
T.10 T^{AS} PSICOLÓGICAS DEL T. ÁNIMO

I. INTRODUCCIÓN.

Más teorías para la depresión que para la manía.

Muchas teorías y muchas formas de definir y describir los T. del ánimo.

Hasta los años 60-70 el dominio de estos temas estaba en manos de los psiquiatras (paradigma biológico o enfoque psicodinámico). A finales de los 60 los psicólogos comienzan a ofrecer modelos basados en t^{as} del aprendizaje, y a partir de los 70 comienzan los enfoques cognitivos. En los años 80, se asentaron los constructos cognitivos basados en la t^a del PI. En los 90, aparecen teorías integradoras (cognitivas conductuales), y actualmente se intenta “refinar” estas t^{as} integradoras.

Percibimos también un cambio de interés en las teorías: desde el análisis de las diferencias individuales en el origen de la depresión, hasta su análisis en el curso, en las recaídas y en las recurrencias.

II. TEORIAS PSICODINAMICAS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.

Son los primeros en ofrecer teorías.

KARL ABRAHAM, influido por Freud y por su experiencia clínica, observó:

- una fuerte relación entre depresión y obsesión.
- que la depresión estaba asociada al sufrimiento de un desengaño amoroso.
- que muchos depresivos recurrían a la ingesta de líquidos o alimentos para superar la depresión.

y concibió la depresión como una *exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral*.

=tendencia exagerada a experimentar placer por medio de la gratificación oral, lo que conducía a una intensificación de necesidades relacionadas con la oralidad (chupar, comer, beber, besar...) y por tanto también a su frustración.

Cuando la persona depresiva experimenta repetidas frustraciones [relacionadas con los objetos de sus deseos libidinales (ej. padres) en la fase preedípica], se produce una asociación de estas frustraciones con deseos destructivos hostiles.

Cuando en su vida posterior se repiten esas frustraciones busca destruir el objeto, incorporándolo, interiorizándolo (*lo come, lo mastica*), con lo que la cólera se dirige en última instancia hacia el propio yo.

Así, la pérdida del apetito la atribuía a una defensa del paciente contra sus deseos hostiles de incorporar el objeto de amor (=no lo quiero comer)

FREUD:

Unió las hipótesis de Abraham con sus propias conceptualizaciones y constituyó el núcleo del modelo psicodinámico de la depresión.

Diferenció entre melancolía y duelo: eran respuestas a la pérdida de un ser querido y presentaban los mismos síntomas, pero en la melancolía además había una gran disminución de la autoestima (autorreproches, expectativas irracionales de castigo inminente) e incapacidad para reconocer la causa de su tristeza.

Para entender la pérdida de autoestima, Freud, enfatiza la regresión de la libido y la identificación narcisista del yo con el objeto.

Así, para minimizar el impacto de pérdida del objeto amado, el niño interioriza una representación de ese objeto, lo introyecta.

La ira dirigida hacia el objeto perdido es ahora dirigida hacia dentro (*porque dentro del niño está el objeto*): ira interiorizada (ej. autorreproches)

En sus últimos escritos, Freud interpretará simplemente la depresión como el resultado de un superyó exigente que crea una gran cantidad de sentimientos de culpa.

Autores posteriores dirán que una fijación a nivel oral (por trauma infantil) facilita una dependencia emocional. Como las personas depresivas tienen una fijación oral, tienen una autoestima excesivamente dependiente de los demás.

En líneas generales, las teorías psicodinámicas 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. Estas pérdidas tempranas han hecho que su autoestima dependa de la aprobación y el afecto de los demás: se ven incapaces de superar la frustración cuando son rechazados, criticados o abandonados.

Las pérdidas de la infancia sirven como un factor de vulnerabilidad, de diátesis, que en la vida adulta, conducen a la depresión si el individuo experimenta una nueva pérdida.

La comprobación empírica de tales teorías es imposible.

La reciente formulación psicoanalítica en términos de diátesis - estrés tiene puntos en común con las teorías psicológicas. Y su evolución se acerca de forma especial a las teorías ps. corte cognitivo.

Diferentes teóricos psicodinámicos han postulado, al menos, dos tipos diferentes de depresión:

- La **Depresión anaclítica**, dominada por el otro o dependiente: preocupados por las relaciones interpersonales. Sintomatología: sentimientos de soledad, indefensión, abandono, pérdida y falta de amor.

Tipo de experiencia vital (causa): conflictos en las relaciones interpersonales.

- **Depresión introyectiva**, dominada por las metas o autocrítica: preocupadas por cuestiones de logro, autodefinición, autovalía, se autocrítica excesivamente y manifiestan gran cantidad de sentimientos de culpa, de fracaso y de inutilidad.

Tipo de experiencia vital (causa): sucesos que han amenazado su autoestima.

Beck (ps. cognitivo) también recoge esta distinción.

III. TEORIAS CONDUCTUALES DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Comparten base teórica con las teorías del aprendizaje, principalmente con las del condicionamiento operante.

Enfatizan la idea original de Skinner: la principal característica de la depresión es la reducción generalizada de la frecuencia de las conductas.

CHARLES FERSTER, fue uno de los primeros en estudiarla en el marco clínico experimental.

- Principal característica de la depresión: reducida frecuencia de conductas reforzadas positivamente y exceso de conductas de evitación o escape ante estímulos aversivos.
- Señala cuatro procesos que, aislados o en combinación, podrían explicar la patología depresiva:
 1. Cambios inesperados, súbitos y rápidos que supongan pérdidas de fuentes de refuerzos o de estímulos discriminativos importantes para el individuo (p.ej.:ruptura de un noviazgo)
Explicaría por qué en la depresión, tras la pérdida de una única fuente de reforzamiento (pareja), se produce una generalización de efectos a conductas y dominios no relacionados con esa fuente (pérdida de apetito, de interés sexual, aislamiento social).
 2. Programas de refuerzo de gran coste, que requieren grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio (p.ej.: estudiar una oposición: abulia del opositor tras el primer examen).
 3. Imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales debido al surgimiento de *espirales patológicas* en las 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.
 4. Repertorios de observación limitados que llevarían a los depresivos a distorsionar la realidad y a conductas que son reforzadas en pocas ocasiones.

Ferster 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 refuerzo negativo.

PETER LEWINSOHN:

Ha desarrollado el programa de investigación más completo dentro del enfoque conductual.

La depresión es una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta que daría lugar a los fenómenos primarios de la depresión: estado de ánimo deprimido y reducción en el número de conductas.

Otros síntomas de la depresión como la baja autoestima y la desesperanza, serían la consecuencia lógica de la reducción en el nivel de actividad.

La pérdida de refuerzos positivos contingente a la conducta es causa suficiente de depresión. 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.
- c). Incapacidad para disfrutar de los reforzadores disponibles debido a altos niveles de ansiedad social.

Factores mantenedores de la depresión:

1. A corto plazo: se mantendría al provocar refuerzo social positivo por parte de las personas de su entorno (simpatía, atención, afecto).
2. A largo plazo: la conducta depresiva llegaría a ser aversiva para esas personas, y llegarían a evitar al individuo deprimido.

CHARLES COSTELLO:

El rasgo más característico de las personas deprimidas es la pérdida de interés general por el medio que les rodea debido a una *pérdida general de efectividad de los reforzadores* (causa suficiente y necesaria).

Principales responsables de esta pérdida:

- a). Cambios endógenos bioquímicos y neurofisiológicos.
- b). Pérdida de uno o varios de los estímulos condicionados o estímulos discriminativos de una cadena conductual.

IV. TEORIAS COGNITIVAS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Supuesto básico: ciertos procesos cognitivos juegan un importante papel en el inicio, curso y/o remisión de la depresión.

Tres teorías:

- Teorías del procesamiento de la información
- Teorías cognitivo-sociales.

- Teorías conductuales-cognitivas.

A. TEORÍAS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

El hombre como sistema de procesamiento de la información.

La información sobre sí mismo y sobre el mundo experimenta transformaciones cognitivas, y afecta tanto a las respuestas emocionales como conductuales de la propia persona, produciéndose una interdependencia entre cognición, emoción y conducta.

La teoría más conocida es la de A. Beck.

A.1. T^a de BECK

Premisa básica: en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información que implica una pérdida o privación.

Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando la *triada cognitiva negativa*: visión negativa del yo, del mundo y del futuro.

Cualquiera que sea la etiología de ese sesgo (factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos o psicológicos) este tipo de procesamiento distorsionado funciona como factor de mantenimiento de la depresión.

Concibe el procesamiento distorsionado de la información que aparece en la depresión como un factor próximo de desencadenamiento y mantenimiento de los síntomas depresivos.

Entre las posibles causas distantes, 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 y actitudes.
- b). Una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo.
- c). La ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores.

Beck utiliza los *esquemas* para explicar cómo las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente.

- Los esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información son los esquemas disfuncionales depresógenos.
Se diferencian de los esquemas normales en su contenido (reglas, creencias tácitas y actitudes estables de carácter disfuncional y poco realistas) y en su estructura (más rígidos, impermeables y concretos).
- La activación de estos esquemas disfuncionales depresógenos sería la responsable de la información que aparece en los trastornos depresivos.

T^a Beck hipotetiza que los esquemas depresógenos son la diátesis cognitiva (factor de vulnerabilidad cognitivo) para la depresión. Antes de su activación estos esquemas permanecen latentes.

Para que estos esquemas disfuncionales se activen, es necesaria la aparición de un suceso estresante. El tipo de estresor que puede activarlos, viene determinado por diferencias individuales en la estructura de la personalidad (los rasgos de personalidad se entienden como esquemas cognitivos de un orden jerárquico superior a los otros esquemas).

La T^a cognitiva propone dos dimensiones de personalidad como factores de vulnerabilidad a la depresión: la sociotropía y la autonomía.

- **Esquemas sociotrópicos:** incluyen actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social.
- **Esquemas autónomos:** incluyen actitudes que priman la independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación.

Una vez activados, los esquemas depresógenos, orientan y canalizan el procesamiento de la información actuando como filtros. Su actuación queda reflejada en ciertos errores sistemáticos en la forma de procesar la información: inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, generalización excesiva, magnificación y minimización, personalización, y pensamiento dicotómico y absolutista.

Tales operaciones cognitivas conducen a la triada cognitiva negativa y tienen correlatos directamente observables (vs esquemas disfuncionales) expresados en forma de:

- a). Pensamientos o imágenes voluntarias.
- b). Pensamientos automáticos: ideas o imágenes estereotipadas de aparición repetitiva e inintencionada, que no son fácilmente controlables y que le parecen plausibles.

Ambos tipos de pensamiento comprenden el diálogo interno del individuo, de manera que son relativamente accesibles a la conciencia, y son dañinos psicológicamente, puesto que interfieren con las actividades que está realizando y con su estado de ánimo.

Por contenido giran en torno a los temas de pérdida, fallo, rechazo, incompetencia y desesperanza, configurando la triada cognitiva negativa.

Beck considera la *Triada cognitiva negativa* como el factor causal próximo que mantiene el trastorno. Implica:

- a). Visión negativa de sí mismo: inútil, indeseable, sin valor y culpable.
- b). Visión negativa del mundo: mundo desprovisto de interés, gratificaciones o alegrías.
- c). Visión negativa del futuro: desesperanza.

Estos 3 elementos no son independientes

Para terminar:

El modelo de Beck es un modelo de diátesis-estrés. No se centra en experiencia pasada ni es estático: se plantea una transacción continua con el medio

A.2. Hipótesis de la activación diferencial de TEASDALE.

Influido por Beck y el modelo de redes asociativas de Bower (= cada emoción está representada en la memoria por un nodo específico, el cual está conectado a cogniciones o rasgos asociados. En el caso de la depresión, las cogniciones son negativas) propone un modelo de vulnerabilidad - estrés.

Asume que el tipo de acontecimientos que provoca una depresión clínica en algunos individuos es capaz de producir un estado de ánimo deprimido transitorio o leve, en la mayoría de las personas.

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 (negativos) asociados.

¡¡Lo importante no es el suceso estresante. El factor crítico que convertirá/no un ánimo deprimido en una depresión clínica es el círculo vicioso entre estado de ánimo negativo y el procesamiento cognitivo negativo. Y esto depende de que los nodos cognitivos supongan una interpretación de los acontecimientos como altamente aversivos e incontrolables.

Si esta actividad cognitiva reactiva los nodos depresivos (bucles cognitivos), se establece un círculo vicioso que hace que la depresión inicial se intensifique y mantenga.

El establecimiento de este círculo vicioso dependerá de complejas interacciones entre factores biológicos, ambientales y psicológicos. Subraya la importancia de los aspectos psicológicos.

Las interpretaciones depresógenas que se hacen desde los nodos cognitivos están en función de diferencias individuales:

- Diferencias en disponibilidad: diferencias individuales en cuanto a los nodos cognitivos que existen en la memoria.
- Diferencias en accesibilidad: diferencias individuales en cuanto a la facilidad con que tales nodos se pueden activar.

Y también dependen de:

- Diferencias en cuanto al patrón de sucesos cognitivos que el sujeto exhibe en un estado de ánimo normal.
- Diferencias individuales en cuanto al patrón de procesos cognitivos activado cuando el sujeto experimenta un estado de ánimo deprimido.

¡¡Pero la clave de la depresión son los constructos cognitivos activados una vez que el individuo está deprimido.

Una vez deprimido, la activación de nodos cognitivos relacionados con evaluaciones globales negativas de uno mismo, o la activación que conduzca a interpretar la experiencia como muy aversiva e incontrolable,

determinan, a través de los mecanismos mediadores (bucles cognitivos), que el estado de depresión empeore (círculo vicioso).

Teasdale se diferencia de la teoría de Beck en que no cree que el emparejamiento entre tipo de suceso (tipo de estresor) y tipo de nodos o constructos cognitivos sea un requisito necesario.

Recientemente ha modificado su hipótesis incluyendo una reconceptualización cognitiva de los conceptos de “*kindling*” (activación inducida propagada) y *sensibilización* para explicar la mayor susceptibilidad a la recurrencia de episodios depresivos de los individuos con una historia previa de la depresión.

¡¡A medida que aumenta la experiencia personal de episodios de DM se requieren estresores ambientales de menor magnitud para provocar la recaída o la recurrencia porque habría una mayor facilidad para la activación de todos los procesos cognitivos negativos en su conjunto y además, habría un descenso en el umbral de activación de tales procesos.

B. TEORÍAS COGNITIVO-SOCIALES

Estas teorías descansan sobre constructos de las t^{as} del aprendizaje social y de la ps. social.

De entre todas estas teorías, destaca la T^a de la desesperanza.

- La precursora original de dicha t^a fue la T^a de la indefensión aprendida de Seligman (modelo cognitivo-conductual nacido de la experimentación animal).
- Su trasvase a la conducta humana supuso la introducción de diversas variables cognitivas moduladoras, que dio lugar a la T^a reformulada de la indefensión aprendida de Abramson, Seligman y Teasdale.
- Una versión posterior de esta última es lo que supuso la formulación de la T^a de la desesperanza de Abramson.

B.1. Teoría de la indefensión aprendida, de SELIGMAN

Basándose en los principios del c.c. y c.o. creó situaciones experimentales en las que los animales, tras una serie de choques eléctricos inescapables, desarrollaban un patrón de conductas y de cambios neuroquímicos semejantes a los de la depresión. Fenómeno al que denominó “desamparo o indefensión aprendida”.

Dio una explicación de tipo cognitivo: estas conductas se desarrollan solo cuando el animal no tiene esperanza de poder controlar nunca la situación aversiva en la que se encuentra.

Extrapolándolo a la conducta humana, postuló que la pérdida percibida de control del ambiente (*expectativa de incontrolabilidad*) es causa suficiente para la aparición de una reacción depresiva en humanos. Esta expectativa de incontrolabilidad es fruto de:

- a). Una historia de fracasos en el manejo de las situaciones.
- b). Una historia de reforzamientos sobre una base no contingente que no ha permitido que el sujeto aprenda las complejas aptitudes necesarias para controlar el ambiente.

El trasvase a la conducta humana de Seligman encontró dificultades: la teoría podría considerarse un buen modelo de síntomas depresivos, pero no del síndrome de la depresión humana.

B.2. La teoría reformulada de la indefensión aprendida, de ABRAMSON, SELIGMAN Y TEASDALE (1978)

Dirán que la T^a de la indefensión aprendida tiene, al menos, cuatro problemas:

- a). No explica la baja autoestima de la depresión.
- b). No explica la autoinculpación de los depresivos.
- c). No explica la cronicidad y generalidad de los déficits depresivos.
- d). No da una explicación válida del estado de ánimo deprimido como síntoma de la depresión.

Abramson y su equipo, basándose en las teorías atribucionales de la ps. social postulan que la exposición a situaciones incontrolables no basta por sí misma para desencadenar reacciones depresivas.

Dependen más de la explicación que se den a sí mismos sobre esta incontrolabilidad. Así:

- a). Si la explicación sobre la falta de controlabilidad se atribuye a factores internos: descenso de la autoestima.
- b). Si se atribuye a factores estables: provocaría expectativa de incontrolabilidad en situaciones futuras. Los déficits depresivos, se extenderían en el tiempo (Cronicidad).
- c). Si se atribuye a factores globales: provocaría la expectativa de incontrolabilidad en otras situaciones. Generalización a otras situaciones.
- d). Por el contrario, si se atribuye a factores inestables y específicos: provocará sentimientos de indefensión y déficits depresivos de corta duración, específicos a la situación en cuestión.

La internalidad, la estabilidad y la globalidad (estilo atribucional depresógeno) explicarían los tres primeros problemas antes vistos, pero no el cuarto.

Para ello postularon un factor *motivacional*: la depresión solo ocurrirá si la expectativa de incontrolabilidad se refiere a la pérdida de control de un suceso altamente deseable o a la ocurrencia de un hecho altamente aversivo.

Por último, señalaron la presencia de un factor de vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el estilo atribucional depresógeno (tendencia atribuir los sucesos incontrolables y aversivos a factores internos, estables y globales) que estaría presentes en las personas proclives a la depresión, pero no en otros individuos.

B.3. La teoría de la desesperanza, de Abramson, Metalsky y Alloy (1989)

Llevaron a cabo una revisión de la T^a reformulada de la indefensión aprendida para resolver sus tres principales deficiencias:

- No presenta una teoría explícitamente articulada de la depresión.
- No incorpora los hallazgos de la psicopatología descriptiva acerca de la heterogeneidad de la depresión.
- No incorpora los descubrimientos obtenidos por la psicología social, de la personalidad y cognitiva.

Para resolver la segunda deficiencia postula una nueva categoría nosológica: *la depresión por desesperanza*.

Siendo desesperanza la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante unida a un sentimiento de indefensión sobre la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia de ese suceso.

Aún siendo la indefensión un elemento necesario para desarrollar desesperanza, la desesperanza es la pieza causal de la depresión.

Para resolver la primera deficiencia (=no presenta una teoría explícitamente articulada de la depresión):

Se explicita como un modelo de diátesis-estrés y especifica causas distantes y próximas que incrementan la probabilidad de depresión y que culminan en la desesperanza.

La cadena causal comienza con la ocurrencia de sucesos vitales negativos.

¡¡ A diferencia de la T^a de la indefensión aprendida, no se habla de sucesos incontrolables sino de sucesos vitales negativos, vinculándose así a los estudios epidemiológicos que ponen de manifiesto que la presencia de sucesos estresantes negativos está asociada con la aparición de reacciones depresivas.

Las clases de atribuciones que la gente hace sobre los sucesos y el grado de importancia que les confiere contribuyen al desarrollo de la desesperanza y de los síntomas de la depresión por desesperanza.

Cuando los sucesos vitales negativos se atribuyen a factores estables y globales y se ven como importantes, hay +% de desarrollo de síntomas depresivos.

Cuando además hay internalización, la desesperanza puede acompañarse (aunque no necesariamente) de una baja autoestima.

Así, la baja autoestima no es una característica necesaria de la depresión por desesperanza.

Para intentar solventar la tercera deficiencia rescataron de la psicología social la importancia de la información situacional a la hora de determinar el tipo de atribuciones que las personas hacen.

La información situacional que sugiere que un suceso negativo es de bajo consenso, alto en consistencia y bajo en distintividad, 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.

Y de acuerdo con la hipótesis de la *vulnerabilidad específica* hay una interacción entre el contenido de los estilos atribucionales de las personas y la ocurrencia de distintos tipos de sucesos negativos.

¡¡En la teoría de la desesperanza no se requiere que ninguno de los elementos distantes del modelo (estrés, estilo atribucional) esté presente para desencadenar la cadena causal depresiva. Esta puede activarse por unos elementos o por otros, dependiendo de las circunstancias, la persona...

¡¡La desesperanza es el único elemento que se requiere para la aparición de los síntomas de la depresión por desesperanza.

Un añadido a la teoría reformulada de 1978 es que, además de las atribuciones, se plantea que la desesperanza pueda ser producto de las conclusiones a las que llegue una persona sobre las consecuencias del suceso negativo.

Las graves consecuencias de un suceso podrían bastar para provocar una situación de desesperanza, a pesar de que se hiciese una atribución externa, inestable y específica.

Otro aspecto diferenciador con la t^a del 78 es que no se incluyen síntomas del tipo de los errores o distorsiones cognitivas de Beck en la depresión por desesperanza, ya que los depresivos puede que sean más precisos en su visión de la realidad que los no deprimidos (fenómeno de realismo depresivo).

Cuando la comparamos con la T^a de Beck, encontramos que:

- El punto más diferenciador es que en la T^a de la desesperanza se otorga un gran énfasis en 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.
- Se plantean posibles mecanismos de inmunización (p.ej.: poseer un estilo atribucional específico e inestable para sucesos-).
- Y se cuestiona lo que es central en la T^a de Beck: los procesos atribucionales negativos son procesos sesgados pero no necesariamente distorsionados.
- En la teoría de Beck, la desesperanza no es un elemento causal tan central; es simplemente uno más de los síntomas de la tríada cognitiva negativa.

B.4. La teoría de los estilos de respuesta, de Susan Nolen-Hoeksema

No es una t^a sobre el origen de la depresión, sino sobre su mantenimiento y exacerbación.

Propone que la manera en que la persona responde a sus primeros síntomas depresivos influye en su duración y gravedad.

Dos formas básicas de responder, que son dos estilos de respuesta (= patrones de conducta consistentes y estables) ante la depresión:

1. Rumiano.

Pone en marcha conductas y pensamientos que focalizan la atención en sus síntomas depresivos y en las implicaciones de estos síntomas. (P.ej.: están constantemente hablando o pensando sobre lo ocurrido, sus causas y consecuencias). Hablan y hablan sobre lo tristes, desmotivadas o fatigadas que están, pero no hacen planes para cambiar la situación.

2. Distrayéndose.

Implica intentos activos por ignorar los síntomas depresivos: se centran en actividades neutrales o placenteras.

Afirma que los rumiantes sufrirán durante más tiempo y con mayor intensidad los síntomas depresivos.

¿A través de qué mecanismo puede influir la rumiación en el mantenimiento de la depresión?:

- La rumiación intensifica los efectos del estado de ánimo deprimido sobre las cogniciones, haciendo que los pensamientos negativos pasados, presentes y futuros estén más accesibles y sobresalientes → + depresión → se crean círculos viciosos.
- Reduce la generación de soluciones efectivas a los problemas.
- Interfiere la puesta en marcha de conductas instrumentales que permitirían obtener refuerzos+, aumentar la sensación de control o elevar el estado de ánimo.
- Disminuye el apoyo social y por tanto, su efecto beneficioso.

¿Cómo se originan los estilos rumiativos? Se aprenden, especialmente durante la infancia, a partir de las conductas de los padres u otras figuras de relevancia.

- a través del modelado.
- A través de las prácticas de socialización (P.ej.: “al rincón a pensar”)

C. TEORÍAS CONDUCTUALES-COGNITIVAS

Suponen la extensión conceptual de los modelos más conductuales.

Se centran en la varianza personal de la interacción Persona x Situación e incluyen procesos cognitivos, e incluso, estructuras cognitivas en su explicación de la depresión.

C.1. Teoría del autocontrol de Rehm

Elaboró una teoría de la depresión basada en el aprendizaje social, que trataba de integrar elementos de las teorías de Beck, Lewinsohn y Seligman dentro del marco del modelo de autocontrol de Kanfer.

Modelo del autocontrol de Kanfer describe el control de la propia conducta a través de un proceso de tres fases que conforman un bucle de retroalimentación:

1. **Autoobservación:** se presta atención a las conductas relevantes y al ambiente.
2. **Autoevaluación:** la información obtenida 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.
¡¡El juicio se hace bajo la premisa de que se ha hecho una atribución interna de la conducta. Ya que si se percibe que es externa, esta fase no tendría sentido.
3. **Autorreforzamiento:** implica la autoadministración de refuerzos positivos, si la conducta ha estado positivamente encaminada hacia el objetivo, o de castigos, en casos contrario.

Rehm parte de la idea de que la depresión es consecuencia de la pérdida de una fuente de reforzamiento externa. En estas condiciones, el control propio de la conducta pasa a ser lo más importante.

En la depresión las personas están desesperanzadas sobre sus metas a largo plazo y se sienten incapaces de controlar su propia conducta.

Esta t^a puede concebirse como un modelo de diátesis-estrés: un déficit en las conductas de autocontrol (factor de vulnerabilidad) interactúa con la pérdida o ausencia de reforzamientos externos (factor de estrés). Tal déficit se concreta en cualquier combinación de las siguientes condiciones:

- a). **Déficit en las conductas de autoobservación:** tendencia a prestar mayor atención a los sucesos negativos (→ visión negativa y pesimista) y a las consecuencias inmediatas de la conducta: 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 muy rigurosos o altos en la autoevaluación son más vulnerables a la depresión, ya que a menudo no pueden alcanzarlos y se evalúan de manera negativa.

Además una atribución interna, estable y global para los sucesos negativos, y una atribución externa, inestable y específica para los sucesos positivos hace a una persona más vulnerable a la depresión.

- c). **Déficit en las conductas de autorreforzamiento:** el sujeto deprimido se administra insuficientes recompensas o abundantes castigos, debido en parte a los otros dos déficits (no puede cumplir los criterios y sólo se fija en los aspectos negativos). Este déficit explicaría el bajo nivel de actividad de los deprimidos y su excesiva inhibición.

Estos déficits 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.

Asume que las habilidades de control son como un programa de control que el individuo emplea en todos los dominios conductuales. Por tanto, el déficit depresivo en habilidades de autocontrol se generaliza a diversas situaciones, explicando así que la desadaptación y mal funcionamiento del individuo depresivo abarque múltiples áreas de su vida.

c.2. Teoría de la autofocalización de Lewinsohn

Su nueva t^a trata de 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.

Postula que los factores ambientales son los responsables primarios de la depresión, aunque habría factores cognitivos que mediarían los efectos del ambiente.

La principal variable mediadora es el aumento de la *autoconciencia* (= aumento transitorio y situacional en la autofocalización o cantidad de atención que una persona dirige hacia sí mismo en lugar del ambiente).

Cadena de acontecimientos que conduce a la aparición de un episodio depresivo:

1. Aparición de un suceso antecedente: cualquier suceso que incrementa la probabilidad de ocurrencia futura de depresión (estresores)
2. Estos acontecimientos inician el proceso depresógeno: interrupción de patrones adaptativos de la conducta, necesarios para las interacciones diarias del individuo con el ambiente (relaciones personales, el trabajo, etc). Y la persona no es capaz de desarrollar otros patrones que reemplacen a los anteriores.

La presencia de los estresores y la interrupción de la conducta tienen como resultado una *reacción emocional negativa* o estado de ánimo deprimido, 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.

3. Dicho desequilibrio se concreta en una reducción del reforzamiento positivo y en un aumento de la tasa de experiencias aversivas.
4. Tanto la respuesta emocional negativa como el impacto emocional negativo que deviene del fracaso del sujeto en anular el efecto de estrés son factores que desencadenan un estado elevado de *autoconciencia*.

La autoconciencia es el factor crítico: produce muchas alteraciones cognitivas, acarrea consecuencias conductuales negativas e intensifica las reacciones emocionales anteriores.

5. El incremento de la autoconciencia y la intensificación de las emociones negativas, destruyen las autopercepciones que sirven al individuo para proteger su autoestima y conducen al individuo a muchos cambios cognitivos, conductuales y emocionales correlacionados con la depresión.
6. Estos cambios exacerbaban la autoconciencia. Cerrarían un círculo o vicioso al sesgar negativamente la interpretación que hacen los sujetos de sus experiencias previas al aumentar el estado deprimido.

El modelo asume la existencia de características de predisposición (vulnerabilidad e inmunidades) que influyen en la % de ocurrencia y en su duración. Las siguientes son las vulnerabilidades:

- 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.
- 8) Tener baja autoestima.
- 9) Tener un bajo umbral de activación de autoesquemas depresógenos.
- 10) Mostrar dependencia interpersonal.
- 11) Tener niños menores de 7 años.

Y como factores de protección (inmunidades) contra la depresión:

- 1) Autoperibirse como poseedor de una alta competencia social.
- 2) Experimentar frecuentemente sucesos positivos.
- 3) Disponer de una persona íntima y cercana en quien poder confiarse.

La teoría incluye bucles de retroalimentación que determinarían el nivel de gravedad y de duración de un episodio depresivo.

Asigna un papel central al estado de ánimo deprimido: es necesario para la producción de las consecuencias negativas asociadas a la depresión.

V. TEORIAS INTERPERSONALES DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Este enfoque enfatiza la importancia de los factores interpersonales (sociales y familiares) en la etiología, mantenimiento y tratamiento de la depresión.

Las bases conceptuales comunes se encuentran en la escuela interpersonal de psiquiatría de Sullivan, las investigaciones del grupo Palo Alto sobre patrones de comunicación interpersonal, en familias con miembros esquizofrénicos y en la aplicación a las ciencias sociales de la teoría general de sistemas.

JAMES COYNE:

Sostiene 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 de su entorno sirve para mantener o exacerbar los síntomas depresivos (extiende las propuestas de Lewinsohn).

Cuando la ruptura interpersonal se produce, los depresivos se vuelven hacia las personas de su entorno en busca de apoyo social, pero las demandas persistentes de apoyo llegan a ser aversivas para los miembros de su entorno social.

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.

GOTLIB y su grupo investigación:

Han extendido el modelo de Coyne.

Resaltan los papeles que desempeñan en el desarrollo, mantenimiento o exacerbación de un episodio depresivo tanto del individuo (estilos cognitivos) como de los miembros de su ambiente social.

Asume que la cadena causal se inicia con la ocurrencia de un estresor (interpersonal, intrapsíquico o un cambio químico). La gravedad de este estresor depende de circunstancias externas y de ciertos factores de vulnerabilidad que pueden ser interpersonales (p.ej.: calidad y cantidad de apoyo social, cohesión familiar...) e intrapersonales, incluyendo aquí tanto elementos cognitivos (esquemas cognitivos negativos) como conductuales (habilidades conductuales).

Los elementos de vulnerabilidad cognitivos y conductuales son muy parecidos a los propuestas por otras teorías de diátesis-estrés (p.ej.: la T^a Beck, la de la desesperanza o la de la autofocalización).

Estos autores recalcan que esos factores de vulnerabilidad es fruto de experiencias familiares adversas durante la infancia.

Siguiendo la teoría de autofocalización de Lewinsohn sugieren que uno de los primeros síntomas depresivos es la autofocalización o autoconciencia.

Una vez que la depresión se ha iniciado, convergen dos factores que mantienen y exacerbaban la depresión:

- a). Factor interpersonal: habilidades sociales, esquemas interpersonales desadaptativos y respuestas de las personas significativas de su entorno.
- b). Sesgo cognitivo negativo (factor intrapersonal): aumento de la sensibilidad y de la atención prestada a los aspectos negativos.

VI. TEORIAS PSICOLÓGICAS DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES

Apenas existen teorías psicológicas sobre los trastornos bipolares. Razones:

- En estos trastornos juegan un papel muy importante los factores biológicos y genéticos.
- Suponen únicamente un 10% de los trastornos del estado de ánimo.
- Las fases depresivas se suelen explicar a partir de los modelos de la depresión.
- La mayor parte de las teorías para dar cuenta de la fase maníaca provienen del psicoanálisis.

FREUD:

Concibió las fases maníacas dentro de un contexto energético:

- El Yo ha superado la pérdida del objeto amado y el superyó, que contiene el objeto introyectado, ya no mantiene una actitud hipercrítica hacia él.

- Toda la energía queda libre y se dirige hacia el exterior.

BERTRAM LEWIN:

Sentó las bases del esquema interpretativo básico del psicoanálisis para la manía. Formulada en términos de procesos regresivos y de defensa.

Concibe la manía como una interrupción defensiva de la depresión, no como su desenlace.

- La manía es un fenómeno regresivo, defensivamente inducido, por el que vuelve a un nivel anterior de funcionamiento del yo.
- Esta regresión representa una defensa contra acontecimientos dolorosos que se hallan inconscientemente asociados con conflictos infantiles inconscientes.

Así se explican también los episodios de manía que no siguen a una fase depresiva.

La manía sería una negación inconsciente de una realidad externa o psíquica dolorosa, que conduciría al paciente a una enajenación de la realidad.

Para otros autores, la manía sería un mecanismo para defenderse de la baja autoestima.

DOV ALEKSANDROWICZ:

Los pacientes bipolares se caracterizan por una personalidad narcisista (=necesidad exagerada de autoestima) asociada a:

- Una excesiva sensibilidad al apoyo, aprobación y amor de los demás (su autoestima depende de esas personas).
- Un fallo en los mecanismos de regulación del estado de ánimo.

Por otro lado, los teóricos psicoanalistas han llegado incluso a sugerir que, en algunos casos, la depresión podría ser una defensa contra la manía.

Fuera del psicoanálisis, Beck:

Extiende su teoría cognitiva para abarcar otros estados emocionales, incluida la manía.

En su explicación de la manía no hay ninguna alusión a factores de personalidad, ni a la posible interacción de estos con los acontecimientos estresores.

Sugiere que los factores biológicos y genéticos podrían estar implicados en la causalidad, bien directamente o bien al provocar un procesamiento negativo de la información.

La t^a de la manía de Beck prácticamente consiste en aplicar los elementos cognitivos empleados para explicar la depresión a la manía.

Así dirá que los individuos maníacos presentan también reglas vitales o actitudes disfuncionales, rígidas y poco realistas, pero en este caso, su contenido exagera los aspectos positivos y eleva la autoestima.

Supone la existencia de un procesamiento sesgado o distorsionado de la información.

Las personas maníacas producen más errores cognitivos que las personas normales y los cometen tomando como base el contenido de sus actitudes disfuncionales.

Este procedimiento sesgado se traduce en la manifestación de imágenes y pensamientos, automáticos y voluntarios, de contenido excesivamente optimista y grandioso.

Estos pensamientos e imágenes constituyen la tríada cognitiva positiva.

Inconvenientes:

Beck no cuenta con ninguna formulación que relaciones sus dos teorías.