

Sanz, J. y Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), Manual de Psicopatología. Vol. 2. (pp. 341-378). Madrid: McGraw Hill. ISBN: 84-7986-000-6.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO: II. TEORIAS PSICOLOGICAS

Jesús Sanz

Department of Psychology

Yale University

Carmelo Vázquez

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica

Universidad Complutense de Madrid

Capítulo 19 del **Manual de Psicopatología** editado

por A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos para McGraw-Hill, Madrid

Dirección de Contacto:

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica

Universidad Complutense de Madrid

Campus de Somosaguas

28223 MADRID

Telf. 394-3131

Fax. 394-3189

E-mail: psper01@sis.ucm.es

INDICE DEL CAPITULO

I. INTRODUCCION

II. TEORIAS PSICODINAMICAS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

III. TEORIAS CONDUCTUALES DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

IV. TEORIAS COGNITIVAS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

A. TEORIAS DEL PROCESAMIENTO DE INFORMACION

1. Teoría de Beck

2. Hipótesis de la Activación Diferencial de Teasdale

B. TEORIAS COGNITIVO-SOCIALES

1. Teoría de la Indefensión Aprendida

2. Teoría Reformulada de la Indefensión Aprendida

3. Teoría de la Desesperanza

C. TEORIAS CONDUCTUALES-COGNITIVAS

1. Teoría del Autocontrol de Rehm

2. Teoría de la Autofocalización de Lewinsohn

V. TEORIAS INTERPERSONALES DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

VI. TEORIAS PSICOLOGICAS DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES

VII. CONCLUSIONES

VIII. RESUMEN DE ASPECTOS FUNDAMENTALES

IX. TERMINOS CLAVE

IX. LECTURAS RECOMENDADAS

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de este capítulo ha sido posible en parte gracias a la ayuda recibida del Ministerio de Educación y Ciencia en forma de una beca postdoctoral Fulbright concedida al primer autor y gracias a la Ayuda de Investigación No. 219/92 recibida de la Comunidad Autónoma de Madrid en el marco de su Plan Regional de Investigación y concedida al segundo autor.

I. INTRODUCCION

En el capítulo anterior hemos descrito lo que se entiende por trastornos del estado de ánimo y hemos examinado las características y síntomas de los cuadros que se agrupan bajo esta categoría. En este capítulo presentaremos algunas de las más importantes teorías psicológicas que se han propuesto para explicar dichos trastornos. Esta revisión no pretende ser exhaustiva ni en la enumeración ni en la presentación de las teorías y, por tanto, además de los trabajos originales se ofrecen referencias, en español cuando es posible, a las que remitimos al lector interesado en una exposición más detallada de los distintos tipos de modelos (véase, en parte, Vázquez y Sanz, 1991). Nuestro principal objetivo al escribir este capítulo es presentar las ideas básicas de las principales teorías psicológicas, para concluir con una visión breve y general de qué ideas, de los modelos presentados, consideramos que son más importantes para cualquier intento de explicación de los trastornos del estado de ánimo.

Aunque se han propuesto muchas teorías psicológicas para explicar los trastornos del estado de ánimo, la mayoría se han centrado en la explicación de los trastornos depresivos, a los que frecuentemente se alude con el término genérico de depresión, mientras que, por el contrario, apenas existen teorías sobre los trastornos bipolares, aquellos trastornos caracterizados por la presencia de episodios maníacos o hipomaníacos, episodios que genéricamente se agrupan bajo el término de manía.

Las teorías psicológicas propuestas difieren en muchos aspectos. Una distinción importante radica precisamente en los mismos conceptos de depresión y manía que se manejan. En parte, la variedad de teorías refleja la diversidad y complejidad con que se presentan los trastornos del estado de ánimo. Así, por ejemplo, diferentes teóricos enfatizan distintas dimensiones de la experiencia depresiva como cruciales en la explicación de los trastornos depresivos, mientras que ignoran otras. A este respecto, es importante tener en cuenta que lo que conocemos sobre los trastornos del estado de ánimo ha cambiado con el tiempo, de manera que teorías más antiguas pueden haber surgido de una base de conocimiento distinta de la que se dispone hoy en día. Así, las definiciones y características de lo que se entiende por depresión o por manía son fundamentales para evaluar la utilidad de cualquier perspectiva teórica.

La heterogeneidad y complejidad sintomática de los trastornos del estado de ánimo sugieren además distintas estrategias posibles para desarrollar un modelo teórico de tales trastornos, lo cual constituye un segundo aspecto en el cual difieren las diversas teorías psicológicas de los trastornos del estado de ánimo. Una estrategia es circunscribirse a un tipo particular de trastorno del estado de ánimo; esta estrategia ha sido quizás la más fructífera en las aproximaciones psiquiátricas y biomédicas. Otra estrategia es trabajar, por ejemplo, en una teoría de la depresión y entonces crear una nueva categoría de trastorno del estado de ánimo buscando personas que parecen ajustarse a las hipótesis causales derivadas de esa teoría. La reciente teoría de la Desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy (1989) parece adoptar esta estrategia. Una tercera estrategia es esencialmente ignorar hasta cierto punto la heterogeneidad con que se presenta, por ejemplo, la depresión y proceder con un análisis general de la conducta humana que se pueda aplicar fructíferamente a la comprensión general de todos los trastornos depresivos y de los elementos en común que comparten. Esta última estrategia ha sido sin duda la más popular entre las aproximaciones psicológicas, desde los primeros modelos conductuales hasta, por ejemplo, las más recientes teorías basadas en los modelos cibernéticos de autorregulación de la conducta [e.g., la teoría de la depresión propuestas por Pyszczynski y Greenberg (1987, 1993), conocida como teoría de la Perseveración Autorregulatoria, o la propuesta por Hyland (1987), denominada teoría del Autocontrol].

Un tercer aspecto en el cual se diferencian las distintas teorías de los trastornos del estado de ánimo es en el paradigma o enfoque teórico general en el cual asientan sus explicaciones. En los años 60, la teoría e investigación sobre los aspectos psicológicos de los trastornos del estado de ánimo era escasa. El campo de dichos trastornos estaba en manos de la Psiquiatría donde imperaban modelos biológicos o los enfoques psicodinámicos, o ambos. Cuando los desarrollos en la clasificación diagnóstica por un lado y en el tratamiento psicofarmacológico por otro contribuyeron a la identificación y tratamiento de un grupo extremadamente amplio de personas con trastornos del estado de ánimo y, especialmente, con trastornos depresivos (iniciando lo que se ha denominado la "era de la depresión"), la Psicología estaba asistiendo a la aplicación cada vez más decidida y creciente de las teorías del aprendizaje a formas más complejas de disfunción psicológica. De ahí que, a finales de los 60, los pocos psicólogos que estudiaban la depresión ofrecieran modelos conductuales (e.g., Ferster, Lazarus, Lewinsohn). Sin embargo, en los 70, el número de psicólogos interesados en la

depresión aumentó espectacularmente debido a la aparición de las teorías cognitivas de Beck y Seligman, aparición que reflejaba el resurgimiento general de la cognición en la Psicología, la denominada "revolución cognitiva". La mayoría de los psicólogos que durante esos años empezaron a adoptar aproximaciones cognitivas a la depresión se habían formado en los principios conductuales y en la aplicación de tales principios a los trastornos fóbicos, trastornos sobre los cuales se había iniciado y desarrollado la terapia de conducta. No obstante, la disociación creciente entre psicología básica y terapia de conducta que se dio durante los años sesenta y setenta propició que cuando se abordaron los trastornos depresivos, mucho más complejos que los trastornos fóbicos y que precisaban el uso de variables cognitivas, se utilizasen constructos con escasa fundamentación teórica (e.g., creencias irracionales, distorsiones cognitivas), alejados del significado que tenían en la psicología experimental y, en concreto, en la psicología del procesamiento de información, y justificados más por la experiencia clínica que por su base teórica. En parte como reacción a esta disociación entre psicología básica y clínica, durante los años 80 buena parte de la investigación psicológica en depresión se centró en tratar de asentar los constructos cognitivos "clínicos" sobre la base metodológica y teórica de la psicología del procesamiento de información. El final de los 80 y los primeros años de los 90 se han caracterizado por la aparición de teorías que tratan de integrar conceptos seleccionados de las teorías cognitivas y conductuales. Así, hay un renovado interés en conceptos conductuales como el funcionamiento social de las personas deprimidas o sus habilidades para afrontar y resolver situaciones estresantes, elementos que las aproximaciones cognitivas habían en cierta medida ignorado, pero que ahora se plantean como producto de las transacciones continuas entre dichas personas y el ambiente mediatizados o moderados por variables cognitivas.

II. TEORIAS PSICODINAMICAS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Las primeras formulaciones psicológicas sobre los trastornos depresivos provinieron del psicoanálisis. Ya en 1893, Freud había propuesto algunas hipótesis sobre la melancolía, pero fue su discípulo Karl Abraham (1911, 1924) el primero en articular una teoría psicodinámica de la depresión. Al elaborar esta teoría, Abraham se vio influido por la teoría freudiana del desarrollo psicosexual y por su propia experiencia clínica en la que apreció, primero, que existía una fuerte

relación entre depresión y obsesión (fundamentada, según Abraham, en la profunda ambivalencia amor-odio que se da en ambos trastornos); segundo, que el comienzo de una depresión frecuentemente estaba asociado al sufrimiento de un desengaño amoroso, y, tercero, que muchos depresivos recurrían a la ingesta de líquidos o alimentos para evitar o superar la depresión.

Abraham concibió la depresión como una exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral, es decir, como una tendencia exagerada a experimentar placer por medio de la gratificación oral, lo que conducía a una intensificación de las necesidades y, por tanto, de las frustraciones asociadas con los actos de chupar, beber, comer, besar, etc. Cuando la persona depresiva experimenta repetidas frustraciones relacionadas con los objetos de sus deseos libidinales, típicamente los padres, en la fase preedípica (antes de la resolución de sus deseos edípicos hacia uno de los padres y de su rivalidad con el otro), se produce una asociación permanente de los sentimientos libidinales con deseos destructivos hostiles. Cuando en su vida posterior se repiten tales frustraciones o desengaños amorosos, la persona depresiva vuelve su cólera hacia el objeto amado y, puesto que hay una especial fijación en el nivel oral, el depresivo busca destruir el objeto incorporándolo, interiorizándolo, con lo que la cólera se dirige en última instancia hacia el Yo. En este sentido, Abraham concibió la pérdida de apetito que frecuentemente forma parte del síndrome depresivo como una defensa del paciente contra sus deseos hostiles de incorporar el objeto de amor.

En su clásico trabajo de 1917 ("Duelo y Melancolía"), Sigmund Freud unió las hipótesis de Abraham a sus propias conceptualizaciones sobre el fenómeno depresivo para constituir lo que sería el núcleo del modelo psicodinámico de la depresión. En ese trabajo, Freud diferenció las reacciones depresivas normales ("melancolía") de aquellas reacciones depresivas debidas a la pérdida de un ser querido ("duelo"). Ambas serían respuestas a la pérdida de algo o alguien a quien se ha amado, y ambas incluirían los siguientes síntomas: tristeza acompañada de dolor profundo, falta de interés por el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad. Sin embargo, a diferencia del duelo, la melancolía se caracterizaría además por una disminución extraordinaria de la autoestima, dando lugar a excesivos autorreproches y a expectativas irracionales de castigo inminente, y también se caracterizaría por la vaga noción que tiene el melancólico de la naturaleza de su pérdida siendo incapaz de reconocer la causa de su tristeza.

En cuanto a la etiología, Freud comparte en lo esencial la propuesta de Abraham aunque, en su intento por comprender la pérdida de la autoestima que se da en la melancolía, enfatiza la regresión de la libido y la identificación narcisista del yo con el objeto. Así, para minimizar el impacto de la pérdida del objeto amado, el niño, según Freud, interioriza una representación de ese objeto, lo introyecta. Como consecuencia, la ira dirigida hacia el objeto perdido es ahora dirigida hacia una parte del propio Yo del niño, predisponiéndole a futuros episodios depresivos caracterizados sobre todo por constantes autorreproches. A pesar de que la mayor parte de los psicoanalistas posteriores (Rado, Fenichel, Bibring, Klein, etc.) asumieron esta primera formulación freudiana de la ira interiorizada como el esquema interpretativo básico de la depresión, lo cierto es que Freud en sus últimos escritos interpretaba la depresión sencillamente como la existencia de un Superyo excesivamente exigente, es decir, de un excesivo sentido del deber y la obligación que crea una gran cantidad de sentimientos de culpa (Bemporad, 1985).

Los autores psicodinámicos posteriores han reflejado en sus concepciones de la depresión la evolución de la teoría psicoanalítica en general. El impacto del modelo estructural del psicoanálisis (Ello/Yo/Superyo) y de la psicología del Yo llevaron en un primer momento a ampliar el concepto de oralidad en la depresión, y, posteriormente, a centrar los modelos del trastorno en el papel de la autoestima y los determinantes de ésta (Bibring, Gero, Jacobson, Rado). Puesto que la fase oral implica la satisfacción pasiva de las necesidades (el bebé tiene a otras personas que lo alimentan, bañan, acunan, etc.), una fijación a nivel oral facilitaría la dependencia emocional. Se postuló, pues, que debido a algún trauma infantil, las personas depresivas tenían una fijación oral y, por tanto, una autoestima excesivamente dependiente de los demás. La teoría de las relaciones objetales señaló como esa autoestima o "estado ideal de bienestar" venía determinado no tanto por un trauma o una serie de traumas o fracasos, sino por la cualidad de las relaciones madre-hijo en los primeros años de vida (e.g., Bowlby, Gero, Grinberg, Kernberg, Melanie Klein, Sandler). La tradición neofreudiana y la influencia de las aproximaciones cognitivas han significado la inclusión de determinantes socioculturales y de factores cognitivos (e.g., Arieti, Blatt, Bemporad, Bowlby). Finalmente, el impacto de los modelos biológicos ha supuesto (e.g., Basch, Wolpert) la recuperación de la vieja idea de Freud de que algunas formas de melancolía son somáticas e incluso que en las formas psicógenas

algunas características son también de naturaleza somática (e.g., las oscilaciones diurnas del estado de ánimo).

En líneas generales, las teorías psicoanalíticas más recientes afirman que las personas depresivas serían aquellas que, desde pequeñas y debido a la pérdida de un "objeto" amado por separación, muerte o rechazo, se han vuelto muy sensibles a la sensación de abandono o pérdida, sea real o imaginaria. Estos objetos amados son personas significativas en la vida de los niños, usualmente los padres, y más frecuentemente la madre. Esas pérdidas tempranas han hecho que su autoestima, su autovaloración, dependa excesivamente de la aprobación y el afecto de los demás, de tal modo que se ven incapaces de superar la frustración cuando por cualquier circunstancia son rechazados, criticados, o abandonados. Así, las pérdidas en la infancia sirven como un factor de vulnerabilidad, de diátesis, que más tarde, en la edad adulta, conducen a la depresión si el individuo experimenta una nueva pérdida, sea real o simbólica (e.g., una persona depresiva puede interpretar una crítica de su pareja como una total falta de amor). Sin embargo, esta apretada síntesis no hace justicia a las peculiaridades y complejidades de los distintos acercamientos psicodinámicos (cf. para una revisión el excelente libro de Mendelson, 1974).

Es importante indicar que, al igual que con buena parte de los conceptos y teorías psicoanalíticas, resulta muy difícil someter a pruebas empíricas contrastadas algunas de sus hipótesis sobre la depresión, especialmente las que tienen que ver con las teorías clásicas. Este es el caso, por ejemplo, de los mecanismos psicológicos que, en este último tipo de teorías psicoanalíticas, supuestamente originaron la vulnerabilidad a la depresión como resultado de pérdidas tempranas del objeto amado, a saber, la asociación inconsciente de deseos libidinales y destructivos y la posterior interiorización de estos últimos como consecuencia de la introyección del objeto amado. La comprobación empírica de tales mecanismos presenta grandes dificultades metodológicas ya que además de ser inconscientes, tienen lugar durante la infancia, aunque, bien es cierto, que no a edades muy tempranas. Efectivamente, los procesos de introyección de representaciones objetales requieren la presencia de estructuras intrapsíquicas relativamente bien desarrolladas y, consecuentemente, los teóricos psicodinámicos más tradicionales piensan que la depresión no es un fenómeno que aparezca en niños pequeños.

Además de a las dificultades metodológicas, la demostración de algunas hipótesis de las teorías psicodinámicas clásicas de la depresión se enfrenta a problemas muchos más serios de irrefutabilidad y, por tanto, de imposibilidad de la propia comprobación empírica. Por ejemplo, respecto a la hipótesis de la ira interiorizada, se podría examinar los sueños de los pacientes depresivos en cuanto a la presencia o ausencia de contenido manifiesto relacionado con la hostilidad (algunos estudios en esta línea pueden verse en Beck, 1967), pero sea cual fuera el resultado de esta investigación, los datos siempre confirmarían la teoría. Efectivamente, suponiendo que se encontrara que los sueños de las personas deprimidas no presentan contenidos hostiles y, por tanto, se refutara inicialmente la hipótesis, cualquier teórico psicoanalista podría argumentar que este hallazgo en realidad confirmaría la hipótesis ya que demostraría la operación de ciertos mecanismos de defensa que, incluso en sueños, impiden que el contenido verdadero de los sueños, la hostilidad, aparezca. Así, muchas de las hipótesis de las teorías psicoanalíticas clásicas son inherentemente irrefutables y, por tanto, no se pueden comprobar empíricamente.

Para acabar, señalar que, como se verá más adelante, la reciente formulación psicoanalítica de la depresión en términos de diátesis-estrés es una característica que compartirán muchas otras teorías psicológicas. Es más, los puntos en común que guardan las recientes teorías psicodinámicas de la depresión con otro tipo de teorías de base conceptual distinta son numerosos, especialmente en relación con las teorías de corte cognitivo, haciendo más factible ahora la convergencia de las diferentes teorías psicológicas de la depresión. Por ejemplo, diferentes teóricos psicodinámicos, tales como Blatt (1974), Bowlby (1980), Arieti y Bemporad (1980), han postulado la existencia de al menos dos tipos diferentes de depresión. Los individuos que experimentan el primer tipo de depresión, conocida como anaclítica, dominada por el otro o dependiente, están fundamentalmente preocupados por las relaciones interpersonales, mostrando una excesiva dependencia de ellas, y manifiestan una sintomatología caracterizada por los sentimientos de soledad, indefensión, abandono, pérdida y falta de amor. Las personas que experimentan el segundo tipo de depresión, denominada introyectiva, dominada por las metas o autocrítica, están principalmente preocupados por cuestiones de logro, autodefinición, autovalía, se autocriticán excesivamente y manifiestan una gran cantidad de sentimientos de culpa, de fracaso e inutilidad. Como se verá más adelante, ambos tipos de depresión también han sido postulados en las teorías cognitivas, especialmente en la de Beck

(1983). Aunque existen discrepancias entre los propios teóricos psicoanalíticos, y entre estos y los cognitivos, en cuanto a los factores y procesos etiológicos concretos, al menos todos ellos coinciden a nivel descriptivo en diferenciar esos dos tipos de depresión. Es más, todos ellos asumen que tales diferencias están basadas en los distintos tipos de experiencias vitales que, bien como causas próximas o como causas distantes (más remotas en el tiempo), han conducido a los individuos a su estado depresivo; en el primer caso, conflictos en las relaciones interpersonales, en el segundo, sucesos que han amenazado su autoestima.

Asimismo, todos estos autores coinciden en señalar ciertos patrones de pensamiento e interpretación de los acontecimientos, ciertas "estructuras cognitivo-afectivas", que influyen en el desarrollo de la personalidad y son instrumentales en causar y mantener la depresión (para una revisión más extensa de las similitudes y diferencias entre estas teorías psicoanalíticas y la teoría cognitiva de Beck, véase Blatt y Maroudas, 1992).

II. TEORIAS CONDUCTUALES DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Los enfoques conductuales de los trastornos depresivos comparten una misma base teórica en las teorías del aprendizaje, en especial en el condicionamiento operante. Con ligeras matizaciones, las teorías conductuales enfatizan la idea original de Skinner (1953) de que la principal característica de la depresión es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas.

Charles Ferster (1965, 1973) fue uno de los primeros psicólogos que estudiaron el fenómeno depresivo dentro de un marco clínico/experimental y todos los enfoques conductuales parten invariablemente de sus trabajos. Según Ferster, la principal característica de la depresión es la reducida frecuencia de conductas reforzadas positivamente que sirven para controlar el medio (e.g., reducción drástica de los contactos sociales o de la actividad profesional) mientras que, por el contrario, se produce un exceso de conductas de evitación o escape ante estímulos aversivos (e.g., a muchos pacientes depresivos les cuesta mucho levantarse por las mañanas para enfrentarse a sus tareas cotidianas, y suelen permanecer en la cama casi todo el día). Todo proceso que explique estos cambios en la frecuencia conductual podría constituir una causa contribuyente distante de la

depresión. En concreto, Ferster señala los siguientes cuatro procesos que aislados o en combinación podrían explicar la patología depresiva:

(a) Cambios inesperados, súbitos y rápidos en el medio que supongan pérdidas de fuentes de refuerzos o de estímulos discriminativos importantes para el individuo. Por ejemplo, la ruptura de un noviazgo provoca muchas veces la aparición de un estado depresivo. Primero, porque la pareja supone una fuente importante y central de reforzamiento, pero, además, porque alrededor de la pareja suele estar organizada buena parte de la vida de la otra persona, de forma que muchas de sus conductas están asociadas o encadenadas a esa fuente de reforzamiento. Desde la perspectiva conductual, esta asociación explicaría por qué en la depresión, tras la pérdida de una única fuente de reforzamiento (e.g., la pareja), se produce una generalización de efectos a conductas y dominios no relacionados con esa fuente (e.g., pérdida de apetito, de interés en el sexo, aislamiento social). En este ejemplo, si la persona deprimida ya no va al cine o no sale a tomar un café, actividades que antes le resultaban placenteras, es porque antes solía ir con su pareja y, tras la ruptura, esa fuente de reforzamiento ha desaparecido. La conducta de ir al cine o ir a tomar un café siguen en el repertorio conductual del individuo, pero la ausencia de la pareja ha reducido su frecuencia a cero; para Ferster, la pareja estaría funcionando como un estímulo discriminativo cuya presencia o ausencia indica al sujeto la presencia o ausencia de refuerzo y, por tanto, aumenta o reduce la frecuencia de la conducta.

(b) Programas de refuerzo de gran coste, que requieren grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio. Por ejemplo, las personas que estudian una oposición deben dedicar muchas horas diarias de esfuerzo, durante largos períodos de tiempo, y sin ninguna indicación de éxito o refuerzo antes del día del examen. En tales condiciones, es posible ver un estado de abulia en el cual el opositor es incapaz de ponerse a estudiar para el segundo examen una vez que ha finalizado el primero.

(c) Imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales debido al surgimiento de espirales patológicas en los que una baja tasa de refuerzos positivos provoca una reducción de conductas lo que supone a su vez una mala adaptación al medio y, por ende, un menor número de refuerzos positivos que a su vez produciría una nueva reducción conductual. Por ejemplo, es frecuente la aparición de estados depresivos asociados a falta de refuerzo social entre los estudiantes que se

encuentran en países extranjeros. Estos estudiantes tienen que hacer frente, para poder establecer relaciones personales, al choque cultural producto de un idioma y cultura diferentes. Si los primeros contactos con los estudiantes del otro país no son muy positivos, el individuo puede optar por evitar tales contactos. Esta conducta de evitación aumenta la probabilidad de que en posteriores encuentros sociales el individuo reciba menos refuerzos sociales, ya que sus compañeros extranjeros pueden, por ejemplo, sentirse molestos por su retraimiento, pero, además, entorpece el desarrollo por parte del individuo de las habilidades necesarias para comunicarse con sus nuevos compañeros; a su vez, todo esto llevaría a la persona a evitar en mayor medida cualquier interacción social.

(d) Repertorios de observación limitados que llevarían a los depresivos a distorsionar la realidad y a conductas que son reforzadas en pocas ocasiones. Siguiendo con el ejemplo del estudiante en el extranjero, parece obvio que el proceso de adaptación a sus nuevos compañeros pasa por observar correctamente y aprender las convenciones sociales del país, para así no emitir conductas que en este nuevo ambiente no obtienen refuerzos positivos (e.g., la impuntualidad en las citas con los amigos es castigada socialmente de forma mucho más severa en países como EE.UU. que en España; por el contrario, ese mismo sentido del tiempo y de la puntualidad típico de los EE.UU. hace que, para los españoles, los estadounidenses parece que "siempre están con prisa", y tal cosa los haga parecer bruscos).

Por otro lado, Ferster (1973) opinaba que muchas de las conductas depresivas permitían al individuo evitar los estímulos aversivos o las situaciones desagradables en que podría esperar una nueva reducción de refuerzos positivos, de tal manera que tales conductas se mantienen por reforzamiento negativo (e.g., este proceso parece operar en el mantenimiento de la conducta de permanecer en la cama que se comentó antes).

Siguiendo la línea marcada por Ferster, Peter Lewinsohn ha desarrollado sin duda el programa de investigación más completo dentro del enfoque conductual para elaborar una teoría coherente de la depresión que poder aplicar a la práctica clínica (Lewinsohn, 1974, 1976). Para Lewinsohn, la depresión es una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta. Un reforzamiento insuficiente en los principales dominios vitales de una persona conduciría a un estado de ánimo deprimido y a una reducción en el número de conductas, los cuales según Lewinsohn son los fenómenos primarios de la depresión. Otros síntomas de la depresión tales

como la baja autoestima y la desesperanza serían la consecuencia lógica de la reducción en el nivel de actividad. Por tanto, la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta constituiría para Lewinsohn la causa suficiente de la depresión que, a su vez, podría deberse a la ocurrencia de los siguientes factores aislados o en combinación: (a) un ambiente que no proporciona el reforzamiento suficiente; (b) falta de habilidades sociales para obtener reforzamiento de un ambiente dado, y (c) incapacidad de disfrutar de los reforzadores disponibles debido a que el sujeto presenta altos niveles de ansiedad social que, al interferir con la puesta en marcha de sus habilidades sociales, le impiden acceder a los refuerzos sociales.

Finalmente, Lewinsohn señalaba ciertos factores mantenedores de la depresión a corto y a largo plazo. A corto plazo, la conducta depresiva se mantendría al provocar refuerzo social positivo por parte de las personas de su entorno en forma de simpatía, atención, apoyo y afecto. Pero, a largo plazo, la conducta depresiva llegaría a ser aversiva para esas otras personas, las cuales empezarían a evitar al individuo deprimido. El reforzamiento se vería así reducido y se establecería una espiral patológica que exacerbaría o mantendría en el tiempo la sintomatología depresiva.

A diferencia de sus predecesores, Charles Costello (1972) apuntaba que el rasgo más característico de las personas deprimidas es la pérdida de interés general por el medio que les rodea (e.g., pérdida de apetito, del deseo sexual o del interés en sus aficiones favoritas). Esta característica se explica por una pérdida general de la efectividad de los reforzadores que constituye, pues, la causa suficiente y necesaria de la depresión. Según Costello, los siguientes dos factores, aislados o en combinación, serían los principales responsables de esa pérdida general de efectividad de los reforzadores: (a) cambios endógenos bioquímicos y neurofisiológicos, y (b) la pérdida de uno o varios de los estímulos condicionados o estímulos discriminativos de una cadena conductual, bajo el supuesto de que la efectividad de los reforzadores de una cadena conductual está supeditada a la realización completa de dicha cadena conductual. Sin embargo, cualquier otro factor que conduzca a la pérdida de efectividad de los reforzadores podría contribuir a la aparición de un episodio depresivo (por ejemplo, las situaciones especificadas por Ferster o Lewinsohn).

III. TEORIAS COGNITIVAS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

De manera general, las teorías cognitivas de los trastornos depresivos comparten el mismo supuesto básico: ciertos procesos cognitivos juegan un papel fundamental en el inicio, el curso y/o la remisión de la depresión. Siguiendo a Ingram y Wisnicki (1990), se pueden delimitar tres clases de teorías cognitivas de la depresión que responden, principalmente, a los antecedentes conceptuales de las cuales derivan, pero que reflejan también diferentes supuestos cognitivos, el uso de fuentes diferentes de datos y un interés por unidades cognitivas de análisis distintas. Estos tres tipos de teorías son: las teorías del Procesamiento de Información, las teorías Cognitivo-Sociales y las teorías Conductuales-Cognitivas.

A. TEORIAS DEL PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Estas teorías se inspiran en el paradigma del procesamiento de información y utilizan constructos teóricos derivados de la psicología experimental cognitiva como elementos centrales en su conceptualización de la depresión. Todas estas teorías se adscriben a la metáfora del hombre como sistema de procesamiento de la información: en un entorno continuamente cambiante que demanda capacidades adaptativas, el individuo construye activamente la realidad mediante la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de la información presente en el medio. La información sobre sí mismo y sobre el mundo experimenta transformaciones cognitivas y afecta a las respuestas tanto emocionales como conductuales del propio sujeto, produciéndose una interdependencia entre cognición, emoción y conducta.

La teoría más conocida de esta categoría es el propuesto por Aaron Beck. Partiendo de su experiencia clínica, Beck ha ido desarrollando una teoría que acoge completamente los supuestos teóricos y la metodología del paradigma del procesamiento de información (Beck y Clark, 1988). Términos como "esquemas", "activación", "pensamientos automáticos" o "sesgos atencionales", son comunes a los dos ámbitos aunque haya cierta distancia entre el significado clínico y el estrictamente experimental.

1. Teoría de Beck

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Tras un suceso que supone una pérdida o un fracaso, la retirada temporal de toda involucración emocional o conductual, con la consiguiente conservación de energía, tiene un valor de supervivencia. Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, de su propio mundo o experiencia personal y del futuro. Esta tríada resulta en una retirada persistente del entorno, una persistencia que resta todo valor adaptativo a la conducta de retirada.

Ese procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la depresión conduce, según Beck, al resto de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan al trastorno. Sin embargo, este tipo de procesamiento, al igual que los demás síntomas, puede ser el producto de muchos factores y, así, en la etiología de la depresión pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos. Cualquiera que sea la etiología, sin embargo este tipo de procesamiento distorsionado o sesgado es una parte intrínseca del síndrome depresivo y funciona como factor de mantenimiento de la depresión. Como aparece recogido en la Figura 1, la teoría de Beck concibe el procesamiento distorsionado de la información que aparece en la depresión como un factor próximo (aunque no único) de desencadenamiento y mantenimiento de los restantes síntomas depresivos.

Colóquese aquí la Figura 1

Entre todas las posibles causas distantes que pueden provocar ese procesamiento distorsionado o sesgado de información (e.g., ciertas enfermedades físicas, predisposiciones hereditarias o traumas evolutivos), la teoría cognitiva de Beck afirma que en muchos casos de depresión no endógena, la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores: (a) la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; (b) una alta valoración subjetiva de la

importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo, y (c) la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo.

Beck usa el formalismo de los esquemas para explicar cómo las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan al procesamiento de la información. Para Beck, "los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior" (p. 382, Clark y Beck, 1988). Estas estructuras cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del entorno. Los estímulos consistentes con los esquemas se elaboran y codifican, mientras que la información inconsistente se ignora y olvida. Este procesamiento de "arriba-abajo" de carácter simplificador sacrifica una eventual pérdida de información o una distorsión de la misma en aras de un principio de "economía cognitiva". En el caso de los esquemas disfuncionales, el resultado de ese proceso simplificador es un procesamiento desadaptativamente distorsionado de la información y una ulterior interpretación desadaptativamente sesgada de la realidad.

Los esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información en los individuos depresivos, los esquemas disfuncionales depresógenos, se diferencian de los esquemas de los sujetos normales tanto en su estructura como en el contenido de la información que almacenan. En cuanto al contenido, los esquemas disfuncionales contienen reglas, creencias tácitas y actitudes estables del individuo acerca de sí mismo y de su mundo, que son de carácter disfuncional y poco realistas porque establecen contingencias tan inflexibles e inapropiadas para determinar la propia autovalía que es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculicen los intentos del individuo por cumplir tales contingencias. En la Tabla 1 se pueden ver algunas de estas actitudes, creencias y reglas tomadas del instrumento más frecuentemente utilizado para su identificación y medición, la Escala de Actitudes Disfuncionales (véase Sanz y Vázquez, 1993). A menudo, estas actitudes y creencias están conectadas con recuerdos relevantes a su desarrollo y formación, recuerdos que tienen que ver con experiencias negativas tempranas de la infancia. En cuanto a la estructura, los esquemas disfuncionales en la depresión tienden a ser más rígidos, impermeables y concretos que los esquemas adaptativos y flexibles de los individuos normales.

Colóquese aquí la Tabla 1

La activación de los esquemas depresógenos sería, pues, responsable del procesamiento distorsionado de la información que aparece en los trastornos depresivos. Para que tal activación tenga lugar es necesaria la aparición de un suceso estresante (e.g., un fracaso laboral) similar a aquellos sucesos que proporcionaron la base para la formación durante el proceso de socialización de los esquemas, es decir, para la formación de las reglas y actitudes almacenadas en ellos (e.g., un fracaso académico en los primeros años de preescolar). La teoría de Beck hipotetiza, pues, que los esquemas depresógenos son la diátesis cognitiva (o factor de vulnerabilidad cognitivo) para la depresión. Antes de su activación por experiencias específicas, la teoría propone que tales esquemas permanecen latentes, de modo que no influyen de manera directa en el estado de ánimo del sujeto o en sus procesos cognitivos ni tampoco, necesariamente, se encuentran fácilmente accesibles a la conciencia.

Por otro lado, Beck (1983, 1987) sugiere que el tipo de estresor que puede activar un esquema depresógeno también viene determinado por diferencias individuales en la estructura de personalidad. En la teoría cognitiva, los rasgos de personalidad se entienden como esquemas cognitivos de un orden jerárquico superior a los otros esquemas. La teoría cognitiva propone dos dimensiones de personalidad como factores de vulnerabilidad a la depresión, sociotropía y autonomía. Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar la propia valía (véase la Tabla 1). Los esquemas autónomos incluyen actitudes que priman la independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación (véase la Tabla 1). En consecuencia, habría sucesos estresantes específicos para cada tipo de esquema. Por ejemplo, las situaciones relevantes a la aceptabilidad social y a la atracción personal (e.g., rechazo social, separación matrimonial, etc.) activarían de forma específica los esquemas depresógenos de tipo sociotrópico, mientras que situaciones que restringen la autonomía o el logro de objetivos (e.g., no alcanzar una promoción laboral) serían apropiados para activar los esquemas depresógenos que forman parte de los esquemas autónomos. Como ya se apuntó, esta distinción es similar a la

propuesta por las más recientes teorías psicoanalíticas entre depresiones anaclíticas o dependientes y depresiones dominadas por las metas o autocríticas.

Una vez activados, los esquemas depresógenos orientan y canalizan el procesamiento de la información actuando como filtros a través de los cuales se percibe, interpreta, sintetiza y recuerda la realidad. La actuación de tales esquemas queda reflejada en ciertos errores sistemáticos en la forma de procesar la información (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983): inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización, y pensamiento dicotómico y absolutista (véase la Tabla 2). Aunque todas estas operaciones cognitivas son evidentes en cierto grado en todas las personas, en la depresión ocurren en mayor grado y son congruentes con el contenido disfuncional de los esquemas depresógenos. Así, se atiende selectivamente y se magnifica la información negativa, mientras que se ignora o minimiza la información positiva; los errores y fallos se personalizan y sus efectos negativos se exageran y sobregeneralizan.

Colóquese aquí la Tabla 2

A la postre, tales operaciones cognitivas conducen en la depresión al tipo de cogniciones que forman la tríada cognitiva negativa (véase la Figura 1). A diferencia de los esquemas o "actitudes disfuncionales", estas cogniciones o productos cognitivos tienen correlatos directamente observables: se expresan en forma de (a) pensamientos o imágenes voluntarias y (b) pensamientos automáticos. Estos últimos son ideas o imágenes estereotipadas de aparición repetitiva e inintencionada, que no son fácilmente controlables y parecen plausibles al individuo en el momento de su ocurrencia. Ambos tipos de pensamientos comprenden el diálogo interno del individuo, de manera que son relativamente accesibles a la conciencia, y son dañinos psicológicamente puesto que interfieren tanto con las actividades que el sujeto realiza en ese momento como, evidentemente, con su estado de ánimo.

Puesto que estos pensamientos son productos cognitivos de los esquemas activados, en la depresión giran en torno a los temas de pérdida, fallo, rechazo, incompetencia y desesperanza (e.g., "soy un idiota", "mi vida es una porquería"), configurando la tríada cognitiva negativa, la que Beck considera como parte intrínseca de la depresión y como factor causal próximo que mantiene el

trastorno. Esta tríada implica una visión negativa de sí mismo como alguien inútil, indeseable, sin valor y culpable de todas las circunstancias negativas que le rodean. También implica una visión negativa del mundo por la que el individuo percibe las demandas del medio como excesivas o llenas de obstáculos insuperables, y considera, por tanto, que el mundo está desprovisto de interés, gratificaciones o alegrías. Finalmente, la tríada implica una visión negativa del futuro marcada por la convicción de que ningún aspecto negativo que el individuo percibe o experimenta en el presente podrá modificarse en el futuro a no ser para aumentar las dificultades o el sufrimiento; su resultado es la desesperanza.

La cadena de acontecimientos que desencadena la depresión en la teoría de Beck adopta pues la forma del modelo de diátesis-estrés que queda recogido en la Figura 1. Evidentemente, el modelo no es estático ni se centra en experiencias pasadas. Como puede observarse en la Figura 1, se plantea una transacción continua con el medio: continuamente se recoge información del mismo para someter a prueba la construcción de la realidad que hace el sujeto a través de los esquemas activos en ese momento. En este sentido, se pueden ver en la depresión la aparición de círculos viciosos o espirales cognitivas depresivas: las distorsiones negativas o errores en el procesamiento de la información que los individuos depresivos cometen, por ejemplo, al personalizar sus fracasos y errores, y al exagerar y sobregeneralizar sus efectos, mantienen a su vez la validez de las creencias negativas del depresivo acerca de sí mismo, el mundo y el futuro.

2. Hipótesis de la Activación Diferencial de Teasdale

John Teasdale (1983, 1988) ha desarrollado una teoría de la depresión, conocida como la "Hipótesis de la Activación Diferencial", a partir de la teoría de la depresión de Beck y del modelo de redes asociativas propuesto por Bower (1981) para explicar las relaciones entre emoción y cognición. Brevemente, este último modelo postula que cada emoción en particular está representada en la memoria por una unidad o nodo específico, al cual están conectados un conjunto de rasgos asociados a esa emoción, tales como su experiencia subjetiva, su patrón característico de respuestas autonómicas, los términos verbales que la describen y cogniciones que contienen tanto descripciones de los sucesos que evocan esa emoción como pensamientos, creencias y recuerdos que han sido almacenados en la memoria como resultado de experiencias tempranas de aprendizaje que han

asociado el nodo de esa emoción con dichas cogniciones. En el caso del nodo de la tristeza o depresión, estas últimas cogniciones serían negativas. Cuando un nodo en particular es activado, se experimenta la emoción correspondiente y la activación se propaga a través de las conexiones del nodo para evocar otras manifestaciones de la emoción (Bower, 1981).

La teoría de Teasdale es un modelo de vulnerabilidad-estrés en el que se asume que el tipo de acontecimientos que a la postre provoca una depresión clínica en algunos individuos es capaz de producir al menos un estado de ánimo deprimido transitorio o leve en la mayoría de las personas. Siguiendo el modelo de Bower (1981), Teasdale asume que el inicio de los síntomas depresivos resulta de la activación del nodo de la depresión tras la ocurrencia de un suceso estresante. Esta activación se propaga a los nodos o constructos cognitivos asociados. Si esta actividad cognitiva reactiva a su vez el nodo depresivo a través de un mecanismo de tipo cíclico (mediante bucles cognitivos) y se establece un círculo vicioso entre el nodo depresivo y los nodos cognitivos, entonces el estado de depresión inicial se intensificará y/o mantendrá en el tiempo. Por tanto, la fuente original de la depresión no importa mucho, sino que el factor crítico que determina si un estado de ánimo deprimido inicial se intensifica hasta convertirse en una depresión clínica o, por el contrario, permanece como un estado leve y transitorio que pronto desaparece, es el establecimiento de ese círculo vicioso basado en una relación recíprocamente reforzante entre estado de ánimo deprimido y procesamiento cognitivo negativo.

Según Teasdale, la probabilidad de que este ciclo se establezca depende de si los nodos o constructos cognitivos activados tras la activación inicial del nodo depresivo suponen la interpretación de los acontecimientos que ocurren al sujeto como sucesos altamente aversivos e incontrolables. No es de extrañar, pues, que Teasdale afirme que "deprimirse por estar deprimido" es algo que puede mantener o empeorar la depresión.

Tales interpretaciones y, por tanto, el establecimiento de un círculo vicioso depresógeno, dependen de complejas interacciones entre factores ambientales, biológicos y psicológicos. Por ejemplo, algunas situaciones son tan estresantes que la mayoría de la gente las interpretaría como incontrolables o altamente aversivas, siendo el grado de apoyo social que experimentan el que influiría más decisivamente en su interpretación final. Asimismo, factores biológicos pueden ser importantes a la hora de determinar la intensidad de la activación inicial del nodo depresivo y, por

ende, la intensidad de la activación de los nodos cognitivos negativos con aquél asociados. Sin embargo, Teasdale subraya la importancia de los factores psicológicos.

Así, Teasdale afirma que esas interpretaciones depresógenas están a su vez en función de diferencias individuales en cuanto a los nodos cognitivos negativos que existen en la memoria, o diferencias en disponibilidad (e.g., como resultado del tipo de experiencias de aprendizaje vividas), y en función de diferencias individuales en cuanto a la facilidad con que tales nodos se pueden activar, o diferencias en accesibilidad (e.g., como resultado de haber experimentado tales experiencias repetidamente). Pero además, Teasdale hace una distinción muy importante, pues señala que tales interpretaciones dependen también, primero, de diferencias individuales en cuanto al patrón de procesos cognitivos que el sujeto exhibe en un estado de ánimo normal y, segundo, de diferencias individuales en cuanto al patrón de procesos cognitivos activado cuando el sujeto experimenta un estado de ánimo deprimido. Por ejemplo, si en un estado de ánimo normal es muy probable que el individuo piense de sí mismo que es un inútil o es muy probable que recuerde un acontecimiento en el cual se mostrara como una persona inútil, es decir, si tales nodos o constructos cognitivos de tipo autorreferente negativo existen o están disponibles en la memoria de esa persona (disponibilidad) y además son fáciles de activar o acceder (accesibilidad), es mucho más probable que interprete cualquier nuevo acontecimiento en términos negativos. Sin embargo, para Teasdale, la clave de la depresión son los constructos cognitivos activados una vez que el sujeto está deprimido. Sobre este último patrón de procesos cognitivos se centra fundamentalmente la hipótesis de la activación diferencial, dando sentido a su nombre.

Teasdale sugiere que, una vez deprimido, la activación de nodos cognitivos relacionados con evaluaciones globales negativas de uno mismo o la activación de nodos cognitivos que conduzcan a interpretar la experiencia como muy aversiva e incontrolable (e.g., el estilo atribucional depresógeno que se explicará más adelante dentro de la Teoría de la Desesperanza), determinan, a través de los mecanismos mediadores expuestos (propagación de activación, bucles cognitivos, etc), que el estado de depresión se empeore, lo cual a su vez, intensifica la activación de esos nodos cognitivos negativos, estableciéndose, pues, un círculo vicioso que hace que el estado inicial de depresión se agrave y persista durante más tiempo, dando lugar a una depresión clínica.

Como en la teoría de Beck, ese tipo de interpretaciones y autoevaluaciones negativas, que equivalen a la tríada cognitiva negativa de Beck, son las que moderan el papel de los factores ambientales. Sin embargo, a diferencia de la teoría de Beck que propone que tales interpretaciones y autoevaluaciones se producen cuando un individuo encuentra un acontecimiento estresante que está relacionado con sus particulares esquemas cognitivos de vulnerabilidad (autonómicos o sociotrópicos), la teoría de Teasdale no cree que el emparejamiento entre tipo de suceso y tipo de nodos o constructos cognitivos es un requisito necesario para la depresión:

"La hipótesis de la activación diferencial concibe el incremento en accesibilidad de los constructos y representaciones negativas como una consecuencia del estado depresivo que reactiva los constructos negativos que han sido más frecuente y prototípicamente asociados con experiencias previas de depresión en su totalidad. De ahí se sigue que quedarían afectados una más amplia variedad de constructos y, más importante, que estos constructos no necesitan tener una relación particularmente estrecha con el acontecimiento que inicialmente provocó la depresión actual. Incluso se esperaría que estados de ánimos depresivos originalmente resultantes de fluctuaciones en algunos procesos biológicos endógenos estuvieran asociados con un incremento en la accesibilidad de una variedad de constructos y representaciones negativas." (Teasdale, 1988, p. 255)

B. TEORIAS COGNITIVO-SOCIALES

Estas teorías descansan sobre constructos desarrollados dentro de la tradición de la psicología social. De entre todas las teorías susceptibles de ser clasificadas bajo esta etiqueta (e.g., la teoría de la Perseveración Autorregulatoria de Pyszczynski y Greenberg, 1987, 1993; la teoría del Autocontrol de Hyland, 1987), merece especial atención la teoría de la Desesperanza y sus precursores, puesto que han constituido uno de los planteamientos teóricos más estimulantes y provocativos en la investigación sobre depresión. La teoría de la Desesperanza ha tenido una curiosa trayectoria. Su precursor original fue la teoría de la Indefensión Aprendida de Seligman (1975), un modelo

cognitivo-conductual nacido de los estudios experimentales sobre aprendizaje animal que, no obstante, expondremos en este apartado por motivos didácticos. El trasvase de este modelo al estudio de la conducta humana supuso su complejización incluyendo diversas variables cognitivas moduladoras, lo que dio lugar a la teoría Reformulada de la Indefensión aprendida de Abramson, Seligman y Teasdale (1978). La reciente revisión de esta última ha supuesto, a su vez, la formulación de la teoría de la Desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy (1989).

1. La Teoría de la Indefensión Aprendida

Martin Seligman (1975), partiendo de ortodoxos principios del condicionamiento clásico e instrumental, estudió los efectos que, en animales, producían series de choques eléctricos inescapables. Ante este tipo de situaciones incontrolables, se descubrió que los animales llegaban a desarrollar un patrón de conductas y de cambios neuroquímicos semejantes al de los deprimidos (véase la Tabla 3), fenómeno al que se le dio el nombre de desamparo o indefensión aprendida (Polaino y Vázquez, 1981, 1982).

Colóquese aquí la Tabla 3

Sin embargo, Seligman ofrece una explicación de tipo cognitivo pues propone que estas conductas se desarrollan sólo cuando el animal no tiene esperanza de poder controlar nunca la situación aversiva en la que se encuentra. Seligman (1975; Miller, Rosellini y Seligman, 1983) aplicó este modelo experimental-animal al estudio de la conducta humana y postuló que la pérdida percibida de control del ambiente o expectativa de incontrolabilidad (es decir, el aprendizaje por parte del sujeto de que existe una independencia entre sus respuestas y las consecuencias ambientales) es causa suficiente de la aparición de una reacción depresiva en humanos, y que tal expectativa es fruto de cualquiera de los siguientes dos factores: (a) un historia de fracasos en el manejo de situaciones y (b) una historia de reforzamientos sobre una base no contingente que no haya permitido que el sujeto aprenda las complejas aptitudes necesarias para controlar el ambiente.

Este modelo originó una gran cantidad de investigación, en parte debido a que era una hipótesis intuitiva y con mucho atractivo que era susceptible de contrastación empírica. No obstante, su

trasvase al estudio de la depresión humana pronto encontró interesantes dificultades y, de hecho, ha recibido críticas por considerarse que puede ser un buen modelo de síntomas depresivos (e.g., retardo psicomotor) pero no tanto del complejo síndrome de problemas que constituye la depresión humana (Polaino y Vázquez, 1982; Costello, 1993).

2. La Teoría Reformulada de la Indefensión Aprendida

Lyn Abramson, Martin Seligman y John Teasdale (1978) sugirieron que la teoría de la indefensión presentaba al menos cuatro problemas. En primer lugar, la teoría no explicaba la baja autoestima típica de la depresión: si no hay modo de escapar de la situación, ¿por qué existe una disminución de la autoestima? Un segundo problema, relacionado con el anterior, es que la teoría tampoco daba cuenta del hecho de que los depresivos a menudo se autoinculpan por sus fallos. En tercer lugar, la teoría no explicaba la cronicidad y generalidad de los déficit depresivos. Finalmente, el cuarto problema era que la teoría tampoco daba una explicación satisfactoria del estado de ánimo deprimido como síntoma de la depresión.

Para resolver estas y otras deficiencias, Abramson et al. (1978), basándose en las teorías atribucionales de la psicología social, postulan que la exposición a situaciones incontrolables no basta por sí misma para desencadenar reacciones depresivas (véase una revisión en Vázquez y Polaino, 1983). En efecto, según estos autores, al experimentar una situación incontrolable las personas intentan darse una explicación sobre la causa de la incontrolabilidad. Si en esa explicación se atribuye la falta de control a factores internos se produce un descenso en la autoestima, mientras que esto no ocurre si la atribución se hace a factores externos. Atribuir la falta de control a factores estables conduciría a una expectativa de incontrolabilidad en situaciones futuras y, en consecuencia, la indefensión y los déficit depresivos se extenderían en el tiempo. De forma similar, la atribución de la falta de control a factores globales provocaría expectativas de incontrolabilidad en otras situaciones y, por ende, la indefensión y los déficit depresivos se generalizarían a otras situaciones. Por el contrario, la atribución de la falta de control a factores inestables y específicos supondría sentimientos de indefensión y déficit depresivos de corta duración, específicos a la situación en cuestión.

Colóquese aquí la Tabla 4

Este análisis atribucional apelando a tres dimensiones atribucionales, Internalidad-Externalidad, Estabilidad-Inestabilidad y Globalidad-Especificidad (véase la Tabla 4) resolvía los tres primeros problemas, pero no el cuarto. Abramson et al. (1978) solventaron este último problema postulando un factor motivacional: la depresión solamente ocurriría en aquellos casos en los que la expectativa de incontrolabilidad se refería a la pérdida de control de un suceso altamente deseable o a la ocurrencia de un hecho altamente aversivo.

Por último, Abramson et al. (1978) señalaron la presencia de un factor de vulnerabilidad cognitiva a la depresión: la existencia de un estilo atribucional consistente en la tendencia a atribuir los sucesos incontrolables y aversivos a factores internos, estables y globales. Este estilo atribucional depresógeno estaría presente en las personas proclives a la depresión, pero no en otros individuos.

3. La Teoría de la Desesperanza

Recientemente, Lyn Abramson, Gerald Metalsky y Lauren Alloy (1989) han realizado una revisión de la formulación de 1978 buscando resolver sus tres principales deficiencias: (a) no presenta una teoría explícitamente articulada de la depresión; (b) no incorpora los hallazgos de la psicopatología descriptiva acerca de la heterogeneidad de la depresión, y (c) no incorpora de forma plena descubrimientos significativos obtenidos por la psicología social, de la personalidad y cognitiva.

Para resolver la segunda deficiencia, la teoría de la Desesperanza postula una nueva categoría nosológica de los trastornos depresivos, la depresión por desesperanza, definida principalmente por su causa. La causa suficiente y próxima para que aparezca este tipo de depresión es la desesperanza: la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante ("desesperanza" en el sentido coloquial del término) unida a sentimientos de indefensión sobre la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia de ese suceso. Aun siendo la indefensión un elemento necesario para desarrollar desesperanza, es ésta la clave causal de la

depresión en el nuevo modelo explicativo, modelo que sólo se extendería a ciertos tipos de depresión, aquellos caracterizados precisamente por la desesperanza.

Para resolver la primera deficiencia, la teoría claramente se explicita como un modelo de diátesis-estrés y especifica una cadena de causas distantes y próximas que incrementan la probabilidad de depresión y que culminan en la desesperanza. Como se puede ver en la Figura 2, la cadena causal comienza con la ocurrencia de sucesos vitales negativos; no obstante este factor se sitúa muy alejado en la cadena causal conducente a la depresión. A diferencia de la teoría de la Indefensión Aprendida, no se habla de "sucesos incontrolables" sino de "sucesos vitales negativos". Este pequeño matiz es importante puesto que el modelo se vincula así a los estudios epidemiológicos que ponen de manifiesto que la presencia de sucesos estresantes negativos está asociada con la aparición de reacciones depresivas (e.g., Brown y Harris, 1978; Buendía, 1991).

Las clases de atribuciones que la gente hace acerca de esos sucesos y el grado de importancia que les confiere contribuyen al desarrollo de la desesperanza y de los síntomas de la depresión por desesperanza. Brevemente, cuando los sucesos vitales negativos se atribuyen a factores estables y globales y se ven como importantes, la probabilidad de desarrollo de los síntomas depresivos es mayor. Si además de la estabilidad y la globalidad, interviene la internalidad, la desesperanza puede acompañarse, aunque no necesariamente como se postulaba en 1978, de una baja autoestima. La autoestima no es, por tanto, una característica necesaria de la sintomatología de este nuevo tipo propuesto de depresión (véase la Figura 2). De todos modos, es la globalidad y la estabilidad de las atribuciones lo que determinaría el alcance de la desesperanza. Una atribución más estable pero específica daría lugar no a un estado general de desesperanza sino a un "pesimismo circunscrito".

Intentando solventar la tercera deficiencia, Abramson et al. (1989) rescatan de la psicología social la importancia de la información situacional a la hora de determinar el tipo de atribuciones que las personas hacen. En este sentido, la información situacional que sugiere que un suceso negativo es bajo en consenso (e.g., "le pasa a poca gente lo que me está pasando"), alto en consistencia (e.g., "me pasa lo mismo a menudo"), y bajo en distintividad (e.g., "no sólo me pasa en esa circunstancia sino en muchas otras") favorece una explicación atribucional conducente a la desesperanza.

Además de la información situacional, las diferencias individuales en cuanto a poseer o no un estilo atribucional depresógeno contribuyen como un factor de vulnerabilidad en la formación de

atribuciones conducentes a la desesperanza. Es más, de acuerdo a la hipótesis de la vulnerabilidad específica, hay una interacción entre las áreas de contenido de los estilos atribucionales depresógenos de las personas (e.g., sucesos interpersonales frente a sucesos de logro) y la ocurrencia de distintos tipos de sucesos negativos (e.g., rechazo social frente a tropiezo en la carrera profesional). Esta hipótesis deviene de la literatura en psicología de la personalidad sobre el concepto de interacción Persona x Situación y de los trabajos en psicología social sobre la especificidad de los estilos atribucionales con respecto a dominios concretos de contenido. Curiosamente, las áreas de contenido atribucional y los tipos de acontecimientos que se examinan dentro de esta teoría son similares a las distinciones ya vistas en la teoría de Beck y en algunas teorías psicoanalíticas entre tipos de depresión asociadas a dos tipos de sucesos estresantes: relacionados con las relaciones interpersonales y relacionados con la autoestima.

En la teoría de la Desesperanza, no se requiere que ninguno de los elementos distantes del modelo (e.g., estrés, estilo atribucional) esté presente para desencadenar la cadena causal depresiva. Esta puede activarse por unos elementos u otros, dependiendo de las circunstancias, la persona, etc. En cualquier caso, la "desesperanza" es el único elemento que se requiere para la aparición de los síntomas de la depresión por desesperanza (véase el trazo grueso, no discontinuo, de la flecha de la Figura 2).

Colóquese aquí la Figura 2

Una adición a la teoría de 1978 es que, además de las atribuciones, se plantea que la desesperanza puede ser producto de las conclusiones a que una persona llegue sobre las consecuencias del suceso negativo (véase la Figura 2). Por ejemplo, si alguien suspende la última convocatoria de una asignatura debido a la existencia de ruidos y distracciones en el aula (un factor inestable y específico), las graves consecuencias de ese suceso podrían bastar para provocar una situación de desesperanza, a pesar de que hiciese una atribución externa, inestable y específica. Igualmente se plantea la posibilidad de que otros factores (e.g., falta de apoyo social) sean antecedentes de la desesperanza.

Otro aspecto diferenciador de la teoría de la Desesperanza respecto a su antecesora de 1978 es que no se incluyen síntomas del tipo de los errores o distorsiones cognitivas de Beck en la depresión por desesperanza. La razón de esta exclusión es que los autores del modelo han descubierto la posibilidad de que los depresivos pudieran ser más precisos en su visión de la realidad que los no deprimidos, fenómeno que se ha denominado "realismo depresivo" (para una revisión de este controvertido hallazgo véase Sanz y Vázquez, 1991).

Como puede apreciarse tras comparar las Figuras 1 y 2, esta teoría y la de Beck tienen obvias concomitancias, pero también existen diferencias (véanse los análisis comparativos efectuados por Alloy, Clemens y Kolden, 1985, y Abramson et al., 1989). Quizás el punto más diferenciador es que en la teoría de la Desesperanza se otorga un gran énfasis a los procesos atribucionales y se insiste, hasta el punto de crear una nueva categoría de depresión, en que diferentes cadenas causales pueden dar lugar a diferentes tipos de depresión. Asimismo, en la teoría de Abramson et al. (1989) se plantean posibles mecanismos distantes de "inmunización" (e.g., poseer un estilo atribucional específico e inestable para sucesos negativos) y se cuestiona lo que es crucial en la teoría de Beck, es decir, que los deprimidos se caracterizan por mostrar distorsiones cognitivas que, además, tienen un papel causal en la propia depresión. En este sentido, en la teoría de Abramson et al. los procesos atribucionales negativos son procesos sesgados, pero no necesariamente distorsionados. Dependiendo de las circunstancias particulares, un juicio sesgado puede a su vez ser un juicio distorsionado o, por el contrario, coincidir con la realidad objetiva. Por último, en la teoría de Beck, la "desesperanza" no es un elemento causal tan central, es simplemente uno más de los síntomas que componen la tríada cognitiva negativa y, como tal, puede jugar algún papel en el mantenimiento o exacerbación del resto de síntomas depresivos.

C. TEORIAS CONDUCTUALES-COGNITIVAS

Hemos agrupado aquí teorías que suponen la extensión conceptual de modelos más "genuinamente" conductuales. A diferencia de estos últimos, que enfatizan el control externo situacional y las conductas externas, las teorías conductuales-cognitivas se centran más en la varianza

personal de la interacción Persona x Situación e incluyen procesos cognitivos, e incluso estructuras cognitivas, en su conceptualización de la depresión.

1. Teoría del Autocontrol de Rehm

Lynn Rehm (1977) elaboró una teoría de la depresión basada en el aprendizaje social y que trataba de integrar elementos de las teorías de Lewinsohn, Beck y Seligman dentro del marco del modelo de autocontrol de Kanfer (1970). Brevemente, los modelos de autocontrol, como el de Kanfer (1970) o el de autoeficacia de Bandura (1986), son teorías del comportamiento humano que se centran en los procesos de regulación de la propia conducta que implican la manipulación de aspectos situacionales y la disposición de contingencias y consecuencias alternativas para, así, obtener metas a largo plazo (e.g., dejar de fumar, aprobar una oposición). Incorporando el concepto de bucle de retroalimentación, estos modelos enfatizan el continuo ajuste, adaptación y readaptación conductual a las cambiantes circunstancias ambientales.

En concreto, el modelo de Kanfer (1970) describe el control de la propia conducta a través de un proceso de tres fases que conforman un bucle de retroalimentación: auto-observación, autoevaluación y autorreforzamiento. Cuando una persona necesita cambiar su comportamiento para alcanzar una meta a largo plazo, primero presta atención a las conductas relevantes y al ambiente (e.g., el número de cigarrillos que está fumando actualmente). La información obtenida tras esta fase de auto-observación es comparada con algún criterio o estándar interno para el comportamiento que se quiere lograr, y se realiza un juicio sobre la adecuación de la conducta a la meta a lograr (e.g., "estoy haciéndolo mal, fumo más de lo que sería saludable"), juicio que se hace bajo la premisa de que se ha hecho una atribución interna de la conducta ya que esta fase de autoevaluación no tendría sentido si se percibe que la conducta ha estado causada externamente (e.g., en el teatro han obligado al individuo, que es actor, a fumar para interpretar un papel). La fase final del modelo de Kanfer implica la autoadministración de refuerzos positivos si la conducta ha estado positivamente encaminada hacia el objetivo o la autoadministración de castigos en caso contrario (e.g., "me voy al cine para celebrar que he bajado a la mitad los cigarrillos que me fumo al día").

Como los teóricos conductuales, Rehm parte de que la depresión es consecuencia de la pérdida de una fuente de reforzamiento externo. Por tanto, en estas condiciones de ausencia de reforzamiento externo, el control propio de la conducta es más importante y, en consecuencia, los modelos de autocontrol son claramente relevantes. Así, Rehm subraya que en la depresión las personas están desesperanzadas sobre sus metas a largo plazo y se sienten incapaces de controlar su propia conducta.

La teoría de la depresión de Rehm puede concebirse, pues, como un modelo de diátesis-estrés: un déficit en el repertorio de conductas de autocontrol (factor de vulnerabilidad) interactúa con la pérdida o ausencia de reforzadores externos (factor de estrés) para desencadenar un episodio depresivo. Tal déficit, según Rehm, se concreta en cualquier combinación de las siguientes condiciones:

(a) Déficit en las conductas de auto-observación: Los individuos vulnerables a la depresión muestran una tendencia a prestar mayor atención a los sucesos negativos que a los positivos, lo que explicaría la visión negativa y pesimista que manifiestan una vez deprimidos. Estos individuos también muestran una tendencia a prestar mayor atención a las consecuencias inmediatas de la conducta que a las consecuencias a largo plazo, por lo que no pueden mirar más allá de las circunstancias negativas actuales cuando toman decisiones conductuales.

(b) Déficit en las conductas de autoevaluación: Los individuos que tienen criterios o estándares muy rigurosos o muy altos de autoevaluación son más vulnerables a la depresión ya que, a menudo, no pueden alcanzar tales criterios y, por tanto, se evalúan de una manera negativa. Además, la presencia de errores de autoatribución, en concreto, una atribución interna, estable y global para los sucesos negativos, y una atribución externa, inestable y específica para los sucesos positivos, es otro déficit que, como en la teorías anteriormente vistas de la Indefensión Aprendida y de la Desesperanza, hace a una persona más vulnerable a la depresión.

(c) Déficit en las conductas de autorreforzamiento: El sujeto deprimido se administra insuficientes recompensas o se administra excesivos castigos. Esto es debido en parte a los déficit en las conductas de auto-observación y autoevaluación antes mencionados ya que, por ejemplo, si el individuo tiene unos criterios muy altos y sólo se fija en los aspectos negativos de su conducta, difícilmente podrá autoadministrarse recompensas y sí, por el contrario, tenderá a autocastigarse.

Este patrón de autorreforzamiento explicaría en parte el bajo nivel de actividad de los deprimidos y su excesiva inhibición.

Estos déficit en el repertorio de habilidades de autocontrol se adquieren durante el proceso de socialización de la persona y parecen constituir rasgos más o menos estables que podrían ser detectados con anterioridad a la ocurrencia del episodio depresivo. Es más, Rehm asume que las habilidades de control son como un "programa de control" que el individuo emplea en todos los dominios conductuales que impliquen la consecución de metas a largo plazo y, por tanto, asume que el déficit depresivo en habilidades de autocontrol se generaliza a diversas situaciones, explicando así que la desadaptación y mal funcionamiento del individuo depresivo abarque muchas áreas de su vida (e.g., social, laboral, relaciones de pareja).

2. Teoría de la Autofocalización de Lewinsohn

A pesar de ser un genuino representante de los modelos conductuales, Peter Lewinsohn ha dado en los últimos años un giro radical a sus planteamientos iniciales para así abarcar otras serie de elementos. Su nueva teoría (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985) representa un intento por ampliar e integrar su anterior modelo conductual con los descubrimientos obtenidos desde enfoques cognitivos y con los trabajos realizados dentro de la psicología social sobre el fenómeno de la autoconciencia.

Siguiendo la tradición conductual, Lewinsohn y sus colaboradores postulan que los factores ambientales son los responsables primarios de la depresión, aunque habría factores cognitivos que mediarían los efectos del ambiente. En particular, la principal variable mediadora sería un aumento de la autoconciencia (es decir, un aumento transitorio y situacional en la autofocalización o cantidad de atención que una persona dirige hacia sí mismo en lugar de hacia al ambiente), aumento que sería resultado de los esfuerzos infructuosos del individuo de enfrentarse y resolver los acontecimientos estresantes que le ocurren (véase la Figura 3).

Colóquese aquí la Figura 3

Según Lewinsohn et al., la cadena de acontecimientos que conduce a la aparición de un episodio depresivo empieza con la aparición de un suceso antecedente (**A**), el cual se define empíricamente como cualquier suceso que incrementa la probabilidad de ocurrencia futura de depresión. Tales sucesos son todos aquellos acontecimientos que en la literatura se conocen bajo la rúbrica de "estresores".

Se asume que estos acontecimientos inician el proceso depresógeno en tanto en cuanto interrumpen importantes patrones adaptativos de conducta del individuo y éste no es capaz de desarrollar otros patrones conductuales que reemplacen a los anteriores (**B**). Los patrones adaptativos que quedan interrumpidos son patrones conductuales relativamente automáticos que son necesarios para las interacciones diarias del individuo con el ambiente (e.g., relaciones personales, el trabajo).

La presencia de los estresores y la consiguiente interrupción de conductas tiene como resultado una reacción emocional negativa o estado de ánimo deprimido (**B**) cuya intensidad depende de la importancia del acontecimiento y/o del nivel de interrupción de la conducta cotidiana.

Se asume que dicha interrupción y el malestar emocional que engendra están relacionados con la depresión en la medida en que conducen a un desequilibrio negativo en la calidad de las interacciones de la persona con el ambiente, desequilibrio que las habilidades del sujeto han fracasado en prevenir. Este desequilibrio se concreta, como en su anterior teoría conductual, en una reducción del reforzamiento positivo y en un aumento en la tasa de experiencias aversivas (**C**), y el fracaso en su prevención se debe tanto a factores ambientales como disposicionales (**G**).

Tanto la respuesta emocional negativa que sigue inmediatamente a los sucesos estresores, como el impacto emocional negativo que deviene del fracaso del sujeto en anular el efecto del estrés, son factores que desencadenan un estado elevado de autoconciencia (**D**). Este proceso cognitivo, la autoconciencia, es el factor crítico que media los efectos de la reducción del reforzamiento positivo en la depresión, produciendo mucha de las alteraciones cognitivas que han sido subrayadas por los teóricos cognitivos (e.g., atribuciones internas, autodepreciación, autoculpación, expectativas negativas, etc.), acarreando consecuencias conductuales negativas (retirada conductual, dificultades sociales) e intensificando las reacciones emocionales negativas anteriores.

El incremento en autoconciencia (**D**) y la intensificación de las emociones negativas (**E**) destruyen las autopercepciones que sirven al individuo para proteger y ensalzar su autoestima y en general su concepto de sí mismo, y así conducen a muchos de los cambios cognitivos, emocionales y conductuales (**F**) que están correlacionados con la depresión (es decir, conduce a los típicos síntomas depresivos vistos en el capítulo anterior). Estos cambios (**F**) exacerbaban la autoconciencia, jugando un importante papel en el mantenimiento y agravamiento del estado depresivo. Tales cambios cerrarían un círculo vicioso al sesgar negativamente la interpretación que hacen los sujetos de sus experiencias previas y actuales, al aumentar el estado de ánimo deprimido a través de un cambio en el autoconcepto o al reducir la competencia social del individuo.

Además, la teoría asume la existencia de características de predisposición (vulnerabilidades e inmunidades) que incrementan o reducen el riesgo de un episodio depresivo (**G**). Estas son características relativamente estables bien de la persona o de su ambiente que influyen no sólo en la probabilidad de ocurrencia de un episodio depresivo sino también en la duración de este episodio. Lewinsohn et al. enumeran las siguientes características de vulnerabilidad: (1) ser mujer, (2) tener 20-40 años, (3) tener una historia previa de depresión, (4) tener pocas habilidades de afrontamiento, (5) tener una sensibilidad elevada a los sucesos aversivos, (6) ser pobre, (7) mostrar una alta tendencia a la autoconciencia, (9) tener baja autoestima, (10) tener un bajo umbral para la activación de autoesquemas depresógenos, (11) mostrar dependencia interpersonal, y (12) tener niños menores de 7 años. Como factores protectores contra la depresión, Lewinsohn et al. señalan: (1) autoperibirse como teniendo una alta competencia social, (2) experimentar una alta frecuencia de sucesos positivos, y (3) disponer de una persona íntima y cercana a la que poder confiarse.

Se asume que las características de vulnerabilidad (**G**) afectan a todos los elementos de la teoría, aunque Lewinsohn et al. no explican en detalle de que forma ésto se lleva a cabo, y solamente apuntan algunas sugerencias (cf. Lewinsohn et al., 1985).

La teoría incluye muchos bucles de retroalimentación que determinarían el nivel de gravedad y de duración de un episodio depresivo en cuanto podrían configurarse como círculos viciosos o como círculos benignos (al cambiar alguno de los componentes de la teoría, la depresión se vería reducida de forma progresiva).

Finalmente, nos parece necesario destacar que la teoría asigna un papel central al estado de ánimo deprimido puesto que se asume que es necesario para la producción de las consecuencias negativas asociadas a la depresión (F), y que sin su presencia nos hallaríamos ante un síndrome muy incompleto que no incluiría los cambios en el procesamiento de la información acerca de sí mismo ni los cambios en la conducta social.

V. TEORIAS INTERPERSONALES DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Uno de los últimos planteamientos psicológicos sobre los trastornos depresivos ha sido el enfoque interpersonal. Este enfatiza la importancia de los factores interpersonales, tanto sociales como familiares, en la etiología, mantenimiento y tratamiento de la depresión. Sus bases conceptuales comunes se encuentran en la escuela interpersonal de psiquiatría de Harry Sullivan, en las investigaciones del grupo de Palo Alto sobre los patrones de comunicación interpersonal en familias con miembros esquizofrénicos y en la aplicación a las ciencias sociales de la teoría general de los sistemas, con su énfasis en la interrelación de todos los elementos que componen un sistema (e.g., una familia).

Sin embargo, existen diferencias muy importantes en otro tipo de influencias teóricas que subyacen a cada teoría interpersonal de la depresión en particular. Por ejemplo, la teoría de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron (1984) proviene de la tradición psicoanalítica, mientras que las de Coyne (1976), Coates y Wortman (1980) y Gotlib (Gotlib y Colby, 1987; Gotlib y Hammen, 1992) parten de enfoques conductuales-cognitivos.

Prácticamente todos los acercamientos interpersonales a la depresión han tenido su foco de interés en desarrollar una terapia más eficaz para los trastornos depresivos, de ahí que abunden las terapias interpersonales y familiares (e.g., Klerman et al., 1984; Feldman, 1984; Gotlib y Colby, 1987), pero a la vez escaseen los intentos de desarrollar modelos teóricos de depresión fundamentados en los principios interpersonales.

Quizás la más clara conceptualización interpersonal de la depresión sea la presentada por James Coyne (1976). Este autor sugiere que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales los individuos solían obtener apoyo social, y que la respuesta de las

personas significativas de su entorno sirven para mantener o exacerbar los síntomas depresivos. En este último punto, la teoría de Coyne se limita prácticamente a extender las propuestas que Lewinsohn hacía en su primer teoría conductual acerca de los procesos de mantenimiento a corto y largo plazo de la depresión. Así, Coyne sugiere que cuando esa ruptura interpersonal se produce, los depresivos se vuelven a las personas de su ambiente en busca de apoyo social, pero que las demandas persistentes de apoyo emitidas por los depresivos gradualmente llegan a ser aversivas para los miembros de su entorno social. Estas personas, que intentaron en un primer momento mejorar o aliviar la sintomatología de los depresivos, se sienten cada vez más molestos y frustrados con la constante conducta sintomática de éstos, máxime si sus primeros intentos de ayuda fallaron. Cuando la persona deprimida se da cuenta de estas reacciones negativas en los otros, emite un mayor número de conductas sintomáticas, estableciéndose un círculo vicioso que continúa hasta que las personas del entorno social se apartan totalmente de la persona deprimida, dejándola sola y confirmando así su visión negativa sobre sí mismo.

Ian Gotlib y su grupo de investigación (Gotlib y Colby, 1987; Gotlib y Hammen, 1992) han extendido el modelo de Coyne resaltando los papeles que juegan en el desarrollo, mantenimiento o exacerbación de un episodio depresivo, tanto el individuo, especialmente sus estilos cognitivos, como los miembros de su ambiente social (véase la Figura 4). Gotlib y sus colaboradores asumen que la cadena causal que conduce al desarrollo de un episodio depresivo se inicia con la ocurrencia de un estresor (C), bien sea de naturaleza interpersonal, intrapsíquico o bien un cambio bioquímico.

La gravedad de este estresor depende de circunstancias externas (B), pero también de la existencia de ciertos factores de vulnerabilidad (D). Así, sólo algunos individuos desarrollarán una depresión clínica como respuesta al estresor, mientras que otras personas manifestarán a lo sumo un estado de depresión leve. Tales factores de vulnerabilidad son bien interpersonales (e.g., la calidad y cantidad de apoyo social, la cohesión de la familia, las habilidades de la familia para manejar los problemas cotidianos) o intrapersonales, incluyendo aquí tanto elementos cognitivos (e.g., esquemas cognitivos negativos) como conductuales (e.g., habilidades conductuales para hacer frente y manejar situaciones de estrés, habilidades sociales). En este sentido, los elementos de vulnerabilidad cognitivos y conductuales propuestos por Gotlib et al. son muy parecidos en los propuestos por otras

teorías de diátesis-estrés que ya hemos visto como, por ejemplo, la teoría de Beck, la teoría de la Desesperanza o la teoría de la Autofocalización de Lewinsohn.

Sin embargo, al contrario que estas otras teorías, Gotlib et al. recalcan que la adquisición de esos factores de vulnerabilidad es fruto de experiencias familiares adversas durante la infancia (**A**). Siguiendo la línea marcada por Bowlby (1980), un psicoanalista que como hemos visto defiende tesis muy cercanas a las posiciones cognitivas, Gotlib y Hammen (1992) señalan que la exposición durante la infancia a experiencias interpersonales adversas y a estilos desadaptativos de crianza (e.g., pérdida o separación de los padres, rechazo, abuso, negligencia emocional) conducen al desarrollo de esquemas cognitivos negativos acerca de uno mismo y del mundo, de características de personalidad que implican una exagerada necesidad de dependencia, y de repertorios inadecuados de habilidades para la solución de problemas y para conseguir y mantener relaciones sociales gratificantes.

Para Gotlib et al., el inicio de la depresión (**F**) es resultado, pues, de la aparición de un estresor que debido a los factores de vulnerabilidad anteriormente mencionados, especialmente a los factores de vulnerabilidad cognitivos, es interpretado por el individuo como un acontecimiento que reduce su valía personal sin que haya ninguna posibilidad de conseguir otras fuentes de gratificación y de validación de la propia autovalía (**E**).

Si el individuo es incapaz de afrontar con eficacia el estresor, a medida que el estrés aumenta, se incrementa también la expresión de sintomatología depresiva y de los patrones interpersonales desadaptativos del sujeto (**F**). La capacidad del sujeto para resolver la situación de estrés depende tanto de la naturaleza de ésta como de las habilidades de afrontamiento, tanto conductuales como cognitivas, del individuo (**D**). Asimismo, siguiendo la teoría de la Autofocalización de Lewinsohn et al. (1985), Gotlib et al. sugieren que uno de los primeros síntomas depresivos es la autofocalización o autoconciencia, y que una excesiva autofocalización puede exacerbar la depresión tanto al interferir con las habilidades de resolución de problemas del sujeto como al incrementar sus rumiaciones cognitivas acerca de la persistencia del estresor.

Una vez que la depresión se ha iniciado, dos factores más convergen en mantener o exacerbar la depresión. El primero es un factor interpersonal (**F**), e implica tanto la expresión por parte del individuo deprimido de habilidades sociales y esquemas interpersonales desadaptativos, como la respuesta de las personas significativas del entorno a su conducta sintomática. Este último

elemento incluye, pues, los procesos descritos por Coyne (1976). El segundo factor de mantenimiento o exacerbación de la depresión, que interactúa con los anteriores procesos interpersonales, es el sesgo cognitivo negativo de los depresivos que se traduce en un aumento de la sensibilidad y de la atención prestada a los aspectos negativos (reales o distorsionados) de su ambiente. Este sesgo cognitivo conduce a una interpretación negativa de la situación y a que la persona depresiva manifieste así más síntomas (**J**), lo que, a su vez, revierte en una interpretación más negativa de la situación y, por ende, en un posterior incremento de los síntomas y de los patrones interpersonales desadaptativos. Estos llevarían a una respuesta más negativa por parte de su entorno social y, puesto que el individuo deprimido fácilmente percibe y atiende a esas respuestas negativas, se cerraría así un círculo vicioso que exacerbaría la depresión y la mantendría en el tiempo (véase la Figura 4).

Colóquese aquí la Figura 4

VI. TEORIAS PSICOLOGICAS DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES

Teniendo en cuenta la distinción presentada en el capítulo anterior entre trastornos del estado de ánimo que cursan con o sin episodios de manía, la mayor parte de las teorías psicológicas de dichos trastornos, incluyendo todas las que hemos presentado hasta aquí, han sido formuladas para explicar los trastornos depresivos, mientras que, por el contrario, apenas existen teorías psicológicas sobre los trastornos bipolares, aquellos en los que existe actualmente o ha existido en el pasado un episodio de manía o hipomanía. Probablemente, la razón de que los psicólogos hayan prestado tan poca atención a este segundo tipo de trastornos depresivos reside, primero, en que en los trastornos bipolares parece jugar un papel muy importante los factores biológicos y genéticos (véase el capítulo 20), y, segundo, en que estos trastornos suponen únicamente un 10 por ciento del total de los trastornos del estado de ánimo.

Generalmente se asume que las fases depresivas de los trastornos bipolares se pueden explicar a partir de los modelos de depresión que acabamos de presentar. Para dar cuenta de la fase maníaca se han propuesto también algunas teorías psicológicas, pero están poco elaboradas ya que la

escasa investigación psicológica sobre este tipo de episodios no ha permitido un desarrollo mayor. La mayor parte de estas teorías provienen del psicoanálisis.

Freud (1917) concibió las fases maníacas de los trastornos bipolares dentro de un contexto energético. El Yo ha superado la pérdida del objeto amado y el Superyo, que contiene el objeto introyectado, ya no mantiene, pues, una actitud hipercrítica hacia él. Ahora, toda la energía que se había empleado en los conflictos característicos de la fase depresiva queda libre y se dirige hacia el mundo exterior. No obstante, Freud reconocía que su formulación energética no explicaba adecuadamente la manía, ya que no podía explicar por qué el Yo había renunciado al objeto perdido o por qué la lucha por dejar el objeto amado, lucha que también se da en otras condiciones psicopatológicas, no conduce en estos casos a la manía.

Así, no fue Freud, sino Bertram Lewin (1950, 1959) quien sentó las bases del esquema interpretativo básico del psicoanálisis para la manía, formulando ésta en términos de procesos regresivos y de defensa. Las distintas teorías psicoanalíticas variarán, sin embargo, en cuanto a qué es lo que se evita mediante esos procesos de defensa.

En contraste con las especulaciones iniciales de Freud, Lewin concibe la manía como una interrupción defensiva de la depresión, no como su desenlace. Según Lewin, la manía es un fenómeno regresivo, defensivamente inducido, por el que se vuelve a un nivel anterior de funcionamiento del yo en el cual la relación con la realidad se guía por el principio del placer. Esta regresión representa una defensa contra acontecimientos dolorosos que se hallan inconscientemente asociados con conflictos infantiles también inconscientes. De esta manera, Lewin explica no sólo las manías que siguen a un estado depresivo, sino también aquellas que no tienen como antecedentes una fase depresiva previa. En conclusión, para Lewin la manía sería una negación inconsciente de una realidad externa o psíquica dolorosa (incluyendo la depresión) y conduciría al paciente a un enajenamiento de la realidad.

Para otros teóricos psicoanalíticos, la manía constituiría un mecanismo de defensa del sujeto frente a sus sentimientos de baja autoestima, sentimientos que se exacerbarían durante la fase depresiva. Por ejemplo, para Dov Aleksandrowicz (1980), los pacientes bipolares se caracterizan por una personalidad narcisista, lo que implica básicamente una necesidad exagerada de autoestima. Según este autor, en el caso de la persona con trastorno bipolar esta personalidad está además

asociada, por un lado, con una excesiva sensibilidad al apoyo, aprobación y amor de los demás, de forma que su autoestima dependería excesivamente de tales personas, y, por otro, por un fallo en los mecanismos de regulación del estado de ánimo lo que le impediría limitar los cambios afectivos resultantes de experiencias estresantes, en concreto, de experiencias que le hicieran sentirse despreciado, rechazado o reprochado.

En su aplicación del concepto de "defensa" a los trastornos bipolares, los teóricos psicoanalistas han llegado incluso a sugerir que, en algunos casos, la depresión podría ser una defensa contra la manía:

"En términos psicoanalíticos, manía y depresión representan no sólo estados de ánimo opuestos, sino también los extremos opuestos del control de impulsos, es decir, hiperinhibición e hiperliberación. Por consiguiente, la substitución de uno por otro se puede entender fácilmente como un efecto de los esfuerzos homeostáticos del organismo. Ambos estados representan medios inadecuados, desesperados, de mantener el equilibrio interno, y la interacción entre fuerzas internas psíquicas y circunstancias ambientales dictará cual de las dos condiciones será menos amenazante" (Aleksandrowicz, 1980, p. 315)

Fuera del ámbito psicoanalítico, Beck ha extendido su teoría cognitiva de la depresión para abarcar otros estados emocionales, incluyendo la manía (Beck, 1976; Leahy y Beck, 1988). Sin embargo, su explicación de la etiología de este estado afectivo está mucho menos elaborada que su explicación de la etiología de los trastornos depresivos o de ansiedad. Así, al contrario que en estas últimas, en su explicación de la manía no hay ninguna alusión a posibles factores de personalidad que pudieran constituir elementos de vulnerabilidad, como tampoco hay ninguna alusión a la posible interacción entre factores de personalidad y acontecimientos estresores. Es más, en el caso de la depresión, Beck sugería que factores biológicos y genéticos podrían estar implicados en su causalidad, bien directamente o bien al provocar un procesamiento negativo de la información, pero no iba mucho más allá en la elaboración teórica de este punto. Esta deficiencia no es muy grave en el caso de la depresión donde el papel de los factores psicosociales es mucho mayor que el de los

factores genético-biológicos, pero sí lo es en el caso de la manía donde el peso de los papeles se invierte. De hecho, la teoría de la manía de Beck prácticamente consiste en la imagen refleja de los elementos cognitivos señalados en su teoría de la depresión, y, puesto que no hay ninguna referencia explícita, los mecanismos causales que relacionan estos elementos cognitivos para finalmente dar lugar al estado maníaco se supone que son similares a los presentados en la Figura 1 para el caso de la depresión.

Beck afirma que los individuos maníacos presentan también reglas vitales o actitudes disfuncionales que, como en la depresión, son rígidas y poco realistas, pero en este caso su contenido exagera los aspectos positivos y eleva la autoestima, estando en muchos casos asociado con conductas que son autodestructivas o violan los derechos de los otros (véase la Tabla 5).

Colóquese aquí la Tabla 5

También de forma similar a como se asumía en el caso de la depresión, la teoría de la manía de Beck supone la existencia de un procesamiento sesgado o distorsionado de la información. Este tipo de procesamiento se debe a que las personas maníacas cometen más errores cognitivos (inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, etc.) que las personas normales, y, además, a que los cometen tomando como base el contenido disfuncional de sus actitudes o reglas vitales. Así, los pacientes con manía prestan más atención y recuerdan de forma selectiva únicamente las experiencias positivas, o sobregeneralizan un éxito personal pensando que todo ha sido o será maravilloso. En conclusión, este procesamiento sesgado o distorsionado se traduce en la manía en la manifestación de imágenes y pensamientos, tanto automáticos como voluntarios, de contenido excesivamente optimista o grandioso (e.g., "tendré éxito en todo lo que haga", "todo lo que hago está bien", "mi jefe sólo es amable conmigo", "todos en el trabajo piensan que soy maravilloso").

Estos pensamientos e imágenes configuran el equivalente a la tríada cognitiva negativa de la depresión, que en la manía se denomina tríada cognitiva positiva. El paciente maníaco se ve así mismo como extremadamente atractivo, con recursos para hacer de todo; percibe el mundo ausente de todo tipo de obstáculos, lleno de experiencias positivas, y predice un futuro repleto de maravillosas posibilidades. Beck considera que esta tríada cognitiva positiva es parte intrínseca de la

manía que puede mantener o incrementar los otros síntomas motivacionales, conductuales y afectivos del trastorno.

En su aplicación a los trastornos bipolares, el enfoque de Beck tiene el grave de inconveniente de no contar con ninguna formulación que relacione sus dos teorías, la de la depresión y la de la manía, explicando así por qué se produce un episodio maníaco y no uno depresivo, o viceversa, y, explicando, por ende, por qué se produce la alternancia entre dichos episodios, alternancia que como dijimos en el capítulo anterior suele ser lo más frecuente entre los pacientes con trastornos bipolares.

Rastreado la literatura se pueden encontrar algunas teorías más sobre la manía que, aun asumiendo la fuerte causalidad de los factores genéticos y biológicos, consideran la inclusión de variables psicosociales (e.g., Depue, Krauss y Spont, 1987; O'Connell, 1986). No obstante, esta inclusión prácticamente se limita a señalar que los trastornos bipolares son consecuencia de la interacción de factores biológicos, sociales y psicológicos, afirmación que poco aporta sin un intento posterior de definir de forma más concreta cuáles son los mecanismos de actuación de las variables psicosociales y cómo se produce su interacción con los factores biológicos.

VII. CONCLUSIONES

En los últimos 20 años se ha producido una verdadera proliferación de teorías psicológicas sobre la etiología de los trastornos del estado de ánimo. Como prueba señalar que hasta aquí, en este capítulo, hemos nombrado más de veinte teorías diferentes, y que aun podríamos citar algunas más que también han generado una gran cantidad de investigación como, por ejemplo, la teoría Psicosocial de Billing y Moos (1982), la teoría de Ingram (1984), la teoría Cognitivo-Social de Oatley y Bolton (1985), la teoría Paradigmática de la depresión de Staats y Heiby (1985), la teoría de la Vulnerabilidad Cognitiva de Perris (1987), la teoría de la Contingencia de la Autovalía del grupo de investigación de Kuiper (Kuiper, Olinger y MacDonald, 1988), la teoría de la Autoconfirmación de Andrews (1989), la teoría de la Solución de Problemas de Nezu, Nezu y Perri (1989), o el modelo de depresión inspirado en la teoría de los Constructos Personales de Kelly (véase Sanz, 1991).

Ateniéndonos al número de investigaciones y artículos generados, el enfoque cognitivo es sin duda el más influyente. La mayor parte de esta literatura (en favor o en contra) se ha movido alrededor de las teorías de la depresión de Beck y de Seligman, las cuales han ido incorporando conceptos y métodos prestados de la psicología social, cognitiva y de la personalidad, reformulando sus propuestas originales. Estos esfuerzos teóricos y empíricos han supuesto una apreciación más compleja y acertada de las clases de relaciones causales que se deben especificar para comprender la heterogeneidad y complejidad del fenómeno depresivo y, a su vez, una mejor comprensión de las implicaciones metodológicas de tales tipos de relaciones (e.g., el tipo de diseños y de instrumentos de medidas necesarios para poner a prueba esas relaciones).

Aunque el estado actual de conocimiento no permite aún dar respuesta definitiva a cuestiones etiológicas básicas sobre quién experimentará un episodio depresivo o un episodio maníaco, cuándo y bajo qué circunstancias, estamos en disposición de formularnos mucho mejor estas preguntas. La revisión que hemos presentado en este capítulo sugiere que ninguna teoría explicativa lineal y unifactorial puede explicar las causas de los trastornos del estado de ánimo, y que una teoría amplia de estos trastornos, incluso si se aplica únicamente a algunos tipos de depresión, debería integrar múltiples ideas y constructos relativos tanto a las experiencias internas de las personas con dichos trastornos como a sus interacciones con el medio ambiente. Una teoría así debería además diferenciar y explicar los diferentes aspectos del curso clínico del trastorno (inicio, mantenimiento, mejoría, recaída, remisión), y las diferencias entre distintos tipos de trastornos del estado de ánimo (e.g., bipolares frente a unipolares; endógenos frente a no endógenos). En este contexto, nos parece oportuno señalar algunas ideas que nos parecen importantes y que merecen ser consideradas a la hora de desarrollar una teoría de los trastornos del estado de ánimo. Estas ideas aparecen recogidas en varias de las teorías que hemos expuesto en este capítulo y, puesto que éstas se centran fundamentalmente en los trastornos depresivos, son más relevantes para este último tipo de trastorno.

1. Las teorías más útiles parecen ser aquellas que (a) se formulan como modelos multivariantes y, por tanto, pueden integrar el mayor número de factores posibles, tanto psicológicos como biológicos, y (b) se formulan además como modelos de diátesis-estrés, postulando que ciertas personas, por poseer ciertas características específicas (bioquímicas, genéticas, cognitivas, de

personalidad), tienen una mayor vulnerabilidad a desarrollar un episodio depresivo tras la aparición de circunstancias estresantes.

2. Las variables cognitivas son muy importantes para comprender los trastornos depresivos ya que, al caracterizar las diferencias individuales en cómo las personas interpretan las circunstancias externas, mediarían el impacto emocional de éstas al determinar, por ejemplo, su naturaleza estresante.

3. Las cogniciones negativas relacionadas con el yo, incluyendo aquí las cogniciones que se recogen bajo los términos "autoestima", "desesperanza", "indefensión" y "visión negativa del yo", son los elementos cognitivos precursores del estado de ánimo depresivo. Una vez que las personas manifiestan un estado de ánimo deprimido, este estado sesga diversos procesos cognitivos (percepción, atención, memoria, atribución, etc.) de tal manera que son accesibles más cogniciones negativas asociadas, las cuales a su vez afectan a la duración y gravedad de la depresión, formándose una relación recíprocamente reforzante entre estado de ánimo negativo y cogniciones negativas.

4. Estas cogniciones y los procesos cognitivos que las generan operan a distintos niveles de conciencia, de forma que mientras algunas no son accesibles a la conciencia del sujeto, otras sí, y aun otras lo son pero únicamente bajo la presencia de ciertos estímulos (e.g., bajo un estado depresivo o ante la aparición de ciertos estresores).

5. Estas cogniciones parecen tener su origen en el "sistema de constructos" o en los "esquemas cognitivos" que el individuo desarrolla para entender el mundo y que se formarían en el contexto de sus experiencias infantiles tempranas de apego y de creación de lazos afectivos con los padres o con las personas significativas de su entorno. Estos esquemas o sistemas de constructos influyen no sólo en las interpretaciones y reacciones emocionales de los sujetos, sino también en el resto de sus conductas, habilidades y competencias. Por otro lado, parece que al menos dos tipos de tales esquemas, asociados a dos tipos concretos de experiencias de aprendizaje, han sido identificados entre las personas con depresión, lo que abre la posibilidad de diferenciar tipos de depresión por su etiología en función de este tipo de vulnerabilidades psicosociales (e.g., "anaclítica" y "autocrítica").

6. Las habilidades interpersonales y de solución y afrontamiento de problemas que el sujeto ha adquirido a lo largo de su vida y en cuyo desarrollo han influido, aunque no exclusivamente, las experiencias infantiles antes comentadas, tienen un papel muy importante en la depresión, primero,

porque afectan al tipo de cogniciones que preceden a la depresión (e.g., "voy a ser capaz de hacerlo"), y, segundo, porque determinan en alguna medida la cantidad y naturaleza de las situaciones estresantes con las que el sujeto puede encontrarse a lo largo de su vida. En este sentido, es importante señalar que los acontecimientos estresantes son también consecuencia de cómo las personas conducen su vida, tanto antes como durante la depresión. De hecho, aunque las personas deprimidas manifiestan cierta distorsión en sus interpretaciones, éstas algunas veces son correctas, ya que tales individuos se encuentran a menudo en circunstancias realmente negativas.

Por supuesto, la enumeración de estas ideas no resuelve la construcción de una teoría útil y amplia de los trastornos depresivos. Faltaría, por supuesto, especificar para cada tipo de trastorno depresivo las relaciones temporales y formales que guardan entre sí tales elementos, así como las relaciones de estos elementos con los distintos síntomas depresivos, tarea que, como hemos visto a lo largo de este capítulo, ha adoptado diferentes formas para diferentes teóricos. La investigación empírica tiene la última palabra a la hora de decidir qué teorías son las que mejor explican la realidad depresiva o las que permiten formularse mucho mejor las preguntas encaminadas a su explicación.

Finalmente, es importante señalar que, aunque no hemos incluido en este capítulo ninguna teoría concerniente a los aspectos biológicos de los trastornos del estado de ánimo (aspectos que se pueden consultar en el capítulo correspondiente de este libro), es obvio que la inclusión de variables genéticas y biológicas es imprescindible para desarrollar una teoría útil de los trastornos depresivos. Esta necesidad parece mucho más imperiosa en el caso de los trastornos depresivos bipolares. La vulnerabilidad a los trastornos del estado de ánimo puede subyacer en muchos casos en disfunciones del sistema neuroendocrino cuyo origen, a su vez, puede estar en factores genéticos o en experiencias tempranas adversas. Sin embargo, también hay que considerar que ciertas situaciones psicológicas pueden desencadenar alteraciones bioquímicas. Por ejemplo, las investigaciones experimentales con animales han demostrado que las experiencias continuadas de incontrolabilidad provocan una disminución de la norepinefrina disponible en el cerebro (Seligman, 1975). En conclusión, la interacción de factores genéticos, biológicos y psicosociales parece harto compleja, y la elaboración de teorías biopsicosociales que examinen tales relaciones, aunque deseable, parece difícil de lograrse hoy en día. Quizás es pronto para abordar la integración de estos dos niveles de explicación, ya que se podría llegar a perder precisión conceptual, y, por lo tanto, sea preferible que las teorías

psicológicas y biológicas adquieran mayor madurez indagando aún más en sus propias características y validez, a pesar de que este estado de "crisis" pueda resultar ciertamente incómodo.

VIII. RESUMEN DE ASPECTOS FUNDAMENTALES

Se han propuesto muchas teorías psicológicas de los trastornos del estado de ánimo, pero la mayoría de ellas se han centrado en los trastornos depresivos, aquellos que cursan sin fases maníacas, mientras que no existen apenas teorías sobre los trastornos bipolares. Aunque estas teorías difieren en muchos aspectos, una distinción importante entre ellas radica en los síntomas que consideran críticos en el trastorno.

Las primeras teorías psicológicas de la depresión nacieron dentro del psicoanálisis, y subrayaban la baja autoestima como síntoma clave del trastorno. Las teorías más clásicas entendieron la depresión como reacción a la pérdida del objeto amado. Esta pérdida provocaría deseos hostiles hacia ese objeto que, sin embargo, serían dirigidos hacia uno mismo como consecuencia de la introyección del objeto, dando lugar a un exceso de autorreproches y sentimientos de culpa. Las teorías psicodinámicas más recientes siguen postulando la pérdida del objeto amado como factor clave de la depresión, pero no comparten la hipótesis de la ira interiorizada. Para estos teóricos, las personas vulnerables a la depresión serían aquellas que desde la infancia, debido a pérdidas tempranas del objeto amado, normalmente por rechazo, separación o muerte de los padres, han desarrollado una autoestima excesivamente dependiente de la aprobación y el afecto de los demás de tal modo que se ven incapaces de superar la frustración cuando por cualquier circunstancia son rechazados, criticados o abandonados.

En los años 60, en plena expansión clínica del paradigma conductual, las teorías psicológicas de la depresión recalcan la reducción generalizada en la frecuencia de las conductas como principal síntoma de la depresión. Según las teorías conductuales, esta reducción y, por tanto, la depresión sería la consecuencia de una pérdida de refuerzos positivos contingentes a la conducta o de una pérdida en la efectividad de tales reforzadores. A su vez tales pérdidas podrían deberse a la combinación de diversos factores tanto ambientales (e.g., la ruptura de un noviazgo) como intrapersonales (e.g., falta de habilidades sociales).

En los años 70, con el advenimiento de la "revolución cognitiva", los psicólogos dirigieron su atención a los síntomas cognitivos de la depresión, y subrayaron la idea de que la depresión depende de cómo el individuo ve e interpreta los acontecimientos que le ocurren. Este enfoque es el que domina actualmente la conceptualización psicológica de la depresión, existiendo una gran variedad de teorías que señalan distintos elementos cognitivos como críticos en la explicación de la depresión, aunque entre todas ellas destacan dos: la teoría de Beck y la teoría de la Desesperanza.

Para Beck, la depresión se caracteriza por un procesamiento negativamente distorsionado de la información del entorno, procesamiento que se concreta en una visión negativa del yo, del mundo y del futuro (tríada cognitiva negativa), y que sería responsable del mantenimiento y exacerbación del resto de síntomas depresivos. Este tipo de procesamiento tendría lugar tras la aparición de un suceso estresante en aquellas personas que tienen actitudes disfuncionales para interpretar la realidad y que además exageran el valor de ciertos acontecimientos vitales. Teasdale comparte en buena medida la visión de Beck, pero subraya que la clave de la depresión está en si ese procesamiento aparece o no una vez que el sujeto está en un estado de ánimo deprimido, ya que asume que el tipo de sucesos que a la postre provoca una depresión clínica es capaz de producir al menos un estado de ánimo deprimido transitorio o leve en la mayoría de las personas.

La teoría de la Desesperanza lleva hasta su último extremo la importancia dada a los síntomas cognitivos postulando una nueva categoría de depresión: la depresión por desesperanza. Este tipo de depresión aparecería en aquellos individuos que experimentan desesperanza cuando les ocurre un suceso vital negativo, desesperanza a la que es más probable que lleguen las personas con un estilo atribucional global, estable e interno para los sucesos negativos (estilo atribucional depresógeno).

Las influencias cognitivas también alcanzaron a las teorías conductuales. Por ejemplo, aunque tanto Rehm como Lewinsohn conciben la depresión como respuesta a la reducción de reforzadores positivos, el primero señala que esta reducción sólo tiene efectos depresógenos en aquellas personas que manifiestan un déficit de conductas de autocontrol, incluyendo aquí conductas totalmente cognitivas como, por ejemplo, conductas de auto-observación y autoevaluación, mientras que el segundo hace depender tales efectos de una variable mediadora cognitiva, la autoconciencia.

Quizás como reacción a este exagerado énfasis de los síntomas cognitivos, de los factores intrapersonales, algunas de las más recientes teorías psicológicas han vuelto sus miradas hacia el ambiente, hacia los factores interpersonales. Estas teorías, aun partiendo de alguno de los enfoques teóricos anteriores (psicodinámico, conductual o cognitivo), resaltan el papel de las primeras experiencias infantiles de apego en la configuración de factores de vulnerabilidad a la depresión, consideran como uno de estos factores las habilidades interpersonales que el sujeto ha aprendido y que influyen en la cantidad de acontecimientos estresantes que afrontará en su vida, y, por último, señalan la importancia que tiene la respuesta de las personas significativas del entorno en la duración y gravedad del trastorno.

Aunque existen muchas teorías psicológicas de los trastornos depresivos unipolares, hay elementos comunes entre ellas y, en algunos casos, claramente redundantes. La consideración tanto de estas semejanzas como de las diferencias sugiere que cualquier teoría unifactorial de la depresión difícilmente podrá explicar la complejidad y heterogeneidad de los trastornos depresivos, y que las teorías más útiles parecen ser aquellas que integran diferentes factores (cognitivos, conductuales, ambientales, biológicos, etc.) en modelos de diátesis-estrés.

En cuanto a los trastornos bipolares, se asume que su fase depresiva se puede explicar a partir de las teorías anteriores, mientras que para su fase maníaca apenas existen modelos y estos están muy poco elaborados. Por ejemplo, las teorías psicodinámicas han sugerido que la manía sería un mecanismo de defensa del individuo frente a acontecimientos físicos o psíquicos dolorosos, incluyendo la propia depresión o sus sentimientos de baja autoestima. Por su parte, Beck ha formulado una teoría cognitiva de la manía en términos similares a su teoría de la depresión, aunque en ese caso los elementos cognitivos del modelo (actitudes disfuncionales, tríada cognitiva, etc.) estarían centrado en temas de grandiosidad y excesivo optimismo.

IX. TERMINOS CLAVE

Actitudes disfuncionales: En la teoría cognitiva de Beck, creencias tácitas y reglas vitales estables del individuo acerca de sí mismo y del mundo que son de carácter rígido y poco realista, y que en la depresión establecen contingencias casi imposibles para la autovalía mientras que en la manía exageran los aspectos positivos y elevan la autoestima.

Autoconciencia: Estado transitorio y situacional de autofocalización.

Autocontrol: Procesos de regulación de la propia conducta que implican la manipulación de aspectos situacionales y la disposición de contingencias y consecuencias alternativas para así obtener metas a largo plazo, y, que suelen incluir tres fases: auto-observación, autoevaluación y autorreforzamiento.

Autofocalización: Proceso que consiste en dirigir la atención sobre cualquier aspecto de sí mismo (e.g., las propias sensaciones físicas, emociones o pensamientos, o las metas que uno se ha establecido) y ser consciente de la información generada internamente, en contraposición a dirigir la atención a los estímulos ambientales y tomar conciencia de la información del exterior obtenida a través de los receptores sensoriales.

Autonomía: En la teoría de Beck, dimensión de personalidad que incluye actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de la independencia, la libertad de acción, la autodeterminación y el logro de metas propias.

Causa contribuyente: Un factor etiológico que incrementa la probabilidad de que un conjunto de síntomas aparezca pero que no es ni una causa suficiente ni necesaria para que tales síntomas se den.

Causa suficiente: Un factor etiológico cuya presencia u ocurrencia garantiza la aparición de un conjunto de síntomas, aunque no es necesario para que los síntomas aparezcan que este factor esté presente o haya ocurrido.

Causa necesaria: Un factor etiológico que debe estar presente o debe haber ocurrido para que un conjunto de síntomas aparezca, de forma que los síntomas no pueden aparecer si este factor etiológico está ausente o no ha ocurrido, pero esto no implica que siempre que este factor esté presente o haya ocurrido deban aparecer los síntomas.

Depresión anaclítica: Tipo de depresión en el que el paciente está fundamentalmente preocupado por las relaciones interpersonales y muestra una excesiva dependencia emocional de los demás. A este nivel descriptivo, el término es equivalente al de depresión dominada por el otro, depresión dependiente o depresión sociotrópica.

Depresión introyectiva: Tipo de depresión en el que el paciente está fundamentalmente preocupado por cuestiones de logro, autodefinición, independencia y autovalía. A este nivel descriptivo, el término es equivalente al de depresión dominada por las metas, depresión autocrítica o depresión autonómica.

Desesperanza: En la teoría de la Desesperanza, la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante unida a sentimientos de indefensión sobre la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia de ese suceso.

Distorsión cognitiva: Un juicio o conclusión que no está de acuerdo o es inconsistente con algún medida comúnmente aceptada de realidad objetiva y, que por lo tanto, se considera erróneo respecto a esa realidad objetiva. Según la teoría de Beck, los individuos depresivos presentan una distorsión negativa en su percepción de sí mismos, del mundo y del futuro, de forma que, por ejemplo, erróneamente infieren que son personas "que no valen para nada" en ausencia de datos que apoyen tal conclusión o incluso cuando los datos contradicen tal conclusión.

Errores cognitivos: En la teoría cognitiva de Beck, errores sistemáticos en la forma de procesar la información (e.g., inferencias arbitrarias, abstracción selectiva) que en los trastornos emocionales aparecen con mayor frecuencia y resultan en pensamientos e ideas disfuncionales (e.g., pensamientos automáticos) que son congruentes con las actitudes disfuncionales que subyacen a dichos trastornos.

Esquemas cognitivos depresógenos: En la teoría cognitiva de Beck, estructuras cognitivas latentes que dirigen la percepción, codificación, organización y recuperación de la información del entorno y que, al contener almacenadas actitudes disfuncionales de contenido depresivo, hacen vulnerables a la depresión a los individuos que las poseen, induciéndoles a errores cognitivos.

Estilo atribucional depresógeno: La tendencia a atribuir los sucesos incontrolables y aversivos a factores internos, estables y globales, tendencia que en la teoría Reformulada de la Indefensión Aprendida y en la teoría de la Desesperanza es un factor de vulnerabilidad cognitiva a la depresión.

Indefensión aprendida: Patrón de cambios conductuales y neuroquímicos que se produce cuando a un sujeto se le expone a una situación donde no existe relación alguna entre sus respuestas y la aparición de consecuencias ambientales negativas, y que se caracteriza fundamentalmente por la dificultad en aprender nuevas respuestas que producen una mejora de la situación.

Introyección: En la teoría de Freud, el proceso por el que una persona deprimida se identifica con la persona u objeto amado que ha perdido interiorizando una representación de ese objeto.

Mecanismos de defensa: En la teoría psicoanalítica, procesos inconscientes que el Yo emplea para defenderse de conflictos dolorosos (que le provocan ansiedad). Estos procesos implican autoengaño y distorsión de la realidad, y son, por ejemplo, la racionalización, la proyección o la regresión.

Modelo de diátesis-estrés: Un modelo teórico que propone que ciertas características específicas de algunos individuos hacen a éstos más propensos a un trastorno psicopatológico tras la aparición de acontecimientos ambientales estresantes. Esas características serían, pues, factores de vulnerabilidad (diátesis).

Pensamientos automáticos: En la teoría cognitiva de Beck, ideas o imágenes de contenido negativo en la depresión y de contenido excesivamente optimista en la manía, que son estereotipadas, de aparición repetitiva e inintencionada, difíciles de controlar, dañinas psicológicamente, y que son plausibles al individuo en el momento de su ocurrencia.

Reforzamiento: En el condicionamiento operante, la presentación de recompensas (reforzamiento positivo o entrenamiento de recompensa) o la retirada de castigos (reforzamiento negativo o entrenamiento de escape/evitación) para incrementar la probabilidad de una respuesta.

Regresión: Un mecanismo de defensa que consiste en la vuelta a un nivel evolutivo anterior, a un modo de comportamiento más infantil, cuando el individuo se encuentra ante alguna frustración o situación de estrés.

Sesgos Cognitivos: Tendencia a realizar inferencias y juicios de forma sistemática y consistente a lo largo de momentos y situaciones específicas. Por ejemplo, según las teorías cognitivas de la depresión, el individuo depresivo se caracteriza por un sesgo cognitivo negativo o tendencia a extraer conclusiones negativas sobre sí mismo, sin tener en cuenta las circunstancias particulares. Es importante señalar que muchas teorías cognitivas (e.g., la teoría de Beck) no han distinguido claramente entre sesgo cognitivo y distorsión, utilizando ambos términos de manera indiscriminada. Un juicio sesgado negativamente no es necesariamente un juicio distorsionado, sino que en ciertas situaciones puede, por el contrario, coincidir con la realidad objetiva.

Sociotropía: En la teoría de Beck, dimensión de personalidad que incluye actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia emocional de los demás.

Tríada cognitiva negativa: En la teoría cognitiva de Beck, cogniciones que implican una visión negativa del yo, del mundo y del futuro, y que formarían parte intrínseca de la depresión constituyendo, además, una causa suficiente próxima del trastorno.

Tríada cognitiva positiva: En la teoría cognitiva de Beck, cogniciones que implican una visión grandiosa y excesivamente optimista del yo, del mundo y del futuro, y que formarían parte intrínseca de la manía.

Variable Mediadora: Es una variable que representa el mecanismo por medio del cual una variable independiente (e.g., una factor etiológico) influye sobre una variable dependiente (e.g., un conjunto de síntomas).

XI. LECTURAS RECOMENDADAS

Primando la literatura en lengua española, hemos seleccionado las siguientes lecturas que pueden servir para completar el contenido de este capítulo:

Alvarez, J.E. (1985). La depresión: Definición y modelos. En J.A.I. Carrobles (Ed.), Análisis y modificación de conducta II: Aplicaciones clínicas. Madrid: UNED. Este trabajo presenta algunas teorías conductuales que hemos recogido en este capítulo de una forma más detallada, en especial la primera teoría conductual de Lewinsohn, y también ofrece algunas otras propuestas conductuales no abordadas en este capítulo como, por ejemplo, la de Lazarus.

Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, E. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: DDB. Dejando aparte el hecho de que constituye uno de los mejores manuales prácticos sobre psicoterapia de la depresión, este libro es la referencia obligada en español sobre la teoría de Beck, aunque no ofrece una exposición muy detallada de la misma. Para esto último hay que acudir a fuentes en lengua inglesa y, en este caso, la elección sin duda es Beck (1987).

Bowlby, J. (1983). La pérdida afectiva: Tristeza y depresión. Buenos Aires: Paidós. Excelente libro donde Bowlby desarrolla su teoría psicoanalítica de la depresión sobre la idea de la importancia del establecimiento de lazos afectivos en la infancia. Aunque esta idea no es muy novedosa, el mérito de Bowlby reside en recalcar la adquisición de representaciones cognitivas como mediadoras de los efectos de la crianza y en alentar la evaluación empírica y sistemática de las hipótesis relevantes a esta idea, apartándose así de las formulaciones psicoanalíticas tradicionales.

Mendelson, M. (1985). Psicodinámica de la depresión. En E.S. Paykel (Ed.), Psicopatología de los trastornos afectivos. Madrid: Pirámide. Este capítulo presenta una excelente revisión de las teorías psicoanalíticas de la depresión, sobre todo de las teorías clásicas y de aquellas inspiradas en la Psicología del Yo y en la teoría de las relaciones objetales.

Seligman, M.E.P. (1981). Indefensión. Madrid: Debate. Este libro constituye la exposición más

completa en español de la teoría de la Indefensión Aprendida, desde los trabajos iniciales de laboratorio con animales hasta la aplicación de la teoría a los trastornos depresivos. Sin embargo, por la fecha de su publicación original (1975), no recoge nada sobre las reformulaciones sucesivas de la teoría (1978, 1989).

Sanz, J., y Vázquez, C. (1991). Trastornos depresivos (II): Productos, operaciones, proposiciones y estructuras cognitivas. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), Manual de Psicopatología, Vol. 2 (pp. 785-875). Valencia: Promolibro. Este capítulo presenta una revisión bastante completa de las investigaciones realizadas sobre los principales conceptos propuestos por las teorías cognitivas para explicar la depresión, desde los "esquemas", "pensamientos automáticos" y "actitudes disfuncionales" de Beck hasta la "autoconciencia" de Lewinsohn, el "estilo atribucional depresógeno" de Abramson et al. o las "redes cognitivas" y la "propagación de la activación" de Teasdale.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abraham, K. (1911/1960). Notes on the psychoanalytic treatment of manic depressive insanity and allied conditions. En Selected papers on psychoanalysis. New York: Basic Book.
- Abraham, K. (1924/1960). A short study of the development of libido. En Selected papers on psychoanalysis. New York: Basic Books.
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., y Alloy, L.Y. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. Psychological Review, 96, 358-372.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.
- Aleksandrowicz, D.R. (1980). Psychoanalytic studies of mania. En R.H. Belmaker y H.M. Van Praag (Eds.), Mania. An envolving concept (pp. 309-322). New York: Spectrum.
- Alloy, L.B., Clemens, C., y Kolden, G. (1985). The cognitive-diathesis theories of depression: Therapeutic implications. In S. Reiss y R. Bootzin (Eds.), Theoretical issues in behavior therapy (pp. 379-410). New York: Academic Press.
- Andrews, J.D. (1989). Psychotherapy of depression: A self-confirmation model. Psychological Review, 96, 576-607.
- Arieti, S., y Bemporad, J. (1980). The psychological organization of depression. American Journal of Psychiatry, 137, 1360-1365.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social-cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall (Trad. española en Martínez Roca, Barcelona, 1990).
- Barnett, P.A., y Gotlib, I.H. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. Psychological Bulletin, 104, 97-126.
- 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: International University Press. (Trad. española en Lab. Merck Sharp, México, 1980).
- Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P. Clayton (Ed.),

- Treatment of depression: Old controversies and new approaches (pp. 265-290). New York: Raven Press.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. Journal of Cognitive Psychotherapy, 1, 5-37.
- Beck, A.T., y Clark, D.A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. Anxiety Research, 1, 23-36.
- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, E. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: DDB (Original publicado en 1979).
- Bemporad, J.R. (1985). Long-term analytic treatment of depression. En E.E. Beckman y W.R. Leber (Eds.), Handbook of depression: Treatment, assessment, and research (pp. 82-99). Chicago: The Dorsey Press.
- Billing, A.G., y Moos, R.H. (1982). Psychosocial theory and research on depression: An integrative framework and review. Clinical Psychology Review, 2, 213-237.
- Blatt, S.J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. The Psychoanalytic Study of the Child, 24, 107-157.
- Blatt, S.J., y Maroudas, C. (1992). Convergences among psychoanalytic and cognitive- behavioral theories of depression. Psychoanalytic Psychology, 9, 157-190.
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. American Psychologist, 36, 129-148.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Volume 3. Loss, separation and depression. New York: Basic Books (Trad. española en Paidós, Buenos Aires, 1983).
- Coates, D., y Wortman, C.B. (1980). Depression maintenance and interpersonal control. En A. Baum y J.E. Singer (Eds.), Advances in environmental psychology, Vol. 2, Applications of personal control (pp. 149-182). Hillsdale, NJ: LEA.
- Costello, C.G. (1972). Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness? Behavior Therapy, 3, 240-247.
- Costello, C. (1993). The advantages of the symptom approach to depression. En C. Costello (Ed.), Symptoms of depression (pp. 1-22). NY: John Wiley.
- Coyne, J.C. (1976). Toward an interactional description of depression. Psychiatry, 39, 28-40.
- Depue, R.A., Krauss, S.P., y Spoont, M.R. (1987). A two-dimensional threshold model of

- seasonal bipolar affective disorder. En D. Magnusson y A. Öhman (Eds.), Psychopathology. An interactional perspective (pp. 95-123). New York: Academic Press.
- Feldman, L.B. (1985). Integrative multi-level therapy: A comprehensive interpersonal and intrapsychic approach. Journal of Marital and Family Therapy, 11, 357-372.
- Ferster, C.B. (1965). Classification of behavior pathology. En U. Krasner (Ed.), Research in behavior modification. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Ferster, C.B. (1973). A functional analysis of depression. American Psychologist, 28, 857-870.
- Freud, S. (1917/1972). Duelo y melancolía. En Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gotlib, I.H., y Colby, C.A. (1987). Treatment of depression. An interpersonal systems approach. Oxford: Pergamon.
- Gotlib, I.H., y Hammen, C. (1992). Psychological aspects of depression. Toward a cognitive-interpersonal integration. Chichester: John Wiley & Sons.
- Hyland, M.E. (1987). Control theory interpretation of psychological mechanisms of depression: Comparison and integration of several theories. Psychological Bulletin, 102, 109-121.
- Ingram, R. (1984). Toward an information-processing analysis of depression. Cognitive Therapy and Research, 8, 443-478.
- Ingram, R.E., y Wisnicki, K. (1991). Cognition in depression. En R. Magaro (Ed.), Cognitive bases of mental disorders. Annual Review of Psychopathology, Vol. 1 (pp. 187-230). Newbury Park, CA: Sage.
- Jarrett, R.B. (1990). Psychosocial aspects of depression and the role of psychotherapy. Journal of Clinical Psychiatry, 51, 26-35.
- Kanfer, F.H. (1970). Self-regulation: Research, issues and speculations. En C. Neuringer y J.L. Michael (Eds.), Behavior modification in clinical psychology (pp. 178-220). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., y Chevron, E. (1984). Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books.
- Leahy, R.L., y Beck, A.T. (1988). Cognitive therapy of depression and mania. En A. Georgotas y R. Cancro (Eds.), Depression and mania (pp. 517-537). New York: Elsevier.
- Lewin, B.D. (1950). The psychoanalysis of elation. New York: Norton.

- Lewin, B.D. (1959). Some psychoanalytic ideas applied to elation and depression. American Journal of Psychiatry, 116, 38-43.
- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. En R.J. Friedman y M.M. Katz (Eds.), The psychology of depression: Contemporary theory and research (pp. 157-185). New York: Wiley.
- Lewinsohn, P.M. (1976). Activity schedules in the treatment of depression. En C.E. Thoresen y J.D. Krumboltz (Eds.), Counseling methods (pp. 74-83). New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M., Teri, L., y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R.R. Bootzin (Eds.), Theoretical issues in behavior therapy (pp. 331-359). Orlando, FL: Academic Press.
- Mendelson, M. (1974). Psychoanalytic concepts of depression, 2nd ed. New York: Spectrum.
- Miller, E., Rosellini, R.A., y Seligman, M.E.P. (1983). Indefensión aprendida y depresión. En J. Maser y M.E.P. Seligman (Eds.), Modelos experimentales en psicopatología. Madrid: Alhambra.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., y Perri, M.G. (1989). Problem-solving therapy for depression. Theory, research, and clinical guidelines. Toronto: John Wiley & Sons.
- Oatley, K., y Bolton, W. (1985). A social-cognitive theory of depression in reaction to life events. Psychological Review, 92, 372-388.
- O'Connell, R.A. (1986). Psychosocial factors in a model of manic-depressive disease. Integrative Psychiatry, 4, 150-161.
- Paykel, E.S. (1979). Recent life events in the development of depressive disorders. En R.A. Depue (Ed.), The psychobiology of the depressive disorders: Implications for the effect of stress (pp. 245-262). New York: Academic Press.
- Perris, C. (1987). Towards an integrating theory of depression focusing on the concept of vulnerability. Integrative Psychiatry, 5, 27-32.
- Polaino, A., y Vázquez, C. (1981). La indefensión aprendida ("Learned helplessness"): Un modelo experimental animal. Revisión crítica. Psiquis, 2, 169-180.
- Polaino, A., y Vázquez, C. (1982). La indefensión aprendida: ¿Un modelo experimental de depresión? Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 9, 173-195.
- Pyszczynski, T., y Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive

- self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression. Psychological Bulletin, 102, 122-138.
- Pyszczynski, T., y Greenberg, J. (1993). Hanging on and letting go. Understanding the onset, progression, and remission of depression. New York: Springer-Verlag.
- Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. Behavior Therapy, 8, 787-804.
- Sanz, J. (1991). Hacia un modelo de depresión desde los constructos personales de Kelly. Boletín de Psicología, 33, 7-40.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1991). Trastornos depresivos (II): Productos, operaciones, proposiciones y estructuras cognitivas. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), Manual de Psicopatología, Vol. 2 (pp. 785-875). Valencia: Promolibro.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Beck: Propiedades psicométricas y clínicas. Análisis y Modificación de Conducta, 19, 707-750.
- Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness: On depression, development and death. San Francisco: Freeman (Trad. española en Debate, Madrid, 1981).
- Skinner, B.F. (1953). Science and human behavior. New York: McMillan. (Trad. española en Fontanella, Barcelona, 1970).
- Staats, A.W., y Heiby, E.M. (1985). Paradigmatic behaviorism's theory of depression: Unified, explanatory, and heuristic. En S. Reiss y R.R. Bootzin (Eds.), Theoretical issues in behavior therapy. Orlando, FL: Academic Press.
- Teasdale, J.D. (1983). Negative thinking in depression: Cause, effect, or reciprocal relationship? Advances in Behavior Research and Therapy, 5, 3-25.
- Teasdale, J.D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. Cognition and Emotion, 2, 247-274.
- Vázquez, C., y Polaino, A. (1983). La indefensión aprendida en el hombre: Revisión crítica y búsqueda de un algoritmo explicativo. Estudios de Psicología, 11, 69-90.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1991). Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos tericos. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), Manual de Psicopatología, Vol. 2 (717-784). Valencia: Promolibro.
- Weissman, A.N. (1979). The dysfunctional attitude style: A validation study. (Doctoral

Dissertation, University of Pennsylvania, 1978). Dissertation Abstracts International, 40,
1389B-1390B.

LEYENDAS DE LAS TABLAS

Tabla 1. Muestra de Items de la Escala de Actitudes Disfuncionales (Weissman, 1979; adaptación española de M. Gurpegui, J. Ring y C. Vázquez)

Tabla 2. Errores Cognitivos en la Depresión según la Teoría de Beck

Tabla 3. Semejanzas entre la Indefensión Aprendida y la Depresión (Seligman, 1975, p. 106)

Tabla 4. Esquema atribucional de la Depresión: ¿Por qué suspendí el examen final de Psicología Matemática?

Tabla 5. Actitudes Disfuncionales en la Manía según la Teoría de Beck

Tabla 1. Muestra de Items de la Escala de Actitudes Disfuncionales (Weissman, 1979; adaptación española de M. Gurpegui, J. Ring y C. Vázquez)

LOGRO

4. Si no hago siempre las cosas bien, la gente no me respetará.
3. La gente probablemente me considerará menos si cometo algún fallo.
9. Si no hago las cosas tan bien como los demás, eso significa que soy una persona inferior.
11. Si no puedo hacer bien una cosa, es mejor no hacerla.
21. Para ser una persona valiosa debo destacar de verdad por lo menos en un aspecto importante.
22. Las personas a quienes se les ocurren buenas ideas valen más que aquellas a quienes no se les ocurren.

DEPENDENCIA/NECESIDAD DE APROBACION

7. No puedo ser feliz a no ser que me admire la mayor parte de la gente que conozco.
19. Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás opinen de mí.
28. Si uno no tiene otras personas en las que confiar, está destinado a estar triste.
32. Si desagradas a los demás no puedes ser feliz.
38. Es muy importante lo que otras personas piensan sobre mí.
39. Estar aislado de los demás termina por llevar a la infelicidad.

Nota. Los items aparecen agrupados según el factor que definieron en un análisis factorial de la escala (Sanz y Vázquez, 1993). Estos dos factores se corresponden con los rasgos de personalidad de Autonomía (Factor de Logro) y Sociotropía (Factor de Dependencia/Necesidad de Aprobación) propuestos como elementos de vulnerabilidad a la depresión en la teoría de Beck.

Tabla 2. Errores Cognitivos en la Depresión según la Teoría de Beck

Error Cognitivo	Definición (Beck et al., 1983)	Ejemplos (Beck, 1967, pp. 234-235; 1976, p. 93)
1. Inferencias arbitrarias	Proceso de llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye o con evidencia contraria a la conclusión	Un paciente que iba en ascensor tuvo el siguiente pensamiento: "El ascensorista piensa que soy un don nadie". Cuando fue preguntando por el incidente, el paciente reconoció que no había base real para pensar eso
2. Abstracción selectiva	Valoración de una experiencia centrándose en un detalle específico extraído fuera de su contexto e ignorando otros elementos más relevantes de la situación	El jefe de un paciente estaba comentando positivamente con él su trabajo y, en un momento de la conversación, le pidió que no hiciera copia de las cartas que recibía. Entonces el paciente pensó: "No está contento con mi trabajo"
3. Generalización excesiva	Proceso de extraer una conclusión o elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarla tanto a situaciones relacionadas con el hecho en cuestión como no relacionadas	La mujer de un paciente depresivo estaba enfadada porque los niños tardaban en vestirse. El paciente pensó: "Debo ser un mal padre, porque si no mis hijos tendrían más disciplina"
4. Magnificación y minimización	Errores cometidos al evaluar la magnitud o la significación de un acontecimiento incrementando o disminuyendo su significación	Un paciente, después de que su casa sufriera los destrozos de una tormenta, valoró los daños inicialmente en varios miles de dólares. El costo de la reparación fue, sin embargo, de unos cincuenta dólares
5. Personalización	Tendencia y facilidad para atribuirse sucesos externos sin base firme para realizar esta conexión	Un médico residente de hospital se deprimió al leer el anuncio de que todos los pacientes a cargo de un residente deberían ser posteriormente examinados por un médico de plantilla. Su pensamiento cuando leyó el anuncio fue: "El jefe no se fía de mi trabajo"
6. Pensamiento absolutista y dicotómico	Tendencia a clasificar todas las experiencias en una o dos categorías opuestas (blanco o negro), seleccionando las categorías del extremo negativo para describirse a sí mismo	Un jugador de baloncesto que si encestabá menos de 8 puntos en un partido, pensaba, "soy un fracasado", y se deprimía; si encestabá 8 o más puntos, pensaba, "soy realmente un gran jugador" y se sentía muy alegre

Tabla 3. Semejanzas entre la Indefensión Aprendida y la Depresión (Seligman, 1975, p. 106)

	Indefensión Aprendida	Depresión
Síntomas	Pasividad Dificultad en aprender que las respuestas producen mejora Desaparece con el tiempo Falta de agresión Pérdida de peso, pérdida de apetito, déficit sexual y social Reducción de la norepinefrina y actividad colinérgica Ulceras y estrés	Pasividad Estilo cognitivo negativo Curso Temporal Hostilidad introyectada Pérdida de peso, pérdida de apetito, déficit sexual y social Reducción de la norepinefrina y actividad colinérgica Ulceras (?) y estrés Sentimientos de indefensión
Causa	Aprendizaje de que las respuestas y el reforzamiento son independientes	Creencia de que el responder es inútil
Tratamiento	Terapia directiva: Exposición forzada a respuestas que producen Choque electroconvulsivo Tiempo Anticolinérgicos; estimulantes de la norepinefrina (?)	Recuperación de la creencia de que el responder produce reforzamiento Choque electroconvulsivo Tiempo Estimulantes de la norepinefrina; anticolinérgicos (?)
Prevención	Inmunización por dominio del reforzamiento	(?)

Tabla 4. Esquema atribucional de la Depresión: ¿Por qué suspendí el examen final de Psicología Matemática?

Grado	Interna (Personal)		Externa (Universal)	
	Estable	Inestable	Estable	Inestable
Global	Soy poco inteligente	Estaba agotado	Los exámenes tipo test son una auténtica lotería	Tengo el profesor de Psicología Matemática más hueso
Específico	No soy nada bueno en matemáticas	Estaba harto de estudiar Psicología Matemática	Los exámenes tipo test de Psicología Matemática son una auténtica lotería	Esta vez el profesor puso un examen muy difícil, mucho más que el parcial

Tabla 5. Actitudes Disfuncionales en la Manía según la Teoría de Beck

Si hay alguna posibilidad de éxito, debería aceptar el riesgo, porque ganaré

Merezco más de lo que tengo

Mis recursos son ilimitados

Cada éxito demuestra de nuevo lo superior que soy

Cuando la gente me mira, me admira

Nota. Ejemplos tomados de Beck (1976, p. 98) y Leahy y Beck (1988, p. 522)

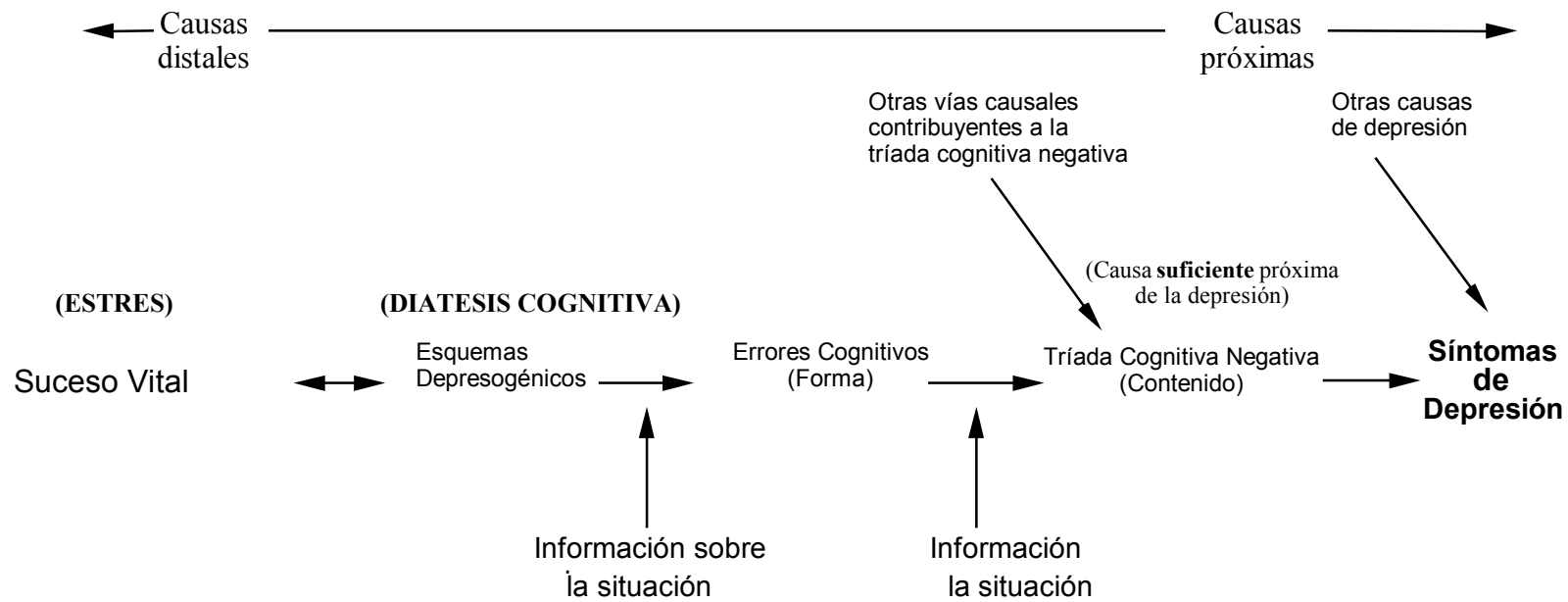


FIGURA 1 . Teoría cognitiva de la depresión de Beck.

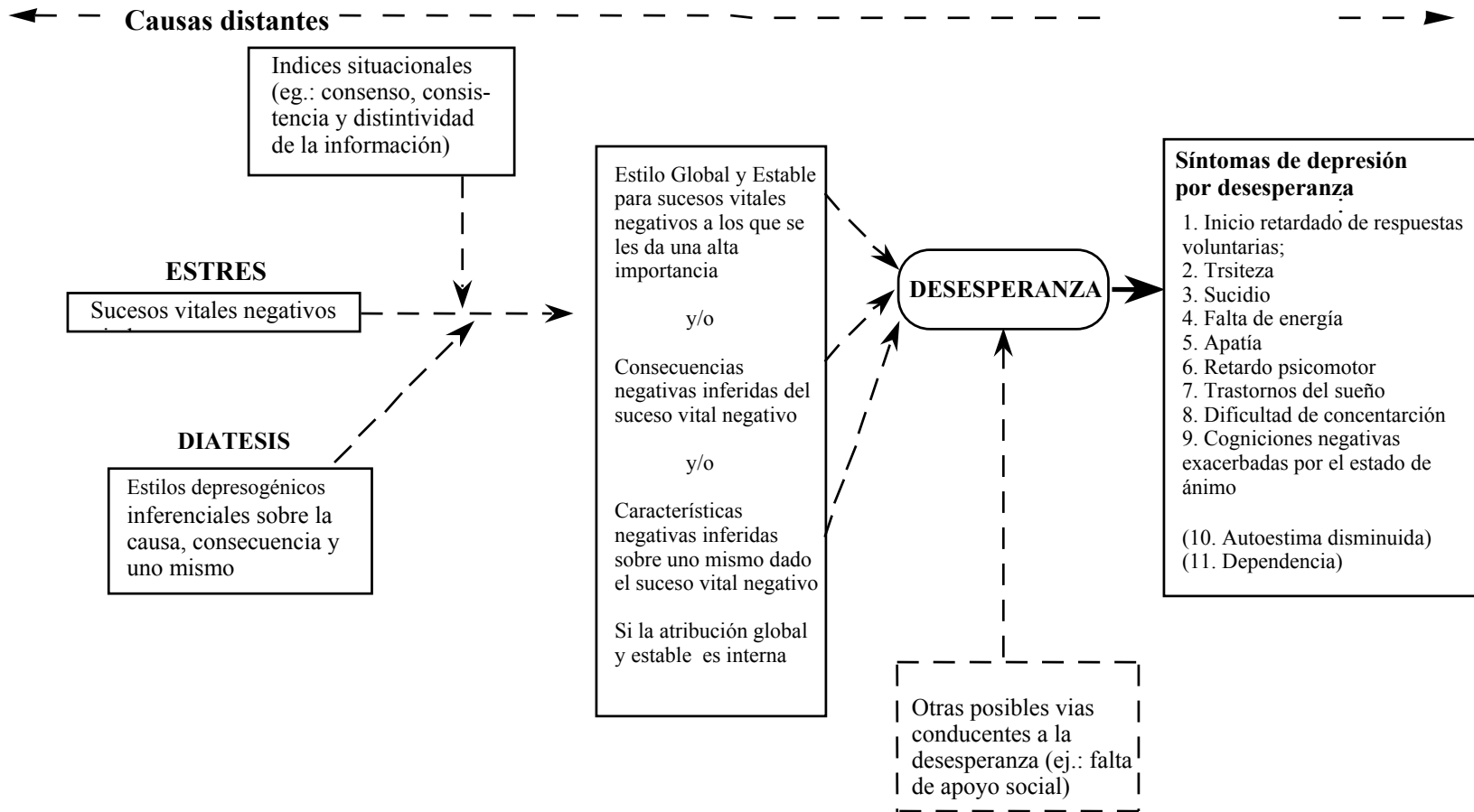


Figura 2. Teoría de la Desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy (1989)

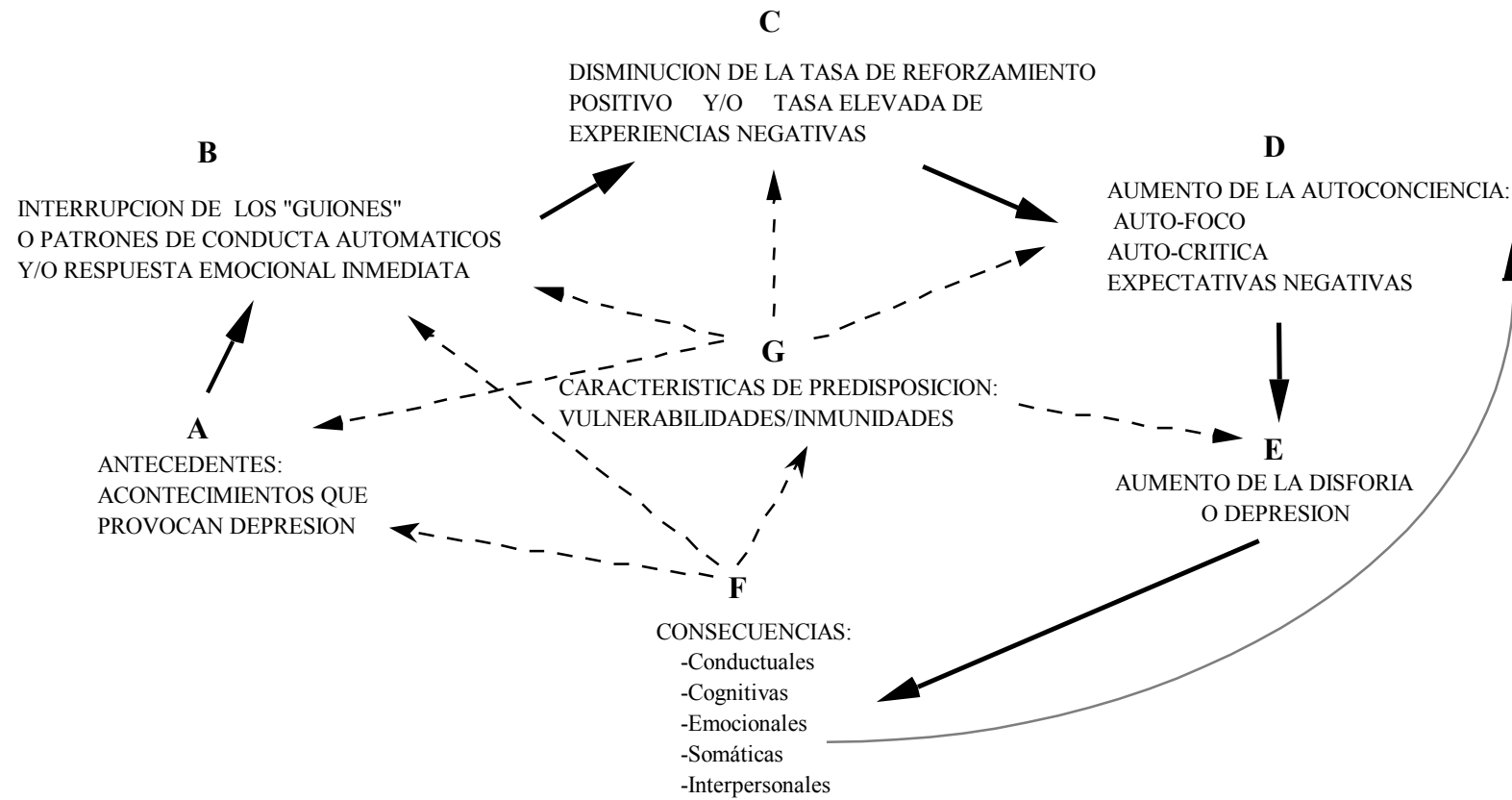


FIGURA 3. Modelo explicativo de Lewinsohn y colaboradores (Lewinsohn, Hoberman, Teri, y Hautzinger, 1985)

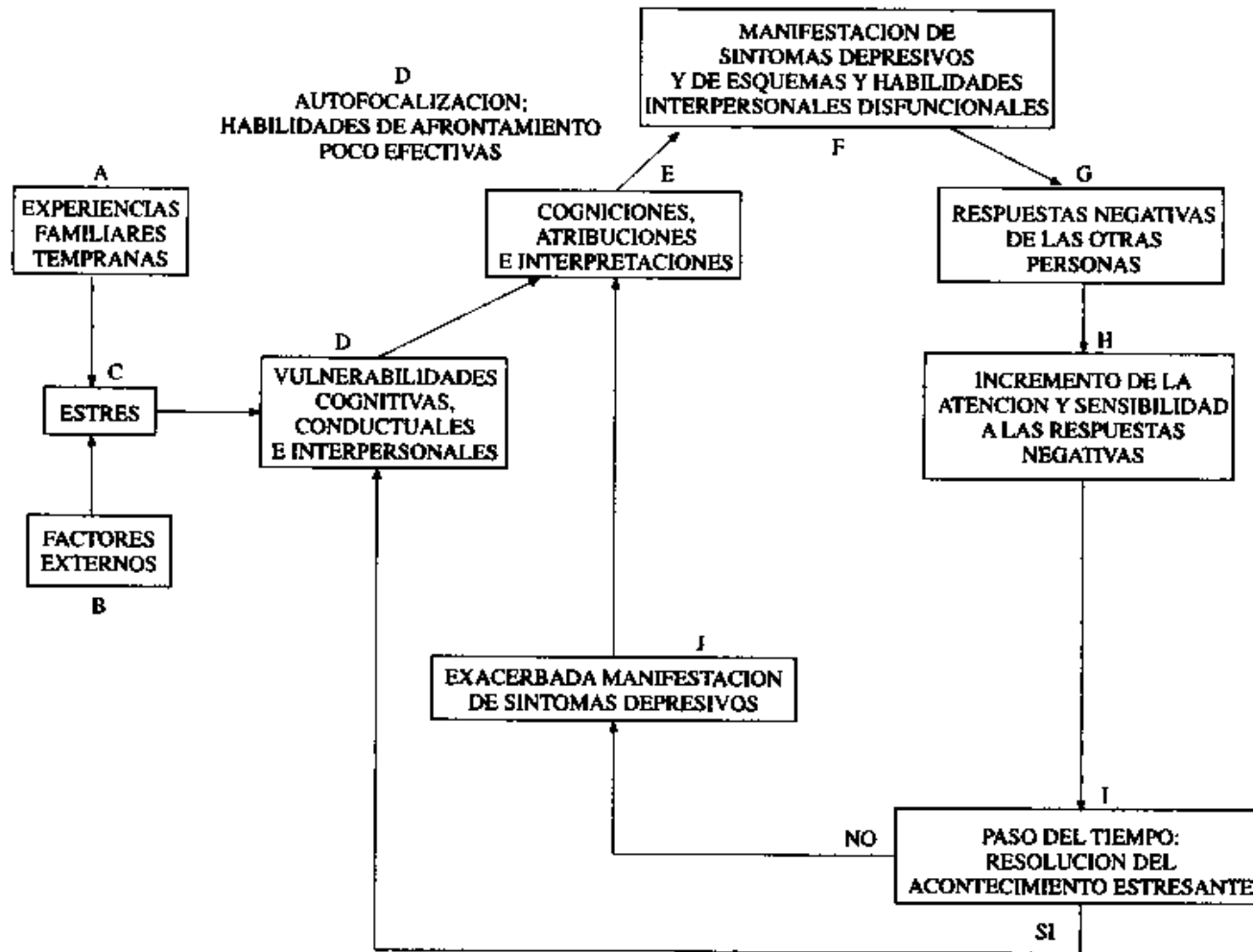


Figura 4. Teoría interpersonal de la depresión de Gotlib (según Gotlib y Hammen, 1992, p. 247)