata and scripts. In N.S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 121-152). New York: Guilford Press.
- RORTY, R. (1989). *Contingency, irony, and solidarity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SCHACHTER, S. (1982). Recedivism and self-cure of smoking and obesity. *American Psychologist*, *37*, 436-444.
- SCHWARTZ, J.L. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada*

- 1978-1985. U.S. Department of Health and human Services .Public Health Service. National Institutes of Health. NIH Publication No. 87-2490.
- TAYLOR, S.E., & BROWN, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- TEASDALE, J.D. (1985). Psychological treatments for depression: How do they work? *Behaviour Research and Therapy*, 23, 157-165.
- WACHTEL, P.L. (1973). Psychodynamics, behavior therapy, and the implacable experimenter: An inquiry into the consistency of personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 324-334.
- WEINSTEIN, N.D. (1987). Unrealistic optimism about illness susceptibility: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481-500
- WILKINSON, I.M., & BLACKBURN, I.M. (1981). Cognitive style in depressed and recovered depressed patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 283-292.

