



- ◆ 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)

Modificaciones sintomatológica y atribucional en una muestra de pacientes depresivos sometidos a tratamiento farmacológico

A. Polaino Lorente*, M. Barceló Iranzo** y C. L. Maldonado Buitrago***

Resumen

El trabajo de evaluación clínica y atribucional de una muestra de pacientes depresivos tricíclicos y un grupo de control de sujetos sanos, también evaluados con los mismos cuestionarios (cuestionario de Hamilton subescala de melancolía de Bech, inventario para la depresión de Beck, cuestionario de Rotter o de locus de control y cuestionario de Coopersmith o de autoestima), ofrece un perfil evolutivo del desajuste afectivo, así como de los niveles de compensación alcanzados. Las dos muestras consiguen igualarse en el locus de control, obteniéndose mayores niveles de autoestima por los sujetos sanos de la muestra de control.

Palabras clave: Depresión, terapia antidepressiva, teoría cognitiva, locus de control, autoestima.

Abstract

The clinic and attributional evaluation work of a group of depressive patients, with a medication treatment of tricyclic antidepressive, and a control group of healthy people evaluated with the same questionnaires (Hamilton's questionnaire melancholy's underscale, inventory of Beck's depression, Rotter's questionnaire or locus of control and Coopersmith's questionnaire or selfesteem), it offers one evolutive vision of maladjustment affective and the compensation levels reached. The two samples get the same level in the locus of control, getting best levels of selfesteem the sample of healthy people.

Key words: Depression, antidepressive therapy, cognitive theory, locus of control, selfesteem.

Introducción

Los trabajos publicados sobre la modificación de los estilos atribucionales de los pacientes depresivos, a lo largo de un tratamiento con terapia cognitiva, han sido relativamente frecuentes en la literatura científica. Sin embargo, hemos constatado en la revisión bibliográfica la ausencia de aportaciones en relación con la influencia del tratamiento farmacológico sobre el estilo atribucional depresivo de los pacientes, objetivo que nos hemos propuesto alcanzar con el presente estudio clínico.

* Catedrático de Psicopatología Universidad Complutense.

** Médico Adjunto. Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia).

*** Doctora en Psicología.

La aproximación puramente cognitiva del enfermar depresivo, viene enmarcada por la creencia en un causalismo cognitivo de la vivencia depresiva. El énfasis creciente en la reestructuración o modificación de las cogniciones se refleja en el trabajo de Arnold Lazarus (1972), quien afirma que, "puede decirse que la mayor parte de los esfuerzos terapéuticos se centran en la corrección de las ideas erróneas". Esta corrección de las ideas erróneas, arguye Lazarus, puede producirse tanto antes como después de que tenga lugar el cambio de conducta. La psicoterapia racional-emotiva de Ellis (1973) y la terapia cognitiva de Beck, están centradas en la modificación de estos esquemas y convicciones. Para Valdés y Flores (1985) estas estrategias (terapias verbales con protocolos sistematizados, tareas para el paciente, registros no verbales y otras peculiaridades) son las que han demostrado su utilidad en la práctica cotidiana.

Seligman et al. (1988) exponen en su trabajo la existencia de un estilo explicativo del cambio cognitivo de los pacientes diagnosticados de depresión unipolar durante el tratamiento con terapia cognitiva, resaltando la dualidad incapacidad/seguridad (helplessness/learned).

Otros trabajos son más críticos con la exclusividad, por parte de la terapia cognitiva, de la modificación atribucional y sintomatológica de los pacientes depresivos. Recientemente, Zettle y Rains (1989) comparan los resultados obtenidos por pacientes sometidos a tres tipos de terapias: la terapia cognitiva completa, la terapia cognitiva parcial y un tercer grupo de pacientes tratados con distanciamiento comprensivo. La muestra total fue de 31 pacientes. Los autores encuentran que los tres grupos muestran reducciones significativas en la sintomatología depresiva en un grado equivalente, después de 12 semanas de tratamiento y dos meses de seguimiento. Como más adelante observaremos, uno de los argumentos en contra de la terapia cognitiva es la necesidad de prolongar en el tiempo las sesiones, así como el número de sesiones y la necesidad de disponer de un terapeuta avezado y formado en las técnicas cognitivas de psicoterapia. En este trabajo parece resaltarse la importancia que tiene en la compensación de los episodios depresivos, la dramatización de la sintomatología y una cierta normalización en el tiempo, independientemente del tipo de psicoterapia empleada.

Una de las últimas aportaciones destaca la importancia de la colaboración del propio paciente. Deitz (1988) habla de intervenciones auto-psicológicas para los cuadros de depresión mayor (con recaídas y regresión de la sintomatología), que

requieren hospitalización psiquiátrica. Esta indicación muestra también una cierta tendencia en las actuales técnicas psicoterápicas de la depresión, hacia el alivio parcial en aquellos cuadros depresivos que se muestran refractarios a las terapias psicofarmacológicas.

Polaino-Lorente (1988) resalta que un hecho cierto es que estos procedimientos terapéuticos, refiriéndose a la terapia cognitiva, mejoran el comportamiento depresivo. Pero de aquí no se puede inferir que ello se deba a que dichas estrategias modifican el estilo atribucional del depresivo y, mucho menos, que el modo cognitivo de proceder del depresivo sea una imagen invertida del modo en que procede el depresivo después de la terapia cognitiva. Ambos asertos están todavía por probar.

La hipótesis que plantea este trabajo puede dar luz al devenir atribucional del paciente depresivo, en la medida que se pueda objetivar la presencia de una versatilidad atribucional como respuesta al tratamiento farmacológico.

Material y método

Las condiciones previas de selección de los pacientes que entraron a formar parte del estudio constaban de los siguientes criterios: Episodios depresivos de nueva presentación, sin tratamiento antidepresivo al menos en los tres meses anteriores; nivel cultural equivalente a estudios medios-superiores, necesarios para la validez de los tests cognitivos que se emplearían en la evaluación de los pacientes; y, por último, la ausencia de intervención psicoterápica, lo que podía alterar los resultados finales de evaluación. El grupo de control de sujetos sanos estaba formado por el mismo número que el de pacientes depresivos, en total 30 para cada uno de ellos. En el grupo de control, se consideró más homogénea la selección de 15 hombres y 15 mujeres, de un nivel cultural equivalente al de los estudios superiores universitarios. Los pacientes depresivos seleccionados presentaban la siguiente distribución por sexos: 11 hombres y 19 mujeres. La distribución, según el estado civil, fue de 7 casados y 23 solteros.

El programa de evaluación que se diseñó previamente, con el fin de establecer un seguimiento a lo largo del estudio, constaba de tres fases. En la primera fase, se evaluaba al paciente enviado por el médico de cabecera para ver si cumplía o no los requisitos previamente establecidos, mediante los cuestionarios escogidos, antes de iniciarse el tratamiento antidepresivo. En la segunda fase, al paciente se le repetía la evaluación escalar anterior,

al mes de iniciado el tratamiento. La tercera fase, se completaba con una evaluación análoga, a los tres meses del comienzo del estudio clínico.

Al mismo tiempo se realizaba una sola evaluación, con los mismos cuestionarios aplicados a los pacientes y a un grupo control de sujetos sanos con un nivel cultural similar (estudios superiores).

Un criterio importante a tener en cuenta en este diseño consistió en la elección de un tratamiento farmacológico estándar que, en la medida de lo posible, se mantuvo constante en todos los pacientes objeto del estudio, salvo las necesarias y mínimas variaciones de dosificación, que fueron precisas introducir, según la respuesta individual. Del mismo modo, en los casos en que la sintomatología lo aconsejara, se introdujo la asociación al tratamiento antidepressivo de un fármaco ansiolítico que aliviara la ansiedad del paciente.

Por su baja incidencia de efectos anticolinérgicos, escasa cardiotoxicidad, baja sedación y, en general, por su aceptable tolerancia, se escogió como antidepressivo preferente la lofepramina, a dosis de 140-210 mgs/día. El mecanismo de acción de dicho antidepressivo es fundamentalmente noradrenérgico y serotoninérgico, por lo que se pensó que de esta forma se ampliaba su espectro de actuación. En algunos casos en que el insomnio resultaba un síntoma especialmente destacado, se asociaba por la noche el antidepressivo maprotilina (dosis medias de 75 mgs/día), de mecanismo de acción exclusivamente noradrenérgico.

Los cuestionarios de evaluación constaban de los siguientes tests y escalas: Una escala heteroaplicada según el criterio del observador clínico —la escala de Hamilton para la depresión, subescala de melancolía de Bech (1981)— que serviría de indicador de la mejoría clínica. El resto de escalas y cuestionarios serían autoaplicados. La escala de Beck (1974) para la evaluación de la depresión, permite resaltar los parámetros cognitivos que se afectan en la depresión de forma global, lo que nos permitía su comparación con las otras escalas de autoevaluación, más centradas y focalizadas en el estudio de las funciones cognitivas. La escala de Locus de control de Rotter (1966), que desvela el grado de externalidad o influencia externa que vivencian los pacientes depresivos seleccionados en el estudio. El cuestionario de Coopersmith (1959) para evaluar el grado de autoestima que experimenta el paciente a lo largo de las tres fases de que consta el estudio.

En cada paciente durante la primera entrevista se comprobó si satisfacían los criterios diagnósticos por parte del clínico. Se estableció que estos fueran los del DSM III-R, Manual Diagnóstico y Estadístico

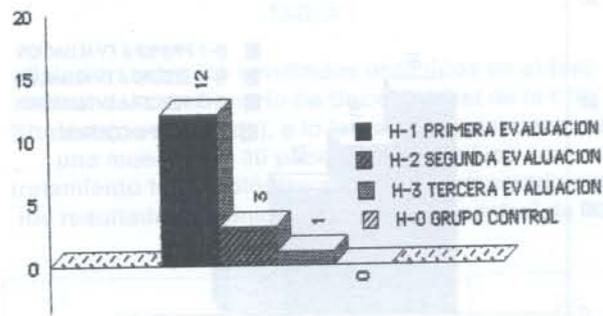


Gráfico 1. Histograma de la relación entre las puntuaciones medias del cuestionario de Hamilton, en las tres evaluaciones de los pacientes depresivos de que consta el estudio y en el grupo control de sujetos sanos.

para los Trastornos Mentales, editado por la Asociación Americana de Psiquiatría (1989), por su importancia e influencia en la comunidad científica.

El resultado de la aplicación de los criterios diagnósticos fue el establecimiento de dos grupos. Un grupo de 21 pacientes diagnosticados de trastorno distímico depresivo y otro grupo de 9 pacientes diagnosticados de depresión mayor monopolar. No se aceptaron los episodios depresivos en el curso de un trastorno bipolar o ciclotímico, con el fin de evitar la imprevisión evolutiva que en ocasiones presentan estos cuadros, pues la potencialidad en la alternancia de fases maníacas o hipomaníacas conduciría a una distorsión de los resultados de la evaluación cognitiva.

En el análisis estadístico a que se someten las distintas variables halladas a lo largo del estudio, se aplicó el siguiente estadístico: el test de la t de Student (apareado) para investigar la homogeneidad de la muestra en las variables obtenidas, según las tres evaluaciones establecidas previamente a lo largo del estudio. Igualmente se correlacionan, mediante el test de la t de Student (no apareado), las diversas estrategias terapéuticas empleadas con los pacientes depresivos objeto de estudio.

Resultados

La aplicación de las pruebas estadísticas a los resultados obtenidos por la muestra de pacientes depresivos y la muestra control de sujetos sanos, se expresan en los gráficos y tablas correspondientes, que van a ser comentadas a lo largo del texto.

En el gráfico 1 se ilustra la evolución de las puntuaciones medias en el cuestionario heteroaplicado de Hamilton (subescala de melancolía). Destaca la

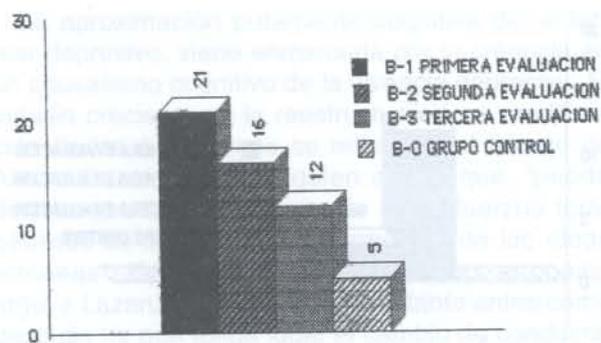


Gráfico 2. Histograma de la relación entre las puntuaciones medias del cuestionario de Beck, en las tres evaluaciones de los pacientes depresivos de que consta el estudio y en el grupo de control de sujetos sanos.

precocidad de la reducción de las puntuaciones entre la primera y la segunda evaluación. Posteriormente, en la tercera evaluación los resultados obtenidos se estabilizan con valores similares a la segunda evaluación, manteniéndose la mejoría clínica a unos niveles que se consideran más que óptimos, según el evaluador. Sin embargo, este dato debe ser contrastado con la opinión expresada por el propio paciente, a través de los cuestionarios autoaplicados, en las tres evaluaciones que se proyectaron en el diseño inicial.

En el gráfico 2 se objetivan los valores medios del cuestionario autoaplicado de Beck, observándose una cierta precocidad en la mejoría clínica en la segunda evaluación, sobre todo respecto de la tercera, donde se estabilizan los resultados (esto se confirma por los niveles de significación alcanzados al comparar una evaluación con otra, como aparece reflejado más adelante en la tabla II).

Aunque la reducción global de las puntuaciones del cuestionario de Beck son de cerca del 50%, no se llegan a alcanzar los niveles medios obtenidos por el grupo control de sujetos sanos. Como se aprecia en el gráfico 2 la tercera evaluación (B3) alcanza valores medios de 12, mientras que el grupo control de sujetos sanos (B0) obtienen valores medios de 5. Este dato puede interpretarse como una cierta estigmatización de los pacientes depresivos, por lo que su nivel de normalización afectiva casi siempre quedaría en una situación ligeramente inferior con respecto a la población general.

Aquí habría que valorar también el hecho de que la selección previa de la muestra —en donde se aceptaron la evaluación y tratamiento de episodios depresivos— no se tuviera en cuenta si su etiología era exclusivamente endógena o exógena. De

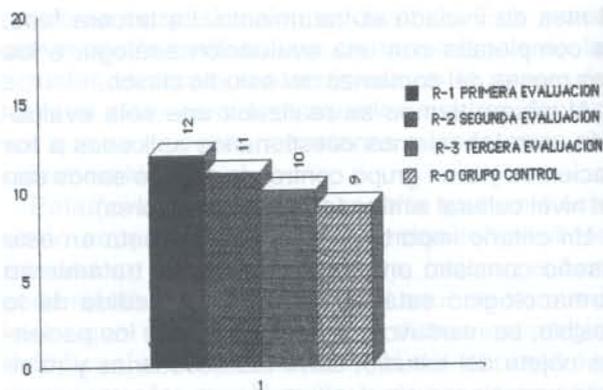


Gráfico 3. Histograma de la relación entre las puntuaciones medias del cuestionario de Rotter, (locus de control), en las tres evaluaciones de los pacientes depresivos de que consta el estudio y en el grupo control de sujetos sanos.

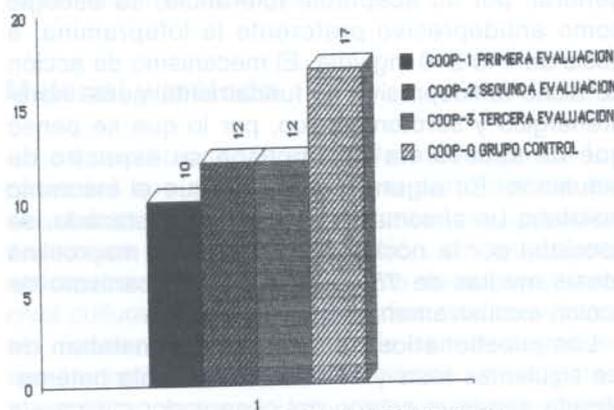


Gráfico 4. Histograma de la relación entre las puntuaciones medias del cuestionario de Coopersmith (autoestima), en las tres evaluaciones de los pacientes depresivos de que consta el estudio y en el grupo de control de sujetos sanos.

hecho, las dos terceras partes de los pacientes fueron diagnosticados de distimia depresiva y, como es sabido, en estos cuadros tienen una influencia manifiesta las características de la personalidad previa, así como la larga evolución y recurrencia de la sintomatología depresiva, factores que pueden inducir al paciente a hacer atribuciones pesimistas sobre su estado afectivo (lo que podría entenderse como un cierto estigma).

En el gráfico 3 se reflejan los valores medios obtenidos en el cuestionario de Rotter (locus de control), de las tres evaluaciones observadas a lo largo del estudio y del grupo de control constituido

por sujetos sanos. Aquí puede apreciarse una tendencia hacia la igualación de estas puntuaciones, de tal manera que se equiparan los pacientes depresivos tratados al nivel observado en la población general con un grado de formación cultural similar. Este hecho sugiere que la respuesta a la cuestión de si el locus de control es afectado por la vivencia depresiva, resulta afirmativa ya que los niveles, al final del tratamiento, son idénticos a los de la población sana, de similares características sociológicas y culturales.

En el gráfico 4 se refleja el incremento de la autoestima experimentada por los pacientes a lo largo del tratamiento antidepresivo hasta la tercera evaluación (COOP-3), sin que se consiga llegar a los niveles de autoestima alcanzados por el grupo de control de sujetos sanos (COOP-0). Los datos obtenidos hasta este momento en el estudio clínico nos sugieren las siguientes conclusiones: La experiencia depresiva coarta el desarrollo de la atribución de autoestima, a pesar de la mejoría clínica experimentada y objetivada mediante el cuestionario de Hamilton y la apreciación del paciente a través del cuestionario de Beck. Sería interesante el seguimiento de la muestra depresiva durante un tiempo prolongado, con el fin de verificar si el factor tiempo actúa como compensador de un posible déficit provisional de la atribución de autoestima, tras el alejamiento y olvido de la experiencia depresiva, sobre todo en los pacientes que se encuentran libres de sintomatología durante ese período. O si, por el contrario, la supresión posterior del tratamiento antidepresivo después de un tiempo prudencial y las habituales valoraciones personales del autoconcepto por parte del paciente, puede colaborar en el déficit atribucional de autoestima, de manera permanente. Del mismo modo es posible también que el hecho de presentar atribuciones de baja autoestima pueda predisponer hacia la presentación de nuevos episodios depresivos, hipótesis que ha sido defendida por la teoría cognitiva de la depresión.

La tabla I refleja la relación estadística que se establece al aplicar el test de la *t* de Student no apareado a los resultados obtenidos en el cuestionario de Beck por el grupo de control de sujetos sanos (B0) y en las tres evaluaciones de los pacientes depresivos tratados con antidepresivos tricíclicos (B1, B2, B3).

Se puede precisar que aunque existe un decremento de los valores medios del cuestionario de Beck en los pacientes depresivos, desde el inicio (B1) hasta el final (B3) del tratamiento, la relación estadística comparando B1, B2 y B3 con el valor B0

TABLA I

Relación entre los resultados obtenidos en el test-retest del cuestionario de Beck (B), test de la *t* de Student (no apareado), a lo largo del seguimiento en una muestra de 30 pacientes depresivos con tratamiento farmacológico exclusivo comparado con los resultados obtenidos por el grupo control de 30 sujetos sanos (B0)

	<i>t</i> -statistic	<i>p</i> <
B0-B1	-7,61	0,0001
B0-B2	-5,67	0,0001
B0-B3	-3,44	0,001

B0-B1: Grupo control-primera eval.

B0-B2: Grupo control-segunda eval.

B0-B3: Grupo control-tercera eval.

del grupo control, indica que hemos encontrado siempre una diferencia significativa, a favor del grupo control de sujetos sanos. El nivel de significación de *p* se va reduciendo hasta alcanzar un valor de *p*<0,001 al relacionar la tercera evaluación del cuestionario de Beck y la tercera evaluación en el grupo de control de sujetos sanos.

En el gráfico 2 se refleja que las puntuaciones medias del cuestionario de Beck no se igualan con los de los sujetos sanos. De este hecho se podrían ofrecer tres explicaciones alternativas:

La primera, consistiría en la existencia de un factor disposicional en algunos pacientes depresivos, con ciertos estigmas previos sintomatológicos, en los que incluso en los momentos de mejoría del cuadro clínico, expresados a través de los cuestionarios autoaplicados, las puntuaciones que manifiestan esa mejoría no son tan relevantes como en los otros grupos.

La segunda consistiría en apelar a la memoria del sentimiento depresivo, que persistiría después incluso de la mejoría clínica del cuadro depresivo e influiría sobre los mecanismos cognitivos del paciente que, por otra parte, se objetivarían a través de los cuestionarios de valoración cognitiva, en este caso el cuestionario autoaplicado de Beck. Todo esto pondría de manifiesto un cierto desarrollo de las atribuciones de baja autoestima y autoeficacia en los pacientes depresivos.

La tercera posible explicación estaría fundamentada en la teoría cognitiva, en el sentido de la presencia en estos pacientes de un estilo atribucional depresivo reversible, independientemente de que puede ser reestructurado mediante terapia cognitiva.

TABLA II

Relación entre los resultados obtenidos en el test-retest del cuestionario de Rotter (R), test de la t de Student (no apareado), a lo largo del seguimiento en una muestra de 30 pacientes depresivos con tratamiento farmacológico exclusivo comparado con los resultados obtenidos por el grupo control de 30 sujetos sanos (R0)

	t-statistic	p<
R0-R1	-3,16	0,002
R0-R2	-2,57	0,01
R0-R3	-1,58	n.s.

R0-R1: Grupo control-primera eval.

R0-R2: Grupo control-segunda eval.

R0-R3: Grupo control-tercera eval.

La hipótesis ecléctica sería la que tuviera en cuenta las tres explicaciones comentadas líneas atrás. En nuestra opinión, la vivencia depresiva reflejada en los cuestionarios de autoevaluación sería el resultado de las manifestaciones clínicas depresivas que acontecen en el momento de reagudización de los síntomas, para posteriormente pasar a ser una combinación de síntomas depresivos residuales, personalidad pre- y postdepresiva y memoria del sentimiento depresivo. Los recuerdos de la vivencia depresiva darían lugar a una tristeza reactiva que, en mayor o menor grado, estructuraría el estilo atribucional del paciente e influiría, por tanto, sobre la personalidad previa del paciente antes de la aparición de nuevos episodios depresivos, llegando a configurarse de esa forma en función de la experiencia depresiva acumulada y de su expresión sintomatológica en los posteriores episodios depresivos.

La tabla II refleja la relación estadística existente entre las tres evaluaciones del cuestionario de Rotter en el grupo de pacientes depresivos (R1, R2, R3) y la misma evaluación en el grupo de control de sujetos sanos (R0).

Los niveles de significación de p alcanzan valores de $p < 0,002$, al evaluar los resultados hallados del locus de control entre el grupo control (R0) y la primera evaluación de la muestra de pacientes depresivos (R1), lo que indica diferencias estadísticas importantes.

Sin embargo, al comparar el mismo grupo control (R0) con la tercera evaluación (R3), los niveles de p dejan de ser significativos, porque los resultados obtenidos en el locus de control de ambas muestras tienden a asemejarse (ver gráfico 3). Este hecho,

TABLA III

Relación entre los resultados obtenidos en el test-retest del cuestionario de Coopersmith (COOP), test de la t de Student (no apareado), a lo largo del seguimiento en una muestra de 30 pacientes depresivos con tratamiento farmacológico exclusivo comparado con los resultados obtenidos por el grupo control de 30 sujetos sanos (COOP0)

	t-statistic	p<
COOP0-COOP1	5,69	0,0001
COOP0-COOP2	4,73	0,0001
COOP0-COOP3	3,56	0,001

COOP0-COOP1: Grupo control-primera eval.

COOP0-COOP2: Grupo control-segunda eval.

COOP0-COOP3: Grupo control-tercera eval.

debe conducirnos a reflexionar sobre la atribución del locus de control, en el sentido de hacernos considerar la alta sensibilidad ante la vivencia depresiva, de tal manera que el tratamiento antidepressivo con fármacos tricíclicos consigue equiparar los niveles de internalidad de la muestra de pacientes depresivos con los del grupo de control de sujetos sanos.

Ante esto se puede postular que la aparición de un episodio depresivo incrementa en el paciente *atribuciones de externalidad* como consecuencia de la inseguridad, desconfianza sobre las propias fuerzas e infravaloración personal que genera la vivencia depresiva y que, posteriormente, ante la mejoría clínica se recuperan las *atribuciones de internalidad* que el individuo tenía, a consecuencia de los aprendizajes previos madurativos de su personalidad. Es decir, la vivencia depresiva distorsiona la *atribución del locus de control*, independientemente cuáles sean los rasgos de la personalidad previa del paciente.

La tabla III expresa la relación estadística comparativa del grupo de control (COOP0) con los tres momentos desdramatización o recuperación espontánea de la sintomatología depresiva y lo necesarios que son los seguimientos en la investigación clínica del enfermo depresivo.

También podíamos sugerir la implicación de la memoria del sentimiento depresivo, en la génesis de los cuadros depresivos reactivos, secundarios a la vivencia de la tristeza prolongada en el tiempo, o en la tristeza de los cuadros de distimia depresiva, donde el acontecimiento vital puede ser imaginario y subsiguiente a la carencia de recursos cognitivos, por parte del individuo.

Conclusiones

Se puede afirmar que, en cierta manera, la vivencia depresiva estigmatiza a quienes la padecen a través de su peculiar estilo atribucional y, especialmente, a través de las atribuciones de autoestima. Hay la posibilidad de que el paso del tiempo condicione cambios cognitivos, al mitigar los recuerdos del paciente respecto de la vivencia depresiva. En ese caso —y si no se presentan nuevos episodios depresivos—, es posible que el nivel de autoestima de los ex-pacientes depresivos pueda equipararse al de la población normal, de un modo parecido a como sucedía con el locus de control. De admitirse la anterior interpretación, habría que afirmar que la vivencia depresiva actúa por sí misma como un "acontecimiento vital" capaz de "causar" nuevas atribuciones —en la medida que se prolonga en el tiempo—, o limita las ya anteriormente existentes.

Las explicaciones últimas a que acabámos de llegar en esta conclusión resultan coincidentes con la siguiente afirmación de Seligman, cuando escribe: "La indefensión aprendida no tiene por qué caracterizar todo el espectro de las depresiones, sino principalmente sólo aquellas en las que el individuo es lento para iniciar respuestas, se considera a sí mismo impotente y sin esperanza y ve negro su futuro, todo lo cual comenzó como reacción a la pérdida del control sobre la gratificación y el alivio del sufrimiento". La apostilla de este trabajo a la opinión de Seligman es: Ese sufrimiento a que se refiere, también es la vivencia depresiva —como complejo acontecimiento— y no sólo la pérdida de control.

La autoestima (evaluada a través del cuestionario de Coopersmith) y la autoevaluación cognitiva de la sintomatología depresiva (mediante el cuestionario de Beck), aunque reflejan la explícita mejoría del episodio depresivo, no alcanzan nunca los niveles obtenidos por las personas no depresivas. La misma línea argumental a que nos referíamos en la anterior conclusión (en el caso de la autoestima y en el caso de la autoevaluación cognitiva de la depresión) podría explicar la evolución clínica en los cuadros con mejorías parciales y, sobre todo, en las depresiones refractarias al tratamiento psicofarmacológico.

Sin embargo, los resultados estadísticos obtenidos indican que los depresivos mejoran sus atribuciones de internalidad o, lo que es lo mismo, disminuyen las de externalidad al final del estudio, especialmente en aquellos pacientes depresivos tratados exclusivamente con fármacos. Esto se manifiesta en el hecho de que en los depresivos tratados

con fármacos se equiparen estadísticamente los resultados obtenidos al final del estudio con los resultados (cuestionario de locus de control) obtenidos por el grupo de control de sujetos sanos, procedentes de una población normal, con similares características socio-culturales.

En síntesis, el tratamiento farmacológico consigue suscitar o instaurar un cierto grado de internalidad en el locus de control, lo que trasluce una mejoría en el estilo atribucional y en la asertividad experimentada por cada paciente depresivo. Hasta tal punto emerge esta nueva reestructuración cognitiva que el tratamiento antidepressivo con fármacos tricíclicos consigue equiparar los niveles de internalidad de la muestra de pacientes depresivos así tratados, con los obtenidos por el grupo control de sujetos sanos.

Correspondencia:
Manuel Barceló Iranzo
Guillén de Castro, 59, 1ª
46008 Valencia