



- ◆ 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)

«Versatilidad atribucional y tratamiento farmacológico de la depresión»

A. Polaino*, M. Barceló** y C. L. Maldonado*

RESUMEN

En este estudio clínico sobre la evaluación de las atribuciones cognitivas en pacientes depresivos (n=30) con tratamiento farmacológico (lofepramina, 140-210 mgs día y maprotilina, 75 mgs. día), se obtuvieron los siguientes resultados. El locus de control de los pacientes tiende hacia la internalidad —índice de mejoría en la asertividad y seguridad de los pacientes tras la vivencia depresiva—; la autoestima se eleva sin llegar a niveles óptimos y persiste el nivel de consistencia del autoconcepto a lo largo de todo el tratamiento, probablemente por el escaso valor discriminante de esta evaluación respecto de los trastornos depresivos—. Estos datos demuestran que el tratamiento con antidepresivos tricíclicos genera modificaciones atribucionales en los pacientes depresivos.

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

SUMMARY

Evaluation of cognitive attributions of a group of depressive patients (n=30) treated with antidepressant drugs (lofepramine, 140-210 mgs daily and maprotiline, 75 mgs daily) showed that the patient's locus of control tends to become more internal —higher assertiveness and self— confidence than before treatment—. Self-esteem grows but does not arrive at the optimal level and self-concept is consistently maintained during the treatment probably because of its independent nature respect to the depressive overturning—. Antidepressant drugs seem to act generating attributional modifications psychometrically measurable.

Key words: Depression, antidepressant drugs, cognitive theory, locus of control, self-esteem, self-concept.

Introducción

En este trabajo de investigación clínica se asume la hipótesis de que hay una afectación cognitiva en los síndromes depresivos. Consideramos que los déficits cognitivos propios de la depresión variarán en función del tratamiento antidepresivo. La evaluación cognitiva al final del tratamiento se postula como independiente del estilo atribucional que, previo al tratamiento, tuviesen estos pacientes.

De esta manera, comprobaríamos si existe una recuperación cognitiva exclusivamente por la acción de la terapia farmacológica, sin la aportación de estrategias cognitivas.

Polaino-Lorente (1984) realiza una revisión de las aportaciones farmacológicas y psicoterápicas al tratamiento de la depresión, resaltando la mayor eficacia de la alternativa de ambas estrategias combinadas. Rehn (1982) afirma que los cambios producidos por la terapia cog-

* Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica, Universidad Complutense de Madrid.
** Hospital Psiquiátrico de Bètera, Valencia.

nitiva se logran por la generalidad de los factores intervinientes en ella, más que por los elementos nucleares puestos de relieve en los modelos teóricos (déficits en las habilidades sociales, baja tasa de refuerzo en las actividades, déficit en el autocontrol o presencia de pensamientos negativos distorsionados), que además de excesivos y no probados, apenas si tienen otro valor que el heurístico.

Algunos cognitivistas como Beck (1985), reconocen que en los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar dominado completamente por los esquemas idiosincráticos. En tales casos, Beck infiere que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

Las anteriores afirmaciones respecto de la interpretación del enfermar depresivo a la luz de la teoría cognitiva vienen a confirmar la necesidad de explorar las vicisitudes atribucionales en el curso de un cuadro depresivo sometido a cualquier tipo de terapia, en este caso la farmacológica.

Barker y cols (1987), en un ensayo sobre nuevas aproximaciones terapéuticas en el tratamiento de las depresiones crónicas resistentes, emplea la asociación de fenelzina, l-triptófano y litio («5-HT-cocktail») como estrategia farmacológica. Los pacientes fueron seleccionados al azar y asignados a un programa mixto de terapia cognitiva y conductual. Todos menos uno de los pacientes que entraron en el ensayo eran depresivos unipolares. La terapia cognitiva conductual no pareció influir en la respuesta, aunque se reconoce que la corta duración de la terapia pudo ser inadecuada en esas circunstancias.

Estos autores sugieren que el tratamiento intensivo con fármacos es una necesidad preliminar en el manejo de estos cuadros y puede permitir un uso efectivo de la ayuda rehabilitadora para las

secuelas secundarias de la depresión crónica. La importancia de este trabajo radica en la intervención con terapia cognitiva en los cuadros depresivos que han demostrado ser refractarios a los tricíclicos. Se comprueba que un subgrupo de estos pacientes, más del 50% con depresión refractaria crónica, responden a la terapia psicofarmacológica del «5-HT-cocktail», sin que influya el apoyo de la terapia cognitiva y, además, en las primeras seis semanas de tratamiento. Este hecho parece traslucir la existencia de un factor etiopatogénico neurobioquímico que domina y predetermina la evolución del trastorno afectivo de estos pacientes.

Dobson (1989) en un metanálisis de la aplicación de la terapia cognitiva de Beck en la depresión, identifica 28 estudios en los que se ha realizado un seguimiento de los resultados después de la aplicación de terapia cognitiva, comparando a ésta con otras modalidades (farmacoterapia y terapia conductual). El grado de cambio asociado a la terapia cognitiva no manifestó tener una relación significativa con la extensión de la terapia. Todos los autores discuten el procedimiento de evaluación de la terapia cognitiva y consideran la necesidad de ulteriores trabajos de seguimiento.

Por tanto, en este tipo de estudios donde se trata de valorar la eficacia de la terapia cognitiva, sola o combinada con farmacoterapia, resulta una constante los problemas metodológicos que se presentan. La intención de este trabajo es la de evaluar si se producen cambios atribucionales generados exclusivamente por la terapia farmacológica.

Material y método

La selección de pacientes se ajustó a los siguientes criterios: Episodio depresivo de nueva presentación, sin tratamiento antidepressivo, al menos durante los tres meses anteriores a la realización del estudio; nivel cultural equivalente a es-

tudios medios-superiores; y, por último, la ausencia de intervención psicoterápica que podría alterar los resultados finales de la evaluación.

La muestra de este trabajo comprende un total de 30 pacientes que fueron diagnosticados de episodio depresivo. La distribución por sexos fue de 19 mujeres y 11 hombres. En cuanto al estado civil 7 estaban casados y 23 solteros. Las edades de los pacientes se encontraban comprendidas entre los 18 y 41 años. Con un mayor número de casos en las edades correspondientes a los 18, 22-23 y 35 años que, por otra parte, representan los períodos cronológicos donde con más frecuencia debutan estos cuadros depresivos.

Posteriormente, se establecieron los diagnósticos coincidentes con los criterios del DSM-III-R, (APA, 1987) de tal manera que 21 pacientes fueron etiquetados de trastorno distímico y 9 de depresión mayor.

El programa de evaluación que se diseñó previamente constaba de tres fases. En la primera fase se evaluaba al paciente, mediante los cuestionarios autoaplicados escogidos, antes de iniciar el tratamiento antidepressivo. La evaluación durante la segunda fase se llevó a cabo al mes de iniciado el tratamiento. La tercera fase se completó con una evaluación análoga, a los tres meses del comienzo del estudio clínico.

El diseño del estudio consideró la elección previa de un tratamiento farmacológico estándar y, en la medida de lo posible, que se mantuviera constante a lo largo del estudio, salvo las precisas variaciones de dosificación, según la respuesta individual de los pacientes. En los casos en que así lo aconsejó la sintomatología, el tratamiento antidepressivo se asoció a un fármaco ansiolítico que aliviara la ansiedad. Por su baja incidencia de efectos anticolinérgicos, su escasa cardiotoxicidad, baja sedación y, en general, aceptable tolerancia, se escogió como antidepressivo la lofepramina, a dosis de 140-210 mgs/día. El mecanismo de ac-

ción de dicho antidepressivo es fundamentalmente noradrenérgico y serotoninérgico, por lo que de esta forma se ampliaba el espectro de actuación. En algunos casos en que el insomnio resultaba un síntoma especialmente destacado, se asoció por la noche el antidepressivo maprotilina, de mecanismo de acción exclusivamente noradrenérgico, con dosis medias de 75 mgs/día.

Los cuestionarios de evaluación empleados fueron los siguientes: El cuestionario de Hamilton para la depresión; subescala de melancolía de Bech (Bech, 1981), que es una escala heteroaplicada según el criterio del clínico que nos sirve de índice de mejoría clínica. El resto de escalas y cuestionarios fueron autoaplicados. El inventario de Beck para la evaluación de la depresión, permite resaltar globalmente la afectación cognitiva por parte de la depresión (Beck, 1974). Las escalas de autoevaluación cognitiva siguientes son más precisas en el estudio de cada una de las atribuciones cognitivas: La *escala de locus de control* de Rotter (Rotter, 1966) que desvela el grado de externalidad o influencia externa que vivencian los pacientes depresivos; *el cuestionario de Coopersmith* o de autoestima (self-esteem) (Coopersmith, 1959) que evalúa el grado de autoestima que experimenta el paciente a lo largo de las tres fases de que consta el estudio; y, por último, *el cuestionario de consistencia del autoconcepto* (Gergen y Morse, 1967) a lo largo de las tres evaluaciones.

La relación estadística que se aplicó a los resultados del estudio test-retest, consistió en la aplicación del Test de la t de Student (apareado) para investigar la homogeneidad de las tres evaluaciones a lo largo del estudio.

Resultados

En el Cuadro I establecemos la relación estadística comparativa entre los resultados del cuestionario de Hamilton en

las tres evaluaciones. El nivel de significación es indicativo de que la mejoría clínica se evidencia en mayor grado o con más brillantez durante la segunda evaluación (H₂), aproximadamente al mes de tratamiento, que en la tercera evalua-

CUADRO I. Relación estadística (Test de la t de Student apareado) entre los resultados obtenidos en el test-retest del cuestionario de Hamilton (H₁, H₂ y H₃), a lo largo del seguimiento de la muestra de 30 pacientes diagnosticados de episodio depresivo, con tratamiento farmacológico únicamente.

	<i>t</i> -statistic	<i>p</i> <
H1-H2	12,95	0,0001
H2-H3	3,56	0,001
H1-H3	15,26	0,0001

$p < 0,0001$, que indica la importante mejoría clínica apreciada por el observador. Este dato, por sí sólo, no es capaz de dar razón de los diversos cambios experimentados en el episodio depresivo según cuál sea el instrumento de evaluación empleado.

La figura 1 ilustra sobre la evolución de las puntuaciones medias obtenidas por el cuestionario heteroaplicado de Hamilton (subescala de melancolía). Se destaca la precocidad en la apreciación del observador en la reducción de puntuaciones entre la primera y la segunda evaluación. Posteriormente, en la tercera evaluación, se estabilizan los resultados obtenidos con valores similares a la segunda evaluación, manteniéndose la mejoría clínica a unos niveles más que óptimos para el evaluador. Sin embargo, este dato debe ser contrastado con la autoevaluación del paciente a través de los

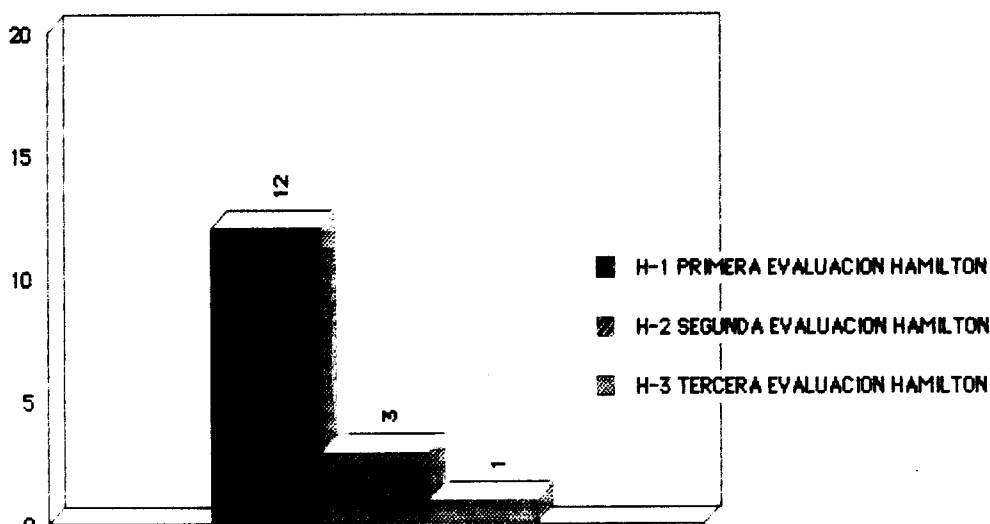


Fig. 1.— Diagrama de la relación entre las puntuaciones medias del cuestionario de Hamilton (subesc. melancolía) en las tres evaluaciones del estudio.

ción (H₃), a los tres meses de tratamiento. Sin embargo, la comparación de la tercera evaluación (H₃), a los tres meses de tratamiento, con la evaluación inicial al comienzo del estudio (H₁) presenta unos niveles de significación de

cuestionarios autoaplicados que en este estudio clínico se han ido obteniendo en las tres evaluaciones que se proyectaron en el diseño inicial.

En el Cuadro II, tras aplicar el cuestionario de Beck, las diferencias estadís-

ticas obtenidas después de la segunda autoevaluación (B₂) comparada con la primera (B₁) y en la tercera autoevaluación (B₃) comparada con la segunda (B₂), muestran una p muy significativa,

CUADRO II. Relación estadística (Test de la t de Student apareado) entre los resultados obtenidos en el test-retest del cuestionario de Beck (B₁, B₂ Y B₃), a lo largo del seguimiento de la muestra de 30 pacientes diagnosticados de episodio depresivo, con tratamiento farmacológico únicamente.

	<i>t-statistic</i>	<i>p</i> <
B1-B2	3,53	0,001
B2-B3	7,58	0,01
B1-B3	5,29	0,0001

Este hecho vuelve a demostrar la aparición de una mejoría clínica precoz evidenciada por el propio paciente, que luego se va consolidando más lentamente a lo largo del tratamiento. El resultado compartido por el paciente y por el observador es coincidente: la mejoría de la vivencia depresiva se evidencia en mayor grado precozmente, al mes de tratamiento, que en la última evaluación, a los tres meses de iniciado el tratamiento. Ante esto podemos considerar que en los pacientes depresivos predomina la tendencia a optimizar la mejoría clínica inicial, para después, al cabo de tres meses de tratamiento, irse normalizando ese optimismo vivencial.

El resultado al comparar la primera autoevaluación (B₁) y la tercera autoevaluación (B₃) del cuestionario de Beck, mediante la aplicación del Test de la t

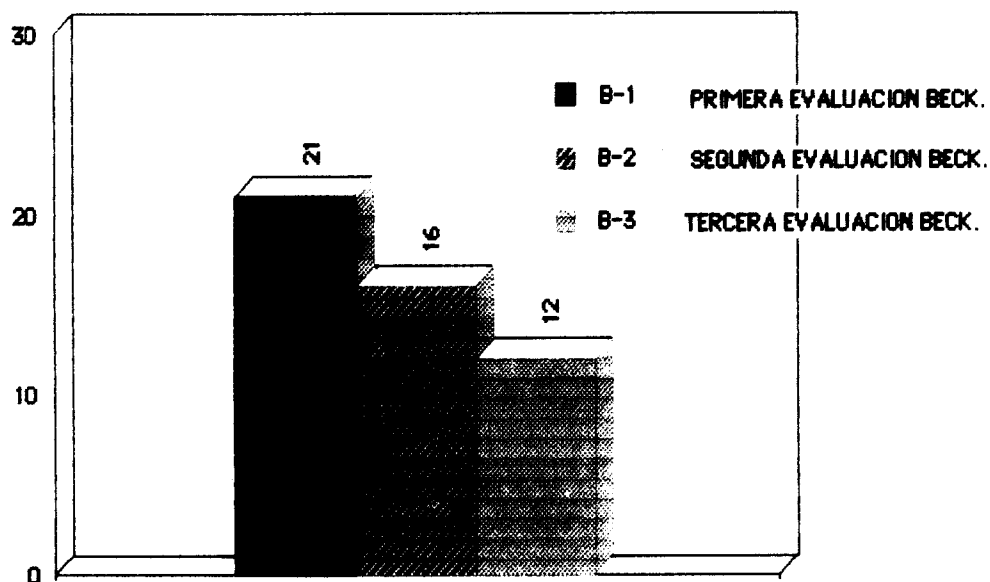


Fig. 2.— Diagrama de la relación entre las puntuaciones medias del cuestionario de Beck en las tres evaluaciones del estudio clínico.

indicadora de la importante mejoría operada en el cuadro depresivo, más manifiesta en la segunda que en la tercera autoevaluación ($p < 0,001$ y $p < 0,01$ respectivamente).

de Student, indica un nivel de significación de $p < 0,0001$, similar al obtenido cuando la evaluación del cuadro depresivo se hizo con el cuestionario de Hamilton, subescala de melancolía. Por tan-

to, la constatación de la mejoría clínica de un episodio depresivo admite idéntico contraste entre procedimientos auto como heteroaplicados, pues los resultados concuerdan.

En la figura 2 se objetivan los valores medios obtenidos por el cuestionario autoaplicado de Beck, observándose una cierta precocidad de respuesta respecto de la mejoría clínica en la segunda evaluación (B_2) con respecto a la tercera (B_3), en donde se estabilizan los resultados (confirmada por los niveles de significación que se reflejaban en el Cuadro II). A su vez, la reducción global de las puntuaciones medias del cuestionario de Beck del estudio son de cerca del 50%.

En este momento de la exposición conviene recordar algunos de los criterios relativos a la selección de la muestra: se aceptaron en concreto para su evaluación y tratamiento episodios depresivos sin exigir que su etiología fuera exclusivamente endógena o biológica. De hecho, las dos terceras partes de los pacientes fueron diagnosticados de distimia depresiva. En estos cuadros distímicos es posible reconocer una manifiesta influencia de las características de la personalidad previa del paciente, caracterizándose por la larga evolución y recurrencia de la sintomatología depresiva. Estos factores pueden llegar a inducir al paciente atribuciones pesimistas sobre su estado afectivo, pudiendo llegar a estigmatizarles en tal grado, que la enfermedad depresiva puede convertirse en estos pacientes, en un acontecimiento vital («life event») generador y retroalimentador de vivencias depresivas.

En el Cuadro III después de aplicar el Test de la *t* de Student apareado, aparecen los resultados estadísticos obtenidos al comparar las tres autoevaluaciones realizadas con el cuestionario de Rotter (locus de control).

Entre la primera (R_1) y la segunda (R_2) evaluación los niveles de significación de $p < 0,06$, indican que no existen

diferencias significativas en cuanto a la valoración del locus de control por parte de las pacientes depresivos, al comparar momentos de evaluación próximos entre sí. Este es el caso del período de tiempo que transcurre entre la primera evaluación (R_1), antes de comenzar el tratamiento y la segunda evaluación (R_2), después de 4 semanas de tratamiento antidepresivo. Los cambios atribucionales en el locus de control aparecen tardíamente al comparar la segunda (R_2) y la tercera (R_3) evaluación, es decir, al mes y a los tres meses de tratamiento.

CUADRO III. Relación estadística (Test de la *t* de Student apareado) entre los resultados obtenidos en el test-retest del cuestionario de Rotter o locus de control (R_1 , R_2 y R_3), a lo largo del seguimiento de la muestra de 30 pacientes diagnosticados de episodio depresivo, con exclusivo tratamiento farmacológico.

	<i>statistic</i>	<i>p</i> <
R1-R2	1,36	n.s.
R2-R3	0,80	0,06
R1-R3	2,53	0,01

El resultado global de la variación del locus de control desde el inicio del tratamiento (R_1) hasta la última evaluación (R_3), después de 3 meses de tratamiento, indica que existe una diferencia significativa para un nivel de $p < 0,01$. Este resultado muestra una cierta influencia del trastorno depresivo con respecto al locus de control previo de los pacientes, de tal manera que puede postularse que el tratamiento aumentaría las autovaloraciones atribucionales de externalidad durante el episodio depresivo. El tratamiento antidepresivo, posteriormente, devolvería al paciente cierto grado de internalidad. La atribución locus de control de los pacientes depresivos tratados se irá modificando, en el sentido de mejorar los recursos de personalidad y, al

final, probablemente, también se incrementará la asertividad frente a los acontecimientos con potencialidad depresivógena.

En el Cuadro IV aparecen los resultados estadísticos obtenidos al relacionar, mediante el Test de la t de Student apareado, las tres evaluaciones del cuestio-

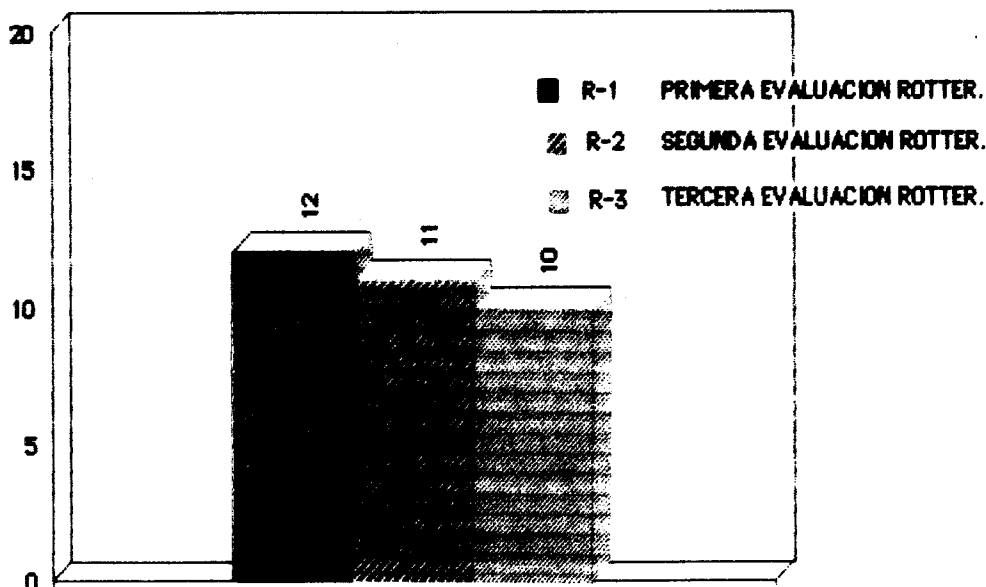


Fig. 3.— Diagrama de la relación entre las puntuaciones medias del cuestionario de Rotter (locus de control) en las tres evaluaciones del estudio.

La lentitud en la reestructuración atribucional podría ser indicativa de una cierta interdependencia entre el tiempo transcurrido y el afianzamiento de nuevas atribuciones. Esta afectación del locus de control tras la vivencia depresiva necesitaría, para ser remontada, de un tiempo de reflexión y aseguramiento cognitivo.

Ante la imposibilidad de objetivar la medida del locus de control previo del paciente, no se puede precisar si los niveles de externalidad al final del tratamiento son parejos a los que tenía el paciente cuando la clínica depresiva aún no se encontraba presente.

En la figura 3 se reflejan los valores medios del cuestionario de Rotter o medida de la atribución locus de control. Se puede apreciar una disminución de la tendencia a la externalidad por parte de los pacientes tratados.

CUADRO IV. Relación estadística (test de la t de Student apareado) entre los resultados obtenidos en el test-retest del cuestionario de Coopersmith o autoestima (COOP1, COOP2 y COOP3), a lo largo del seguimiento de la muestra de 30 pacientes diagnosticados de episodio depresivo, con exclusivo tratamiento farmacológico.

	<i>t</i> -statistic	<i>p</i> <
COOP1-COOP2	-3,21	0,003
COOP2-COOP3	-0,74	n.s.
COOP1-COOP3	-3,62	0,001

nario de Coopersmith (autoestima) al inicio, al mes y a los tres meses de tratamiento. La valoración de la autoestima por parte de los pacientes depresivos, se manifiesta por un incremento precoz al

comparar la primera ($COOP_1$) y la segunda evaluación ($COOP_2$), con un nivel de significación obtenido de $p < 0,003$. Posteriormente, apreciamos un estancamiento entre la segunda ($COOP_2$) y la tercera evaluación ($COOP_3$), por lo que el valor de p no es significativo. Es decir, constatamos una mejoría en el primer mes de tratamiento, que se va a mantener en los mismos niveles hasta los tres meses de tratamiento y, posiblemente, indica un cierto retorno a los niveles previos al trastorno depresivo.

Podemos concluir afirmando que la autoestima es remontada por el tratamiento antidepressivo farmacológico, pero sin llegar a mantener una progresión evolutiva, como si el paciente permaneciera limitado en la consecución de mejores niveles de autoestima. De alguna manera, se repite la situación planteada al analizar la evolución del cuestionario de Beck a lo largo de las tres evaluaciones. En uno y otro caso persiste una cierta estigmatización, en relación a la autoestima y a la autoevaluación de la

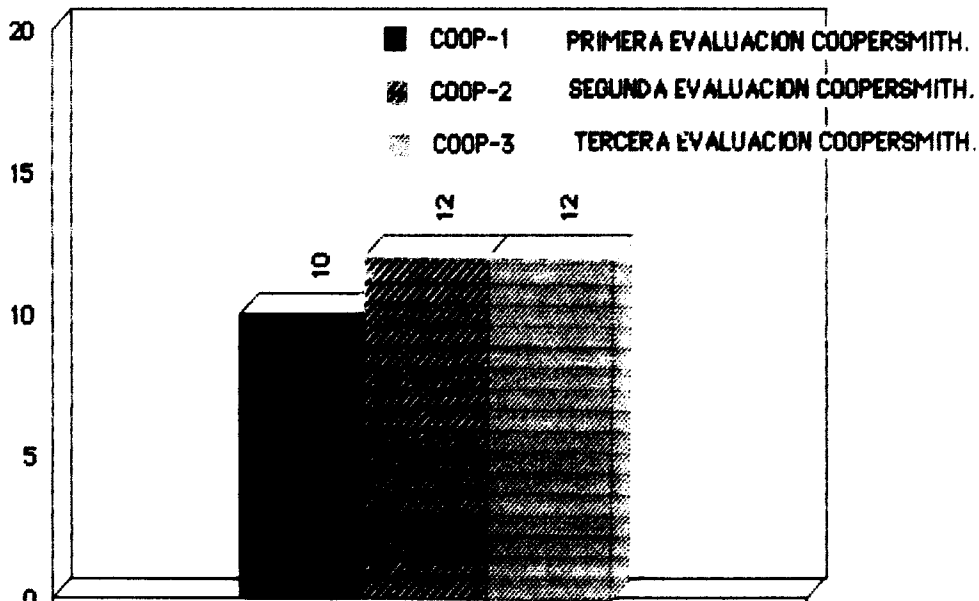


Fig. 4.— Diagrama de la relación entre las puntuaciones medias del cuestionario de Coopersmith en las tres evaluaciones del estudio clínico.

El resultado global del incremento de la autoestima a lo largo de los tres meses de tratamiento antidepressivo, adquiere un valor de significación de $p < 0,001$, lo que demuestra una clara influencia del tratamiento antidepressivo farmacológico sobre el aumento de la autoestima del paciente paralela a la mejoría clínica. Al contrario que la atribución locus de control, la autoestima alcanza una mejoría precoz, al comparar la primera y la segunda evaluación, estabilizándose entre la segunda y la tercera.

sintomatología depresiva o, dicho de otra manera, en relación al autoexamen anímico y cognitivo del propio paciente. En la figura 4 aparece reflejado el incremento de la autoestima experimentada por los pacientes depresivos a lo largo del tratamiento antidepressivo. A nuestro modo de ver, la experiencia depresiva dificulta el desarrollo de la atribución autoestima, independientemente de la mejoría clínica objetivada mediante el cuestionario de Hamilton y la apreciación del paciente mediante el cuestiona-

rio de Beck. Sería interesante el seguimiento de la muestra depresiva durante un tiempo prolongado, con el fin de comprobar si el factor tiempo actúa como compensador de una posible disminución provisional de la atribución autoestima, después de un alejamiento y olvido de la experiencia depresiva, sobre todo en los pacientes que se encontrasen libres de sintomatología durante ese período. O, si por el contrario, las autovaloraciones atribucionales habituales por parte del paciente, colaboran a la disminución de la atribución autoestima de manera permanente. Ese seguimiento prolongado podría dar luz sobre si el hecho de presentar atribuciones de baja autoestima puede predisponer hacia la presentación de nuevos episodios depresivos, hipótesis que sustenta en la actualidad las teorías cognitivas de la depresión.

CUADRO V. Relación estadística (Test de la t test-retest del cuestionario de consistencia del autoconcepto (AC1, AC2 y AC3) a lo largo del seguimiento de la muestra de 30 pacientes diagnosticados de episodio depresivo, con exclusivo tratamiento farmacológico.

	<i>t</i> -statistic	<i>p</i> <
AC1-AC2	1,46	n.s.
AC2-AC3	0,32	n.s.
AC1-AC3	1,46	n.s.

En el Cuadro V se comparan las puntuaciones obtenidas en la consistencia del autoconcepto en las tres evaluaciones y refleja los niveles de significación de *p*. Estos resultados indican claramente que no se obtienen diferencias significativas con este cuestionario a lo largo del tratamiento antidepresivo (AC₁-AC₃). Por tanto, se supone una cierta estabilidad en la consistencia del autoconcepto, independientemente de la aparición del cuadro depresivo. Como si el autocon-

cepto tuviera un enraizamiento en la personalidad muy estable, estando sujeto a factores biográficos y vivenciales que marcan rígidamente cualquier aprendizaje cognitivo. También debemos sugerir la posible falta de sensibilidad de este cuestionario de autoevaluación y su incapacidad para discriminar la consistencia del autoconcepto en las tres fases del estudio.

En la figura 5 aparecen las puntuaciones medias del cuestionario de consistencia del autoconcepto. Como comentábamos líneas atrás hay una manifiesta independencia entre la evolución de las puntuaciones de este cuestionario a lo largo de la evaluación respecto a la eficacia del tratamiento antidepresivo instaurado.

Conclusiones

Según los resultados obtenidos, la mejoría alcanzada por los pacientes se evidencia mejor y más precozmente en el cuestionario de Hamilton que en el de Beck. Se desconoce, por el momento, si tal diferencia entre los resultados obtenidos por ambos procedimientos de evaluación puede o no atribuirse a que el primero es un cuestionario aplicado por el clínico, mientras que el segundo es un cuestionario autoaplicado.

Es posible que también las diferencias que se obtienen al comparar las puntuaciones medias resultantes de estos procedimientos de evaluación pudieran explicarse apelando a la distinta naturaleza de una y otra escala en función de su propio diseño, es decir, que tal vez los ítems de un cuestionario apresen mejor los síntomas afectivos o ansiosos de la depresión, mientras que los del otro se dirigen más bien al apesamiento e identificación de los síntomas cognitivos.

Además, se puede considerar que la evolución terapéutica no es isomórfica en los diferentes bloques sintomáticos que componen el perfil psicopatológico so-

bre el que descansa el diagnóstico de depresión.

En este punto si que podemos concluir acerca de la importancia o conveniencia de incorporar a la clínica el uso de estos procedimientos de evaluación autoaplicados, por la eficacia de los datos que a su través pueden llegar al profesional, así como por sus posibles aportaciones respecto de los criterios terapéuticos y evolutivos de la enfermedad depresiva. Kupfer y Rush (1983) recomendaban el

ticos obtenidos indican que mejoran las atribuciones de internalidad o, lo que es lo mismo, disminuyen las de externalidad al final del estudio, en los pacientes depresivos tratados exclusivamente con tratamiento farmacológico. Por tanto, hay una cierta influencia del trastorno depresivo respecto del locus de control previo de los pacientes, de tal manera que a causa de ella aumentarían las atribuciones de externalidad durante el episodio depresivo.

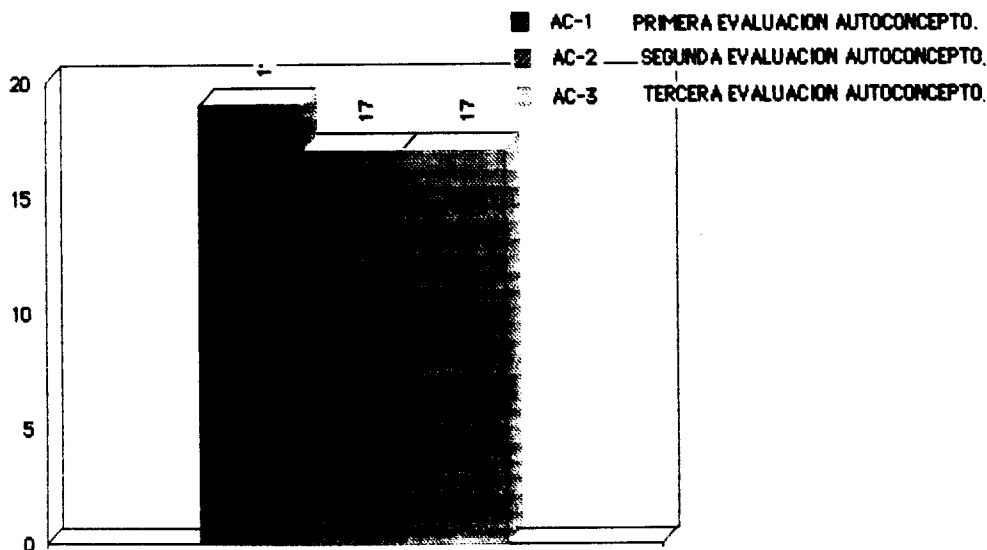


Fig. 5.— Diagrama de la relación entre las puntuaciones medias del cuestionario consistencia del autoconcepto en las tres evaluaciones del estudio clínico.

uso de un cuestionario autoaplicado para cuantificar la severidad de la depresión. Nuestra opinión, después de utilizar cuestionarios auto y heteroaplicado en este trabajo, es que su empleo resulta hoy imprescindible.

El locus de control de los pacientes depresivos se modifica de forma muy parsimoniosa, cuando lo hace, no apareciendo una manifestación expresa de esas modificaciones hasta después de tres meses de tratamiento farmacológico (y no registrándose apenas cambios cuantificables durante el primer mes de tratamiento). Sin embargo, los resultados estadís-

En síntesis, el tratamiento farmacológico consigue suscitar o instaurar un cierto grado de internalidad en el locus de control, lo que trasluce la mejoría atribucional en la asertividad de cada paciente depresivo.

Al contrario de lo que sucedía con la atribución del locus de control —que mejoraba tardíamente—, la autoestima experimenta una mejora precoz, durante el primer mes de tratamiento. Así pues, se puede concluir que la autoestima es mejorada —y casi nunca optimizada— por la acción de sólo el tratamiento farmacológico (aunque sin llegar a conseguir

un efecto sostenido y consistente, capaz de tener una cierta continuidad evolutiva).

Por último, la consistencia del auto-concepto, no experimenta variaciones a lo largo del tratamiento farmacológico. Posiblemente, este comportamiento se deba a la escasa discriminación que presenta este cuestionario en el caso de los pacientes depresivos.

Bibliografía

- A. P. A.: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 3.ª Edición Revisada* (DSM III-R). Ed. Masson. Barcelona, 1989.
- Barker, W. A.; Scott, J.; Eccleston, D.: «The Newcastle chronic depression study: Results of a treatment regime». *Int. Clinical Psychopharmacol.*, 2 (3), 261-272, 1987.
- Bech, P.; Allerup, P.; Gram, L. F.; Rejsby, N.; Rosenberg, R.; Jacobsen, O. y Nagy, A.: «Hamilton Rating Scale». *Acta Psychiat Scand*, 63, 290-299, 1981.
- Beck, A. T. y Beamesderfer, A.: «Assesment of depression: The depression inventory». En P. Pichot (Ed.), *Psychological measurement in psychopharmacology*. Modern problems in pharmacopsychiatry. Vol. 7, Basel, Switzerland: Karger, 1974.
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. y Emery, G.: *Terapia cognitiva de la depresión*. Ed. Desclee de Brouwer; Bilbao, 1983.
- Beck, A. T.; Hollon, S. D.; Young, J. E.; Bedrosian, R. C. y Budenz, D.: «Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline». *Archiv. Gen. Psychiat.*, 42, 142-148, 1985.
- Coopersmith, S.: «A method of determining types of self esteem» *J. Abn. Soc. Psychol.*, 59, 87-94, 1959.
- Dobson, K. S.: «A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression». *J. Consult. Clin. Psychol.*, 57(3), 414-419, 1988.
- Gergen, K. J. and Morse, S. J.: «Self-consistence measurement and validation». *Proceedings of the 75th Annual convention of The American Psychological Association*, 207-208, 1967.
- Kupfer, D. J.; Rush, J.: «Recommendations for depression publications. Information for authors». *J. Nerv. Ment. Dis.*, 171, 459-460, 1983.
- Polaino-Lorente, A.: *Depresión: Actualización psicológica de un problema clínico*. Ed. Alhambra. Madrid, 1984.
- Rotter, J. B.: «Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement». *Psychol. Monographs*, 80 (1, Whole N° 609), 1966.