

Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva
propuesta basada en 30 años de investigación

Carmelo Vázquez

Gonzalo Hervás

Laura Hernangómez

Nuria Romero

Facultad de Psicología

Universidad Complutense

Campus de Somosaguas

28223 Madrid

Contacto: cvazquez@psi.ucm.es

Psicología Conductual (2009, aceptado)

RESUMEN

La perspectiva cognitiva ha sido de gran utilidad en el campo del estudio de la depresión. Dicha perspectiva, además de posibilitar el desarrollo de tratamientos psicológicos eficaces, nos ha permitido comprender algunos importantes procesos por los cuales las personas se deprimen. Sin embargo, lejos de ser un modelo rígido y estancado, ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, especialmente en los últimos años. En este artículo se revisan los nuevos desarrollos elaborados en relación a aspectos cruciales del modelo cognitivo de la depresión así como los nuevos procesos que se han comenzado a estudiar. Así, se describen los avances realizados en la comprensión de los esquemas negativos, la autoestima, el estilo atribucional o los procesos de memoria. Asimismo, se detalla el papel del estilo rumiativo o la supresión del pensamiento en los procesos de vulnerabilidad a la depresión. Por último, a modo de resumen, se plantea un modelo reformulado que integra los avances más recientes dentro del esquema clásico del modelo cognitivo para la depresión.

ABSTRACT

Cognitive approaches have been very fruitful for the understanding of depression. Cognitive models have inspired current evidence-based treatments of depression while providing useful frameworks to understand the causes of that disorder. However, empirical research in the last years has substantially improved the explanatory power of these models. In this paper we review a number of new developments of well-established elements of the cognitive models as well as new concepts and variables which have been recently incorporated in these models. Thus, we describe conceptual and empirical advancements on the role of negative schemata, attributions, self-esteem, attributional style or memory processes. Furthermore, we also describe new research on the role that processes like a ruminative style of processing or thought suppression mechanisms may have in the onset and maintenance of depression. Finally, based in these new developments, we present a comprehensive model of depression which expands older well-known cognitive models.

1. Introducción

La depresión es el problema mental más incapacitante y con mayores costes económicos y de sufrimiento personal asociados. Estudios epidemiológicos realizados en población general estiman que, en términos de prevalencia de 6 a 12 meses, el 6,5% de la población presenta un trastorno depresivo mayor, y un 3,6% un trastorno distímico, siendo la prevalencia vital media de un 16% y un 3% respectivamente (Bland, 1997). Además de su alta prevalencia presenta unas cifras de recaída muy elevadas: en su conjunto, un 75% de los pacientes tendrán al menos un segundo episodio en el curso de sus vidas (Kessler et al, 1997).

Dada la importancia del trastorno depresivo mayor, es necesario disponer de modelos teóricos que ayuden a comprender mejor los factores implicados en su etiología, mantenimiento y recaída. Afortunadamente, en la actualidad existen una serie de modelos integradores acerca de las variables que se alteran cuando una persona presenta un trastorno depresivo, y comprendemos una buena cantidad de los mecanismos que tienden a mantener y/o agravar este trastorno (Gotlib y Hammen, 1992). Además, también disponemos de tratamientos psicológicos y farmacológicos que se han mostrado bastante eficaces en la solución del trastorno (DeRubeis, et al., 1999).

No obstante, conocer las variables psicológicas que se ven afectadas tras la instauración de un trastorno depresivo no es lo mismo que saber por qué se produce, es decir, los factores de mantenimiento de un trastorno no tienen por qué ser idénticos a los factores de vulnerabilidad. Entendemos por factores de vulnerabilidad aquellas variables presentes *previamente* a la instalación del trastorno que generan un aumento en la probabilidad de desarrollar, cronificarse o presentar episodios recurrentes de depresión

(Ingram, Miranda y Segal, 2006). En base a la investigación realizada, los factores psicológicos implicados en el mantenimiento de la depresión son relativamente bien conocidos, mientras que se han encontrado mayores dificultades a la hora de demostrar su papel como factores de vulnerabilidad.

Un mejor conocimiento de los procesos de vulnerabilidad está íntimamente relacionado con la reducción de la amplia tasa de recaídas y recurrencias (Vázquez, Hervás y Hernangómez 2008). Por lo tanto, en la medida en que se avance hacia una mayor comprensión de las variables que generan vulnerabilidad se podrán diseñar tratamientos con componentes específicos que consigan, además de una pronta recuperación, reducir la probabilidad de recaer en el futuro.

En el siguiente artículo revisaremos los factores psicológicos que, desde el modelo cognitivo, han sido empíricamente relacionados con la aparición de primeros episodios, así como con recaídas y recurrencias, y comentaremos nuevos desarrollos teóricos al respecto. Igualmente se enfatizará la necesidad de reformular y ampliar algunos componentes de los modelos existentes a la luz de la investigación habida en los últimos años.

2. Evidencia acumulada por el modelo cognitivo estándar

Los modelos de vulnerabilidad más utilizados para explicar la instauración de la depresión han sido los llamados de diátesis-estrés. Estos modelos proponen que existen determinados factores de vulnerabilidad psicológica (diátesis), los cuales permanecen latentes en el individuo, y que en su interacción con sucesos estresantes o negativos aumentan la probabilidad de aparición y/o mantenimiento del trastorno¹. De esta manera,

¹ Se da preferencia al término “vulnerabilidad” en vez del vocablo “diátesis” por la referencia original de este último a rasgos biológicos genéticos, difícilmente modificables, en contraposición al concepto de

según estos modelos ante las mismas situaciones negativas tendrían mayor probabilidad de deprimirse aquellas personas que presenten una mayor cantidad e intensidad de factores de vulnerabilidad.

Dentro de esta aproximación de diátesis-estrés, el modelo cognitivo es el que más investigación ha generado (Sanz y Vázquez, 2008). En el modelo se enfatiza que las variables que determinan que algunas personas se depriman y otras no ante los mismos acontecimientos están relacionadas con la forma de procesar la información. Aunque el origen difiere según los modelos, todos coinciden en que los sesgos cognitivos son un elemento fundamental que favorece la aparición y el mantenimiento de episodios depresivos. Los tipos de sesgos más estudiados son los de memoria, atribuciones causales, atencionales, y de interpretación, que más adelante comentaremos.

Existe una gran cantidad de literatura que se ha ido acumulando sobre la asociación entre dichos factores cognitivos (ej. atribuciones causales, pensamientos irracionales, sesgos de memoria y atencionales, baja autoestima etc.) y el estado de ánimo deprimido (Gotlib y Hammen, 2002). Los estudios que han aportado al modelo una evidencia más sólida son los estudios longitudinales. En este sentido, numerosos estudios han hallado que la intensidad de las reacciones depresivas se puede predecir por la interacción entre un nivel elevado de actitudes y cogniciones disfuncionales con la aparición de sucesos estresantes de tipo general (Hankin et al., 2004; Kwon y Oei, 1992; Dykman y Johll, 1999). También se ha comprobado esta relación con estresores de tipo académico como por ejemplo suspender

vulnerabilidad que alude a un conjunto de factores entre los que se incluyen predisposiciones aprendidas y por tanto modificables. Asimismo, se diferencia del concepto más amplio de “riesgo”, que incluye cualquier factor que aumenta la probabilidad de experimentar un trastorno desde un análisis meramente descriptivo, frente al concepto de “vulnerabilidad” que aludiría al subconjunto de factores de riesgo que explican los mecanismos o procesos que explican las causas del trastorno, ayudando por tanto a considerar también posibles estrategias de intervención.

un examen (ej.: Vázquez, et al., 2001; Hankin, Abramson, Miller y Haefel, 2004). En un pionero estudio prospectivo realizado con una muestra de 1.507 adolescentes, y usando un periodo de seguimiento de 1 año, se observó una interacción entre el nivel de estrés y el nivel de actitudes disfuncionales en la predicción de nuevos episodios depresivos (Lewinshon, Joiner y Rohde, 2001). Más recientemente, un proyecto longitudinal prospectivo, el *Cognitive Vulnerability to Depression (CVD)* (Alloy y Abramson, 1999), en el que se siguió durante 5 años a una muestra de universitarios con un riesgo cognitivo muy alto o muy bajo para desarrollar depresión (en función de su estilo atribucional y actitudes disfuncionales), se observó que, en comparación con las personas con una vulnerabilidad cognitiva baja, el grupo de alta vulnerabilidad mostró un gran incremento en el riesgo de tener un primer episodio depresivo mayor por el DSM-IV (OR=7,4). Así pues, de modo general, hay un apoyo en investigaciones transversales y longitudinales, de la validez general del modelo.

Otra línea importante de evidencias respecto a la relación entre cognición y emoción proceden del campo clínico, a partir de la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) en el manejo de la depresión. Multitud de estudios controlados aleatorizados y de metaanálisis (ver Butler, Chapman, Forman et al., 2006) ponen de manifiesto que la TCC se muestra al final del tratamiento como un método eficaz, y al menos tan efectivo como las terapias con psicofármacos. Esta eficacia se ha demostrado en ámbitos de atención primaria (Merrill, Tolbert y Wade, 2003), en pacientes con depresión moderada y grave (DeRubeis et al., 1999; Cuijpers, van Lier, van Straten y Donker, 2005; Hollon et al., 2005) y, además, resulta un tratamiento eficiente en términos de costes y funcionamiento en contextos clínicos reales (Hollon et al., 2005). Hay que tener en cuenta que este tipo de terapia tiene como objetivo cambiar los estilos cognitivos negativos y de hecho, los produce en mayor

medida que las terapias farmacológicas y los tratamientos placebo (DeRubeis et al, 1990; Hollon, et al. 2006). Además, parece reducir más el riesgo de recaídas y recurrencia que las terapias farmacológicas (Hollon et al., 2005). Por ejemplo, en la revisión de estudios efectuada por Paykel (2007) de siete estudios controlados de TCC, la tasa media de recaídas para los tratamientos de TCC son menores que los observados en tratamientos estándar (32.4% y 58.6% de los participantes, respectivamente), para un seguimiento medio de 35 meses. Parece por tanto, haber indicadores robustos de que los factores cognitivos juegan un papel importante tanto en el inicio del episodio depresivo, como en las recaídas y recurrencias del mismo (Kuyken, Watkins y Beck, 2005; Kuyken, Dalglish y Holden, 2007).

Dentro de los modelos cognitivos, el que más investigación ha generado ha sido el modelo de Aaron Beck (1967). Este es un modelo de corte clínico, lo cual ha supuesto que los conceptos así como la propia teoría se hayan ido redefiniendo con el paso del tiempo (Clark et al, 1999). Desde un punto de vista temporal, este modelo propone una cadena de elementos causales (figura 1). Como podemos observar en la figura 1, el primero de los eslabones lo constituirían las experiencias negativas tempranas, como por ejemplo, las críticas y el rechazo de los por parte de los padres. Fruto de esas experiencias se generarían los esquemas o actitudes disfuncionales, como por ejemplo “si no soy amado por todas las personas importantes entonces no soy valioso”. Estos esquemas y actitudes disfuncionales, normalmente no accesibles verbalmente de modo inmediato o sencillo (de ahí el término de esquemas *latentes*), serían las causas más distantes. Las causas más próximas serían, en primer lugar, un acontecimiento crítico, el cual activaría de nuevo los esquemas disfuncionales, y, como consecuencia de ello, los sesgos de procesamiento. En consecuencia, surgirían los productos mentales negativos sesgados, también llamados

pensamientos negativos (ej. “soy un estúpido”, “no valgo para nada”, etc.) que reflejan una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro (la llamada *triada cognitiva*) y que sería el precursor más inmediato de la depresión. Desde su formulación, el modelo no ha sufrido formalmente cambios muy significativos. Sin embargo, la evidencia acumulada en la investigación en estas dos últimas décadas (ej.: Kuyken, Watkins y Beck, 2005; Mathews y MacLeod, 2005), ha permitido ampliar algunos aspectos del mismo (ej.: conocer mejor el papel del estrés) y abrir también algunas vías importantes que no habían sido exploradas (ej.: el papel de las rumiaciones). Igualmente, la incorporación de nuevas metodologías (ej.: paradigmas experimentales para evaluar esquemas implícitos o latentes, o el papel de procesos automáticos) – Wenzel y Rubin (2005); Vázquez y Hernangómez (en prensa)– ha permitido nuevos desarrollos que, en nuestra opinión, deben plasmarse en un modelo reformulado cognitivo de la depresión. El objetivo de este trabajo es justamente ofrecer al lector una propuesta integrada en la que se consideran algunos de los avances más importantes derivados de la investigación empírica sobre cognición y depresión.

FIGURA 1

3. Hacia un modelo cognitivo reformulado

En la Figura 2 exponemos un nuevo modelo más integrador. En él se recogen algunos de los desarrollos de investigación más fructíferas (ej.: el complejo papel del estrés), así como algunos componentes nuevos relevantes (ej.: el papel de las rumiaciones y de los intentos por suprimir pensamientos negativos).

Pasemos a continuación a revisar algunos de los citados avances en los diferentes aspectos reflejados en el modelo.

FIGURA 2

3.1. Esquemas cognitivos

Como hemos podido observar en la figura 1, los Esquemas cognitivos, son un elemento clave del modelo cognitivo de Beck. Éstos se refieren a " representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior" (Beck y Clark, 1988, p. 382). Estas estructuras relativamente permanentes se organizan a través de la experiencia previa y permiten escanear, codificar y evaluar el rango total de estimulación interna y externa y decidir el curso de acción subsiguiente, es decir, dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información, actuando como "filtros cognitivos": Los estímulos congruentes con los esquemas del sujeto se atienden, elaboran y codifican, mientras que la información que no es consistente con tales esquemas se ignora y olvida.

En este sentido, según Beck los sujetos deprimidos se caracterizan por la presencia de una serie de esquemas cognitivos negativos o depresógenos que condicionarían la

construcción de la realidad del sujeto deprimido, de forma que cuando se activan tales esquemas, estas personas manifestarían una pauta de errores cognitivos negativos a todos los niveles de procesamiento (atención, memoria, interpretación, atribución causal, etc). Es importante destacar que los esquemas de uno mismo o auto-esquemas pueden ser, según su nivel de activación, explícitos y fácilmente detectables, o bien latentes, en cuyo caso no se manifestarían. Por otra parte, dichos auto-esquemas, además de poseer contenidos positivos o negativos, pueden contener criterios para determinar la autovalía (Dance y Kuiper, 1987) que, cuando son muy extremos e inflexibles, contribuyen a la vulnerabilidad: es entonces cuando se dice que la persona posee esquemas o actitudes disfuncionales.

Dentro del campo de la autovaloración o autoestima, en los últimos años un área de intenso desarrollo es la incorporación de la variabilidad o inestabilidad de la autoestima como factor de vulnerabilidad a la depresión. La mayoría de los estudios clásicos que evaluaron el papel de la baja autoestima como factor de vulnerabilidad no dieron resultados significativos (e.g., Butler et al., 1994; Lewinsohn et al., 1988; Roberts y Gotlib, 1997; Whisman y Kwon, 1993). En este sentido, algunos autores plantearon la posibilidad de que la caída de autoestima precediera a la depresión pero sólo durante un periodo muy corto de tiempo; en consecuencia evaluar su precedencia temporal sería una tarea muy difícil (Roberts y Monroe, 1999). Más recientemente se ha incorporado a esta línea de investigación una novedad relevante que consiste en no evaluar el nivel de autoestima sino la variabilidad cotidiana de la autoestima (i.e. inestabilidad) cuando se evalúa de forma repetida durante un periodo de tiempo. Varios estudios han demostrado que la inestabilidad de la autoestima, pero no la baja autoestima, es capaz de predecir el aumento posterior de síntomas depresivos (ej. Franck y De Raedt, 2007; Kernis, et al., 1998; Roberts y Gotlib, 1997; Roberts y Kassel, 1997). Es interesante recalcar que en varios de estos estudios los

aumentos en depresión aparecían en interacción con la presencia de acontecimientos vitales negativos lo cual es una evidencia a favor de los modelos de diátesis-estrés en los procesos de vulnerabilidad a la depresión. En el futuro será también interesante evaluar los precursores de la inestabilidad de la autoestima. En esta línea, un estudio ha encontrado que una tendencia a la generalización y la presencia de un autoesquema negativo -en interacción con el estrés percibido- predicen mayores niveles de autoestima inestable (Hayes, Harris y Carver, 2004) lo cual es coherente con el modelo cognitivo planteado.

Otro avance en el campo de la auto-valoración es la diferenciación entre autoestima implícita y explícita. La autoestima explícita sería aquella de la que puede informar la persona, mientras que la autoestima implícita sería sólo accesible de forma indirecta ya que la persona no tiene acceso consciente a dicha valoración. Recientemente se han realizado varios estudios, con técnicas novedosas, que examinan el papel predictivo de la autoestima implícita en la aparición de síntomas depresivos (Gemar et al. 2001, Franck et al. 2007; De Raedt, et al. 2006; Franck et al. en prensa). Los resultados en general no han mostrado diferencias significativas en la medida de autoestima implícita cuando se comparan pacientes deprimidos, con historia de depresión y nunca deprimidos. No obstante, tras un procedimiento de inducción de estado de ánimo negativo, los individuos con historia de depresión mostraron una disminución en la autoestima implícita. Además, Franck et al. (en prensa) observaron que la autoestima positiva implícita pero no la explícita predecía la evolución a los 6 meses de seguimiento en pacientes depresivos.

Curiosamente en algunos estudios se ha encontrado que los pacientes depresivos tenían mejor autoestima implícita que explícita (De Raedt, Schacht, Franck, y De Houwer, 2006). Según estos resultados inesperados, es posible que muchos pacientes depresivos tengan una fuerte alteración en la autoestima explícita fruto del estado de ánimo

aunque la autoestima implícita se mantenga relativamente intacta. En todo caso, el aspecto más disfuncional es la discrepancia entre ambas medidas, más que una baja autoestima a nivel explícito e implícito. Algunos autores han denominado *autoestima frágil* a la presencia de una alta autoestima explícita y baja autoestima implícita, y *autoestima dañada* a la combinación de una baja autoestima explícita y alta autoestima implícita. En efecto, recientes estudios han mostrado que la autoestima frágil aparece asociada a características como narcisismo o inestabilidad en la autoestima (Zeigler-Hill, 2006). Además, tanto la autoestima frágil como la dañada se han asociado con un mayor número de conductas defensivas (Schröder-abe, Rudolph, Wiesner y Schütz, 2007) así como mayores problemas de salud física y psicológica y un menor nivel de bienestar percibido (Schröder-abe, Rudolph y Schütz, 2007).

3.2. Estrés

Ingram, Miranda y Segal (1998), definen el estrés como los “sucesos vitales (mayores o menores) que alteran los mecanismos mantenedores de la estabilidad cognitiva, emocional, fisiológica del individuo, desafiando sus recursos de afrontamiento” (pág. 76). El estudio del estrés se ha enriquecido en los últimos años a partir de los resultados de líneas de investigación que han explorado, por ejemplo, diferencias entre estrés crónico y agudo, el papel del estrés entre primeros episodios y episodios recurrentes, y la distinción entre estrés “independiente de la persona” y estrés “dependiente de la persona” (Hammen, 1991).

La mayoría de la literatura empírica sobre la relación entre estrés y depresión se ha centrado en *estresores episódicos*, de contenido negativo o indeseable, llegando a la

conclusión de que tanto el número como la gravedad del estresor se relacionan con el inicio de un episodio depresivo (Hammen, 2005). Sin embargo, evidencia reciente sugiere que los estresores de baja intensidad pero crónicos son más prevalentes que los estresores mayores y pueden tener una mayor capacidad explicativa en los trastornos del estado de ánimo (ej.: McGonagle y Kessler, 1990; Turner, Wheaton y Lloyd, 1995). También se han realizado estudios que han examinado los efectos que puede tener un estresor crónico cuando interacciona con estresores episódicos, pero los resultados no parecen ser tan claros. De hecho, se ha observado un efecto inesperado de interacción negativa en tanto que el estrés crónico puede llegar a reducir el impacto del estrés agudo sobre la sintomatología depresiva: personas con niveles de dificultad crónica (ej.: pobreza) parecen más *resistentes* frente a adversidades menores de la vida (McGonagle y Kessler, 1990; Cairney, Boyle, Offord y Racine, 2003).

Por otro lado, Monroe et al. (2007) sugieren que el estrés agudo y crónico parecen jugar papeles diferentes en primeros episodios y recaídas, de modo que los sucesos agudos tienen más probabilidad de *preceder* un primer episodio mientras que las dificultades crónicas, que parecen tener un relativo poco peso en primeros episodios, aparecen con mayor frecuencia en las personas con historia previa de episodios depresivos.

Un aspecto de enorme interés que no consideraba el modelo inicial cognitivo es el hecho de que las personas que han sufrido episodios depresivos previos parecen estar más sensibilizados a la aparición de estresores. Por ejemplo, Lewinsohn et al. (1999) en un estudio prospectivo sobre primeros episodios, observaron que se necesitaban al menos 3 sucesos estresantes para desencadenar un primer episodio de depresión mayor mientras que en el caso de las depresiones recurrentes bastaba un suceso estresante previo para desencadenar el nuevo episodio. De la misma manera, Kendler, Thornton y Garden (2000)

en un estudio longitudinal con 2.400 mujeres gemelas observaron que la asociación entre estrés y depresión disminuía según aumentaba el número de episodios depresivos previos (hasta los 6-8 episodios). Posteriores análisis mostraron que la relación estrés-depresión en las personas de alto riesgo genético era similar a las personas de bajo riesgo con una historia de tres episodios depresivos (Kendler, Thornton y Gardner, 2001).

Parece que determinados factores psicológicos podrían explicar este fenómeno. En este sentido Teasdale (1988) formuló la *hipótesis de la activación diferencial*, según la cual los episodios previos de depresión provocan un aumento en la accesibilidad de los esquemas negativos y el procesamiento de información depresivo durante estados de disforia (a lo que hace referencia el bucle de la Figura 2). Posteriormente, Segal, Williams, Teasdale y Gemar (1996), recurrieron a los conceptos de *kindling* y *sensibilización* aplicándolos al ámbito cognitivo para explicar este mayor riesgo de recidivas. Por un lado, el fenómeno de *kindling* supondría que la reactivación continua de estructuras cognitivas negativas provocaría un *fortalecimiento de las redes asociativas* entre constructos depresivos de modo que un amplio rango de estímulos pueden activar la red cognitiva con sólo activar un elemento. Por otro lado, el efecto de *sensibilización* se explicaría por una *bajada en el umbral de activación* de esquemas cognitivos depresivos producida por la activación repetida de esas estructuras. Por lo tanto, la importancia del estresor se reduciría según aumenta la reactividad cognitiva de la persona. Por ejemplo, Segal et al. (2006) seleccionaron una muestra de pacientes deprimidos remitidos a los que les aplicó un procedimiento de inducción experimental de estado de ánimo depresivo (presentación de música triste mientras escribían alguna experiencia personal triste). Después de un periodo de seguimiento de 18 meses, se observó que cuanto mayor había sido la reactividad en la prueba, mayor era la probabilidad de recaída durante ese periodo de seguimiento.

Otro aspecto de enorme importancia es que no sólo la depresión puede estar precedida por situaciones estresantes sino que la propia depresión es un cuadro que puede generar más fuentes de estrés, en especial las que tienen relación con aspectos interpersonales (ej. discusiones o tensiones con otras personas) o “dependientes de uno mismo” (en los que el individuo juega un papel activo) en comparación con sucesos independientes de la propia persona (ej.: ser víctima de una catástrofe natural). En la Figura 2 hemos remarcado este elemento planteando una línea de conexión causal entre la propia depresión y el conjunto de aspectos asociados al estrés. Los factores relacionados con la vulnerabilidad a la depresión parecen tener la capacidad de aumentar los sucesos estresantes incluso en períodos de remisión y tienen un claro impacto en la valoración subjetiva de los mismos. Harkness, Monroe, Simons y Thase (1999) comprobaron que pacientes con historia previa de depresión informaban de más sucesos dependientes de la persona que los pacientes de primeros episodios. En una línea similar, Hammen (1991) demostró cómo mujeres con historia previa de depresión, comparadas con mujeres bipolares, con enfermedad médica y sin antecedentes depresivos, informaban de igual número de sucesos estresantes “independientes de la persona” (ej.: una pérdida de un ser querido o un desastre natural) pero más sucesos estresantes “dependientes de la persona”. Más recientemente, en el estudio longitudinal CVD, se ha encontrado que, en efecto, no sólo las personas deprimidas sino las personas de alto riesgo cognitivo presentan el mismo número de sucesos vitales estresantes independientes pero prácticamente duplican el número de sucesos dependientes vividos en los últimos 6 meses (11.8 sucesos en la submuestra de alto riesgo vs. 6.7 sucesos en la submuestra de bajo riesgo, respectivamente) – Alloy et al., en prensa. Por último, Hernangómez (2009) encontró en una muestra de estudiantes universitarios que aquellos con historia previa de depresión y con mayor

sociotropía, mostraban una tendencia a considerar las dificultades cotidianas en sus vidas como más frecuentes y de mayor impacto emocional.

En definitiva, una mayor vulnerabilidad cognitiva genera un estilo perceptivo y valorativo de la realidad más negativo, lo que a su vez, afecta las relaciones interpersonales y el juicio sobre las otras personas (Clark, Beck y Alford, 1999). Es muy probable que la activación de esos estilos perceptivos negativos en episodios repetidos depresivos afecte el estilo conductual de la persona, facilitando así la aparición de más sucesos estresantes y quizás particularmente la génesis de más estresores familiares creando círculos viciosos estrés-depresión (Hammen, 2005).

Por último, recientemente se ha encontrado que distintas configuraciones de estresores pueden generar diferentes patrones de síntomas, sugiriendo una visión de la depresión más centrada en los síntomas y constelaciones de síntomas. Por ejemplo, Keller, Neale y Kendler (2007) hallaron en un estudio longitudinal, de 12 años de seguimiento en algunos participantes, realizado con una muestra de 4.850 sujetos, que habían sufrido algún episodio disfórico menor, que cuando hay pérdidas interpersonales (ej. rupturas sentimentales, muerte) destacan síntomas como la tristeza, la anhedonia o la pérdida de apetito, mientras que esos mismos síntomas son menos prominentes cuando la principal causa de la depresión son estresores crónicos, en los que suele aparecer síntomas de fatiga e hipersomnía. Raghavan, Le y Berenbaum (2002) encontraron que la sociotropía en interacción con estrés interpersonal predecía disforia mientras que la autonomía en interacción con estresores relacionados con logro/fracaso y pérdida de control predecía hostilidad. En 1997, Robins, Bagby, Rector, Lynch y Kennedy ya demostraron que la hostilidad estaba más fuertemente asociada con autonomía que con sociotropía. En definitiva, el factor del estrés en la ecuación vulnerabilidad x estrés dista aún de ser

comprendido totalmente pero las investigaciones de los últimos años demuestran una riqueza de matices impensable en las primeras formulaciones del modelo cognitivo de la depresión.

3.3. Experiencias tempranas

Considerando el papel de los estresores crónicos, adquiere sentido que factores como la pobreza, la falta de educación, etc. contribuyan también de un modo importante a incrementar la probabilidad de padecer episodios de depresión, como pone de manifiesto el proyecto europeo ESEMeD (Alonso, Angermeyer, Bernert et al., 2004). El metaanálisis de Lorant et al. (2003), efectuado con cerca de 60 estudios, revela que el grupo de personas menos favorecidas a nivel socioeconómico presenta prácticamente el doble de riesgo de sufrir depresión y/o mantener ese estado una vez se inicia ($OR^2 = 1.81$ y $OR = 2.06$, respectivamente), aunque el riesgo en estudios de incidencia (i.e., primeros episodios) parece algo menor ($OR = 1.24$).

También hay abundante investigación que muestra que la adversidad en la infancia, y en especial la depresión materna son factores de riesgo depresivo (ej. Phillips, Hammen, Brennan, Najman y Bor, 2005). Intentando explicar el proceso por el que esas variables pueden llegar a generar vulnerabilidad, los posibles mediadores detectados por diferentes estudios serían el modelado materno de sesgos a la información negativa, que puede ser el responsable de que los hijos de madres deprimidas presenten mayores sesgos (Radke-Yarrow, Belomnt, Nottelmann y Bottomly, 1990; Garber y Robinson, 1997; Taylor e Ingram, 1999) y la ausencia de disponibilidad psicológica, que genera un apego inseguro (Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynski y Champman, 1985). Los estilos de apego,

modelos internos que se forjan en la infancia y que van desarrollándose durante la edad adulta, guiando el comportamiento y el procesamiento de la información interpersonal, han mostrado ser un factor de vulnerabilidad para desarrollar sintomatología depresiva. Por ejemplo, Hammen et al. (1995) encontraron que la inseguridad de apego estaba asociada a reacciones intensas de sintomatología depresiva frente a acontecimientos vitales negativos.

Nolen-Hoeksema, Wolfson, Mumme y Guskin (1990) en un estudio de estilos maternos de respuesta a sus hijos cuando éstos estaban frustrados, encontraron que las madres de niños que tendían a la indefensión y pasividad ante la tristeza eran (a) intrusivas y no permitían que sus hijos resolvieran muchos de sus propios problemas, (b) no enseñaban a sus niños a responder al afecto negativo intentando nuevos enfoques del problema, y (c) no daban apoyo y eran críticas cuando los chicos fallaban.

En otro tipo de investigaciones se ha demostrado también que los hijos que han sufrido abuso verbal con descalificaciones personales es más probable que generen un esquema cognitivo negativo (ej.: mayor tendencia a la autoinculpación) y finalmente una mayor probabilidad de sufrir un primer episodio depresivo (Alloy et al. en prensa).

3.4. Sesgos cognitivos y modos de procesamiento

Como hemos comentado anteriormente los modelos cognitivos coinciden en señalar que los sesgos cognitivos suponen un factor fundamental que favorece la aparición y mantenimiento de episodios depresivos, y que éstos incluyen sesgos de memoria, atribuciones causales, atención, interpretación, etc. Aunque la mayor parte de investigación se ha referido al estudio de sesgos de memoria en depresión, la línea de estudios sobre sesgos atencionales ha presentado un aumento creciente de interés y de trabajos de investigación en los últimos años.

Como apuntábamos anteriormente, las nuevas aproximaciones al modelo cognitivo intentan explicar con mayor detalle el papel del estado de ánimo depresivo a lo largo del proceso. En efecto, las cogniciones negativas (ej.: recuerdos intrusos, sesgos atencionales, etc.) pueden tener un papel generador de estados de ánimo negativos que, si no son reparados eficazmente, pueden crear “espirales hacia abajo” (Beevers, 2005) realimentando esos procesos cognitivos y facilitando finalmente la aparición de trastornos depresivos. Esta idea, que aparece en la Figura 2 en forma de un bucle entre los sesgos cognitivos y un estado de ánimo disfórico, proviene inicialmente de los estudios de John Teasdale en los años 80, y permite además comprender la depresión mayor como parte extrema de un continuo de variaciones del estado de ánimo (Sanz y Vázquez, 1998) y no como algo cualitativamente diferente. Sin embargo, según Beevers (2005), existen determinados procesos reflexivos (o controlados) que tendrían como misión corregir el sesgo negativo generado. Según este autor, estos procesos controlados podrían no activarse adecuadamente en algunos casos favoreciendo una espiral depresiva. Por desgracia, la investigación sobre la relación entre la regulación del estado de ánimo y sesgos cognitivos en el contexto de la depresión es aún escasa aunque será una de las probables líneas de desarrollo futuro.

En el siguiente apartado nos centraremos en los tres tipos de sesgos más estudiados y contrastados empíricamente: sesgos de memoria, de atribuciones causales y atencionales.

3.5. Sesgos de memoria en la depresión

La relación entre estados afectivos y procesos de memoria es uno de los aspectos centrales de muchos modelos cognitivos de las emociones, y, más en particular de muchos modelos cognitivos de la depresión. Desde un punto de vista clínico, las quejas por problemas de memoria son un típico síntoma de la depresión.

Existe una extensa evidencia empírica sobre el hecho de que el rendimiento mnésico de los pacientes depresivos es peor que el de los normales y, más importante aún, como confirmó el meta-análisis de Matt, Vázquez y Campbell (1992), las personas con depresión tienen sesgos de memoria consistentes en recordar más información negativa que positiva. Además, recientemente se ha confirmado que la depresión está asociada a un *recuerdo autobiográfico sobregeneralizado* (es decir, una tendencia a recuperar de un modo vago y generalizado experiencias negativas de la propia vida: “mi vida ha sido muy mala”, “sólo he tenido sinsabores”, “nunca he disfrutado de nada”,...) (ver revisión de Williams et al., 2007). En efecto, Mackinger et al. (2000), utilizando una muestra de mujeres embarazadas, hallaron que la sobregeneralización de recuerdos personales generados predecía síntomas depresivos después del parto. Por otro lado, también se ha encontrado que este fenómeno de la sobregeneralización no sólo predice a largo plazo la presencia de un episodio depresivo, sino también un peor pronóstico del mismo y que se mantiene estable incluso cuando el episodio depresivo ha remitido (Brittlebank et al. 1993; Peeters et al. 2002; Gibbs y Rude, 2004; Kleim y Ehlers, 2008), lo que sugiere ser un potente marcador de vulnerabilidad a la recaída entre episodios. En este sentido, estudios realizados con participantes con historia de depresión han encontrado que el recuerdo autobiográfico se encuentra sobregeneralizado en comparación con participantes sin historia de depresión (Mackinger et al. 2000; Spinhoven et al. 2006).

3.6. Atribuciones causales en la depresión

Las teorías atribucionales han tenido un especial eco en la investigación de la depresión, y en especial la teoría de la indefensión aprendida y de la desesperanza (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). Según estas teorías, cuando alguien se encuentra

ante un suceso negativo intenta determinar por qué se ha producido y da explicaciones causales que, en algunos casos, parecen ser depresógenas (i.e., apelar a causas globales y estables para sucesos negativos).

En cuanto a la evidencia empírica los resultados obtenidos al comparar muestras de personas con y sin historia de depresión en relación al estilo atribucional han sido en general negativos al no encontrarse diferencias entre ellas. Por otra parte, a través de estudios longitudinales la evidencia ha sido mixta. En los casos en que se encontraron datos favorables se observó que los aumentos en sintomatología depresiva eran predecibles por la interacción entre el número o intensidad de acontecimientos negativos sucedidos y el estilo atribucional del participante. En algunos casos también se encontró la interacción de un tercer factor, una baja autoestima (ej. Abela, 2002).

También se han realizado estudios con diseños naturalistas a partir de estresores naturales como malas notas en los exámenes (ej. Vázquez et al. 2001) o el rechazo a la admisión a una universidad (ej. Abela, 2002). En general, los resultados validan un modelo según el cual los acontecimientos negativos generan más síntomas depresivos en las personas que presentan un estilo atribucional estable y global (Kwon y Laurenceau, 2002).

En los últimos años se ha generado una nueva línea de investigación que, más que evaluar el estilo atribucional como algo totalmente estable, enfatiza la capacidad de las personas para hacer diferentes atribuciones –internas o externas, estables o inestables, globales o específicas- dependiendo de las particularidades del acontecimiento. Estos procesos se refieren a la flexibilidad atribucional (Moor y Fresco, 2007). Particularmente, los estudios dentro del ámbito de la depresión se centran en evaluar el riesgo cognitivo a desarrollar un episodio depresivo a partir de la evaluación de la flexibilidad o la rigidez de las personas a la hora de atribuir las causas a los eventos (Fresco, Heimberg, Abramowitz, y

Bertram, 2006; Fresco, Williams y Nugent, 2006; Fresco, Rytwinky y Craighead, 2007). Estos estudios han encontrado que existe una elevada asociación entre eventos de vida negativos y subsiguientes síntomas depresivos en participantes con baja flexibilidad atribucional, pero no en participantes con elevada flexibilidad atribucional, lo que ha sugerido que este fenómeno podría ser un importante factor de vulnerabilidad al episodio depresivo. Por otro lado, también se ha observado que no es tanto el estilo atribucional como la flexibilidad atribucional lo que predeciría el desarrollo de sintomatología depresiva futura (Fresco, Rytwinky y Craighead, 2007). Posiblemente una posible explicación a este fenómeno sea que esta falta de flexibilidad puede hacernos menos capaces de generar múltiples perspectivas o soluciones a las situaciones negativas.

Además, Fresco, Heimberg, Abramowitz y Bertram (2006) observaron que, tras un procedimiento de inducción de estado de ánimo negativo, los participantes con historia de depresión mostraron una disminución significativa en su flexibilidad atribucional, cambio que no experimentaron los participantes sin historia de depresión. Estos resultados sugieren que en el afrontamiento de una situación negativa las personas con historia previa de depresión podrían experimentar descensos en su flexibilidad emocional y esto podría explicar su mayor tendencia a deprimirse.

3.7. Sesgos atencionales en la depresión

Los resultados sobre sesgos atencionales hacia información negativa no han sido tan concluyentes, en el caso de la depresión, como los obtenidos en tareas de memoria (ver Sanz y Vázquez, 1999). Parte del problema se debe a limitaciones metodológicas de los estudios y de las tareas utilizadas. Por ejemplo, algunas de las típicas tareas empleadas para evaluar atención selectiva hacia estímulos negativos, como el Stroop emocional, plantean

algunos problemas metodológicos, pues es una tarea en la que hay implicados un gran número de procesos cognitivos que intervienen y es difícil asegurar que se estén evaluando realmente sesgos atencionales (Williams, Mathews y MacLeod, 1996).

La evolución de la investigación sobre detección de sesgos atencionales en pacientes depresivos clínicos ha ido cambiando en tres ejes:

(a) Tipo de estímulos: el uso de palabras vs. caras en las tareas. En la actualidad se usan estímulos faciales más a menudo, puesto que con estos se han encontrado resultados más consistentes en población depresiva (ej. Bradley, Mogg y Millar, 2000; Gotlib, Krasnoperova, Neubauer y Joorman, 2004);

(b) Tiempo de exposición de estímulos. Actualmente, se tiende a emplear tiempos de exposición mayores (1000 ms vs 500 ms) para detectar sesgos de enganche a estímulos depresivos (Bradley, Mogg y Lee, 1997; Mogg, Millar y Bradley, 2000; Gotlib et al., 2004);

(c) Tipo de técnica para evaluar los sesgos: pasando de tareas indirectas como el dot probe (Gotlib, Krasnoperova, Neubauer y Joorman, 2004; Mogg, Millar y Bradley, 2000), a la evaluación directa del movimiento ocular a través de técnicas de seguimiento pupilar (Eizenman et al. 2003, Caseras, Garner, Bradley y Mogg, 2007).

Estudios recientes que han utilizado el paradigma dot-probe también han encontrado la presencia de sesgos atencionales en sujetos vulnerables a la depresión que no sufren actualmente un episodio depresivo. Por ejemplo, Joorman y Gotlib (2007), utilizaron una muestra de pacientes depresivos, sujetos con historia de depresión y sujetos nunca deprimidos. Los resultados mostraron que el grupo con historia pasada de depresión producía el mismo patrón de sesgo negativo y ausencia de sesgo positivo que el grupo

deprimido. Es decir, este tipo de procesamiento atencional parece no ser un tipo de síntoma exclusivo del episodio depresivo, sino más bien un marcador estable de los sujetos vulnerables a sufrir tales episodios. Por otro lado, también se ha encontrado este patrón de sesgos atencionales negativos, tras la inducción de estado de ánimo negativo, en chicas cuyas madres presentaban un trastorno depresivo (Joorman, Talbot y Gotlib, 2007). En definitiva, a pesar de la necesidad de un mayor refinamiento en los estudios sobre atención, los estudios realizados hasta ahora apuntan a la presencia de sesgos depresivos que incluso pueden tener un impacto en el desarrollo de posteriores episodios depresivos.

3.8. Estilo rumiativo

A partir de los años 90 han comenzado a surgir nuevas propuestas dentro del modelo cognitivo, que enfatizan los diferentes modos de procesamiento y el estilo de respuesta de la propia persona como elementos etiológicos de la patología depresiva. Dentro de ese ámbito se encuentran el estilo de respuesta rumiativo, y la supresión de pensamientos, a los que dedicamos los siguientes apartados.

Dentro de la teoría de los estilos de respuesta, Susan Nolen-Hoeksema (1991) propuso que aquellas personas que se sumergen en rumiaciones depresivas, es decir pensamientos recurrentes sobre sus primeros síntomas depresivos o sobre las posibles causas y consecuencias de los mismos, sufrirán durante más tiempo los efectos del estado de ánimo depresivo que aquellos que sean capaces de distraerse de los mismos.

Los efectos perjudiciales del estilo rumiativo han sido encontrados de forma consistente, tanto en la investigación longitudinal como en la experimental (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008). Estudios de laboratorio han observado que el estilo rumiativo aumenta las atribuciones negativas y globales, y la desesperanza hacia el

futuro (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1995), así como la accesibilidad de recuerdos negativos (Lyumbomirsky, Caldwell y Nolen-Hoeksema, 1998), el pesimismo y las interpretaciones negativas sesgadas (Lyubomirsky, Tucker, Caldwell y Berg, 1999). Además, reduce la efectividad de la solución de problemas (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1995) e incrementa la vulnerabilidad al desarrollo de sintomatología ansiosa (Nolen-Hoeksema, 2000).

Just y Alloy (1997) encontraron más tarde que personas con puntuaciones más altas en estilo rumiativo fueron más propensas a sufrir un episodio depresivo 18 meses después, lo cual ampliaba la teoría de forma que un estilo rumiativo, además de perpetuar el episodio depresivo, podía generar mayor vulnerabilidad a sufrirlo. Esto se ha replicado posteriormente en otros estudios longitudinales similares (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008).

Respecto a las diferencias de género, las investigaciones realizadas al respecto muestran que existe una mayor probabilidad en las mujeres de quedarse enganchadas en el pensamiento excesivo. Este dato junto a que las mujeres tienen el doble de probabilidades de deprimirse que los hombres, ha hecho plantearse que el estilo rumiativo podría ser uno de los factores que influyen el desarrollo de la depresión, como así ha sido demostrado (Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999).

Parece además, que el estilo rumiativo es un elemento necesario por el cual actúan los estilos disfuncionales de pensamiento. Un estudio longitudinal de 2.5 años de duración encontró que el estilo rumiativo mediaba la relación entre diversos factores de vulnerabilidad cognitiva y de personalidad y la aparición de nuevos casos de depresión a lo largo del tiempo (Spasojevic y Alloy, 2001). Además, en otro análisis proveniente del mismo proyecto de investigación se comprobó que los sujetos con un alto riesgo cognitivo

(definido por tener un estilo atribucional depresógeno y baja autoestima) y que *además* presentaban un estilo de pensamiento rumiativo, manifestaban un mayor riesgo de sufrir un episodio depresivo que el resto de los participantes.

Por tanto, teniendo en cuenta estos hallazgos encontrados, parece que tanto el contenido del pensamiento como un modo particular de procesamiento pueden ayudar a entender mejor la vulnerabilidad cognitiva (Robinson y Alloy, 2003).

Es de destacar que no se ha prestado tanta atención al estudio del origen de las respuestas rumiativas. La teoría inicial sugería que podría ser aprendido de figuras relevantes por modelado (Nolen-Hoeksema, 1991). Posteriormente, se consideró que la percepción de utilidad de estas respuestas en personas que tienden a rumiar, podría ser un mecanismo mantenedor de las mismas (Papageoriou y Wells, 2001; Watkins y Barcaia, 2001). Otros estudios han propuesto que el estilo rumiativo podría estar relacionado con la vulnerabilidad a la depresión a través de su relación con diferentes variables como el neuroticismo (Nolan, Roberts, y Gotlib, 1998; Roberts, Gilboa y Gotlib, 1998), la complejidad emocional - la tendencia a experimentar estados emocionales complejos - (Hervás y Vázquez, 2006) y la alta sensibilidad al castigo (Leen-Feldner et al., 2004).

Otra creciente línea de investigación en los últimos años es la que trata de relacionar el estilo rumiativo con diferentes sesgos en los procesos básicos de atención y memoria. Por un lado, como hemos comentado en un apartado anterior, se ha observado que los sujetos deprimidos muestran una tendencia a quedarse atencionalmente “enganchados” en el material negativo, una vez que este entra en el foco atencional, lo cual sugiere la existencia de una dificultad para inhibir este tipo de información. Diversos estudios han mostrado que el estilo rumiativo estaría vinculado a estas dificultades atencionales (ej.: Linville, 1996; Joorman, 2006). Por ejemplo, Joorman (2006) observó en una muestra de

pacientes deprimidos, que aquellos que tenían un mayor rasgo rumiativo, mostraban dificultades en inhibir la información negativa presentada (palabras), a través de una tarea de priming negativo (i.e. Negative Priming Task) mientras que los que puntuaban más bajo, no mostraban estos déficits. Por otro lado, también se ha observado que el estilo rumiativo estaría relacionado con un déficit para evocar recuerdos personales específicos, aspecto que ya se ha comentado anteriormente. Inicialmente, Mark Williams (1996), explicó este fenómeno en base a que la rumiación contribuye a bloquear el recuerdo de memorias específicas que pudieran ser dolorosas para algunas personas. De esta manera, este proceso sería reforzado negativamente por la evitación del afecto negativo, por lo que podría ser considerado como una estrategia de evitación cognitiva. La consecuencia del persistente uso de un estilo de recuerdo sobregeneralizado es un estilo de procesamiento rumiativo autofocalizado. Algunos estudios clínicos y experimentales han apoyado este modelo (Pennerbaker y Segal, 1999; Raes et al., 2006).

Recientemente se ha explicado a través del modelo del *estilo de procesamiento de la rumiación*, desarrollado por Ed. Watkins y sus colaboradores (ver Watkins et al., 2001). Este modelo se basa en la consideración que la rumiación es sólo un tipo de autoenfoco, que puede tener diferentes propiedades funcionales. En este sentido, existiría un autoenfoco adaptativo de tipo *experiencial o concreto*, que disminuiría la sobregeneralización del recuerdo autobiográfico, y que consistiría, por ejemplo, en focalizar la atención en las propias sensaciones físicas; y otro desadaptativo de tipo *analítico o abstracto*, que mantendría esta sobregeneralización, y que consistiría en focalizar en los propios sentimientos, buscando las causas e implicaciones de éstos. Estudios posteriores también han mostrado que este tipo de procesamiento además de influir en el grado de especificidad del recuerdo autobiográfico también lo hace en la

reactividad emocional después de un acontecimiento negativo. En este sentido Watkins, Moberly y Moulds (2008) realizaron un estudio experimental con una muestra de sujetos universitarios, a los que se les entrenaba en un estilo de procesamiento específico. En dicho estudio se encontró que, después de una inducción negativa del estado de ánimo, los sujetos asignados a la condición autoenfoco analítico, mostraron mayores niveles de estado de ánimo negativo (desánimo) y menores de estado de ánimo positivo (alegría) respecto al otro grupo (condición autoenfoco experiencial).

Esta consideración de un componente adaptativo y desadaptativo de la rumiación (ver también Trapnell y Campbell, 1999), corrobora estudios previos que consideran que la rumiación, se compone de un doble componente, uno adaptativo que consistiría en la tendencia a reflexionar (i.e. *Reflection*), y otro desadaptativo que consistiría en la tendencia a realizar reproches sobre uno mismo y las situaciones (i.e. *Brooding*). Aunque ambas estrategias producían un aumento en sintomatología depresiva a corto plazo, sólo el componente desadaptativo del estilo rumiativo predecía aumentos en sintomatología depresiva a largo plazo (Treyner, González y Nolen-Hoeksema, 2003; Siegle et al. 2004; Joorman, 2006; Joorman, Dkane y Gotlib, 2006). En una línea similar, Ingram, Miranda y Segal (1998) propusieron que el pensamiento continuado sobre un problema no supone siempre un proceso disfuncional, ya que puede conducir a nuevas soluciones de un problema; sin embargo, en personas con un auto-esquema negativo la rumiación perdería su posible función adaptativa por la pérdida de flexibilidad en el proceso.

3.9. Supresión de pensamientos

Otro tipo de investigaciones recientes sobre el funcionamiento cognitivo se centra en los intentos que pueden hacer las personas por eliminar pensamientos negativos. Este es

un aspecto interesante pues se plantea que el sujeto no está inerme ante su propia actividad mental sino que hace esfuerzos para regularla aunque a veces, como veremos, esos intentos pueden ser prematuros, incompletos, o incluso tener un efecto negativo (Vázquez, Hervás y Pérez-Sales, 2008). Por ejemplo, una extensa literatura empírica ha encontrado que los intentos voluntarios y esforzados por controlar pensamientos negativos pueden ser contraproducentes, produciendo un incremento en la accesibilidad de dicho pensamiento, especialmente en situaciones de alta demanda cognitiva (Wenzlaff y Wegner, 2000).

El primer hallazgo que se encontró sobre los efectos paradójicos de la supresión de pensamientos fue el experimento denominado “oso blanco” (i.e. white bear). En este estudio se observó que los participantes que no debían pensar en un oso blanco informaron en el periodo de tiempo siguiente de un mayor número de pensamientos sobre dicha imagen en comparación con los participantes que no recibieron dicha instrucción (Wegner et al. 1987).

Los estudios realizados con muestras depresivas son limitados, basándose la mayoría de ellos en poblaciones análogas como estudiantes disfóricos. En primer lugar se ha observado que los participantes más disfóricos así como los que presentan historia de depresión informan de mayores esfuerzos en suprimir pensamientos negativos no deseados, mostrando a la vez mayores dificultades en inhibirlos (ej. Wenzlaff y Eisenberg, 2001; Hernangómez, 2008). Estudios posteriores han mostrado que la tendencia a suprimir pensamientos aparecía asociada de forma longitudinal a un mayor grado de sintomatología depresiva aunque sólo en casos de alto estrés vital, sucediendo lo contrario -menor aumento de síntomas depresivos- cuando el estrés era bajo (Beevers y Meyer, 2004).

También se ha encontrado un vínculo entre la tendencia a suprimir pensamientos y el estilo rumiativo, algo paradójico dado que ambos procesos parecerían ir en dirección

opuesta. En un reciente estudio longitudinal se observó que, después de 10 semanas, los participantes con una mayor tendencia a suprimir pensamientos, y que además sufrían un alto nivel de estrés, experimentaron una mayor reacción rumiativa y mayor sintomatología depresiva (Wenzlaff y Luxton, 2003).

4. Conclusiones

En definitiva, en los últimos años ha habido un refinamiento de los modelos explicativos del origen de la depresión gracias a resultados de investigaciones clínicas, epidemiológicas y experimentales. En la figura 2 hemos querido reflejar un modelo más completo, donde se recogen los elementos más importantes y que mayor investigación empírica han generado en los últimos años, dentro del campo de la vulnerabilidad a la depresión. Como podemos observar en dicha figura, las experiencias tempranas tales como la educación, la pobreza, los modelos próximos, el abuso emocional y físico, y los estilos de apego inseguros, son capaces de generar una serie de estructuras cognitivas, llamados esquemas cognitivos, a través de los cuales se determina la forma de procesar la información. En esas formas de procesar se manifestarían los sesgos cognitivos, que según la teoría de Beck, se producirían en todas las fases de procesamiento: atención, memoria, atribuciones causales, de interpretación, etc. No obstante, para ello es necesario, por lo menos en los primeros episodios depresivos, una interacción con sucesos negativos o estresores, los cuales mantienen una relación bidireccional con la propia depresión. Por otro lado, la existencia de modos específicos de procesamiento de información, como las reacciones rumiativas, interactúan con los sesgos cognitivos, observándose que la rumiación suele aparecer como un factor mediador entre tales sesgos y la presencia de

sintomatología depresiva. Por último, encontramos que los intentos de las personas por suprimir estos pensamientos repetitivos negativos parecen ser estrategias ineficaces, puesto que, en vez de disminuir su presencia, lo que hacen es aumentarla. Todo este entramado de relaciones generaría un estado de ánimo negativo persistente y una visión negativa de uno mismo, del futuro y del mundo, denominada *triada cognitiva* precursora inmediata del episodio depresivo.

Por lo tanto, a partir de los recientes hallazgos obtenidos parece útil seguir avanzando en el mejor conocimiento de estos factores que juegan un papel importante en la etiología y mantenimiento del episodio depresivo, ya que no sólo nos permitirán una mejor comprensión del trastorno sino sobre todo, aportarán nuevas vías de intervención (Vázquez, Hervás y Hernangómez 2008). Mirando más hacia el futuro, este tipo de investigación nos permitirá desarrollar programas de prevención basados en estas evidencias, con el objetivo de remediar aquellos aspectos de vulnerabilidad cognitiva que demuestren tener un papel importante en el desarrollo de los primeros episodios depresivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J. R. Z. (2002). Depressive mood reactions to failure in the achievement domain: A test of the integration of the hopelessness and self-esteem theories of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 531–552.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S. y Bryson, H. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21-7.
- Alloy, L. B. y Abramson, L. Y. (1999). The Temple-Wisconsin cognitive vulnerability to depression (CVD) project: Conceptual background, design and methods. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 13, 227-262.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Grant, D. y Liu, R. (en prensa). En K. Salzinger y M. Serper (eds.), *Behavioral mechanisms for behavioral disorders and their treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper y Row.
- Beck, A. T., y Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-46.
- Beevers, C. (2005). Cognitive vulnerability to depression: A dual process model. *Clinical Psychology Review*, 25, 975-1002.
- Beevers, C. G. y Meyer, B. (2004). Thought suppression and depression risk. *Cognition and Emotion*, 18, 859-867.
- Bland, R. C. (1997). Epidemiology of affective disorders: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 367-377.
- Bradley, B .P., Mogg, K. y Lee, S. C. (1997) Attentional biases for negative information in induced and naturally occurring dysphoria. *Behaviour Research Therapy*, 35, 911-927.

- Bradley, B. P., Mogg, K. y Millar, N. (2000) Covert and overt orienting of attention to emotional faces in anxiety. *Cognition and Emotion*, 14, 789-808.
- Brittlebank, A. D., Scott, J., Williams, J. M. G. y Ferrier, I. N. (1993) Autobiographical memory in depression: State or trait marker? *British Journal of Psychiatry*, 162, 118-121.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. y Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Butler, A. C, Hokanson, J. E. y Flynn, H. A. (1994). A comparison of self-esteem lability and low trait self-esteem as vulnerability factors for depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 166-177.
- Cairney, J., Boyle, M., Offord, D. R. y Racine, Y. (2003). Stress, social support and depression in single and married mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 442-449.
- Caseras, X., Garner, M., Bradley, B. P. y Mogg, K. (2007). Biases in visual orienting to negative and positive scenes in dysphoria: An eye movement study. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 491-497.
- Clark, D. A., Beck, A. T. y Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Cuijpers, P., Van Lier, P. A., Van Straten, A. y Donker, M. (2005). Examining differential effects of psychological treatment of depressive disorder: An application of trajectory analyses. *Journal of Affective Disorders*, 89, 137-146.
- Dance, K. A. y Kuiper, N. A. (1987). Self-schemata, social roles, and a self-worth contingency model of depression. *Motivation and Emotion*, 11, 251-268

- De Raedt, R., Schacht, R., Franck, E. y De Houwer, J. (2006). Self-esteem and depression revisited: Implicit positive self-esteem in depressed patients? *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1017-1028.
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z. y Simons, A. (1999). Medications versus cognitive behavioral therapy for severely depressed outpatients: Mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1007-1013
- Dykman, B. M. y Johll, M. (1998). Dysfunctional attitudes and vulnerability to depressive symptoms: A 14-week longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, *22*, 337–352.
- Eizenman M, Yu L, Grupp L. A, Eizenman E, Ellenbogen M, Gemar M. y Levitan R. (2003). A naturalistic visual scanning approach to assess selective attention in major depressive disorder. *Psychiatric Research*, *118*, 117-28.
- Franck, E., De Raedt, R. y De Houwer, J. (2007). Implicit but not explicit self-esteem predicts future depressive symptomatology. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 2448-2455.
- Franck E., De Raedt, R. y De Houwer, J. (en prensa). Activation of latent negative self-schemas as cognitive vulnerability factor in depression: The potencial role of implicit self-esteem. *Cognition and Emotion*.
- Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Abramowitz, A. y Bertram, T. L. (2006). The effect of a negative mood priming challenge on dysfunctional attitudes, explanatory style, and explanatory flexibility. *British Journal of Clinical Psychology*, *45*, 167–183.
- Fresco, D. M., Rytwinsky, N. K. y Craighead, L. W. (2007). Explanatory flexibility and negative life events interact to predict depression symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *26*, 595-608.

- Fresco, D. M., Williams, N. L. y Nugent, N. R. (2006). Flexibility and negative affect: Examining the associations of explanatory flexibility and coping flexibility to each other and to depression and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 201-210.
- Garber, J. y Robinson, N. S. (1997). Cognitive vulnerability in children at risk for depression. *Cognition and Emotion*, 11, 619-635.
- Gemar, M. C., Segal, Z. V., Sagrati, S. y Kennedy, S. J. (2001). Mood-induced changes on the implicit association test in recovered depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 282-289.
- Gibbs, B. R. y Rude, S. S. (2004). Overgeneral autobiographical memory as depression vulnerability. *Cognitive Therapy y Research*, 28, 511-526.
- Gotlib, I. H. y Hammen, C. (1992). Psychological aspects of depression: toward a cognitive-interpersonal integration. New York: Wiley.
- Gotlib, I. H. y Hammen, C. (2002). (eds.), *Handbook of Depression*. New York: Guilford Press.
- Gotlib, I. H., Kasch, K. L., Traill, S., Joorman, J., Arnow, B. A. y Johnson, S.L. (2004). Coherence and specificity of information-processing biases in depression and social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 386-398.
- Gotlib, I. H., Krasnoperova, E., Neubauer, D. y Joorman, J. (2004). Attentional Biases for Negative Interpersonal Stimuli in Clinical Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 127-135
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 555-561.

- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 293-319.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Miller, N. y Haeffel, G. J. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of depression: examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 309-345.
- Harkness, K. L., Monroe, S. M., Simons, A. D. y Thase, M. E. (1999). The generation of life events in recurrent and non-recurrent depression. *Psychological Medicine, 29*, 135-144.
- Hayes, A. M., Harris, M. S. y Carver, C. S. (2004). Predictors of self-esteem variability. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 369–385.
- Hernangómez, L. (2009). *Procesos cognitivos en depresión: Relación entre sesgos atencionales, disforia y vulnerabilidad cognitiva*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada, 59*, 9-32.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D. y Salomon, R. M. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy versus medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry, 62*, 417–422.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O. y Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology, 57*, 285–315.

- Ingram, R. E., Miranda, J. y Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- Joorman, J. (2006). Differential effects of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: evidence from a negative priming task. *Cognitive Therapy Research, 30*, 149-160.
- Joorman, J., Dkane, M. y Gotlib, I. H. (2006). Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior Therapy, 37*, 269-280.
- Joormann, J. y Gotlib, I. H. (2007) Selective attention to emotional faces following recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 80-85.
- Joorman, J., Talbot, L. y Gotlib, I. H. (2007). Biased processing of emotional information in girls at risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 135-143.
- Just, N. y Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 221–229.
- Keller, M. C., Neale, M. C. y Kendler, K. S. (2007). Association of different adverse life events with distinct patterns of depressive symptoms. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1521–1529.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M. y Gardner, C. O. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the “kindling” hypothesis. *American Journal of Psychiatry 157*, 1243-1251.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M. y Gardner, C. O. (2001). Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression. *American Journal of Psychiatry, 158*, 582-586.

- Kernis, M. H., Whisenhunt, C. R., Waschull, S. B., Greenier, K. D., Berry, A. J. y Herlocker, C.E. (1998). Multiple facets of self-esteem and their relations to depressive symptoms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *24*, 657-668.
- Kessler, R. C., Zhao, S., Blazer, D. G. y Swartz, M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, *45*, 19-30.
- Kleim, B. y Ehlers, A. (2008). Reduced autobiographical memory specificity predicts depression and posttraumatic stress disorder after recent trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 231–242.
- Kuyken, W., Dalgleish, T. y Holden, E. (2007). Advances in cognitive-behaviour therapy for unipolar depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, *51*, 805-813.
- Kuyken, W., Watkins, E. R. y Beck, A. T. (2005). Cognitive-behavioural therapy for mood disorders. En G. Gabbard, J. Beck y J. Holmes (eds.), *Concise Oxford Textbook of Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Kwon, S. y Oei, T. P. S. (1992). Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognitive Therapy and Research*, *16*, 309–328.
- Kwon, P. y Laurenceau, J. (2002). A longitudinal study of the hopelessness theory of depression: Testing the diathesis-stress model within a differential reactivity framework. *Journal of Clinical Psychology*, *58*, 1305-1321.
- Leen-Feldner, E. W., Zvolensky, M. J., Feldner, M. T. y Lejuez, C. W. (2004). Behavioral inhibition: relation to negative emotion regulation and reactivity. *Personality and Individual Differences*, *36*, 1235-1247.

- Lewinsohn, P. M., Allen, N. B., Seeley, J. R. y Gotlib, I. H. (1999). First onset versus recurrence of depression: differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 483-489.
- Lewinsohn, P. M., Joiner, T. E., Jr. y Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 203-215.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M. y Rosenbaum, M. (1988). A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of abnormal Psychology, 97*, 251-264.
- Linville, P. (1996) Attention inhibition: Does it underlie ruminative thought? In R. S. Wyer (eds.), *Advances in social cognition*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Lorant, V., Deliege, D. y Eaton, W. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta analysis. *American Journal of Epidemiology, 157*, 98-112
- Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D. y Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on the retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 166-177.
- Lyubomirsky, S. y Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 176-190.
- Lyubomirsky, S., Tucker, K. L., Caldwell, N. D. y Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 1041-1060.
- Mackinger, H. F., Pachinger, M. M., Leibetseder, M. M. y Fartacek, R. R. (2000) Autobiographical memories in women remitted from major depression. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 331-334.

- Mathews, A. y MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 167-195.
- Matt, G., Vázquez, C. y Campbell, K. (1992). Mood congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 12*, 227-255.
- McGonagle, K. A. y Kessler, R. C. (1990). Chronic stress, acute stress and depressive symptoms. *American Journal of Community Psychology 18*, 681-706.
- Merrill, K. A., Tolbert, V. E. y Wade, W. A. (2003). Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 404-409.
- Mogg, K., Millar, N. y Bradley, B. (2000). Biases in eye movements to threatening facial expressions in generalized anxiety disorder and depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 695-704.
- Moor, M. y Fresco, D. M (2007). The relationship of explanatory flexibility to explanatory style. *Behavior Therapy, 38*, 325-332.
- Monroe, S. M., Slavich, G. M., Torres, L. D. y Gotlib, I. H. (2007). Major life events and major chronic difficulties are differentially associated with history of major depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 116-124.
- Nolan, S. A., Roberts, J. E. y Gotlib, I. H. (1998). Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 445-455.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Response to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 504-511.

- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. y Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, *77*, 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. W. y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, *3*, 88- 426.
- Nolen-Hoeksema, S., Wolfson, A., Mumme, D. y Guskin, K. (1995). Helplessness in children of depressed and nondepressed mothers. *Development Psychology*, *31*, 377-387.
- Papageorgiou, C. y Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, *32*, 13-26.
- Paykel, E. S. (2007). Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *10*, 131–136.
- Peeters, F., Wessel, I., Merckelbach, H. y Boon-Vermeeren, M. (2002). Autobiographical memory specificity and the course of major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *43*, 344-350.
- Pennebaker, J. W. y Segal, J. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, *55*, 1243-1254.
- Phillips, N. K., Hammen, C. L., Brennan, P. A., Najman, J. M. y Bor, W. (2005). Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *33*, 13-24.
- Radke-Yarrow, M., Belmont, B., Nottelmann, E. D. y Bottomly, L. (1990). Young children's self-conceptions: Origins in the natural discourse of depressed mothers and their children. En Cicchetti, D. y Beeghly, M. (eds.), *The self in transition:*

- Infancy to childhood*. The John, D. y Catherine T. M. foundation series on mental health and development. Chicago: University of Chicago Press.
- Radke-Yarrow, M., Cummings, E. M., Kuczynsky, L. y Chapman, M. (1985). Patterns of attachment in two and three years olds in normal families and families with parental depression. *Child Development*, *56*, 884-893.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G. y Eelen, P. (2006) Reduced autobiographical memory specificity and affect regulation. *Cognition and Emotion*, *20*, 402-429.
- Raghavan, C., Le, H. y Berenbaum, H. (2002). Predicting dysphoria and hostility using the diathesis-stress model of sociotropy and autonomy in a contextualized stress setting. *Cognitive Therapy and Research*, *26*, 231-244.
- Roberts, J. E., Gilboa, E. y Gotlib, I. H. (1998). Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. *Cognitive Therapy and Research*, *22*, 401-423.
- Roberts, J. E. y Gotlib, I. H. (1997). Temporal variability in global self-esteem and specific self-evaluation as prospective predictors of emotional distress: Specificity in predictors and outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, *65*, 521-529.
- Roberts, J. E. y Kassel, J. D. (1997). Labile self-esteem, life stress, and depressive symptoms: Prospective data testing a model of vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, *21*, 569-589.
- Roberts, J. E. y Monroe, S. M. (1999). Vulnerable self-esteem and social processes in depression: Toward an interpersonal model of self-esteem regulation. En T. Joiner, y J. Coyne (eds.), *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Robins, C. J., Bagby, R. M., Rector, N. A., Lynch, T. R. y Kennedy, S. H. (1997). Sociotropy, autonomy and patterns of symptoms in patients with major depression: A comparison of dimensional and categorical approaches. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 285-300.
- Robinson, M. S. y Alloy, L. B. (2003). Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 275-291.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1999). Atención selectiva y depresión: Una revisión crítica. *Ansiedad y Estrés*, 5, 191-216.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2008) Trastornos del estado del estado de ánimo. Teorías Psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de psicopatología (2ª ed.)*. Madrid: McGrawHill
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.
- Schröder-abe, M., Rudolph, A. y Schütz, A. (2007). Self-esteem discrepancies and defensive reactions to social feedback. *International Journal of Psychology*, 42, 174–183
- Schröder-abe, M., Rudolph, A., Wiesner, A. y Schütz, A. (2007). High implicit self-esteem is not necessarily advantageous: Discrepancies between explicit and implicit self-esteem and their relationship with anger expression and psychological health. *European Journal of Personality*, 21, 319-339.
- Segal, Z. V., Kennedy, M. D., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R. y Buis, T. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry*, 63, 749–755.

- Segal, Z. V., Williams, J. M., Teasdale, J. D. y Gemar, M. (1996). A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychological Medicine*, 26, 371-380.
- Siegle, G. J., Moore, P. M. y Thase, M. E. (2004). Rumination: One construct, many features in healthy individuals, depressed individuals, and individuals with lupus. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 645-668.
- Spasojevic, J. y Alloy, L. B. (2001) Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1, 25-37.
- Spinhoven, P., Bockting, C. L. H., Schene, A. H., Koeter, M. W. J., Wekking, E. M. y Williams, M. J. (2006). Autobiographical Memory in the Euthymic Phase of Recurrent Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 590–600
- Taylor, L. y Ingram, R. E. (1999). Cognitive reactivity and depressotypic information processing in children of depressed mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 202-210.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- Turner, R. J., Wheaton, B. y Lloyd, D. A, (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 104-125.
- Trapnell, P. D. y Campbell, J. D. (1999) Private self-consciousness and the five factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284-304.
- Treynor, W., Gonzalez, R. y Nolen-Hoeksema, S. (2003) Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247–259.

- Vázquez, C. y Hernangómez, L. (en prensa). Automatic and Controlled Processing in Depression. En R. Ingram (eds.), *International Encyclopedia of Depression*. New York: Springer.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Hernangómez, L. (2008). Recaídas y recurrencias: Nuevos modelos cognitivos explicativos. En J.L. Vázquez-Barquero (eds.), *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: Los trastornos depresivos*. Madrid: Elsevier.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Pérez-Sales (2008). Chronic thought suppression as a vulnerability factor to posttraumatic symptoms: data from the Madrid March 11, 2004 terrorist attack. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1326-1336.
- Vázquez, C., Jiménez, F., Saura, F. y Avia, M.D. (2001). The importance of “importance”: A longitudinal confirmation of the attributional-stress model of depression measuring the importance of the attributions and the impact of the stressor. *Personality and Individual Differences*, 31, 205-214.
- Watkins, E. y Baracaia, S. (2001). Why do people in dysphoric moods ruminate? *Personality and Individual Differences*, 30, 723-734.
- Watkins, E., Moberly, N. y Moulds, M. (2008). Processing mode causally influences emotional reactivity: distinct effects of abstract versus concrete construal on emotional response. *Emotion*, 8, 364–378.
- Watkins, E. y Teasdale, J. D. (2001). Rumination and overgeneral memory in depression: Effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 353-357.
- Wegner, D., Schneider, D. J., Carter, S.R. y White, T. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13

- Wenzel, A. y Rubin, D. R. (eds.) (2005). *Cognitive Methods and their application to clinical Research*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Wenzlaff, R. M. y Eisenberg, A. R. (2001). Mental control after dysphoria: Evidence of a suppressed, depressive bias. *Behavior Therapy*, 32, 27-45.
- Wenzlaff, R. M. y Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. En S. T. Fiske (eds.), *Annual Review of Psychology*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Wenzlaff, R.M. y Luxton, D.D. (2003) The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 293-308.
- Whisman, M. A. y Kwon, P. (1993). Life stress and dysphoria: The role of self-esteem and hopelessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1054-1060.
- Williams, J. M. G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In D. C. Rubin (eds.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, Raes, F., Watkins, Ed. y Dalgleish, T. (2007) Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122–148.
- Williams, J. M. G., Mathews, A. y MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120, 3-24.
- Zeigler-Hill, V. (2006). Discrepancies between implicit and explicit self-esteem: Implications for narcissism and self-esteem instability. *Journal of Personality*, 74, 119–143.

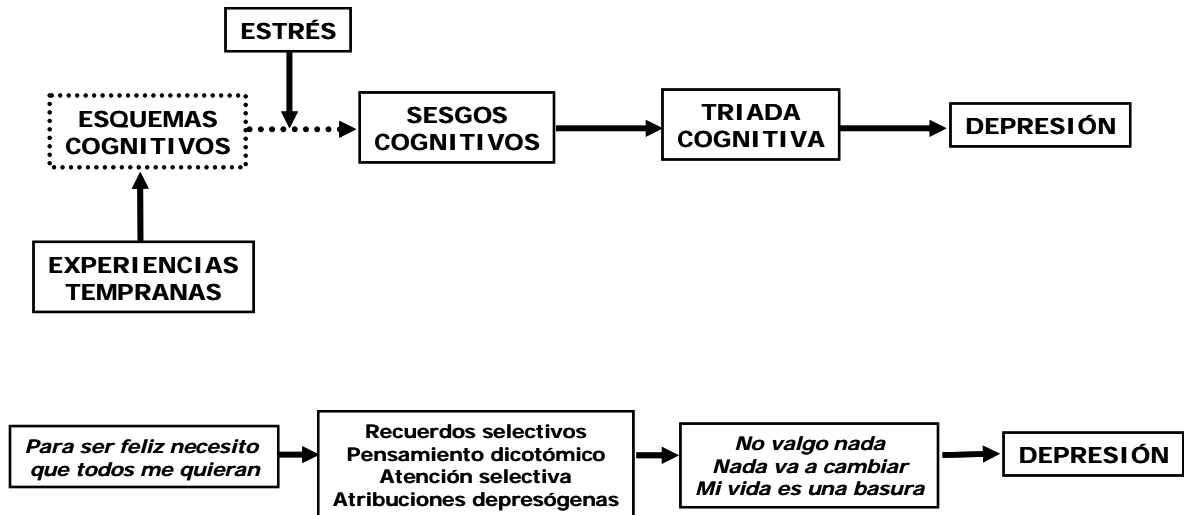


Figura 1. Modelo cognitivo estándar (Beck 1967, 1976)

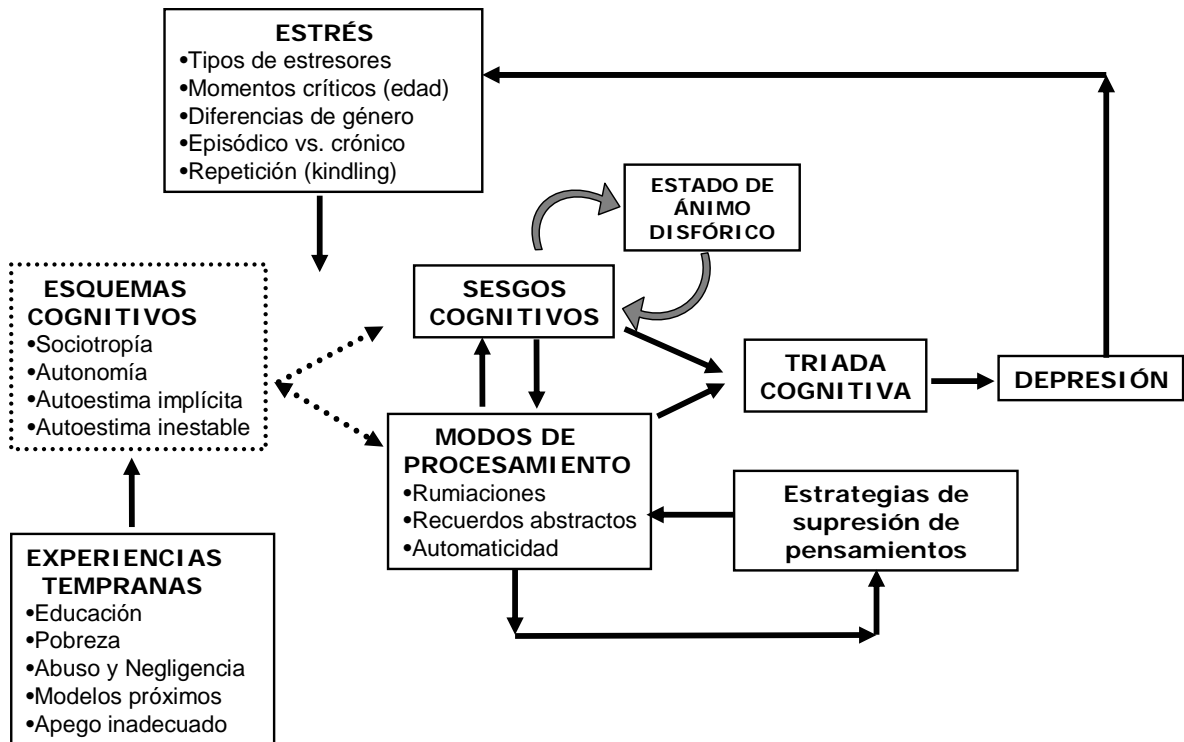


Figura 2. Nuevo modelo cognitivo basado en datos empíricos.