

FACTORES QUE PREDICEN LA EFICACIA DE DIFERENTES TRATAMIENTOS PARA LA DEPRESIÓN LEVE O DISFORIA

Carmen Rodríguez-Naranjo y Antonio Godoy

Universidad de Málaga

Las investigaciones sobre la depresión señalan factores predictores diferentes para el desarrollo de las conductas depresivas. A pesar de ello, el tratamiento cognitivo-conductual se aplica indistintamente a la población general de sujetos depresivos. En este estudio, se forman dos grupos a partir de una muestra de 236 adolescentes con depresión leve o disforia: el grupo "disfórico cognitivo" constituido por sujetos con un estilo atribucional depresivo, y el grupo "disfórico conductual" formado por sujetos con deficiencias en la conducta social. Utilizamos estos dos grupos para comparar la eficacia de aplicar un tratamiento emparejado y uno no emparejado con el tipo de disforia. Los resultados del ANOVA indican que el tratamiento emparejado con el tipo de disforia es más efectivo que el tratamiento no emparejado.

Factors which predict the effectiveness of different treatments of slight depression or dysphoria. The research on depression indicate different predictive factors for development of depressive behaviour. In spite of this, cognitive-behavioural treatment is being applied to the general population of depressive subjects. In this study, two groups were formed from a sample of 236 mild depressive or dysphoric adolescents: the "cognitive dysphoric" group, composed of subjects with depressive attributional style, and the "behavioural dysphoric" group, constituted by subjects with deficient social behaviour. We used these two groups to compare the effectiveness of applying a treatment matched with the type of dysphoria and a non-matched treatment. The ANOVA results indicate that the treatment matched with the type of dysphoria is more effective than the non-matched treatment.

Ni los investigadores ni los clínicos comparten el mismo significado para el término depresión (Brewin, 1985), y lo utilizan para referirse a deficiencias muy heterogéneas. Como en cualquier otro trastorno psicológico, necesitamos una

distinción precisa entre los diferentes tipos de depresión. Los factores a partir de los cuales podríamos diferenciarlos de una forma más útil son los síntomas o reacciones depresivas, la evolución de los mismos y su tratamiento (Feinberg, 1992; Garber, Miller y Seaman, 1979). Los factores etiológicos pueden ser también muy útiles para la predicción clínica del surgimiento y, en su caso, posible agravamiento de las reacciones depresivas.

Correspondencia: Carmen Rodríguez-Naranjo
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga
Campus de Teatinos, s/n. 29071 Málaga (Spain)

Los principales modelos que se han elaborado para explicar la depresión se pueden agrupar en dos bloques en función del papel que asignan a una serie de factores en el desarrollo y mantenimiento del trastorno: los que enfatizan los factores de vulnerabilidad cognitiva, y los que se centran en las deficiencias conductuales de la depresión. Se exponen a continuación los hallazgos principales de ambos enfoques con objeto de clarificar la posibilidad de que existan distintos tipos de depresión.

Hallazgos obtenidos desde los modelos cognitivos

En primer lugar, disponemos de los modelos cognitivos de Ellis y Beck, autores que se inspiraron en la observación clínica de la sintomatología depresiva. El enfoque de Ellis (1962, 1987; Ellis y Grieger, 1977) ha quedado prácticamente relegado de la investigación sobre el trastorno depresivo, posiblemente a causa de que no se han desarrollado medidas fiables y válidas de los constructos cognitivos que elabora (Kendall y Korgeski, 1979; Smith, 1989). Además, es prácticamente inexistente la investigación sobre sus presupuestos terapéuticos. Respecto al modelo de Beck (1967; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), éste es el enfoque que ha tenido una mayor repercusión al ofrecer una serie de principios teóricos de gran valor heurístico que siguen inspirando en la actualidad una gran cantidad de investigación sobre los factores cognitivos de los trastornos depresivos. Además, de éste se deriva la forma de tratamiento actual más importante para la depresión.

La mayor parte de la investigación basada en la teoría reformulada de la indefensión aprendida (ver Buceta y Polaino-Lorente, 1982), y la teoría más reciente de la desesperanza (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Alloy, Abramson, Metalsky y

Hartlage, 1988), señalan que existe una relación importante entre atribuciones negativas y depresión. Ya originalmente, los hallazgos obtenidos desde el enfoque reformulado de la indefensión aprendida de Seligman (1975) tienden a confirmar que el estilo de atribución causal, en interacción con los acontecimientos vitales estresantes, es un factor de vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo de la depresión (Alloy *et al.*, 1988; Alloy, Lipman y Abramson, 1992).

No obstante, en otros muchos estudios no se encuentra que el estilo atribucional se relacione con las respuestas depresivas (Barnett y Gotlib, 1988; Brewin, 1985; Lewinsohn, Steinmetz, Larson y Franklin, 1981), incluso ante la presencia de un estresor. Quizá se puedan explicar en parte los resultados contradictorios de este campo a partir del planteamiento que realizan Alloy *et al.* (1992). Estos autores mantienen que el estilo atribucional depresivo puede contribuir a desarrollar síntomas depresivos, puede incrementar la probabilidad de padecer depresión, pero que no es una condición necesaria para que se produzcan las reacciones depresivas. Por consiguiente, otros factores, cognitivos o de otro tipo, podrían predisponer también a los sujetos al sufrimiento de reacciones depresivas.

Investigación clínica sobre las deficiencias de la conducta social en sujetos depresivos

En el modelo conductual de la depresión se postula que la disminución en la proporción de reforzamiento positivo contingente con la conducta juega un papel fundamental como estímulo desencadenante de las conductas depresivas (Lewinsohn, Youngren y Grosscup, 1979). En consonancia con este supuesto, las dificultades generales en la habilidad social para lograr el reforzamiento social dispo-

nible se han asociado con la depresión (Lewinsohn, Mischel, Chaplin y Barton, 1980), y también lo han hecho las deficiencias en la conducta asertiva (Raich, Carregal, Hernández y Sánchez, 1987; Sánchez y Lewinsohn, 1980). Fruto de este enfoque es una propuesta terapéutica que se recoge en el libro titulado *Control your depression* (Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss, 1986).

A pesar de que esta perspectiva de estudio de la depresión se encuentra menos articulada que el enfoque cognitivo, las deficiencias en la conducta social por parte de las personas depresivas se encuentran bien documentadas (Coyne, 1976; Lewinsohn, 1975; Lewinsohn *et al.*, 1979; Rosenblatt y Greenberg, 1991; Sanz y Graña, 1991), habiéndose encontrado incluso que las medidas de habilidad social predicen la depresión posterior (Wierzbicki, 1984). Otros hallazgos muestran que los sujetos depresivos tienden a ser más sensibles a las contingencias sociales aversivas que los grupos control de sujetos normales y psiquiátricos (Lewinsohn y Amenson, 1978; Lewinsohn, Lobitz y Wilson, 1973; Lewinsohn *et al.*, 1980). Esto quiere decir que estos sujetos perciben de un modo más aversivo que los sujetos normales y los psiquiátricos las consecuencias de la interacción social negativa (por ejemplo, ser criticado o recibir muestras de desacuerdo).

Según Lewinsohn y sus colaboradores, una vez que el sujeto no emite un patrón de conducta social adaptativa, se genera una disminución en el reforzamiento contingente con esta conducta que, en caso de perpetuarse, puede estar agudizando el estado depresivo, dando lugar a un círculo vicioso difícil de romper. En este sentido, en el modelo interactivo de la depresión se propone que las conductas depresivas generan en los otros reacciones negativas, las cuales sirven como retroalimentación

negativa para mantener el propio estado depresivo (Coyne, 1976). Coyne ha mostrado que la conducta social problemática de los sujetos depresivos (o con predisposición a la depresión) genera rechazo por parte del medio social. No obstante, el rechazo es sutil: la persona depresiva (probablemente, con su queja pasiva) elicitaba sentimientos de culpabilidad en las demás personas, que consecuentemente en vez de responder de una forma abiertamente hostil, proporcionan muestras de apoyo verbal no genuino (Rosenblatt y Greenberg, 1991). La persona depresiva se da cuenta de que no es verdaderamente aceptada y entonces intenta controlar la conducta de los otros generando más síntomas y expresando más aflicción. El reforzamiento inconsistente y parcial que generan estas conductas las hace difíciles de extinguir. Así, el reforzamiento muy probablemente se está produciendo, pero para incrementar patrones desadaptativos de conducta. También se han mostrado, sin embargo, resultados contradictorios con este enfoque en algunos estudios que no encuentran el fenómeno de retroalimentación negativa en los sujetos depresivos (King y Heller, 1984; MacNeil, Arkowitz y Pritchard, 1987).

Implicaciones de los modelos expuestos para el tratamiento de la depresión

Los modelos descritos son los que han generado una mayor cantidad de investigación sobre las reacciones depresivas, dirigiéndose en su mayor parte al estudio de los factores que facilitan, que favorecen, este tipo de reacciones. Puede ocurrir, y los resultados revisados son consistentes con ello, que distintos sujetos presenten comportamientos igualmente depresivos controlados por distintos factores (Staats y Heiby, 1985). Aunque la naturaleza fenomenológica del trastorno depresivo pueda

ser la misma (pensamientos distorsionados, sentimientos de minusvalía, nivel de actividad reducido), tanto los factores ambientales distales responsables de que surjan como, en su caso, los factores próximos responsables de que se arraiguen y mantengan estas reacciones (por ejemplo, estilo atribucional negativo o deficiencias en la habilidad social) pueden ser diferentes y aconsejar, por tanto, distinguir tipos diferentes de depresión. Estos podrían predecir la respuesta a uno u otro tipo de intervención. En este sentido podemos interpretar los hallazgos que indican que distintos tratamientos podrían estar incidiendo en niveles, o dimensiones, distintas del trastorno (Maldonado, 1984; Polaino, Barcelo y Maldonado, 1991).

La clasificación de las conductas depresivas debería llevarse a cabo justamente a partir de los factores que predicen la eficacia terapéutica. En definitiva, pensamos que es necesario que resolvamos las contradicciones que existen entre las propuestas teórico-metodológicas de la psicología clínica (determinar el tratamiento de acuerdo a las características particulares de cada trastorno) y su práctica (la cada vez más extendida elaboración y puesta en práctica de programas multi-componentes).

En este marco conceptual, el estudio que presentamos se dirige a poner a prueba si los resultados del tratamiento para la depresión leve o disforia dependen de que éste se empareje con el tipo de depresión que padecen los sujetos. Los resultados se evalúan a partir de los efectos en las medidas de depresión, y también en el nivel de ansiedad de los sujetos. Dado que postulamos que la eficacia diferencial de los tratamientos depende de que éstos modifiquen las variables que precipitan el desarrollo de los episodios depresivos, esto hace aconsejable poner a prueba esta hipótesis en sujetos con depresión leve o disfo-

ria, en los cuales todavía es poco probable que se produzca una conjunción de factores que, en interacción continua, requieran un tipo de intervención más compleja. Dejamos, por tanto, para estudios futuros el estudio de aquellas variables sobre las que debemos intervenir para evitar el agravamiento de las conductas depresivas y el sufrimiento de recaídas.

Método

Sujetos

La muestra total de participantes en este estudio era de 236 adolescentes, estudiantes de B.U.P. o F.P., de los cuáles 97 eran varones y 139 mujeres. La media en edad de estos sujetos era de 15 años y 5 meses, con edades comprendidas entre los 14 y los 23 años.

Material y procedimiento Instrumentos de evaluación

(a) *Depresión.* Para evaluar el estado depresivo, se ha utilizado la *Escala del Centro para el Estudio Epidemiológico sobre la Depresión (CES-D)* elaborada por Radloff (1977), que incluye los siguientes factores: (1) Perturbaciones somáticas, (2) Afecto deprimido, (3) Afecto positivo y (4) Problemas interpersonales. Se pide a los sujetos que indiquen la frecuencia con la que experimentaron cada síntoma la semana anterior. Se evalúan las respuestas en una escala de 4 puntos que va de "raramente o ninguna parte del tiempo (menos de 1 vez al día)": 0, a "la mayor parte de, o todo, el tiempo (5-7 días)": 3. Esta escala de 20 ítems se ha utilizado con éxito para evaluar los síntomas depresivos en adolescentes (Compas, Ey y Grant, 1993; Gotlib, Lewinsohn y Seeley, 1995). Sus coeficientes alfa oscilan de .84 a .90, y su estructura de cuatro factores ha sido adecua-

damente confirmada (Joseph y Lewis, 1995). Las puntuaciones totales tienen un rango de 0 a 60 puntos, interpretándose a partir de 17 puntos como depresión "posible", y a partir de 23 o más como depresión "probable". No obstante, diferentes autores recomiendan reducir las puntuaciones de corte para disminuir los frecuentes falsos negativos (Myers y Weissman, 1980). Por ello, para seleccionar a los sujetos disfóricos, utilizamos la media en depresión de la muestra bajo estudio (Media: 14.10 puntos; D.T.: 8.39).

También se ha utilizado el *Inventario de Depresión de Beck* (BDI) elaborado por Beck *et al.* (1979) para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos y su respuesta al tratamiento; en concreto, la adaptación castellana de la escala compuesta por 19 ítems (Conde, Esteban y Useros, 1976).

(b) *Estilo atribucional*. El estilo atribucional se evaluó mediante el *Cuestionario de Atribuciones Causales* (ASQ) elaborado por Seligman, Abramson, Semmell y Von Baeyer (1979) y Peterson, Semmell, Von Baeyer, Abramson, Metalsky y Seligman (1982). En concreto, utilizamos la versión de Vázquez, Avia, Alonso y Fernández (1989) en la que añaden a las dimensiones originales (interno-externo, estable-inestable y global-específico), las dimensiones controlable-incontrolable y personal-universal. Sólo se evaluaron estas dimensiones atribucionales sobre los acontecimientos negativos porque estos correlacionan más fuertemente con el afecto depresivo que los acontecimientos positivos (Raps, Peterson, Reinhard, Abramson y Seligman, 1982; Seligman *et al.*, 1979; Sweeney, Anderson y Bailey, 1986). Para adaptar las situaciones de la escala a nuestra población de adolescentes, realizamos un estudio piloto sobre 198 estudiantes adolescentes, que se igualaban a la muestra del estudio, a los que se pidió

que anotaran todos aquellos acontecimientos que les habían hecho sentir mal en los últimos dos años. Encontramos que los siguientes acontecimientos fueron los más citados y estos pasaron, por tanto, a componer la escala final:

1. Pasas cierto tiempo preocupado por tus notas académicas.
2. Suspendes una asignatura.
3. Tu padre te castiga y regaña por algo que ha ocurrido.
4. Tienes algún problema en casa (como una discusión con un familiar).
5. Tienes que repetir curso.
6. Tienes un accidente.
7. Tienes una discusión con un amigo.
8. Tienes un desengaño amoroso.
9. Tienes un problema con un profesor.
10. Pierdes la amistad de alguien.
11. Tu mascota muere.

La puntuación final de la escala se obtiene incluyendo sólo las respuestas sobre aquellos acontecimientos a los que los sujetos otorgan importancia para ellos mismos, operativizada en una puntuación (5 en una escala que oscila de ninguna a mucha importancia (1 a 7 puntos).

(c) *Habilidades sociales*. Para evaluar esta variable, se ha empleado la *Escala de Auto-expresión universitaria* (CSES; Galassi, Deleo, Galassi y Bastien, 1974), en su adaptación castellana realizada por Caballo y Carrolles (1987). Se ha escogido esta escala por dirigirse específicamente a evaluar la auto-aseción de los sujetos. Esta escala evalúa tres tipos de conducta: expresión positiva, expresión negativa y la consideración negativa sobre uno mismo. Las personas-estímulo que muestrea la escala son: extraños, figuras de autoridad, familia y parientes, e iguales de ambos sexos.

(d) *Ansiedad*. La *Escala Estímulo-Respuesta de Ansiedad* (S-R) de Endler, Hunt y Rosenstein (1962) y Endler y Okada (1975) consta de 11 situaciones potencialmente ansiógenas (referidas a amenaza in-

terpersonal, daño físico y situaciones ambiguas o novedosas), y de 14 cuestiones en las que se pregunta sobre las reacciones de ansiedad del sujeto ante cada una de las situaciones propuestas. En concreto, se evalúan tres modalidades de respuesta: (1) temor, impedimento y evitación; (2) optimismo, alegría y acercamiento; y (3) reacciones autonómicas.

(e) *Cuestionario para la evaluación de diversos trastornos según los criterios del DSM III-R*: Se ha desarrollado un cuestionario deducido del DSM III-R (APA, 1987), en el que se evalúan el trastorno por angustia, la depresión mayor, las reacciones obsesivo-compulsivas y la adicción (actual o pasada) a drogas o alcohol.

Procedimiento empleado para la selección de los sujetos que forman parte de las condiciones de intervención

Para formar parte de las condiciones de intervención, se escogieron en primer lugar los sujetos de la muestra con puntuaciones iguales o superiores a 14 puntos en el CES-D. Del total de estos sujetos, se escogieron aquéllos que cumplían los criterios para la formación de los grupos *disfórico cognitivo* y *disfórico conductual*. En el caso del grupo *disfórico cognitivo*, éstos eran los siguientes: (a) mostrar un estilo de explicación causal negativo (puntuaciones superiores a 0.25 desviaciones típicas por encima de la media de la muestra en el ASQ); y (b) ausencia de deficiencias en habilidad social (puntuaciones inferiores a 0.25 desviaciones típicas por debajo de la media de la muestra en el CSES). Siguiendo los mismos criterios, el grupo *disfórico conductual* estaba compuesto por los sujetos que presentaban: (a) un estilo atribucional intacto, y (b) deficiencias en habilidades sociales. En un estudio previo (Rodríguez-Naranjo y Godoy, 1996) se apoyaba la formación de estos dos grupos a par-

tir de, entre otros, los siguientes resultados: (a) El estilo atribucional (ASQ) y las habilidades sociales (CSES) mostraban un poder predictivo significativo e independiente sobre las puntuaciones de depresión leve o disforia. (b) Otras variables clásicamente asociadas a la depresión, como son la auto-estima, los acontecimientos vitales negativos y la ansiedad, no se asociaban significativamente con las puntuaciones en disforia. (c) Los sujetos disfóricos que no presentaban deficiencias en atribuciones causales ni en habilidades sociales no alcanzaban el criterio de depresión leve en el BDI, y los que presentaban deficiencias en las dos variables eran los que mostraban niveles superiores en esa escala de depresión. (d) El hallazgo más interesante de este estudio fue que los sujetos que presentaban deficiencias en el estilo de atribución causal, pero no en habilidades sociales (grupo *disfórico cognitivo*) informaban haber sufrido un número significativamente mayor de acontecimientos vitales negativos de importancia para ellos mismos que los sujetos con deficiencias en habilidades sociales, pero con un estilo atribucional intacto (grupo *disfórico conductual*). Estos últimos presentaban el mismo escaso nivel de acontecimientos vitales negativos que los sujetos no disfóricos. Estos hallazgos, que se obtuvieron en dos muestras independientes de adolescentes disfóricos, nos permitían diferenciar dos tipos de disforia, en línea con las sugerencias de Alloy *et al.* (1988).

En el estudio actual seguimos, pues, los mismos criterios para la formación de los grupos *disfórico cognitivo* y *disfórico conductual*. De todos los sujetos de la muestra que se asignaban a uno u otro grupo, se descartaron aquéllos que según los criterios del DSM-III R padecían alguno de los trastornos siguientes: trastorno por angustia, depresión mayor, reacciones obsesivo-compulsivas y adicción (actual o pasada) a

drogas o alcohol. Se descartaron también los sujetos que habían recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico en algún momento de su vida y los que habían padecido algún trastorno físico grave. Por último, se excluyeron aquellos sujetos que presentaban en el BDI ideas de suicidio y aquéllos que no se mostraban dispuestos a participar en la intervención.

Diseño utilizado para constituir las condiciones de intervención

La muestra final, empleada para comprobar la eficacia diferencial de utilizar tratamientos emparejados y no emparejados con los dos tipos de depresión leve o disforia explicitados arriba, estaba compuesta por 30 sujetos (9 varones y 21 mujeres) con edades comprendidas entre los 14 y 23 años (edad media: 15.50; D.T.=1.74). Se asignaron los sujetos al azar a una de las dos condiciones siguientes: (a) condición de tratamiento emparejado (grupo *disfórico cognitivo* tratado con terapia cognitiva y grupo *disfórico conductual* tratado con terapia conductual) (n=14); y (b) condición de tratamiento no emparejado (grupo *disfórico cognitivo* tratado con terapia conductual y grupo *disfórico conductual* tratado con terapia cognitiva) (n=16) (Tabla 1). Los respectivos análisis se llevaron a cabo sobre los sujetos que contestaron las escalas de forma

completa: 30 sujetos sobre la escala CES—D; 29 sujetos sobre la escala BDI (tratamiento emparejado: 14; tratamiento no emparejado: 15); y 19 sujetos sobre la escala S-R (tratamiento emparejado: 9; tratamiento no emparejado: 10).

Procedimiento llevado a cabo para la realización de las terapias cognitiva y conductual

Para la aplicación de los tratamientos, se formaron dos grupos de terapia cognitiva y otros dos de terapia conductual, constituido cada uno de ellos por 7 u 8 sujetos mixtos en cuanto al tipo de disforia, cognitiva y conductual. Tanto en la realización de la terapia cognitiva como en la conductual, los sujetos mantuvieron encuentros semanales con dos terapeutas durante un período de intervención de ocho semanas. Los terapeutas eran ciegos respecto a las condiciones experimentales.

Terapia cognitiva. La modificación del estilo de explicación causal depresivo ha recibido muy poca atención desde el ámbito clínico, restringiéndose en el campo del tratamiento para la depresión a las estrategias de reatribución que sugiere Beck en su procedimiento terapéutico. Este procedimiento ha sido, sin embargo, llevado a cabo en la literatura experimental sobre motivación de logro (Försterling, 1980; Seligman, 1981).

Al aplicar el reentrenamiento atribucional sobre los sujetos con depresión leve, el objetivo básico que perseguíamos era que éstos aprendieran a formular explicaciones causales adaptativas para los acontecimientos negativos. Para ello, seguimos las siguientes fases: (1) Se proporciona a los sujetos una explicación cognitiva del malestar emocional (Evans y Hollon, 1988). (2) Se determinan las situaciones-objetivo a tratar (por ejemplo, discusiones familiares y con amigos, desengaño amoroso,

Tabla 1

Asignación de los sujetos a las condiciones de tratamiento emparejado y no emparejado con el tipo de disforia

	Grupo disfórico cognitivo	Grupo disfórico conductual
Grupo de terapia cognitiva	7 sujetos (condición de tratamiento emparejado)	9 sujetos (condición de tratamiento no emparejado)
Grupo de terapia conductual	7 sujetos (condición de tratamiento no emparejado)	7 sujetos (condición de tratamiento emparejado)

suspender, repetir curso, etc.). Se revisan las explicaciones causales más frecuentes que los sujetos formulan sobre las situaciones negativas y se analizan en base a las dimensiones atribucionales: internalidad, incontrolabilidad, estabilidad y globalidad. (3) Se analiza la evidencia existente para mantener esas interpretaciones causales sobre las situaciones-objetivo. Se sugieren y discuten con los sujetos las posibles interpretaciones alternativas. El proceso incluye los elementos: (a) paso de las explicaciones causales internas a las externas; (b) paso de las explicaciones internas e incontrolables con fundamento en la internalidad (por ejemplo, "he suspendido por mi culpa") a internas y controlables ("he suspendido porque no he estudiado lo suficiente"); (c) paso de las explicaciones estables a las inestables; y (d) paso de las explicaciones globales a las específicas. En las ocasiones en que se considera pertinente la causa interna atribuida, se persigue el objetivo de que los sujetos perciban dicha causa bajo otra dimensión más adaptativa (por ejemplo, "discutieron porque yo los enfrente", visto desde el polo global, "siempre enfrente a todo el mundo", al polo específico, "en esa ocasión los enfrente"). (4) Se analizan y discuten las conclusiones negativas que se derivan de las explicaciones causales desadaptativas, fundamentalmente las relacionadas con la auto-culpabilización y la auto-crítica (Beck *et al.*, 1979). En relación al punto (d) anterior, se analiza cómo las explicaciones globales suelen llevar a conclusiones generales negativas (por ejemplo, "los suspensos se deben a mi incapacidad generalizada, la que hará que fácilmente fracase en lo que haga" a "pienso que soy un fracaso"). (5) Por último, se analizan las consecuencias positivas de formular interpretaciones alternativas (externas, controlables, inestables y/o específicas) para los acontecimientos negativos. Siguiendo el ejemplo

anterior, si los suspensos son algo específico que se debe a una serie de causas también concretas (se determina cuáles pueden ser mediante la colaboración activa de los sujetos), no esperaré fracasar en otras actividades. Este es un proceso interactivo en el que, siguiendo el ejemplo, se pasa de nuevo al punto (4) al pedir a los sujetos que formulen ejemplos de otras conclusiones negativas que uno puede sacar de suspender un examen o tener malas notas, se analizan las dimensiones atribucionales implícitas, se generan otras alternativas y se evalúan las conclusiones anteriores.

Terapia conductual. Esta ha consistido en realizar un entrenamiento en habilidades conductuales de afrontamiento de las situaciones de interacción social, dando una particular relevancia al entrenamiento de las habilidades sociales. En concreto, se han empleado las técnicas que se derivan de los trabajos de Lewinsohn, Biglan y Zeiss (1976) para el entrenamiento en habilidad social, las cuales han mostrado ser eficaces para el tratamiento de las reacciones depresivas (Antonuccio, Ward & Tearnan, 1989; Reed, 1994). El procedimiento consta de los siguientes elementos: (1) Se explica el fundamento de la habilidad social como causante del malestar emocional. (2) Se determina la conducta-objetivo. (3) Se procede al modelado y ensayo de la conducta-objetivo. (4) Se implementa la retroalimentación y el reforzamiento por parte del grupo tras la realización de la conducta-objetivo. Estos pasos se llevan a cabo para el entrenamiento de las siguientes conductas: dar y recibir afecto y elogios, hacer y rechazar peticiones, manejo de las críticas, iniciar y mantener conversaciones, y negociar en relaciones íntimas. También se han incluido las habilidades de aceptación asertiva y expresión de sentimientos positivos para incrementar el apoyo social que reciben los sujetos (Henderson, 1974).

Al dirigir ambos procedimientos hacia el tratamiento de sujetos con depresión leve, la intervención tiene un carácter marcadamente didáctico; por consiguiente, se lleva a cabo sin la inclusión de tareas para casa.

Resultados

Con objeto de evaluar la eficacia diferencial de los tratamientos emparejados y no emparejados para el tipo concreto de depresión leve o disforia que presentan los sujetos, se lleva a cabo un ANOVA para cada medida de depresión (BDI y CES-D) por separado. En concreto, se utiliza un ANOVA en un diseño mixto de dos factores con medidas repetidas en uno de ellos. Un factor es la condición de tratamiento (emparejado *versus* no emparejado), y el segundo lo constituye la fase de tratamiento (pre- *versus* pos-tratamiento). Así, en el caso de que se produjeran diferencias en eficacia entre los tratamientos emparejado y no emparejado, éstas vendrían dadas por la interacción de los dos factores. Los resultados obtenidos muestran que la interacción resulta muy cercana a la significación estadística en el caso del BDI ($F(1,27) = 3.81, p = .06$), y estadísticamente significativa sobre las puntuaciones del CES-D ($F(1,28) = 4.09, p \leq .05$). La Fig. 1 muestra las diferencias entre las puntuaciones pre- y pos-tratamiento en BDI y CES-D, en las dos condiciones de intervención.

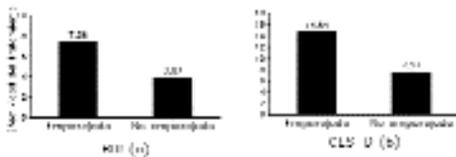


Figura 1. Diferencias entre las puntuaciones pre- y pos-tratamiento en el BDI y CES-D para las condiciones de tratamiento emparejado y tratamiento no emparejado con el tipo de disforia. BDI: Inventario de Depresión de Beck. CES-D: Escala de Centro para el Estudio Epidemiológico sobre la Depresión.

Por último, se realiza también el mismo tipo de análisis para comprobar si la condición de tratamiento (emparejado *versus* no emparejado) afecta a la ansiedad de los sujetos. Los resultados muestran una disminución en la ansiedad tras el tratamiento emparejado, en tanto que el no emparejado produce un leve incremento en estas reacciones. No obstante, estas diferencias no resultan estadísticamente significativas ($F(1,17) = 2.69, p = .12$).

Discusión

Los resultados de este estudio permiten extraer una serie de conclusiones. En primer lugar, los sujetos disfóricos o con depresión leve parecen mejorar diferencialmente en función de que se sometan a un tratamiento emparejado o a uno no emparejado con el tipo de depresión leve que padecen. Tal como esperábamos, la disforia de los sujetos a los que se aplicó el tratamiento emparejado con el estado disfórico disminuyó significativamente más que la de los sujetos a los que se aplicó el tratamiento no emparejado, al menos tal como ésta es medida por el CES-D.

Estos resultados son consonantes con las predicciones últimas del modelo reformulado de la indefensión aprendida respecto a que el estilo de atribución causal es un factor predominante para un tipo de depresión (Abramson *et al.*, 1989), en nuestro estudio la depresión leve o disforia que denominamos cognitiva. Los resultados obtenidos apoyan también hallazgos previos sobre el papel que juegan las habilidades sociales para predecir las reacciones depresivas (Lewinsohn, 1975). La eficacia diferencial para disminuir la disforia del entrenamiento atribucional, por un lado; y el entrenamiento en habilidades sociales, por otro, en función de la presencia o ausencia de las deficiencias en estos factores, apoyan la distinción que realizamos

de dos tipos de depresión leve o disforia (Rodríguez-Naranjo y Godoy, 1996).

Siguiendo a García Hurtado, Fernández-Ballesteros, Montero y Heiby (1995), y en términos de la teoría conductual paradigmática (Heiby y Staats, 1990; Staats y Heiby, 1985), las deficiencias en la habilidad social de los sujetos disfóricos podrían constituirse en repertorio sensorio-motor y el estilo atribucional negativo en repertorio lingüístico-cognitivo, precipitadores respectivamente de dos tipos diferentes de disforia que responden también diferencialmente a la terapia. En otro orden, pensamos que este enfoque puede complementarse con la distinción entre causas próximas y distales de la depresión que realizan Alloy *et al.* (1988), ya que ésta permite una mejor comprensión de la evolución de las reacciones depresivas. Así, la interacción de los acontecimientos vitales negativos con el estilo atribucional depresivo (causas distales) permite predecir la aparición probable de un tipo concreto de depresión leve o disforia, que denominamos *disforia cognitiva*, y diferenciarlo de otro tipo generado por las deficiencias en la habilidad social, que denominamos *disforia conductual* (Rodríguez-Naranjo y Godoy, 1996). Otro tipo de causas próximas, como pueden ser las expectativas de falta de control sobre las propias reacciones depresivas, pueden facilitar que las reacciones depresivas se mantengan y agraven. Teasdale (1985) se refiere a ello como *la depresión sobre la depresión*, y señala las importantes repercusiones que tiene este factor para la terapia. En este caso no estaríamos hablando, por tanto, de factores precipitadores de la disforia, sino de factores que contribuyen a que las conductas depresivas se mantengan, e incluso, se agraven.

El círculo vicioso que parece ser la depresión implica que es muy difícil efectuar generalizaciones que sean válidas acerca

de los depresivos clínicos a partir de la investigación llevada a cabo con estudiantes que presentan depresión subclínica o disforia (Coyne, 1994; Fechner-Bates, Coyne y Schwenk, 1994). Sin que se produzca contradicción alguna con ello, este estudio se ha realizado bajo el presupuesto de que los factores diferenciales que predisponen a la depresión deben estudiarse en sujetos con niveles bajos de depresión y, a partir de ahí, lo que sería ideal, llevar a cabo estudios longitudinales. Consecuentemente, el estudio en torno a la eficacia de los tratamientos sobre la depresión leve deja de ser un mero análogo de la investigación clínica para convertirse en un estudio realizado en las condiciones reales de intervención.

En conclusión, estos resultados muestran la conveniencia de diferenciar distintos tipos de depresión, al menos al nivel de depresión leve o disforia. Que hayamos identificado factores predictivos, y posiblemente determinantes, de dos tipos de depresión leve nos ha servido para dilucidar algunos de los factores de los que depende la eficacia de distintas estrategias de intervención. Ya en los años cincuenta se anticipaba que si el método experimental se pudiera aplicar al esclarecimiento de los factores causales básicos subyacentes a las anomalías funcionales, entonces pronto resultaría evidente que las mismas técnicas (dirigidas a la manipulación experimental de estos factores) se podrían aplicar para cambiar el comportamiento anormal (Yates, 1970).

En la actualidad, hemos evolucionado del estudio del caso único a otros niveles de mayor generalizabilidad a la hora de formular predicciones sobre el cambio. En este sentido, son cada vez más frecuentes los estudios que identifican factores de vulnerabilidad o riesgo para el padecimiento de trastornos futuros. El siguiente paso de nuestra investigación ha de ser, pues, com-

probar si los tratamientos emparejados con el tipo de disforia son también más eficaces que los no emparejados para prevenir que los sujetos que muestran un elevado riesgo desarrollen futuros episodios depresivos, y

esto tanto en escuelas como en centros o instituciones que deben velar por la promoción de la salud. Este es un área en el cual se pueden, y deben, realizar grandes avances en las próximas décadas.

Referencias

- Abramson, L. Y., Metalsky, G., y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., y Hartlage, S. (1988). The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 5-21.
- Alloy, L. B., Lipman, A. J., y Abramson, L. Y. (1992). Attributional style as a vulnerability factor for depression: Validation by past history of mood disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 391-407.
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM III-R*. (3ª ed. rev.). Washington, D.C.: APA. (Versión española: Masson, Barcelona, 1988).
- Antonuccio, D.O., Ward, C.H., y Tearnan, B.H. (1989). The behavioral treatment of unipolar depression in adult outpatients. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification*. Volumen 24 (pp. 152-191). Newbury Park: Sage Publications.
- Barnett, P. A., y Gotlib, I. H. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 84-96.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Harper & Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guildford Press. (Versión española: Descleé de Brouwer, Bilbao, 1983).
- Buceta, J.M., y Polaino-Lorente, A. (1982). Reformulación del modelo de "Learned Helplessness" desde el punto de vista de la psicología atribucional. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 37, 13-29.
- Brewin, C. R. (1985). Depression and causal attributions: What is their relation? *Psychological Bulletin*, 98, 297-309.
- Caballo, V.E., y Carrobes., J.A.I. (1987). Adaptación de la escala "The College Self-Expression Scale (CSES)" de Galassi, Deleo, Galassi y Bastien (versión original de 1974). En R. Fernández-Ballesteros y J.A.I. Carrobes (Eds.), *Evaluación conductual*. Madrid: Pirámide.
- Compas, B.E., Ey, S., y Grant, K.E. (1993). Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 114, 323-345.
- Conde, V., Esteban, T., y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, XXXI(140), 469-497.
- Coyne, J. C. (1976a). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193.
- Coyne, J. D. (1976b). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.
- Coyne, J. C. (1994). Self-reported distress: analog or ersatz depression? *Psychological Bulletin*, 116, 29-46.
- Ender, N. S., Hunt, J., y Rosenstein, A. J. (1962). An S-R Inventory of Anxiousness. *Psychological Monographs: General and Applied*, 536.
- Ender, N. S., y Okada, M. A. (1975). A multi-dimensional measure of trait anxiety: The S-R Inventory of general trait anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 319-329.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.

- (Versión española: Desclèe de Brouwer, Bilbao, 1980).
- Ellis, A., y Grieger, R. (1977). *Handbook of rational-emotive therapy*. Nueva York: Springer. (Versión española: Desclèe de Brouwer, Bilbao, 1981).
- Ellis, A. (1987). A sadly neglected cognitive element in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 121-146.
- Evans, M. D., y Hollon, S. D. (1988). Patterns of personal and causal inference: Implications for the Cognitive Therapy of Depression. En L.B. Alloy (Ed.), *Cognitive Processes in Depression* (1ª ed.), (pp. 344-377). Nueva York: Guilford Press.
- Fechner-Bates, S., Coyne, J. C., y Schwenk, T. L. (1994). The relationship of self-reported distress to depressive disorders and other psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 550-559.
- Feinberg, M. (1992). Comment: Subtypes of depression and response to treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 670-674.
- Försterling, F. (1980). Attributional aspects of cognitive behavior modification: A theoretical approach and suggestions for techniques. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 27-37.
- Galassi, J. P., Deleo, J., Galassi, M. D., y Bastien, S. (1974). The College Self-Expression Scale: A measure of assertiveness. *Behavior Therapy*, 5, 165-171.
- Garber, J., Miller, W. R., y Seaman, S. F. (1979). Learned helplessness, stress, and the depressive disorders. En R.A. Depue (Ed.), *The Psychobiology of the Depressive Disorders: Implications for the Effects of Stress*, (pp. 335-364). Nueva York: Academic Press.
- García Hurtado, J., Fernández-Ballesteros, R., Montero, I. y Heiby, E.M. (1995). Multiple correlates of unipolar depression: contributions from the paradigmatic behavioral theory. *Psicothema*, 7, 41-50.
- Gotlib, I.H., Lewinsohn, P.M. y Seeley, J.R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 90-100.
- Heiby, E.M. y Staats, A.W. (1990). Depression and its classification. En G. Eifert y I. Evans (Eds.), *Paradigmatic Behavioral Therapy*. Nueva York: Springer.
- Henderson, S. (1974). Care-eliciting behavior in man. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 159, 172-181.
- Joseph, S. y Lewis, C.A. (1995). Factor analysis of the Center for Epidemiological Studies-Depression scale. *Psychological Reports*, 76, 40-42.
- Kendall, P. D., y Korgeski, G. P. (1979). Assessment and cognitive behavioral intervention. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 1-21.
- King, D. A., y Heller, K. (1984). Depression and the responses of others: A re-evaluation. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 477-480.
- Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification*. Vol. I, Nueva York: Academic Press.
- Lewinsohn, P. M., y Amenson, C. S. (1978). Some relations between pleasant and unpleasant mood-related events and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 655-664.
- Lewinsohn, P. M., Lobitz, W. C., y Wilson, S. (1973). "Sensitivity" of depressed individuals to aversive stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 259-263.
- Lewinsohn, P. M., Mischel, W., Chaplin, W., y Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions? *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 203-212.
- Lewinsohn, P.M., Muñoz, R., Youngren, M.A., y Zeiss, A. (1986). *Control your depression* (rev. ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Larson, D. W., y Franklin, J. (1981). Depression-related cognitions. Antecedent or consequence? *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 213-219.
- Lewinsohn, P. M., Youngren, M. A., y Grosscup, S. J. (1979). Reinforcement and depression. En R.A. Depue (Ed.), *The Psychobiology of Depressive Disorders: Implications for the Effects of Stress*, Nueva York: Academic Press.
- MacNeil, D. E., Arkowitz, H. S., y Pritchard, B. E. (1987). The response of others to face-to-face interaction with depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 341-344.

- Maldonado, A. (1984). Terapia de conducta y depresión: "Un análisis experimental de las interacciones entre tratamientos cognitivos y conductuales con tratamientos farmacológicos en sujetos depresivos". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39, 517-535.
- Myers, J. K., y Weissman, M. M. (1980). Use of a self-report symptom scale to detect depression in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1081-1084.
- Peterson, C., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., y Seligman, M. E. P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287-299.
- Polaino, A., Barcelo, M. y Maldonado, C.L. (1991). Versatilidad atribucional y tratamiento farmacológico de la depresión. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18, 173-184.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Raich, R.M., Carregal, M.D., Hernández, L. y Sánchez, M.L. (1987). Estudio sobre creencias irracionales, asertividad y depresión en estudiantes universitarios. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 18, 97-106.
- Raps, C.S., Peterson, C., Reinhard, K.E., Abramson, L.Y. y Seligman, M.E.P. (1982). Attributional style among depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 102-108.
- Reed, M.K. (1994). Social skills training to reduce depression in adolescents. *Adolescence*, 29, 293-302.
- Rodríguez-Naranjo, y Godoy. (1996). Attributional style and social skills deficits as predictors of dysphoric states and response to treatment. Manuscrito enviado para su publicación.
- Rosenblatt, A., y Greenberg, J. (1991). Examining the world of the depressed: Do depressed people prefer others who are depressed? *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 620-629.
- Sánchez, V., y Lewinsohn, P. M. (1980). Assertive behavior and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(1), 119-120.
- Sanz, J., y Graña, J.L. (1991). Factores psicosociales y síntomas depresivos: El caso de la auto-observación. *Psicothema*, 3, 381-399.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Seligman, M. E. P. (1981). A learned helplessness point of view. En L.P. Rehm (Ed.), *Behavior Therapy for Depression: Present Status and Future Directions*, Nueva York: Academic Press.
- Seligman, M. E. P., Abramson, L. Y., Semmel, A., y Von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- Smith, T. W. (1989). Assessment in rational-emotive therapy: Empirical access to the ABCD model. En M.E. Bernard y R. DiGiuseppe (Eds.), *Inside Rational-Emotive Therapy: A Critical Analysis*, Nueva York: Academic Press.
- 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.), *Theory Issues in Behavior Therapy*. Orlando, F.L. Academic Press.
- Sweeney, P.D., Anderson, K. y Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: a meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 974-991.
- Vázquez, C., Avia, M. D., Alonso, B., y Fernández, E. (1989). A test of the diathesis-stress model of depression: Attributional style as a predictor of dysphoric reactions after an academic failure. Comunicación presentada al 1st European Congress of Psychology, Amsterdam.
- Yates, A. (1970). *Behavior Therapy*. Nueva York: Wiley. (Versión española: Trillas, México, 1980).
- Wierzbicki, M. (1984). Social Skills Deficits and Subsequent Depressed Mood in Students. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10(4), 605-610.

Aceptado el 3 de mayo de 1996