



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

# La observación comportamental en la evaluación de la depresión: una revisión

A. DE PABLO JIMENEZ\*, A. POLAINO LORENTE\*\*

\*Licenciada en Pedagogía, \*\*Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense.

148. (3) / 87

## RESUMEN

En este artículo se considera la observación conductual como un método adicional aplicado a la evaluación de la depresión, partiendo de una revisión de los trabajos de mayor relieve realizados en este campo. Los autores presentan algunos de los aspectos más relevantes sobre el tema, tales como: 1) los sistemas de observación utilizados en la evaluación y diagnóstico de la depresión; 2) las situaciones de observación generalmente empleadas; y 3) las conductas de tipo verbal y no verbal más observadas.

**PALABRAS CLAVE:** Depresión. Observación conductual. Sistemas de observación. Situaciones de observación. Conducta verbal. Conducta no verbal.

## SUMMARY

Reviewing the most relevant works, this paper discuss behavioral observation as a complementary method in the assessment of depression. The authors presents the most relevant aspects in the field, such as: 1) the observational systems used in the assessment and diagnosis of depression; 2) the observational settings usually used; and 3) the verbal and non verbal behaviors usually observed.

**KEY WORDS:** Depression. Behavioral observation. Observational systems. Observational settings. Verbal behavior. Non verbal behavior.

## INTRODUCCION

Como medida de evaluación y diagnóstico en pacientes depresivos, se viene utilizando, desde el comienzo de la década de los 60, la observación conductual como método adicional aplicado al área de la depresión. La importancia del uso de sistemas de observación, para confirmar la presencia de la depresión y su evolución a raíz de un tratamiento o terapia determinados, ha sido indicada de forma coincidente por numerosos autores (Lewinsohn y col., 1968, 1970; Lewinsohn y Schaffer, 1971; Liberman, 1970, etc.). Para realizar el diagnóstico y la evaluación del progreso terapéutico de los pacientes depresivos, según la mayoría de los autores, los métodos de observación empleados no son los únicos ni los más relevantes, pero permiten registrar determinadas conductas (de tipo verbal y no verbal), que pueden contribuir, desde esta perspectiva, al esclarecimiento de la depresión.

### *Sistemas de observación conductual*

La observación directa de la conducta de pacientes depresivos es de gran interés y relevancia para el acercamiento conductual a la depresión. Diversos sistemas de codificación de la conducta han sido desarrollados para llevar a cabo esta observación conductual en personas depresivas (Lewinsohn y col., 1968, 1970; Liberman, 1970; Williams y col., 1972; Robinson y Lewinsohn, 1973; Johansson y col., 1969;

etc.), ya que permiten registrar «in situ» comportamientos que arrojan una información, ciertamente valiosa, para la evaluación y el diagnóstico de este trastorno.

Como los individuos depresivos manifiestan un amplio espectro de conductas problemáticas, cualquier grupo de categorías no son apropiadas para todos los pacientes, por lo que hay que delimitar con precisión aquellas que por su pertinencia para este fin deben ser observadas.

Entre las escalas de evaluación empleadas destaca la desarrollada por Williams y col (1972) y utilizada con pacientes hospitalizados, en la que sólo se registran conductas fácilmente observables (hablar, sonreír, ducharse, etc.), evaluadas según su presencia o ausencia, utilizando un procedimiento de muestreo de tiempo. En esta escala se ha informado de una excelente fiabilidad inter-observadores (96%).

También se han realizado diversos intentos para codificar la conducta de individuos depresivos fuera de una situación hospitalaria. Así, Liberman (1970) distingue entre conductas «depresivas» (llantos, quejas sobre síntomas somáticos, abandono, etc.) y conductas «imitativas» (cocinar, limpiar la casa, atender a los niños,...) en el tratamiento de una mujer depresiva. No existen datos sobre la fiabilidad inter-observadores de estas codificaciones comportamentales.

Robinson y Lewinsohn (1973<sub>a,b</sub>) y Johansson, y col (1969) describen dos sistemas de codificación que subdividen la conducta verbal en categorías de respuestas discretas, con el fin de incrementar la baja cantidad de respuestas verbales de los individuos depresivos.

Quizá el intento más elaborado para codificar la conducta verbal interpersonal de los individuos depresivos ha sido el desarrollado por Lewinsohn (1968), que distingue entre «acciones» (donde se incluyen categorías como enfermedades

psíquicas, enfermedades somáticas, juicio crítico, elogios, informaciones solicitadas, dar información, problemas personales, problemas instrumentales, problemas de otras personas, hablar de cosas en general, temas, contenido y materia) y «reacciones», bien positivas (afecto, aprobación, acuerdo, sonrisa, interés, etc.) bien negativas (crítica, censura, desacuerdo, omisiones, cambio de tema, interrupciones, etc.). Todas las observaciones se recogen en unas hojas especiales de registro, en las que se deben anotar los datos más relevantes de la persona, familia o grupo de personas afectadas (Lewinsohn, 1968). Dos observadores codifican todas las conductas de interacción para, más tarde, poner en común sus evaluaciones y estudiar las posibles diferencias entre los registros obtenidos. El acuerdo entre observadores para la mayoría de las categorías de este sistema es bastante alto (Libet y Lewinsohn, 1973). Este sistema de observación se ha utilizado extensivamente en la codificación de la conducta de individuos depresivos en sus propios hogares y en situaciones de terapia de grupo. También ha sido utilizado para deducir una serie de medidas de habilidades sociales, que son importantes para llegar a un conocimiento más profundo de la depresión y sus manifestaciones comportamentales (el lector interesado puede consultar los trabajos de Lewinsohn, 1968; y Martín y col., 1968).

Destaca, asimismo, el sistema de observación desarrollado por Kornblith y col (1983), en el cual se registran los comportamientos verbales y no verbales de los pacientes depresivos, observados durante las entrevistas mantenidas con ellos y en las que se les pedía que hablasen acerca de su estado y funcionamiento general. Estos autores propugnan un sistema de observación de las conductas verbales y no verbales de los pacientes que hacen referencia a las habilidades sociales (verbales y no verbales) y a otras manifestaciones de la depresión.

### *Situaciones de observación conductual*

La observación comportamental en individuos depresivos ha sido realizada en diferentes situaciones, todas ellas relacionadas con la vida de la persona y de acuerdo a su estado específico.

Se ha observado al individuo depresivo en sus relaciones con los miembros de su familia en el hogar (Lewinsohn y col., 1968, 1970; Lewinsohn y Schaffer, 1971; Martín y col., 1968; etc.); en relación con otras personas en una situación de terapia de grupo (Lewinsohn y col., 1968, 1970; Fuchs y Rehm, 1977; Rehm y col., 1979); en una situación de hospitalización (Paul y Lentz, 1978; Bellack, 1977, etc.). Es decir, en todas aquellas situaciones relevantes con respecto a la información que pueda ser recogida en función de la evaluación y el diagnóstico posteriores.

### *Observaciones en casa*

Los conflictos interpersonales son aspectos muy significativos de la psicopatología y su estudio puede llevar a conclusiones relevantes. Las reacciones depresivas son particu-

larmente propensas a vincularse o incluso a desencadenarse en determinadas circunstancias o por algunos hechos sociales que forman parte de la intimidad de la persona. La depresión puede muy bien ser elicitada por problemas interpersonales y puede también estabilizarse debido a las reacciones de otras personas vinculadas, de alguna manera, con el individuo depresivo (Hinchiffle y col., 1975).

Los resultados de ciertas investigaciones basadas en situaciones o hechos de la vida del paciente han mostrado que los conflictos maritales y los problemas surgidos de relaciones entre personas cercanas tienen mucha influencia en la salud psicológica de los individuos. De hecho, variables como «poca intimidad con el marido» pueden desempeñar la función de un factor muy importante de vulnerabilidad para la depresión (Brown y Harris, 1978).

La observación en casa de conductas específicas asociadas con la depresión se desarrolló, en un principio, por clínicos y se utilizó en el estudio de la relación entre dichas conductas y los diferentes estados de ánimo. Este tipo de observación fue también muy útil para establecer diferentes metas de cara al tratamiento de la depresión (Lewinsohn y Schaffer, 1971; Lewinsohn y Shaw, 1969; Liberman y Raskin, 1971).

Lewinsohn y col. fueron los primeros en investigar las interacciones familiares, utilizando un sistema de categorías para la observación en casa —descrito ya anteriormente (Lewinsohn, 1968). Estas observaciones en casa, la codificación de las interacciones familiares y diversas consultas a la familia del paciente, contribuyen un importante sector tanto en el proceso diagnóstico como en el tratamiento de la depresión. Utilizando este procedimiento, el terapeuta puede identificar los objetivos conductuales específicos e incluir a la familia del paciente en el proceso de consecución de estos fines (Seligman y col., 1982).

El equipo de Lewinsohn insiste en los valiosos datos suministrados por este tipo de observaciones (Lewinsohn y col., 1968; Lewinsohn y Schaffer, 1971):

1) La visita a la casa se convierte en un punto central de discusión entre el terapeuta y el cliente, y requiere de éste que se comuniquen y haga planes con los miembros de su familia. Esta situación aporta una relevante información para el diagnóstico.

2) Estas observaciones, aproximadamente durante una hora de duración, se realizan en el momento del almuerzo aprovechando las circunstancias en que todos los miembros de la familia están reunidos.

3) Las observaciones se realizan, generalmente, al comienzo, mitad y final de tratamiento, revelando así una información evolutiva muy valiosa.

4) A ser posible, las observaciones deben realizarse durante dos o tres períodos seguidos para poder así recoger una muestra más representativa de las interacciones.

5) Las conductas del paciente, así como sus consecuencias, se codifican en términos de interacciones.

6) Las mismas observaciones sirven para evaluar a todos los miembros de la familia, codificando igualmente sus interacciones conductuales.

De esta manera, es posible identificar aquellos modelos de conducta interpersonal que pueden estar directamente im-

plicados en la depresión, además de definir todas las conductas que pueden ser objetivos para el tratamiento, y que han de evaluarse como cambios comportamentales (Lewinsohn y Schaffer, 1971).

Se han empleado dos métodos fundamentalmente para registrar las conductas en el hogar:

— en el primer caso, los investigadores van a la casa del paciente y observan directamente los comportamientos pertinentes.

— en el segundo, se utilizan grabadoras dentro de la casa y más tarde los terapeutas evalúan las conductas que tienen un específico interés, registradas en las cintas grabadas.

Lewinsohn y Schaffer (1971), partiendo de un enfoque conductual en el tratamiento de la depresión y con el objeto de evaluar aquellos factores que causan y mantienen las conductas depresivas, desarrollaron una investigación centrada en la observación de sujetos depresivos en sus hogares. En dicha investigación se utilizó la observación para estudiar las interacciones del paciente con su esposa e hijos, en su propia casa. Esta situación reveló información pertinente acerca de la negación por parte del paciente a enfrentarse a sus problemas, planteados éstos en términos de relaciones interpersonales distorsionadas, sus dificultades para comunicarse con su esposa e hijos, la manera de aceptar la visión de su problema por parte del resto de los miembros de su hogar, etc. Las observaciones se realizaron al principio, a mitad y al final del tratamiento, durante las comidas y en días sucesivos. Las interacciones a estudiar fueron codificadas en función de la conducta emitida por el paciente y de las consecuencias sociales generadas por ella (las interacciones se evaluaban en intervalos de 30 segundos), utilizando el sistema de codificación de la conducta citado anteriormente, basado en las interacciones de los sujetos (Lewinsohn, 1968).

Los modelos de interacción que surgieron de este estudio fueron muy variados, llegando a configurar un amplio espectro de posibilidades. Se confirmó que las personas depresivas en su entorno familiar participaron menos en conversaciones elicítadas de forma natural por algún miembro de la familia, emitieron menos acciones que el resto de la familia, mostraron un mayor tiempo de latencia y participaron menos en conversaciones que iban surgiendo a medida que se desarrollaba la situación de observación (el lector interesado en profundizar sobre estas cuestiones puede consultar los trabajos en Martín, y col., 1968; Lewinsohn y Schaffer, 1971).

El método de terapia familiar de Liberman (1970) es similar al de Lewinsohn y col. (1968-1971), en la importancia que estos autores conceden a la identificación de las interacciones familiares que actúan como reforzadores de la conducta desadaptativa. Así, Liberman y Raskin (1971) centraron su observación en conductas tales llantos, quejas sobre síntomas somáticos, nerviosismo y abandono (conductas desadaptativas) y actividades como cocinar, limpiar la casa y atender las necesidades de los niños (conductas adaptativas), demostrando así que el esfuerzo social de la familia afecta a la depresión y a la imitación de conductas de un ama de casa depresiva, de 37 años de edad, por la muerte reciente de su madre.

Uno de los primeros acercamientos experimentales al tratamiento de la depresión con observaciones en casa fue el estudio realizado por McLean, Ogston y Grauer (1973). Los autores utilizaron aquí las observaciones registradas en cintas previamente grabadas a lo largo de un estudio sobre la eficacia diferencial generada por diferentes terapias. El progreso terapéutico conseguido por el grupo experimental se reflejó en las observaciones efectuadas.

Grossman, y col. (1983) describen un proyecto de depresión infantil elaborado en la Universidad de Illinois, donde se utilizó una comida familiar para estudiar las interacciones familiares con niños de 6 a 12 años de edad considerados depresivos o como futuros depresivos. A lo largo de estas observaciones se comprobó el cambio de estado de ánimo de estos niños, cómo vivía cada familia la situación de evaluación, etc., por lo que los autores concluyen que este tipo de evaluación observacional en situaciones como la del almuerzo son importantes para la aproximación al tratamiento conductual de la depresión.

Lewinsohn y Shaw (1969) estudiaron el caso de una mujer joven, casada, de 24 años de edad, que sufría de depresión desde hacía algunos meses. Mediante la aplicación de determinadas escalas de evaluación y el registro de las observaciones en casa, identificaron y evaluaron las explícitas perturbaciones interpersonales existentes entre la paciente y su marido. Los comportamientos observados fueron los siguientes: para las reacciones positivas de ambos esposos (1) sonrisas; (2) atender a la conversación del otro; (3) mostrar afecto; (4) conformarse con la petición o deseo del otro; (5) mostrar simpatía; (6) continuar con el tema. Para las reacciones negativas se establecieron las siguientes categorías: (1) interrupciones; (2) falta de amabilidad; (3) mostrar aburrimiento; (4) no reforzar al otro; (5) cambiar de tema; y (6) ignorar al otro. Los resultados de las observaciones en casa señalan que se discutieron más temas de interés del paciente que de su esposo, y que se empleó más tiempo hablando del pasado que del futuro. Al matrimonio se le explicó los principios del aprendizaje y el reforzamiento de las conductas adaptativas, lo que contribuyó a una mejoría del estado de la paciente al poder comprender y criticar sus problemas de relación.

Lewinsohn y Atwood (1969) utilizaron categorías de conductas verbales, no verbales y de contenido, en la observación del comportamiento de una mujer de 38 años, depresiva desde hacía ya tiempo. Las diversas observaciones realizadas mostraron el progreso terapéutico obtenido por la paciente después de modificar sus patrones de interacción familiar y ser estimulada a desarrollar actividades fuera del ámbito familiar.

La mayoría de los autores ya mencionados concluyen que la observación de la conducta de un paciente en su propia casa no es la panacea para la evaluación y el tratamiento de la depresión, pero representa un elemento evaluable y muy útil para un acercamiento a los aspectos interpersonales en el medio ambiente natural de las personas depresivas, por lo que constituye un medio de información diagnóstica muy valioso. A raíz de estas observaciones se puede obtener gran cantidad de información clínica, ayudando a su vez a rede-

finir el punto de vista del paciente con respecto a su propio problema (Lewinsohn y Schaffer, 1971).

### *Observación en terapia de grupo*

Otra de las situaciones más empleadas en el registro observacional del comportamiento depresivo es la observación de lo que acontece durante las sesiones de terapia de grupo.

Con la finalidad de crear un ambiente susceptible de mejorar el estado depresivo, Lewinsohn, y col. (1968) y Lewinsohn, y col. (1970), describieron un tratamiento grupal de la depresión que se basaba en el análisis de las formas de las interacciones en dicho grupo. Estas interacciones entre los miembros del grupo (9 estudiantes depresivos) eran codificadas y registradas individualmente para cada paciente, y estos datos se presentaban al grupo a intervalos regulares. Lewinsohn, y col. (1970) hipotetizaron que el cambio conductual. En cada entrevista dos observadores evaluaron las interacciones observadas según un código preciso en lo que respecta al sujeto, naturaleza de su conducta y reacciones suscitadas. Las «habilidades sociales» eran registradas en términos de reciprocidad, reacciones positivas y negativas, eficacia interpersonal y campo de interacciones. Tanto las escalas de medición que se emplearon como las evaluaciones y las entrevistas realizadas indicaron la presencia de cambios en la mayor parte de los sujetos: un aumento de las habilidades sociales y una disminución de las conductas depresivas.

En dos estudios, muy importantes por sus efectos en la medición, Rehm y col. (Fuchs y Rehm, 1977; Rehm, y col. 1979) estudiaron la efectividad de un tratamiento basado en el modelo de auto-control para la depresión, de Rehm. Ambos estudios incluían datos observacionales de las interacciones de la terapia de grupo, tomados durante 10 minutos al comienzo de la primera y de la última sesión de la terapia. Estas interacciones de grupo también fueron grabadas en video.

En el primer estudio (Fuchs y Rehm, 1977), las observaciones de las interacciones del grupo fueron realizadas en función del número de conversaciones emitidas y de la elicitación de las respuestas. Tres observadores evaluaron, independientemente, estas medidas (acuerdo promedio entre ellos del 87%).

En el segundo estudio (Rehm, y col. 1979) se le preguntaba al paciente sobre su nivel de funcionamiento general, situación de evaluación diseñada respecto de las 9 variables siguientes: (1) duración; (2) contacto visual; (3) tono alto de voz; (4) expresividad; (5) depresión global; (6) auto-referencias positivas; (7) auto-referencias negativas; (8) otras referencias positivas; y (9) otras referencias negativas. El acuerdo entre los tres observadores que llevaron a cabo la evaluación osciló entre el 83% y el 100%. Esta escala de evaluación de habilidades sociales (Hersen y Bellack, 1977) constituye uno de los intentos más adecuados para desarrollar una escala de evaluación de las conductas depresivas.

### *Observación en el ámbito hospitalario*

Existen importantes estudios sobre las conductas de pacientes depresivos, registradas en los hospitales y evaluadas a través de métodos de observación. Las conductas que se han observado en estas situaciones institucionales incluyen

algunas que, históricamente, se han venido asociando con la depresión, así como otras que, generalmente, se asocian con los déficits conductuales que con frecuencia aparecen en situaciones de hospitalización crónica (Paul y Lentz, 1978).

Una de las conductas más estudiadas a través de métodos observacionales en situaciones hospitalarias o clínicas es el *comportamiento del sueño*. Las dificultades para dormir son muy comunes en los individuos depresivos. En este área destacan los estudios sobre los patrones de sueño de Hawkins y Mendels (1966); Hawkins (1972); Mendels y Hawkins (1972); Kupfer, y col. (1970); etc., donde todos los autores informan de la existencia de gran variedad de patrones inusuales y disfuncionales que presentan los pacientes depresivos. Se puede concluir que hay evidencias de que la conducta del sueño puede ser un importante comportamiento a estudiar y observar en el ámbito de las aportaciones conductuales en el estudio de la depresión.

Con respecto al *nivel de actividad* existen también escalas de observación (Williams, y col. 1972; Morgan, y col. 1973) que incluyen evaluaciones observables de la sonrisa, del habla, del movimiento o nivel de actividad de los pacientes, de la actividad mostrada por éstos hacia el mundo que les rodea, del grado de depresión-abandono, etc.

El *estado de ánimo* es otra de las conductas generalmente observadas en ambientes hospitalarios (Craig, y col. 1976), así como las *expresiones de hostilidad* (Gershon, y col. 1968), la *falta de placer* (Brown, y col. 1978), etc.

### *Observación en situaciones de laboratorio (role-play)*

Rehm, y col. (1979) registraron las respuestas en 8 cintas grabadas, de los sujetos participantes en el estudio. Estas respuestas fueron grabadas y evaluadas por el paciente y por evaluadores independientes en base a las siguientes conductas: (1) latencia de las respuestas; (2) duración de las respuestas; (3) cumplimiento de las tareas; (4) peticiones de nuevas conductas para otras personas; (5) declaraciones de las opiniones de los sujetos; (6) tono de voz; (7) afecto positivo; (8) fluidez; (9) afirmaciones globales. El acuerdo entre observadores (alrededor del 80%) fue manifiesto en todas las categorías comportamentales.

### *Manifestaciones comportamentales de la depresión evaluadas por métodos de observación*

Destacan diversas manifestaciones comportamentales asociadas a la depresión, evaluadas a través de métodos de observación.

### *Conducta social*

A través de diversas investigaciones se ha venido demostrando que la conducta social de las personas diagnosticadas como depresivas difiere de la conducta de los sujetos «normales» y de pacientes psiquiátricos no depresivos. La

mayoría de los trabajos que siguen esta línea coinciden con la hipótesis general en afirmar que los individuos depresivos obtienen menos refuerzos en su conducta social que las personas «normales» y los pacientes tratados por otros problemas psiquiátricos distintos a la depresión (Lewinsohn, y col. 1976). Todos los acercamientos conductuales al estudio de la depresión (evaluación y tratamiento) son coincidentes en señalar la disminución de refuerzos positivos que inciden en un ánimo disfórico, así como el menor nivel de actividad observado en los pacientes depresivos (Wells, y col. 1979).

Este mismo autor, para evaluar la conducta social de los depresivos, grabó en video las intervenciones de cada uno de los pacientes participantes en el estudio con uno o dos de los colaboradores en la investigación, en cada una de las situaciones planteadas. Posteriormente se evaluaron los videos descomponiendo el material registrado en una serie de componentes (verbales y no verbales) de las habilidades sociales, tales como contacto visual, gestos, sonrisas, entonación de la voz, interacciones familiares, profesionales, con amigos y con extraños, etc.

Weissman y Paykel (1974) desarrollaron unas escalas para evaluar el ajuste social de mujeres depresivas y no depresivas, a través de una serie de entrevistas. Las escalas proporcionaron medidas de la conducta social de los sujetos en 4 áreas: (1) trabajo; (2) actividades sociales y ociosas; (3) familiar extensa; y (4) área conyugal (incluyendo a los hijos). Cada una de estas áreas fue evaluada con respecto a varias dimensiones, incluyendo la extensión de los contactos, la cantidad de ansiedad y pena, y la extensión del interés mostrado por los sujetos en esas relaciones. El ajuste social de los depresivos fue significativamente menor.

Libet y Lewinsohn (1973), intentaron comprobar la hipótesis general de que las personas depresivas son socialmente menos habilidosas que los individuos no depresivos. Los sujetos participaron en una serie de discusiones en grupo durante las cuales sus conductas fueron evaluadas por observadores previamente entrenados. Las categorías a registrar fueron definidas de antemano («acciones» y «reacciones» positivas y negativas). En conjunto, este estudio informa sólo de la existencia de conductas interpersonales que son únicas en la depresión, confirmando la creencia de que la depresión se corresponde con una discriminación en la evaluación de la actividad interpersonal (Beck, 1967; Levitt y Lubin, 1975).

Con respecto al área de las interacciones propias de los depresivos, y en el ámbito de la conducta social, destacan los trabajos de Youngren y Lewinsohn (1980); Lewinsohn, y col. (1970); King y col. (1974), cuyo objetivo ha sido incrementar las habilidades sociales del individuo depresivo en situaciones concretas y no sólo aumentar sus interacciones sociales. En cuanto a las interacciones entre depresivos y no depresivos, destacan los estudios de Coyne (1976); Hammen y Peters (1978); Howes y Hokanson (1979); Gotlib y Robinson (1982); Hinchiffle, y col. (1975-1978); Linden, y col. (1983); etc., donde se describen los métodos de observación empleados en la evaluación del ajuste social y el patrón o patrones empleados por los depresivos respecto de su conducta social.

### *Conducta verbal*

Existe un fenómeno característico común a muchos de los pacientes depresivos: la *conducta verbal encubierta*, es decir, todos aquellos pensamientos de aflicción incontrolables, que el sujeto no puede evitar. Beck (1963) informa que dichos pensamientos constituyen un rasgo relevante en la conducta de los depresivos. Los temas más comunes a los que estos pensamientos hacen referencia son: (1) baja autoestima; (2) ideas de soledad; (3) auto-crítica; (4) automaldición; (5) problemas y obligaciones abrumadoras; (6) auto-mandatos y mandatos; y (7) pensamientos de escape y suicidio.

De modo similar, Levitt y Lubin (1975) tabularon la frecuencia de manifestaciones de síntomas específicos encontrados entre pacientes depresivos, estando la mayoría de ellos siempre presentes.

Al mismo tiempo, parece que los pacientes depresivos frecuentemente muestran categorías definidas como *conductas verbales abiertas*, que incluyen: (1) expresiones de disforia; (2) expresiones de culpa; (3) manifestaciones de crítica; (4) quejas somáticas; y (5) inadecuaciones personales (Johansson, y col., 1969; Robinson y Lewinsohn, 1973a).

Existen varios estudios encaminados a modificar esta conducta verbal abierta (Robinson y Lewinsohn, 1973b), que utilizan también métodos de observación y que constatan el progreso terapéutico obtenido por los propios pacientes depresivos.

### *Conducta no verbal*

La conducta no verbal es un aspecto importante de la observación comportamental y constituye una de las áreas más extensas dentro de este ámbito de evaluación y diagnóstico. Numerosos autores (Grant, 1968; Ekman y Friesen, 1974; Ricci Bitti y Cortesi, 1980) coinciden en señalar que las personas que presentan determinados trastornos mentales manifiestan esquemas de comportamiento que peculiarmente difieren de los individuos normales. Estas manifestaciones comportamentales, de tipo no verbal, proporcionan una información adicional muy importante para poder emitir un diagnóstico completo.

Con respecto a la observación de conductas no verbales en personas depresivas, los comportamientos más evaluados han sido los asociados a determinados déficits o excesos presentes en estas personas y que, por tanto, puede arrojar una información relevante. Dichos comportamientos hacen referencia a: un rechazo social manifiesto, expresado fundamentalmente a nivel de la mirada —tal y como señalan Ekman y Friesen (1969), en los individuos depresivos se observa un menor contacto visual—; inhibición motora, manifestada en gestos lentos, indecisos y no enfáticos y posturas que demuestran actitudes y sentimientos propios de su estado (Wolff, 1945); y menor rapidez expresiva, manifestada en un repertorio limitado de expresiones faciales (Argyle, 1972).

Destacan en este área los trabajos de Gladman (1971); Goodman, y col (1964); Grant (1968); Prkachin, y col. (1977); Horowitz (1968); etc.

Aunque no todos los estudios hasta ahora señalados coinciden en los resultados, sí cabe resaltar la importancia de la observación comportamental —tal y como lo manifiestan dichos autores— en pacientes depresivos, sobre todo en

lo que hace referencia a la evaluación y el diagnóstico de la depresión, fundamentalmente por la relevante y nada despreciable información que nos ofrecen.

## BIBLIOGRAFIA

1. Argyle M. «Non verbal communication in human social interaction» en Hinde RA (ed). *Non verbal communication*, Cambridge University Press, Cambridge, 1972.
2. Beck AT. «Thinking and Depression». *Arch Gen Psychiat*, 1963; 9: 324-33.
3. Beck AT. *Depression: Causes and treatment*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1967.
4. Brown G y Harris T. «Dissociation of self-reported and observed pleasure in depression». *Psychosomatic Medicine*, 1978; 40: 7: 536-48.
5. Coyne JC. «Toward an interactional description of depression». *Psychiatry*, 1976; 39: 14-27.
6. Craig TJ y col. «Recognition of depressed affect in hospitalized psychiatric patients: staff and patient perceptions». *Diseases of the nervous system*, 1976; 37: 10, 561-566.
7. Ekman P y Friesen WV. «The repertoire of non verbal behavior». *Semiótica*, 1969; 1, 49-98.
8. Ekman P y Friesen WV. «Non verbal psychopathology» en Friedman RJ y Katz MM (eds). *The Psychology of Depression*, Winston & Sons, Washington, 1974.
9. Gerson ES y col. «Hostility and Depression». *Psychiatry*, 1968; 31: 3, 224-35.
10. Gladman AE. «The role of non-verbal communication in the development an treatment of emotional illness». *Psychosomatics*, 1971; 107-10.
11. Goodman J y col. «Temporal change in handwriting expansiveness in depressed and schizophrenic patients». *J Nerv & Mental Dis*, 1964; 53-41.
12. Gotlib IH y Robinson LA. «Responses to depressed individuals: Discrepancies between self-report and observed-rated behavior». *J Abnor Psychol*, 1982; 91: 4, 231-40.
13. Grant EC. «An ethological description of nonverbal behavior during interviews». *Brit J Medicin Psychol*, 1968; 41, 177-84.
14. Grossman JA y col. «Luch: Time to study family interactions». *JPNMHS*, 1983; 21: 7, 19-23.
15. Hammen CL y Peters SD. «Interpersonal consequences of depression: Responses to men and women enacting a depressed role». *J Abnor Psychol*, 1978; 87, 322-32.
16. Hawkins DR. «Sleep research and depression» en Williams TA y col. (eds). *Recent advances in the Psychobiology of the depressive illness*, DHEW Publ No (HSM). 1966; 70-9.053, 141-6.
17. Hersen M y Bellack AS. *Behavior modification: An introductory textbook*, Williams & Wilkins, Baltimore, 1977.
18. Hinchiffle MR y col. «A study of interaction of depressed patients and their spouses». *Brit J Psychiat*, 1975; 126, 164-72.
19. Hinchiffle MR y col. *The melancholy marriage*, John Wiley, London, 1978.
20. Horowitz MJ. «Spatial behavior and psychopathology». *J Nerv & Mental Diseases*, 1968; 164, 24-25.
21. Howes MJ y Hokanson JE. «Conversational and social responses to depressive interpersonal behavior». *J Abnor Psychol*, 1979; 88, 625-34.
22. Johansson S, Lewinsohn PM y Flippo JR. «An application of the Premack Principle to the verbal behavior of depressed subjects». Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Mimeographed, University of Oregon, 1969.
23. King LW y col. «An evaluation of personal effectiveness training (assertive training): A behavioral group therapy». Paper presented at 31st Annual Conference of American Group Psychotherapy Association, New York 1974.
24. Kornblith SJ y col. «The contribution of self-reinforcement training and behavioral assignments to the efficacy of self-control therapy for depression». *Cognitive Therapy and Research*, 1983; 7: 6, 499-28.
25. Kupfer DJ y col. «Comparison between electroencephalographic and systematic nursing observations of sleep in psychiatric patients». *J Nerv & Mental Diseases*, 1970; 151: 6, 361-68.
26. Levitt EE y Lubin B. *Depression: Concepts, controversies and some new facts*, 1975; Springer, New York.
27. Lewinsohn PM. «Manual of instructions for the behavior ratings used for the observation of interpersonal behavior». Manuscrito no publicado, University of Oregon, 1968.
28. Lewinsohn PM y Atwood GE. «Depression: A clinical-research approach». *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1969; 6, 166-71.
29. Lewinsohn PM y Schaffer M. «The use of home observations as an integral part of the treatment of depression: Preliminary report and case studies». *J Consult & Clin Psychol*, 1971; 37: 1, 87-94.
30. Lewinsohn PM y Shaw DA. «Feed-back about interpersonal behavior as an agent of behavior change: A case study in the treatment of depression». *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1969; 17, 82-88.
31. Lewinsohn PM, Weinstein MS y Alpert T. «A behaviorally oriented approach to the group treatment of depressed persons: A methodological contribution». *J Clin Psychol*, 1970. 26, 525-32.
32. Lewinsohn PM, Weinstein MS y Shaw DA. «Depression: A clinical-research approach» en Rubin RD y Franks CM (eds). *Advances in Behavior Therapy*, Academic Press, New York, 1968.
33. Liberman R. «Behavior approaches to family and couple therapy». *Amer J Orthopsychiat*, 1970; 40, 106-8.
34. Liberman R y Raskin DE. «Depression: A behavioral formulation». *Arch Gen Psychiat*, 1971; 24, 515-23.
35. Libet J y Lewinsohn PM. «The concept of social skill with especial reference to the behavior of depressed persons». *J Consult Clin Psychol*, 1973; 40, 304-12.
36. Linden M y col. «Discriminant Analysis of depressive interactions», *Behavior Modification*, 1983; 7: 3, 403-22.
37. Martin ML y col. «The use of home observations as an integral part of the treatment of depression. The case of Mrs. B». *J Consult Clin Psychol*, 1968; 37: 1.
38. Mendels J y Hawkins DR. «Sleep studies in depression» en Williams TA y col (eds). *Recent advances in the psychobiology of the depressive illness*, DHEW. Publ. 1972. No. 70-9053, 141-46.
39. Morgan DW y col. «An automated patient behavior checklist». *J Applied Psychol*, 1973; 58: 3, 393-96.
40. McLean PD, Ogston K y Grauer LA. «A behavioral approach to the treatment of depression». *J Behav Ther Exper Psychiat*, 1973; 4, 323-30.
41. Paul GL y Lentz RJ. *Psychosocial treatment of chronic mental patients*, Harvard University Press, Cambridge, 1978.
42. Pr Kachin KM y col. «Non verbal communication deficits and response to performance feedback in depression». *J Abnor Psychol*, 1977; 86, 224-34.
43. Rehm LP y col. «A comparison of self-control and assertion skills treatments of depression». *Behavior Therapy*, 1979; 10, 429-42.
44. Ricci Bitti PE y Cortesi S. *Comportamiento no verbal y comunicación*, Gustavo Gili, Barcelona, 1980.
45. Robinson JC y Lewinsohn PM. «Behavior modification of speech characteristics in chronically depressed man». *Behavior Therapy*, 1973a; 4, 150-2.
46. Robinson JC y Lewinsohn PM. «Experimental analysis of a technique based on the Premack Principle for changing verbal behavior of depressed individuals». *Psychological Reports*, 1973b; 32, 199-210.
47. Seligman MEP y col. «La depresión» en Leitenberg H (ed). *Modificación y Terapia de conducta. Tomo I. Edad adulta*, Morata, 235-90, 1982, Madrid.
48. Weissman MM y Paykel ES. *The depressed woman*, University of Chicago Press, Chicago, 1974.