



- ◆ 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 evaluación del progreso terapéutico en la depresión: Necesidad de los registros multidimensionales

J. M. BUCETA
M. C. MALDONADO
V. VELARDE
A. POLAINO-LORENTE

RESUMEN

La presente colaboración se centra en el análisis de diversos factores que, decididamente, sugieren la evaluación multidimensional del progreso terapéutico de la depresión. Tras una breve introducción, en la que se comentan algunos puntos, que deben tenerse en cuenta, en relación con el concepto y la clasificación de los estados depresivos, se exponen las manifestaciones más comunes de la depresión unipolar no psicótica, y su posible evaluación a través de tres conductos: la observación directa, los informes del paciente, y las respuestas psicofisiológicas. Finalmente, se discuten, con cierta amplitud, diversos argumentos que parecen aconsejar los registros multidimensionales; y se sugieren algunas alternativas en este sentido.

ABSTRACT

The present contribution is focussed on the analysis of several factors suggesting the multi-dimensional assessment of therapeutic progress in depression therapy. Following a brief introduction, where the authors discuss several issues concerning the concept and classification of depression that ought to be taken into account, they expose the most common manifestations of unipolar non psychotic depression, and its potential assessment through three channels: direct observation, patient's reports, and psychophysiological responses. Finally the authors thoroughly discuss several statements that seem to advice the multi-dimensional approach; and they also suggest some alternatives in this way.

1. INTRODUCCION

La depresión ocupa un lugar altamente destacado entre los problemas clínicos de mayor prevalencia en la sociedad contemporánea.

Boyd y Keissman (1982) han estimado que, en las naciones industrializadas, el 3 por 100 de la población masculina y entre el 5 y el 9 por 100 de la femenina padecen la sintomatología central de este trastorno afectivo.

Por este motivo, gran parte del esfuerzo de investigadores y terapeutas se ha centrado en el estudio y aplicación de los métodos de tratamiento más efectivos. A nivel farmacológico, se ha trabajado, fundamentalmente, con los MAOIs (Monoamine Oxidase inhibitors) y los antidepresivos tricíclicos, y más recientemente, con los antidepresivos tetracíclicos. A nivel de psicoterapia frente a la forma más tradicional del psicoanálisis, en los últimos veinte años han surgido, y desarrollado con fuerza, diversas opciones basadas en la Psicología del Aprendizaje y la Psicología Cognitiva.

Tanto los procedimientos farmacológicos como la mayoría de los psicoterapéuticos, por separado y en combinación, han sido sometidos a estudios experimentales (no con la misma intensidad y extensión) que han aportado datos de su mayor o menor *eficacia relativa*. Y decimos relativa, porque la evaluación del progreso terapéutico casi siempre se ha llevado a cabo mediante la observación de cambios, supuestamente debidos a la terapia, en un *número limitado de variables dependientes*, y, como han apuntado diversos autores (Craighead, 1980; Doarfler, 1981, entre otros), *a través de instrumentos de medida globales*. Estas problemáticas limitaciones a nivel de la evaluación se acentúan más, como parece lógico, en la práctica clínica diaria, donde quizá la puntuación en alguna escala global, y sobre todo el informe global del paciente determinan la eficacia terapéutica.

La intención del presente trabajo consiste en exponer y comentar, en torno a la necesidad de registros multidimensionales para una mejor evaluación del progreso terapéutico de un problema tan complejo, y con manifestaciones sintomáticas a distintos niveles, como es la depresión. En primer lugar, consideramos conveniente detenernos, aun que con brevedad, en el uso del término depresión y la clasificación de los estados de depresión clínica; para trasladarnos después a sus manifestaciones más características a distintos niveles y su evaluación a través de diversos conductos.

2. CONCEPTO Y CLASIFICACION DE LA DEPRESION

El término depresión se utiliza, indistintamente, para referirse a un estado de ánimo «bajo», a un síntoma y a un síndrome. El primero corresponde al estado por el que pasamos, en más o menos ocasiones, todos los mortales, manifestado verbalmente por un «hoy me en-

cuentro deprimido» o «me encuentro un poco bajo»; y aunque no responde a causas aparentes que lo justifiquen, debe considerarse una manifestación normal, y no patológica, de los individuos. Tampoco debe clasificarse como mórbido o patológico, y sí como normal, el estado de ánimo depresivo que sigue durante un tiempo prudencial a la pérdida de algún ser u objeto muy querido. La depresión como síntoma clínico y, por lo tanto, como manifestación anormal, se refiere también a un estado de ánimo disfórico, pero en este caso inapropiado a las circunstancias que lo precipitaron y/o desproporcionado en cuanto a gravedad y/o duración. Como tal síntoma puede aparecer en diversos cuadros clínicos, como en el caso de la esquizofrenia o los estados de ansiedad. Como síndrome, la depresión es un conjunto de síntomas, entre los que pueden encontrarse la pérdida de peso, diversas manifestaciones de insomnio, la visión negativa del futuro, los sentimientos de culpa, una menor participación en actividades que hasta ese momento solían ser habituales, y también, en la mayoría de los casos, aunque no necesariamente en todos, el estado de ánimo disfórico que caracteriza a la depresión como síntoma.

Centrándonos en el síndrome, objeto de los tratamientos específicos de depresión, se puede observar que su clasificación ha levantado múltiples controversias y generado un sin fin de alternativas, si bien no corresponde a este escrito la discusión sobre este tema. Lader (1981) ha elaborado un cuadro que puede facilitar una rápida, aunque limitada, comprensión de las principales variantes (ver cuadro 1).

CUADRO 1

Clasificación de la Depresión: Principales divisiones propuestas por Lader (1981)

FACTOR DETERMINANTE	TIPOS DE DEPRESION
Causación →	Endógena-Reactiva
Historia de Manía →	Unipolar-Bipolar
Cuadro Clínico →	Agitada-Retardada
Gravedad →	Mínima-Leve-Moderada-Grave
Contacto con la realidad →	Neurótica-Psicótica

Una de las más utilizadas es la distinción entre depresión endógena y depresión reactiva (Lader, 1981; Andreasen, 1982). La segunda, al contrario que la primera, parece poder explicarse mediante agentes precipitadores externos, y algunas manifestaciones sintomáticas parecen diferir entre ambas: los depresivos endógenos parecen presentar más síntomas físicos y sentimientos de culpa; sue-

len padecer insomnio por la mañana temprano; se encuentran peor por la mañana que durante el resto del día; tienden a manifestar un mayor retraso o agitación motora; su estado de ánimo es percibido cualitativamente distinto al sentimiento que se experimenta tras la muerte de algún ser querido, y presentan una marcada falta de reactividad ante estímulos generalmente agradables. Estas diferencias han sido halladas en diversos análisis factoriales (ver Andreasen, 1982), y se recogen en la DSM-III bajo la variante de los episodios depresivos mayores denominada «con melancolía».

Otras variantes, como puede observarse en el cuadro 1, dependen de la existencia o no de episodios maníacos (bipolar vs. unipolar); de la agitación o retardo motor, de la gravedad y del contacto con la realidad (la tradicional distinción entre depresión neurótica y psicótica, esta última caracterizada por manifestaciones como ilusiones y alucinaciones) (para una revisión de este problema ver Polaino-Lorente, 1983).

Este punto de partida a nivel de clasificación parece ser importante para la elección adecuada del procedimiento de intervención (por ejemplo, las terapias no farmacológicas no parecen convenientes, al menos si se emplean exclusivamente con depresivos bipolares y/o psicóticos), y también para tener *una primera idea* acerca de las variables dependientes que, en cada caso, podrían ser indicadores fiables del cambio terapéutico [por ejemplo, Noble y Lader (1971^a) encontraron un elevado nivel de actividad simpática en depresivos agitados. La disminución de esta actividad podría constituir, en este caso, un buen indicador del cambio debido al tratamiento]. La investigación en este sentido no aporta todavía muchos apoyos firmes sobre los que basarse; pero, de todas formas, no debemos olvidar que los datos que pudieran obtenerse en futuros estudios, aunque muy importantes a nivel orientativo, no podrían sustituir a la detallada evaluación individualizada, que debe llevarse a cabo con cada paciente, en la tarea de determinar las variables dependientes más relevantes en cada caso.

3. MANIFESTACIONES Y EVALUACION DE LA DEPRESION UNIPOLAR NO PSICOTICA

A partir de este momento, nos centraremos en el subtipo de depresión unipolar no psicótica, por ser el que ha acaparado, más frecuentemente, la atención de las estrategias de intervención no farmacológicas. Los síntomas, como ya hemos apuntado, pueden ser muy variados. Según Hamilton (1982), los tres más comunes son el estado de ánimo disfórico, la pérdida de interés y la ansiedad; a los que siguen las dificultades del sueño, la pérdida del apetito, la falta

de energía y el cansancio, y los primeros pensamientos de índole suicida.

Para facilitar el estudio y conocimiento del síndrome, los síntomas suelen agruparse en distintas categorías, como las cuatro propuestas por Beck (1967); manifestaciones propiamente emocionales, cognitivas, motivaciones, y neurovegetativas y físicas (ver cuadro 2). Como puede apreciarse en el cuadro, la depresión se manifiesta mediante excesos o déficits dentro de cuatro dimensiones; lo que sugiere, tal y como han apuntado algunos autores (Rehm, 1976; Craighead, 1980), que, por su propia naturaleza, es necesaria una evaluación multifacética que no ignore ninguna de ellas.

CUADRO 2

Síntomas de la Depresión: División factorial de Beck (1967)

Manifestaciones emocionales

- Estado de ánimo disfórico.
- Sentimientos negativos hacia uno mismo.
- Reducción de la gratificación que se obtiene de la realización de actividades.
- Pérdida de apego emocional a personas o cosas.
- Períodos de lloro.
- Pérdida de la alegría.

Manifestaciones cognitivas

- Baja auto-evaluación.
- Expectativas negativas.
- Auto-acusación y auto-crítica.
- Indecisión.
- Distorsión de la propia imagen corporal.

Manifestaciones motivacionales

- Paralización de la voluntad.
- Deseos de evitación, escape y retirada.
- Deseos de suicidio.
- Aumento de la dependencia de otros.

Manifestaciones neuro-vegetativas v físicas

- Pérdida del apetito.
- Problemas del sueño.
- Pérdida de la libido.
- Cansancio.

Desde el punto de vista de la evaluación de los síntomas, núcleo central de la presente colaboración, conviene considerar tres categorías (Hersen, 1982); (a) los comportamientos motores o verbales

directamente observables, (b) las respuestas psicofisiológicas o manifestaciones involuntarias del sistema nervioso cuya detección rigurosa depende de la utilización de los aparatos adecuados, y (c) la información que facilita el propio paciente, que puede ser de carácter global o de registro inmediato.

Las más importantes manifestaciones de la depresión pueden evaluarse a través de estos tres tipos de registro, e incluso algunas mediante dos de ellos, como, por ejemplo, la menor gratificación que el paciente obtiene de la realización de determinadas actividades, cuya evaluación puede depender de un informe global del paciente en este sentido, y un meticuloso auto-registro de las actividades en que participa, y también de la observación directa de su participación en actividades por parte del cónyuge u otra persona. La evaluación de un síntoma mediante dos conductos permite conceder una mayor fiabilidad a los datos obtenidos, y ésta es una de las razones por las que los registros multidimensionales deben ser tenidos en cuenta. Dejaremos, sin embargo, este tema para más adelante, para centrarnos ahora, aunque brevemente, en las tres dimensiones propuestas.

Manifestaciones comportamentales

Una de las más claras manifestaciones a nivel comportamental es la menor participación del paciente en tareas que solían ser habituales para él, bien por obligación, bien porque obtenía de ellas una importante satisfacción. Así, el ama de casa, que antes preparaba platos de sofisticada elaboración, limpiaba la casa todos los días, iba a diario a la compra y a buscar a los niños al colegio, y tenía tiempo para salir con sus amigas tres veces a la semana a tomar café, ahora apenas realiza lo más imprescindible. Lewinsohn y Libet (1972), y Lewinsohn y Graf (1973), en un seguimiento continuo durante treinta días, confirmaron que los depresivos realizaban un menor número de actividades placenteras que los sujetos de grupos control, y además hallaron una correlación significativa entre las actividades de cada día y el estado de ánimo subjetivo. A más «bajo» éste, menor frecuencia en las actividades. Cuanto mayor es el déficit, en frecuencia y duración, de las actividades de siempre, mayor suele considerarse la gravedad del estado del paciente.

En general, una gran mayoría de depresivos parece presentar una relevante disminución en su tasa de iniciación de respuestas voluntarias; como, hasta cierto punto, han corroborado los estudios experimentales del modelo del «learned helplessness» (ver Buceta, Polaino-Lorente y Parrón-Solleiro, 1983; Polaino-Lorente y Buceta, 1984; Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), o las investigaciones de Libet y Lewinsohn (1973), y Libet, Lewinsohn y Javorek (1973) sobre la participación de estos pacientes en situaciones interpersonales.

Este área de las relaciones interpersonales ha sido, de hecho, una de las más exploradas. Algunos autores (Beck, 1967; Levitt y Lubin, 1975) han apuntado que los estados de depresión van acompañados de una notable reducción en la tasa de actividad interpersonal, hipótesis que apoyaron los estudios antes mencionados de Libet y Lewinsohn (1973) y Libet et al. (1973). En el primero de ellos, los autores intentaron demostrar que las personas depresivas tienen menos habilidades sociales que las no depresivas, identificando habilidades sociales con la emisión de un número relativamente elevado de conductas que son reforzadas de forma positiva por otros, y un número relativamente bajo de comportamientos castigados por los demás. Los sujetos depresivos emitieron menos respuestas favorables a la definición de habilidades sociales, aunque sólo en uno de los dos grupos estudiados, y en el caso de los varones, interactuaron con menos miembros del grupo que los no depresivos. No se encontraron diferencias significativas en esta última variable en el grupo de mujeres. En el segundo estudio (Libet et al., 1973), los resultados fueron similares a los del primero; pero, además, se observó a los sujetos en sus casas, encontrándose que los depresivos iniciaban menos respuestas, tardaban más en responder a los demás, y recibían dosis menores de reforzamiento positivo que los no depresivos.

Otros investigadores comportamentales (Coyne, 1976; Lawinsohn y Amenson, 1978; Libet y Lewinsohn, 1973; McLean, Ogston y Graver, 1973; Wells, Hersen, Bellack y Himmelhoch, 1980) han sugerido también la existencia en los depresivos de un marcado déficit en habilidades sociales, que minimiza la cantidad de refuerzo social que reciben de otras personas (Bellack, Hersen y Himmelhoch, 1983). En esta línea, Bellack et al. (1983) observaron, entre depresivos y no depresivos expuestos a diversas situaciones de role-play, diferencias pre-tratamiento en ciertas habilidades sociales. Concretamente, en duración del diálogo, tono de voz, postura y contacto visual. Sin embargo, no hallaron diferencias en variables como tiempo en emitir respuestas, gestos o sonrisas. Tras el entrenamiento posterior en habilidades sociales, se produjo una mejoría general de los depresivos, tanto a nivel de interacción social como de la sintomatología global de la depresión; aunque las diferencias iniciales con los no depresivos sólo desaparecieron significativamente en tono de voz y contacto visual.

Como contrapartida a los modestos resultados globales, aunque en algunas variables positivamente significativos, de Libet y Lewinsohn (1973); Libet et al. (1973) y Bellack et al. (1983), Kornblith, Rehm, O'Hara y Lamparski (1983) no encontraron diferencias pre-post-tratamiento en ninguna de las habilidades sociales utilizadas como variables dependientes. Del mismo modo, Youngren y Lewinsohn (1980) fallaron en el intento de discriminar entre depresivos y no depresivos

en habilidades verbales y no verbales. En este estudio, y en situaciones de grupos pequeños, los pacientes con depresión hablaron con una mayor lentitud, mantuvieron durante menos tiempo el contacto visual y mostraron expresiones faciales menos placenteras y animadas que los sujetos normales. Sin embargo, estas peculiaridades no sólo fueron características de los depresivos, ya que ninguna de ellas permitió discriminar entre estos y otros pacientes psiquiátricos. En este sentido, Bellack et al. (1983) plantean en la discusión de su artículo si las diferencias y cambios terapéuticos hallados en su investigación pueden considerarse específicos de la depresión o deben extenderse a otras poblaciones de pacientes, punto que a la luz de su estudio no pueden esclarecer por no disponer del grupo control apropiado.

Parece evidente que futuros estudios deberán dedicarse a esta cuestión, así como a aportar nuevos datos en torno a la relación entre depresión y déficit en habilidades sociales, sobre todo si se pretende que éstas constituyan un indicador válido en la evaluación de la depresión y el progreso terapéutico. En el intento, quizá habría que estudiar mejor, tal y como sugiere Jacobson (1981), qué manifestaciones deben integrarse bajo la definición de habilidad social.

Las manifestaciones comportamentales, hasta ahora comentadas, son excesos o déficits que, probablemente, reflejan la interacción entre baja motivación general, pocas experiencias gratificantes, pérdida de apego emocional a personas o cosas, expectativas negativas, marcada indecisión, cansancio general, y, quizá, la lentitud motora per se que parecen presentar algunos depresivos.

Otras manifestaciones comportamentales, que pueden reflejar síntomas físicos, son la frecuencia con que se producen interacciones sexuales, la cantidad de alimentos que se ingiere, el tiempo que uno tarde en quedarse dormido, o que se despierta con antelación, y el número de horas que se duerme. También podrían contabilizarse, de esta manera, los períodos de lloro y las intenciones de suicidio. Sin embargo, la evaluación de todas estas manifestaciones, perfectamente observables, suele confiarse por completo al informe del paciente, casi siempre a través de escalas o inventarios. Exceptuando los intentos de suicidio que se producen de manera aislada, y, por lo tanto, se pueden confirmar, las restantes variables suelen aceptarse sin la menor comprobación; cuando en la mayoría de los casos sería relativamente viable que alguna persona allegada al paciente observara y registrase (aunque fuera intermitentemente) estos comportamientos.

Asimismo, pueden observarse directamente, conductas verbales que reflejen el contenido negativo de las cogniciones de los depresivos, y los supuestos errores que en el procesamiento de la informa-

sión suelen cometer estos pacientes (ver Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Harrison, Beck y Buceta, 1984). También en esta línea pueden observarse manifestaciones verbales indicadoras de sentimientos de culpa, de baja auto-estima, de tristeza y de disforia. Por supuesto, que en estos casos, el comportamiento verbal no debe confundirse con el informe del paciente. En éste, el paciente contesta a algo que se le pregunta, o simplemente ofrece una información del estado en que se encuentra; mientras que aquél se produce, de forma espontánea, en el transcurso de situaciones que no requieren necesariamente este tipo de respuestas.

Respuestas psicofisiológicas

No nos extenderemos demasiado en este apartado, por ser el objeto de otro escrito más específico (Velarde, Polaino-Lorente, Maldonado y Buceta, 1984).

En cuanto a respuestas neurovegetativas, algunos estudios parecen sugerir una cierta relación entre depresión y bajo nivel de conductancia (Gilberstadt y Maley, 1966; Noble y Lader, 1971). Lader (1975) ha señalado que estas medidas pueden facilitar la discriminación entre depresivos agitados y retardados motores. Los primeros parecen responder más ampliamente que los segundos ante estimulaciones estresantes en el laboratorio; y además tardan más en habituarse que los sujetos no depresivos, mientras que los retardados, reaccionan a un nivel tan mínimo que la habituación apenas puede ser calculada (Lader y Wing, 1969). En este mismo estudio, y en el de Kelly y Walter (1969), los agitados, al contrario que los retardados, mostraron una mayor frecuencia de pulso que los no depresivos del grupo control. Noble y Lader (1971b), encontraron que un bajo fluido sanguíneo correlacionaba con el retardo motor de los depresivos, y que aquél aumentaba después de un tratamiento de terapia electroconvulsiva (ECT). Blackburn y Bonham (1980), por su parte, en un estudio muy limitado, observaron una disminución de la tasa cardíaca cuando los sujetos depresivos se recreaban en un pensamiento placentero, en comparación con otros momentos en que vivenciaban pensamientos de contenido depresógeno. La reducción de la tasa cardíaca también se manifestó cuando los depresivos utilizaron una técnica para «distanciar» el pensamiento depresógeno, lo que parece sugerir, junto a los resultados de Noble y Lader (1971), que estas medidas pueden reflejar los cambios producidos por los procedimientos de intervención.

También las respuestas somáticas pueden considerarse en idéntico sentido. En los mismos estudios (Noble y Lader, 1971c; Blackburn y Bonham, 1980) los altos niveles de EMG disminuyeron significativamente después de la terapia ECT, y la estrategia de «distanciamien-

to». En general, parece que la depresión lleva consigo, cuanto más grave, niveles más elevados de EMG (Lader, 1975), sobre todo en los músculos de la frente y mentón.

A nivel central, los resultados obtenidos en electroencefalogramas parecen todavía algo contradictorios, y preferimos no comentarlos aquí.

En definitiva, y aunque los datos actuales no son suficientes como para llegar a sólidas conclusiones, el conocimiento de los patrones psicofisiológicos de respuesta de cada paciente, parece conveniente para una evaluación más fiable del progreso terapéutico, y quizá también para la elección adecuada del procedimiento de intervención.

Informes del paciente

Se incluye en esta categoría toda la información que facilita el propio paciente, debiéndose distinguir entre informes globales y registros inmediatos.

Los informes globales más utilizados son los inventarios y escalas de evaluación, donde el paciente suele elegir entre diversas opciones la que más se ajusta a su estado durante, por ejemplo, la última o dos últimas semanas, como en el Inventario de Beck (BDI; Beck et al. 1961); o donde el evaluador estima la gravedad de una serie de síntomas, en pocos casos por su observación directa durante la entrevista, y en la mayoría a partir de la información del paciente, como en la Escala de Hamilton (HDS; Hamilton, 1960).

Los registros inmediatos intentan conseguir una información más fiable mediante la auto-observación del paciente de forma más rigurosa y continua. Algunos ejemplos de auto-registros inmediatos en la evaluación de la depresión son los propuestos por Beck et al. (1979), para las actividades diarias, y los pensamientos automáticos disfuncionales, que parecen mediar entre las experiencias emocionales adversas concretas y los estímulos provocadores, internos o externos, subjetivamente asociados a éstas (ver Harrison et al. 1984). Por supuesto, que estos auto-registros deben llevarse a cabo inmediatamente después de la ocurrencia del hecho que debe ser registrado.

Otro tipo de informe de registro inmediato es el que recogen algunas escalas que intentan detectar el estado en que se encuentra el paciente, justamente, en el momento de rellenarlas. Algunos ejemplos son la Checklist de Lubin (1965), en que el paciente señala aquellos estados que corresponden al suyo presente; o las visuales análogas de Aitken (1969) y Tyrer (1976), en las que, sobre una línea de 10 centímetros, debe indicar en qué medida su estado presente se acerca,

más o menos, a las dos opciones contrapuestas que figuran a cada lado de la línea. Estas escalas son de una gran valía en la evaluación de la eficacia terapéutica. Por ejemplo, han probado ser sensibles a la acción de diversos fármacos (Buceta, Bradshaw y Sazabadi, 1985), y en nuestra práctica diaria, parecen serlo también a la acción de algunas técnicas, y al efecto positivo de las propias sesiones terapéuticas (Bueno, Buceta y Amigo, en prensa).

Los informes del paciente, aunque menos objetivos que la observación directa y las respuestas psicofisiológicas, deben ser tenidos en cuenta por tres razones: en primer lugar, porque no se puede ignorar la experiencia subjetiva del paciente, verdadero protagonista del problema; en segundo lugar, porque una gran cantidad de información relevante, como pensamientos o sensaciones, sólo puede obtenerse mediante esta vía, y en tercer lugar, porque en la práctica clínica es la forma más factible de conseguir datos, y de aquí la necesidad de desarrollar al máximo los registros inmediatos.

4. CONVENIENCIA DE LOS REGISTROS MULTIDIMENSIONALES

La evaluación de las manifestaciones depresivas, tal y como hemos apuntado, se ha llevado a cabo, en una mayoría de casos, mediante escalas o inventarios que completa el propio paciente (como el BDI; Beck et al., 1961), o escalas que se basan en las observaciones del entrevistador (como la HDS; Hamilton, 1960).

Ambos tipos de instrumentos dependen demasiado (los primeros al 100 por 100) de la información global que aporta el paciente, lo que sugiere un cierto grado de distorsión de los datos, si consideramos la hipótesis de Beck (Beck, 1976; Beck et al., 1979) de que los depresivos suelen cometer errores en la evaluación de sus experiencias. Además, estas escalas presentan algunas deficiencias como, en el caso del BDI, el hecho de que dos terceras partes de los items se refieren a alteraciones cognitivas, concediendo, así, más importancia a factores más pronunciados en depresiones moderadas que en depresiones graves (Depue y Monroe, 1978). La escala de Hamilton, por su parte, ha sido criticada por inclinarse demasiado hacia la evaluación de aspectos biológicos o somáticos, y también por la confusión que despierta su sistema de puntuación (Lader, 1981). Ambas escalas, sin embargo, han mostrado un contrastado y alto índice de fiabilidad (Beck, 1967; Hamilton, 1976).

Aunque algunos estudios han indicado la correlación significativa entre estos dos tipos de escalas (ver Hammen, 1981), otros han apuntado que esta concordancia sólo puede considerarse moderada (Pay-

kel, Prusoff, Klerman y Di Mascio, 1973), lo que sugiere la utilización complementaria de ambos para la evaluación del progreso terapéutico.

Otras escalas pueden ser también utilizadas. Estos autores, en una investigación que en la actualidad llevan a cabo con pacientes depresivos, emplean el Inventario para el Diagnóstico de la Depresión de Zimmerman (IDD); consistente en ítems centrados en los criterios que sugiere la DSM-III para el diagnóstico de la depresión unipolar mayor. Cada ítem puede estar presente o ausente; y en caso de estar presente existen cuatro posibles respuestas según su gravedad. Además, el paciente debe contestar si la respuesta elegida viene ocurriendo durante más o menos de dos semanas. La escala parece ofrecer una interesante medida pre-post tratamiento, aunque no como único instrumento evaluador, ya que no deja de ser un mero informe global del paciente.

Así pues, no conviene confiar, únicamente, en medidas que dependan de informes globales de los pacientes, por la posible distorsión cognitiva de éstos. Otras variables dependientes son necesarias para una mayor seguridad respecto a la presencia y gravedad de un síntoma. Los procedimientos de observación directa de las manifestaciones comportamentales de la depresión, parecen tener aquí un importante papel que desempeñar.

Por desgracia, la observación directa de comportamientos relacionados con las variantes de insomnio, el poco apetito, e incluso las actividades en que el depresivo participa, es, en la práctica diaria, muy difícil de realizar, si se pretende que las conductas sean observadas y registradas por un observador independiente. En algunas ocasiones se podrán utilizar familiares o amigos muy allegados al paciente para desempeñar esta función; pero la práctica parece demostrar, que es muy difícil contar con regularidad con otras personas, o que hacerlo, en muchos casos, puede no ser conveniente para el desarrollo de la terapia. En estos casos, como comentaremos más adelante, la auto-observación y el auto-registro inmediato parecen ser las alternativas viables.

Sin embargo, la observación directa de comportamientos interpersonales, habilidades sociales y conductas verbales indicadoras de cogniciones negativas, sentimientos de culpa, etc. (ver sección correspondiente), parece prometedora, porque puede llevarse a cabo en situaciones específicamente planeadas para ello. Lewinsohn (1974) y Bellack et al. (1983) diseñaron diversas situaciones de *role-play* como base para su observación. Kornblith et al. (1983), por su parte, observaron los comportamientos verbales y no verbales de los pacientes, que previamente consideraron indicadores de una mayor o

menor habilidad social, durante parte de las entrevistas iniciales que mantenían con ellos, y también durante un tiempo en que se les pedía que monologasen acerca de su funcionamiento general presente.

En una de las investigaciones, actualmente en progreso, de estos autores, se observan directamente las conductas, verbales y no verbales de los pacientes, que hacen referencia a habilidades sociales (verbales y no verbales); y a otras características de la depresión, ya comentadas, como el contenido negativo del pensamiento (solo mediante conductas verbales). Las observaciones se llevan a cabo durante una entrevista informal de treinta minutos de duración, en la que se dialoga con el paciente acerca de su funcionamiento general y sus intereses. Los comportamientos verbales se registran en un magnetofón y se analizan posteriormente. Las conductas no verbales se registran directamente, distribuidas en distintos segmentos temporales de observación. En ambas situaciones, un segundo observador evalúa el 25 por 100 de los casos con el fin de comprobar la fiabilidad inter-observador, y, también en el 25 por 100 de los casos, el primer observador vuelve a realizar sus registros, por supuesto ciegamente, para hallar, de esta manera, el coeficiente de fiabilidad intra-observador.

Asimismo, estos autores han diseñado, aunque todavía no han puesto en funcionamiento, un plan de observación directa en los propios domicilios de los depresivos. Dos personas son necesarias para llevarlo a cabo (y una tercera en el 25 por 100 de los casos si se quiere obtener un coeficiente de fiabilidad inter-observador). Una de las dos debe conducir una entrevista con el paciente y, al menos, su familiar más allegado, en la que se tratan temas relacionados con el funcionamiento general del paciente, su vida familiar y la vida de la familia como grupo. Las preguntas se dirigen en principio hacia el familiar, siendo totalmente abiertas al comenzar cada uno de los temas, y progresivamente más cerradas si las respuestas del familiar no proporcionan la información necesaria como para mantener la conversación. Durante la entrevista se pregunta al paciente si está de acuerdo con la opinión del familiar y, en general, se favorece la interacción verbal entre ambos. Por supuesto que el entrenamiento de este entrevistador requiere un cierto tiempo. La segunda persona participante observa, en una línea similar a la ya descrita en el párrafo anterior, comportamientos no verbales del paciente que parecen ser indicadores de sus habilidades sociales; y otras conductas, también no verbales, que se consideran manifestaciones de la interacción entre el paciente y su familiar. Los comportamientos verbales, en la misma línea que los no verbales, se registran en el magnetofón y se analizan posteriormente.

Otro tipo de observación que se puede llevar a cabo en el labora-

torio, la facilitan dos pruebas, tan simples pero efectivas, como contar o escribir con la mayor rapidez posible. Teasdale y Fennell (1982) encontraron que los depresivos empleaban más tiempo que los sujetos normales en la ejecución de estas tareas. Una prueba más compleja es la utilizada, en este caso con una población subclínica, por Polaino-Lorente y Buceta (1984), consistente en el aprendizaje mental de diversas combinaciones de dos letras, mediante el *feed-back* recibido por el entrevistador después de cada intento. Los sujetos no depresivos ($BDI \leq 9$) tardaron menos tiempo y emplearon menos intentos en hallar las combinaciones que los considerados como depresivos ($BDI \geq 10$). La simplicidad de las pruebas empleadas por Teasdale y Fennell (1982) hace que su utilización sea más aconsejable que la de Polaino-Lorente y Buceta (1984).

En definitiva, las medidas comportamentales, o registros mediante observación directa, merecen un lugar destacado en la evaluación del progreso terapéutico, siempre y cuando, eso sí, se empleen con el rigor que es necesario para que los datos puedan ser considerados.

En el caso de algunas manifestaciones, la evaluación directa de un observador independiente es, en la práctica, inviable; siendo los informes del paciente el único conducto para la obtención de datos. En estos casos parece conveniente que los informes globales (o respuestas en inventarios y escalas) se complementen con auto-registros inmediatos. Además de su efecto terapéutico *per se* (Kanfer, 1980), estos instrumentos facilitan una información más puntual y objetiva, que, sin duda, favorece la evaluación del progreso del paciente.

En cuanto a las variables psicofisiológicas, parece conveniente que la investigación futura dedique un mayor esfuerzo al estudio de posibles relaciones entre éstas y otras manifestaciones de la depresión. Parece claro que la vulnerabilidad de los informes del paciente a las propias demandas experimentales o terapéuticas (Velten, 1968) debería ser mucho menor en el caso de las respuestas psicofisiológicas (Schwartz, 1975). Al igual que en el estudio, ya comentado, de Blackburn y Bonham (1980) se halló una significativa correlación entre niveles EMG y estado subjetivo de ánimo, otras correlaciones similares podrían facilitar un control objetivo (mediante las variables psicofisiológicas) de los datos obtenidos por los auto-informes.

La obtención de estas deseables relaciones entre informes subjetivos y respuestas psicofisiológicas, exige un registro múltiple de éstas, ya que continuamente aparecen diferencias individuales en cuanto a las variables más relevantes. Así, por ejemplo, mientras algunas personas tienden a mostrar una elevada tasa cardíaca, otras destacan por su presión de la sangre o sus niveles EMG (Lader, 1975). Los autores de este trabajo, en sus investigaciones actuales sobre

la depresión, registran la actividad psicofisiológica de los pacientes hasta en ocho variables distintas.

Otra gran aportación de los registros multidimensionales tendría lugar si éstos pudieran facilitar la elección del tratamiento más adecuado. En este sentido, algunos autores como Hammen (1981), han sugerido que las manifestaciones propias de cada conducta deben ser abordadas directamente. Es decir, que si un paciente presenta registros indicadores de una elevada actividad simpática, se deben emplear las técnicas más convenientes para su reducción; o si se le observan déficits en habilidades sociales, éstos deben ser tratados de forma específica. No cabe duda que los registros múltiples facilitan el conocimiento de los excesos, déficits y recursos que concurren en cada paciente; y que una estrategia de intervención más efectiva podrá derivarse de este conocimiento.

La evaluación multidimensional tiene también trascendencia en lo que concierne a la generalización de los efectos de la terapia. Los continuos auto-registros inmediatos facilitan que el terapeuta sepa, en todo momento, si el tratamiento incide favorablemente en las distintas áreas de funcionamiento del individuo, y si las habilidades, que éstos adquiere durante aquél, son empleadas en situaciones no tratadas de forma específica.

Por último, y desde el punto de vista de la investigación en el área, no cabe duda que los registros multidimensionales permitirán un mejor conocimiento de la depresión y de los efectos que sobre el síndrome pueden tener distintas estrategias terapéuticas. Es necesario establecer comparaciones entre depresivos, otras poblaciones clínicas y sujetos normales, y entre pacientes que padecen distintos subtipos de depresión, en manifestaciones comportamentales, informes del paciente y respuestas psicofisiológicas. Como ya hemos señalado, conviene explorar las posibles relaciones entre las manifestaciones detectadas por estos tres conductos, y también investigar si las distintas alternativas terapéuticas actúan indistintamente sobre todos los síntomas o modifican preferentemente algunos de ellos. Asimismo, sería interesante saber si la no modificación de ciertas variables, aun cuando el estado global del depresivo se haya modificado favorablemente, puede tener relación con la tasa de recaída de los pacientes, tema éste tan importante y tan poco estudiado.

5. CONCLUSION

En definitiva, hemos intentado ofrecer al lector una serie de argumentos que, en nuestra opinión, claman por la necesidad de los regis-

tros multidimensionales en la evaluación del progreso terapéutico de la depresión. Algunas de las potenciales variables dependientes, aquí expuestas, están apoyadas por una considerable cantidad de datos empíricos, mientras que, por el contrario, otras representan meras especulaciones, como mucho confirmadas parcial o modestamente a nivel experimental, que deben ser objeto de futuras comprobaciones, ya que pueden constituir importantes instrumentos de una evaluación más rigurosa.

Parece evidente, que las conclusiones que podamos obtener sobre la eficacia terapéutica de distintos procedimientos, serán muy limitadas, si el progreso del paciente no se evalúa en diversas manifestaciones de la depresión y/o a través de más de uno de los tres conductos expuestos. En la práctica clínica, el terapeuta debe buscar la forma de no depender, exclusivamente, de los informes globales de sus pacientes, propiciando la utilización de registros inmediatos, y quizá algunas pruebas comportamentales o psicofisiológicas que puedan llevarse a cabo en la clínica. No debe olvidar, sin embargo, que no es conveniente, sobre todo al principio de la terapia, abusar de los auto-registros, que, para una mayor fiabilidad, conviene sean introducidos progresivamente a medida que el paciente domina y se acostumbra a su ejecución.

Esperamos que nuestro trabajo haya servido para transmitir al lector la inquietud que sentimos por este tema, y nos agradecería enormemente que aquella fuera compartida sobre todo en la práctica investigadora de otros especialistas. Sólo con el esfuerzo de todos podremos lograr el desarrollo de procedimientos de evaluación, viables en la práctica, y cada vez más rigurosamente científicos.

REFERENCIAS

- Abramson, L. Y.; Seligman, M. E. P., y Teasdale, J. D. (1978): «Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation». *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Aitken, R. C. B. (1969): «Measurement of feelings using visual analogue scales». *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 62, 989-993.
- Andreasen, N. C. (1982): «Concepts, diagnosis and classification». En E. S. Paykel (Ed.). *Handbook of Affective Disorders*, Edimburgo, Churchill Livingstone.
- Beck, A. T. (1967): *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976): *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. N. Y. International Universities Press.
- Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J. E., y Erbaugh, J. (1961): «An inventory for measuring depression». *Arch. Gen. Psychiat.*, 4, 561-571.

- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F., y Emery, G. (1979): *Cognitive Therapy of Depression*. N. Y. The Guilford Press.
- Bellack, A. S.; Hersen, M., y Himmelhoch, J. M. (1983): «A comparison of social skills training, pharmacotherapy and psychotherapy for depression». *Behav. Res. The.*, 21, 201-107.
- Blackburn, I. M., y Bonham, K. G. (1980): «Experimental effects of a cognitive therapy technique in depressed patients». *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 353-363.
- Boyd, J. H., y Weissman, M. M. (1982): «Epidemiology». En E. S. Paykel (ed.). *Handbook of Affective Disorders*, Edimburgo, Churchill Livingstone.
- Buceta, J. M.; Bradshaw, C. M., y Szabadi, E. (1985): «Hiper-responsiveness of eccrine sweat glands to carbachol in anxiety neurosis: Comparison of male and female patients». *British Journal of Clinical Pharmacology*, 19, 817-822.
- Buceta, J. M.; Polaino-Lorente, A., y Parron-Solleiro, P. (1983): «Deficits motivacionales y cognitivos a partir de la percepción de ineffectividad de las propias respuestas». *Rev. de Psic. Gral. y Apl.*, 38, 4, 715-730.
- Bueno, A. M.; Buceta, J. M., y Amigo, I. (en prensa): «Efectos inmediatos de la relajación progresiva en sujetos con estados de ansiedad». *Revista de Psicología General y Aplicada*.
- Coyne, J. C. (1976): «Toward an interactional description of depression». *Psychiatry*, 39, 14-27.
- Craighead, W. E. (1980): «Away from a unitary model of depression». *Behavior Therapy*, 11, 122-128.
- Depue, R. A., y Monroe, S. M. (1978): «Learned Helplessness in the perspective of depressive disorders: Conceptual and definitional issues». *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 3-20.
- Doerfler, L. A. (1981): «Psychological research on depression: A methodological review». *Clinical Psychology Review*, 1, 1, 119-137.
- Fennell, M. J. V. (1983): «Cognitive Therapy of Depression: The mechanisms of change». *Behavioural Psychotherapy*, 11, 2, 97-108.
- Gilberstadt, H., y Haley, M. (1965): «GSR, clinical state and psychiatric diagnosis». *Journal of Clinical Psychology*, 21, 233-238.
- Hamilton, M. (1960): «Standardised assessment and recording of depressive symptoms». *Psychiatry, Neurologia and Neurochirurgia*, 72, 201-205.
- Hamilton, M. (1976): «Clinical evaluation of depression: Clinical criteria and rating scales, including a Guttman Scale». En D. M. Gallant y G. M. Simpson (eds.). *Depression: Behavioural, biochemical, diagnostic and treatment concepts*. N. Y. Spectrum Publications.
- Hamilton, M. (1982): «Symptoms and Assessment of depression». En E. S. Paykel (ed.). *Handbook of Affective Disorders*, Edimburgo, Churchill Livingstone.
- Hammen, C. L. (1981): «Assesment: A Clinical and Cognitive Emphasis». En L. P. Rehm (ed.). *Behaviour Therapy for Depression*. New York, Academic Press.
- Harrison, R. P.; Beck, A. T., y Buceta, J. M. (1984): «Terapia cognitiva de la depresión: una introducción al desarrollo histórico, los conceptos y procedimientos fundamentales de la alternativa terapéutica de Beck». *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39, 4, 623-646.
- Hersen, M. (1981): «The Assessment of Deficits and Outcomes». En L. P. Rehm (ed.). *Behaviour Therapy for Depression*. New York, Academic Press.

- Jacobson, M. S. (1981): «The Assessment of Overt Behavior». En L. P. Rehm (ed.). *Behaviour Therapy For Depression*. New York, Academic Press.
- Kornblith, S. J.; Rehm, L. P.; O'Hara, M. W., y Lamparski, D. M. (1938): «The Contribution of Self-Reinforcement Training and Behavioral Assignments to the Efficacy of Self-Control Therapy for Depression». *Cognitive Therapy and Research*, 7, 6, 499-528.
- Lader, M. (1975): *The Psychophysiology of Mental Illness*. Londres, Routledge y Kegan Paul.
- Lader, M. (1981): *Focus on Depression*. Bencard, Middlesex.
- Lader, M., y Wing, L. (1969): «Physiological measures in agitated and retarded depressed patients». *Journal of Psychiatric Research*, 7, 89-100.
- Levitt, E. E., y Lubin, B. (1975): *Depression: Concepts, controversies and some new facts*. New York: Springer.
- Lewinsohn, P. M. (1974): «Clinical and theretical aspects of depression». En K. S. Calhoun, H. E. Adams y K. M. Mitchell (eds.). *Innovative treatment methods of psychopathology*, N. Y. Wiley y Sons.
- Lewinsohn, P. M., y Amenson, C. S. (1978): «Some relations pleasent and unpleasent mood-related events and depression». *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 644-654.
- Lewinsohn, P. M., y Graf, M. (1973): «Pleasant activities and depression». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268.
- Lewinsohn, P. M., y Libet, J. (1972): «Pleasant events, activity schedules, and depression». *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 291-295.
- Libet, J., y Lewinsohn, P. M. (1973): «The concept of social skill with special reference to the behaviour of depressed persons». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 304-312.
- Libet, J.; Lewinsohn, P. M., y Javorex, F. (1973): «The construct of social skill». Escrito sin publicar, sitado en N. S. Jacobson, «The assessment of overt behaviour», en L. P. Rehm (ed.). *Behaviour Therapy for Depression*. N. Y. Academic Press.
- Lubin, B. (1965): «Adjective checklists for measurement of depression». *Archives of General Psychiatry*, 12, 57-62.
- McLean, P. D.; Ogston, K., y Grauer, L. (1973): «A behavioural approach to the treatment of depression». *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, 323-330.
- Noble, P. J., y Lader, M. H. (1971 a): «The symptomatic correlates of the skin conducta changes in depression». *Journal of Psychiatric Research*, 9, 61-69.
- Noble, P. J., y Lader, M. H. (1971 b): «Depressive illness, pulse rate and foreman blood flow». *British Journal of Psychiatry*, 119, 261-266.
- Noble, P. J., y Lader, M. H. (1971 c): «An electromyographic study of depressed patients». *Journal of Psychosomatic Research*, 15, 233-239.
- Paykel, E. S.; Prusoff, B. A.; Klerman, G. L., y Di Masclo, A. (1973): «Self-report and clinical interviw ratings in depression». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 166-182.
- Polaino-Lorente, A. (1983): *Psicología Patológica*. Madrid, UNED.
- Polaino-Lorente, A., y Buceta, J. M. (1984): «Depresión y rendimiento en el apren-

- dizaje». En A. Polaino-Lorente (ed.). *Depresión: Actualización psicológica de un problema clínico*. Madrid, Alhambra.
- Rehm, L. P. (1976): «Assessment of Depression». En M. Hersen y A. S. Bellack (eds.). *Behavioural assessment: A practical handbook*. N. Y. Pergamon Press.
- Schwartz, G. E. (1975): «Bio-feedback, self-regulation and the patterning of physiological processes». *American Scientist*, 43, 587.
- Teasdale, J. D., y Fennell, M. J. V. (1982): «Investigating immediate effects on depression of brief interventions: an underused tactic in depression treatment research». En M. Rosenbaum, C. M. Franks y Y. Jaffe (eds.). *Perspectives on Behaviour Therapy in the eighties*. N. Y. Springer.
- Tyrer, P. (1976): *The role of bodily feelings in anxiety*. Maudsley Monographs, 23: Oxford University Press.
- Velarde, V.; Polaino-Lorente, A.; Maldonado, M. C., y Buceta, J. M. (1984): «Variables neurofisiológicas en el diagnóstico y evaluación del comportamiento depresivo». Escrito presentado en el *Symposium sobre Actividad humana y Procesos Cognitivos*. Madrid. Diciembre. En la actualidad, pendiente de publicación.
- Velten, E. A. (1968): «A Laboratory task for induction of mood states». *Behaviour Research and Therapy*, 6, 473-485.
- Wells, K. C.; Hersen, M.; Bellack, A. S., y Himmelhoch, J. M. (1979): «Social skills training in unipolar nonpsychotic depression». *American Journal of Psychiatry*, 13, 1331-1332.
- Youngren, M. A., y Lewinsohn, P. M. (1980): «The functional relationship between depression and problematic interpersonal behaviour». *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 333-341.