

ENFOQUE PSICOLOGICO DE LA DEPRESION

C. PONCE DE LEÓN HERNÁNDEZ, M. MORILLAS URDA Y R. SCIGLIANO HERBON

El enfoque psicológico de la depresión ha encontrado en la teoría del aprendizaje una vía capaz de compatibilizar conocimientos procedentes de la investigación biológica y de la clínica en psiquiatría.

La elaboración de esquemas teóricos que explican la adquisición y mantenimiento de conductas es un paso previo tanto para la creación de modelos psicopatológicos experimentales como para el diseño de estrategias de intervención clínica.

PRINCIPIOS TEORICOS

Los principios básicos de la modificación de conducta proceden de los estudios sobre condicionamiento clásico (CC) (1) y condicionamiento operante (CO) (2).

Llamamos conductas respondentes a aquellas que son elicitadas por estímulos provocadores específicos. Su frecuencia se ve exclusivamente determinada por la frecuencia de estímulo provocador, aunque en su plasticidad intervienen factores de aprendizaje. El esquema teórico que explica esa plasticidad es el de condicionamiento clásico (Fig. 1).

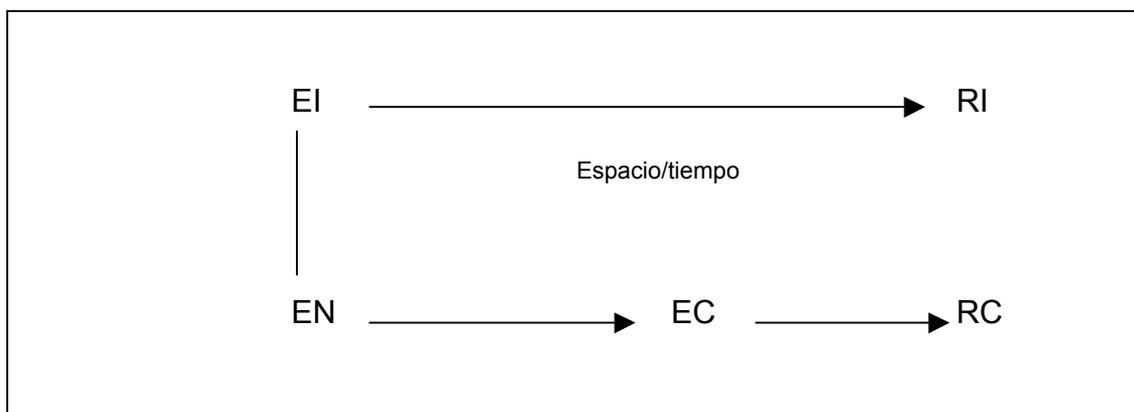


Fig. 1. Asociación entre estímulos. EI: estímulo incondicionado; EN: estímulo neutro; EC: estímulo condicionado; RI: respuesta incondicionada; RC: respuesta condicionada

El comportamiento respondiente se da en casi todos los seres vivos, pero la mayor parte de las conductas emitidas por los organismos superiores son del tipo operante y su frecuencia está influenciada por las consecuencias que producen, es decir, por los eventos ambientales que las siguen.

Cuando se produce un aumento en la frecuencia de la conducta, llamaremos a esas consecuencias refuerzo, y diremos que son reforzadores positivos si consisten en la aparición de algún estímulo apetecible, y negativos si consisten en la eliminación de estímulos aversivos (Fig. 2).

	Produce el E	Impide el E	
	R+ E apetitivo	R- E aversivo	Aumenta la conducta
	C+ E aversivo	C- E apetitivo	Disminuye/elimina la conducta

Fig. 2. Asociación entre una respuesta y un estímulo. R+: Refuerzo positivo; C+: castigo positivo; R- refuerzo negativo; C- castigo negativo; E: estímulo.

En cuanto a los estímulos antecedentes, son llamados discriminativos porque su papel es el de anunciar las consecuencias, ya sean de recompensa o de castigo.

El aprendizaje observacional o vicario (3) es otra forma mediante la cual se adquieren conductas nuevas sin necesidad de una experiencia estimular directa. Observando un modelo (en situación de CC o de CO), el sujeto aprende sin experimentar directamente los estímulos. El resultado será una conducta de imitación que dependerá de los resultados obtenidos por el modelo, de sus características sociales, de la relación entre modelo y observador y de variables del observador.

ANÁLISIS CONDUCTUAL

Supone la herramienta básica para el estudio y modificación de la conducta. Consiste en un análisis secuencial en el que los comportamientos seleccionados como relevantes (conductas problema) deberán ser definidos de

modo objetivo y en sus relación con variables que los provocan o mantienen (Fig. 3).

Análisis conductual			
E Estímulos	O Organismo	R Respuestas	C Consecuencias
Externos Internos	Biología Hª aprendizaje	Motora Fisiológica Cognitiva	Refuerzo/castigo Externos Internos

Fig. 3. La hipótesis sobre la génesis de la conducta problema procedería de la variable O, y la de mantenimiento de la situación estimular actual (E).

Inicialmente, el análisis se limitaba a las llamadas conductas observables (motoras) entendidas en función del ambiente. Con posterioridad se postula que la actividad cognitiva es accesible y que su modificación incide en los otros componentes, por lo que debe abordarse como un aspecto del comportamiento humano, que resulta en un todo conformado por las interrelaciones entre las distintas modalidades de respuesta: cognitiva, fisiológica y motora.

También se incluye la variable organismo (O), lo que supone integrar en el análisis los factores heredados y adquiridos que ya se hallan presentes en el individuo cuando procedemos a su observación.

El condicionamiento constituye el eje central de la terapia conductual, pero la consideración de ciertas capacidades humanas –como el aprendizaje mediante la representación cognitiva o simbólica de la actuación de otros, o la posibilidad de alterar activamente el entorno a través de la dirección de la propia conducta por medio de mecanismos cognitivos mediacionales - llevan a abrir la terapia de conducta desde el enfoque operante de determinismo ambiental a la causalidad recíproca entre sujeto y medio. La conducta se entiende ahora como función del organismo en interacción con el ambiente (4).

EVOLUCIÓN DE LAS TEORÍAS CONDUCTUALES DE LA DEPRESIÓN

El primer autor que aplicó el análisis funcional al estudio del comportamiento depresivo fue Ferster (5). Procediendo a la definición objetiva

de la conducta, a la medición de su frecuencia y a la explicación de esa frecuencia, llega a la conclusión de que el comportamiento depresivo se caracteriza por:

- 1) Un exceso de conductas de evitación ante la estimulación aversiva, junto con un exceso de conductas irracionales.
- 2) Un déficit de conductas activas, reforzadas positiva o negativamente, que ejerzan un control efectivo sobre el medio.

Considera que la alta frecuencia de conductas irracionales y evitadoras no representa un área de alta motivación sino que se mantienen por refuerzo negativo y se prodigan porque no existen conductas activas y eficaces con las que competir para dar fin a la estimulación aversiva. En efecto, Biglan (6), tras revisar una serie de estudios, concluye que conductas típicas de los depresivos (llanto, quejas, etc.) cumplen la función de reducir la probabilidad de recibir castigo de otros.

El análisis funcional, método de evaluación del que se desprende necesariamente el tratamiento, no condiciona, sin embargo, este último, sino que permite una enorme flexibilidad para adecuar cada terapia al caso concreto de que se trate. No hay en Ferster, por tanto, la propuesta de una terapia determinada. Al tratar con conductas “de fuera y dentro de la piel”, como él dice, y no con constructos, no puede haber recetas terapéuticas estandarizadas puesto que la historia de aprendizaje de cada persona es distinta y los procesos que puedan explicar las diferentes partes de eso que llamamos depresión serán, en cada caso, diversos.

Lewinsohn (7,8) se acerca al comportamiento depresivo desde un punto de vista etiológico a la vez que explicativo y enfatiza la importancia del medio. El trastorno depresivo está relacionado con una baja tasa de refuerzo debido a:

- 1) Un medio pobre de reforzadores.
- 2) Un déficit de habilidades sociales para obtener refuerzo.
- 3) Un escaso repertorio de refuerzos potenciales para el sujeto.

Los refuerzos potenciales, es decir, los estímulos que –por condicionamiento- han llegado a adquirir valor de refuerzo para el individuo dependen de su historia de aprendizaje y de datos como la edad, el sexo, etc.

Lewinsohn confecciona una ecuación que daría como resultado estados depresivos, eufóricos y de eutimia según los valores que alcanzaran los tres factores. La elección de terapia (9) vendría indicada por la determinación de los déficit (enriquecimiento del medio, entrenamiento en habilidades sociales, terapia cognitiva).

Más recientemente, Douger y Hackbert (10), retomando el análisis funcional de Ferster, sostienen que el castigo y la disminución brusca de reforzadores en ausencia de otros alternativos producen, además de la reducción de conducta,

reacciones emocionales negativas como tristeza, desesperanza, frustración, etc. Tales reacciones quedan así elevadas a la categoría de respondentes, es

decir, de conductas provocadas por estímulos incondicionados como el refuerzo insuficiente, el castigo o la extinción.

El ambiente refuerza, inicialmente, las manifestaciones depresivas mediante atención y expresiones de afecto. Con posterioridad los mismos comportamientos son percibidos por los otros como aversivos, lo que conduce al paciente a una mayor pérdida de reforzadores al ser evitado por aquellos, y a la consiguiente perpetuación del estado depresivo.

Seligman ha elaborado el modelo de indefensión o desamparo aprendido partiendo de la experimentación animal. Trabajó durante los años sesenta con perros, posteriormente con ratas, y publicó en 1974 (11) su experiencia en humanos. Con la expresión "situación incontrolable" se refiere a aquella en la que la probabilidad de obtener refuerzo es igual si se emite la respuesta que si no se emite. Es decir, hay una total falta de contingencia entre la conducta y los eventos que la siguen.

Cuando un ser vivo aprende que su comportamiento y las consecuencias ambientales son independientes, queda sumido en un estado de indefensión o desamparo que se caracteriza, fundamentalmente, por la aparición de alteraciones a tres niveles:

- 1) Motivacional: disminución de respuestas y aumento de la latencia de emisión.
- 2) Cognitivo: dificultad para el aprendizaje de nuevas respuestas.
- 3) Emocional: miedo y tristeza.

Finalmente, la hipótesis de la indefensión propone que el estado depresivo deriva del aprendizaje de que los resultados son incontrolables. Ese proceso se caracteriza por la secuencia: obtención de información de incontingencia – generación de expectativas de falta de control – conducta de desamparo.

Para Seligman, es la expectativa de no contingencia futura la que condiciona la aparición del síndrome.

Otros aprendizajes de resultados positivos podrían dar lugar a un alivio de la indefensión, pero para ese individuo que se deprimió existirían ciertas experiencias capaces de reactivar el proceso.

Esta teoría, considerada impecable en su metodología, suscitó críticas en la interpretación de los resultados (12,13), fundamentalmente en el intento de homologar desamparo con depresión en humanos. La reflexión acerca de esas críticas fue resumida por Seligman en una pregunta: ¿por qué se genera una expectativa u otra? Los intentos de responder a esa pregunta constituyen la piedra angular de la reformulación de la teoría de la indefensión: para Abramson, Seligman y Teasdale (14) serían las atribuciones de causalidad (15)

que el sujeto hace los que matizarían la aparición de una expectativa u otra, así como su permanencia y extensión. Las atribuciones podrían ser:

- Internas/externas (culpa).
- Estables/inestables (cronicidad)
- Globales/específicas (generalización).

Se puede establecer distintas combinaciones de esas características (Fig. Las atribuciones más depresógenas serían las internas/estables/globales.

	Interna		Externa	
	Estable	Inestable	Estable	Inestable
Global	Me falta inteligencia	Estaba cansado	Los exámenes son injustos	Es martes 13
Específica	Me falta habilidad matemática	Estaba cansado de problemas matemáticos	La prueba de matemáticas era difícil	Funcionó mal la calculadora

Figura 4. Ejemplos atribucionales

Es decir, la atribución predice las expectativas y éstas determinan la ocurrencia de déficit (16,17).

Aunque existen otras hipótesis alternativas que intentan explicar los efectos debilitadores de la experiencia con hechos incontrolables, sólo la teoría de la indefensión integra con armonía los datos de los experimentos con animales y humanos.

Seligman plantea cuatro estrategias generales para modificar la indefensión:

- 1) Enriquecimiento del ambiente.
- 2) Entrenamiento en habilidades que permitan un mayor grado de control sobre el ambiente.
- 3) Aprendizaje de resignación, con la finalidad de que el paciente comprenda y acepte la propia indefensión en ciertas áreas, disminuyendo la deseabilidad de objetivos inalcanzables.
- 4) Adecuación de las atribuciones causales.

Beck (18) explica la depresión como el resultado de un desarreglo cognitivo. A lo largo del proceso de socialización, los seres humanos van formando conceptos y generalizaciones a partir de identificaciones con personas relevantes, de experiencias propias, de juicios de los demás sobre terceros y sobre uno mismo. Estos conceptos, llamados esquemas, serían estructuras permanentes (creencias, actitudes, suposiciones, normas) a través de las cuales se perciben, codifican y valoran los estímulos. La predisposición para el trastorno depresivo viene dada por la presencia, latente en el individuo, de esquemas que, al ser reactivados por situaciones vitales más o menos específicas, darían lugar a la emergencia de la tríada cognitiva que representa la visión negativa sobre uno mismo, el entorno y el futuro.

Las cogniciones –sucesos verbales o figurativos que componen el flujo de conciencia- son pensamientos específicos que, además de derivar de los esquemas y depender de la situación en que aparecen, confirmarían las primitivas creencias mediante los errores lógicos que Beck identifica en el pensamiento depresivo:

- 1) Indiferencia arbitraria.
- 2) Abstracción selectiva.
- 3) Sobregeneralización
- 4) Magnificación y minimización.
- 5) Personalización
- 6) Pensamiento dicotómico.

Beck clasifica el pensamiento depresivo atendiendo a su contenido (tríada cognitiva), a la forma en que procesa la información (distorsiones) y a las características con que se presenta (las cogniciones aparecen de forma automática, involuntaria y perseverante).

Mediante este modelo quedaría explicado el factor causal del síndrome y de la sintomatología depresiva, al menos los síntomas afectivos y motivaciones. También se puede deducir el objetivo fundamental de su terapia.

El plan de terapia, a través de la utilización de técnicas tanto conductuales como cognitivas, consiste en:

- 1) Formar al paciente en los principios de la terapia cognitiva.
- 2) Enseñarle a detectar los pensamientos automáticos y a comprobar su relación con el estado de ánimo.
- 3) Conseguir una rápida remisión de los síntomas conductuales y cognitivos.
- 4) Modificar los esquemas de los que parten los pensamientos automáticos.

El modelo de autocontrol para la depresión de Rehm (19,20) se basa en el enfoque general de Kanfer (22), que se refiere a los procesos autorreguladores –naturales y aprendidos- que utiliza una persona para dirigir su propia conducta

en ausencia relativa de apoyos externos y/o en contra de las consecuencias inmediatas.

Los procedimientos se orientan a la obtención de metas a largo plazo y consisten, básicamente, en enseñar al sujeto a aplicarse los principios de aprendizaje en aquellas situaciones cotidianas problemáticas.

La percepción de consecuencias no deseadas por parte del individuo inicia el proceso de autocontrol, que es representado por Kanfer como una espiral en la que tres fases se enlazan en una retroalimentación continua:

- 1ª fase: autoobservación.
- 2ª fase: autoevaluación.
- 3ª fase: autorefuero.

La 1ª fase implica la atención consciente a la propia conducta, a sus antecedentes y consecuentes o a la interrelación de estos elementos. Ciertos estilos de autoobservación pueden considerarse no adaptativos, y determinados problemas de conducta suponen déficits específicos.

En la 2ª fase se da la comparación entre la ejecución y un criterio (lo que el sujeto entiende por normal o esperable). Muchos criterios se generalizan en el desarrollo y se presentan en forma de reglas internalizadas que pueden o no ser realistas y apropiadas. No cumplir lo internalizado podría determinar la baja autoestima y representar otra forma potencial de autocontrol no adaptativo.

En la 3ª fase, para fortalecer y mantener la conducta considerada deseable cuando el refuerzo externo no se encuentra disponible o las consecuencias inmediatas son aversivas, el sujeto puede proceder a la autoadministración de recompensas y castigos contingentes.

<p>Autoobservación</p> <ol style="list-style-type: none">1. Atención selectiva a los sucesos negativos en detrimento de los sucesos positivos.2. Atención selectiva a los efectos inmediatos de su conducta, en perjuicio de los resultados a largo plazo <p>Autoevaluación</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tendencia a fijarse criterios rigurosos.2. Atribución de resultados positivos a factores externos y de resultados negativos a factores internos. <p>Autorefuero</p> <ol style="list-style-type: none">1. Administración excesiva de castigos2. Administración insuficiente de recompensas

Figura 5. Déficit de autocontrol en la depresión

Rehm aplica el modelo de Kanfer a un tipo específico de estrés, el determinado por la ausencia o pérdida de reforzadores, y postula que los individuos depresivos presentan déficit concretos en las conductas que configuran el proceso de autocontrol (Fig. 5). La ocurrencia de un episodio depresivo vendrá dada por la función conjunta del grado de estrés o magnitud del refuerzo perdido y las habilidades de autocontrol que el sujeto posee para combatirlo. Así, el medio favorece o dificulta la aparición del síndrome, incluso en personas vulnerables.

Con estas bases, Rehm desarrolla un programa terapéutico altamente estructurado que consiste en presentar, didácticamente, el concepto de autocontrol con ejercicios que faciliten su adquisición y tareas para realizar entre las sesiones.

EPÍLOGO

En el orden seguido durante la exposición hemos atendido a la cronología pero no de forma rigurosa, ya que algunas de estas teorías se han publicado simultáneamente o han sido revisadas con posterioridad. Tampoco nos ha guiado el progreso en la complejidad, aunque no cabe duda de que, tras partir de esquemas muy elementales, concluimos con otros de mayor sofisticación.

Si la senda que nos hemos trazado ha sido ésta es porque, además de resumir las teorías más importantes de la modificación de conducta, ofrece una visión global que constituye el marco teórico adecuado para abordar un conjunto de problemas que actualmente se presentan con mucha frecuencia en la clínica, los que llevan a pedir ayuda a sujetos que, encontrándose en un estado depresivo, contrajeron un hábito que rechazan, pero del que les cuesta prescindir o que, en unas condiciones vitales y sociales determinadas, han iniciado la emisión de comportamientos cuyas consecuencias constituyen fuentes de emociones depresivas, a pesar de lo cual no consiguen erradicarlas definitivamente.

Morris y Reilly (23) propusieron la idea de que ciertas conductas podrían desempeñar para el individuo un intento de regular su estado de ánimo. La ingesta etílica o el consumo de opiáceos han sido particularmente estudiados en ese sentido (23), pero existen relaciones funcionales entre los estados depresivos y muchos otros comportamientos cuya ejecución se caracteriza por:

- 1) Insuficiente deliberación previa (impulsividad).
- 2) Consecuencias indeseables a medio y largo plazo.

Así, partiendo de un trastorno depresivo establecido, donde existen alteraciones en los tres niveles de respuesta (motor, cognitivo y neurovegetativo), ciertas conductas surgen como evitación (modelo de Ferster) de estímulos aversivos internos (situaciones de ansiedad o disforia) o como un intento de afrontar o controlar situaciones (24). Factores biológicos, de la historia de aprendizaje y elementos del medio social (modelo de Lewinsohn) elicitán las clases de respuestas (como compra patológica, bulimia, ludopatía, promiscuidad, adicción al rendimiento, al deporte o a distintas sustancias) que producirían, a su vez, modificaciones más o menos drásticas, efectivas y fugaces en el medio interno.

Con posterioridad el sujeto procederá a una evaluación de su comportamiento en la que intervendrá su estilo atribucional (indefensión aprendida) o cognitivo (18), cuyo resultado se traducirá en una reducción de la autoestima y del humor o, incluso, en la puesta en marcha de maniobras autopunitivas.

A lo largo de todo el proceso han intervenido déficit en las distintas fases de autocontrol (19) que, a su vez, acentuarán el sometimiento de la conducta a las consecuencias a corto plazo. Las consecuencias a largo plazo son aversivas y se convierten en estímulos antecedentes de estado depresivo, cerrando así el círculo autoperpetuador que, con frecuencia, subyace a los trastornos crónicos y que los hace tributarios de abordajes terapéuticos vigorosos en los que se combinan distintos modelos y técnicas.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Pavlov, I.P. conditioned reflexes and psychiatry. International Publishers, New York 1941.
- 2) Skinner, B.F. Science and human behavior. Macmillan, New York 1953.
- 3) Bandura, A. Walters. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Alianza, 1979.
- 4) Bandura, A. Principios de modificación de conductas. Ed. Sígueme, Salamanca 1983
- 5) Ferster, C.B. A funtional analysis of depresión. Arch Psychologist 1973;28:857-870
- 6) Biglan, A. Distressed behavior and its context. Behav Anlyst 1991; 13:157-169.

- 7) Lewinsohn, P.M. Clinical and theoretical aspects of depression. En: Calhoun, K.S., Adams, H.E., Mitchell, K.M. (Eds.) Innovative treatments in psychopathology. Wilwy, New York 1974;19-66.
- 8) Lewinsohn, P.M., Biglan, A. Zeiss, A.M. Behavioral treatment of depression. En: Davidson, P.O. (Ed.) The behavioral management of anxiety, depression and pain. Brunner Mazel, New York 1976; 91-112.
- 9) Hoberman, H., Lewinsohn, P. The behavioral treatment of depression. En: Beckman, E. Leber, W. (Eds.). Handbook of depression. Dorsey Press. Henewood, I.L.
- 10) Douger, M. J., Hackbert, L. A behavior-analytic account of depression and case report using acceptance-based procedures. Bahv Analyst 1994; 2: 321-334.
- 11)Hiroto, D.S., Selignam, M.E,P. Generality of learned helplessness in man. J Person Soc Psychol 1977; 86: 203-223.
- 12)Eastman, C. Behavioral formulations of depression. Psychol Rev 1976; 83: 203-223
- 13)Blaney, P. H. Contemporay theories of depression; Critique and comparison. J Abnormal Psychol 1977; 86: 203-223
- 14)Abramson, Ñ. Y., Seligman, M. P. E., Teasdale, J.D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Abnormal Psychol 1977; 86: 203-223.
- 15)Weiner, B., Frieze, J., Kukla, A., Reed, L., Rest, S., Rosenbaum, R.M. Perceiving the causes of suces and failure. General Learning Press, New York 1971.
- 16)Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Metalsky, G.I. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. Psychological Rev 1989; 96: 358-372.
- 17)Alloy, L.B., Kelly, K.A., Mineka, S., Clements, c.M. Comorbidity in anxiety and depressive disorders. A Helplessness/hopeleness perspective. En: Maser, J.D., cloninger, C.R. (Eds.). Comorbidity of mood and anxiety disorders. American Psychiatric Press, Washintogn 1990.
- 18)Beck, A.T.Rush, J. Shaw, B. Emery, G.. cognitive Therapy of depression. Guilford Press, New York 1979.

- 19) Rehm, L.P. A self-control model of depression. *Behav Therapy* 1977; 8:784-804
- 20) Rehm, L.P., Rokke, P. Self-management therapies. En: Dobson, K.S. (Ed.). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. The Guilford Press, New York 1988; 136-166.
- 21) Kanfer, F.H., Self-regulation: Research, issues and speculations. En: Neuringer, C. Michael, J.L. (Eds.) *Behavior modification in clinical psychology*. Appleton Century Crofts, 1970.
- 22) Kanfer, F.H. Self-management methods. En Kanfer, F.H., Goldstein, A.P. (Eds.). *Helping people change*. Pergamon, New York 1980
- 23) Morris, W.N., Reilly, N.P. Toward the self-regulation of mood: Theory and research. *Motiv Emotion* 1987; 11:215-249.
- 24) Mitchell, J. Self-regulation and "addictive behavior": some theoretical remarks. *Int J Addictions* 1992; 27:743-748.