



- ◆ 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)

## Contradicciones y aportaciones de la psicología de la atribución a la explicación de las depresiones infantiles

A. Polaino Lorente\*

### RESUMEN

Se revisan las aportaciones de la psicología de la atribución al estudio de la depresión, especialmente la infantil: énfasis en los aspectos cognitivos versus el «timocentrismo» tradicional, introducción de estrategias terapéuticas estrictamente psicológicas, y multiplicación de enfoques científicos y metodológicos para la solución de los problemas psicopatológicos. Sin embargo, la complejidad introducida por la psicología cognitiva pudiera no ser consecuencia de la naturaleza de la depresión, sino de la multiplicación de constructos, modelos y teorías.

*Palabras clave:* Depresión infantil, psicología cognitiva, psicología de la atribución.

### SUMMARY

The contributions, specially in children, of psychology of attribution to the knowledge of depression, are reviewed: the importance of cognitive aspects as opposed to the traditional «timocentrism», the introduction of therapeutic strategies strictly psychological, and the multiplication of scientific and methodological approaches for the solution of psychopathological problems. Nevertheless, the complexity introduced by cognitive psychology could be a consequence not of the nature of depression but of the multiplication of constructs, models and theories.

*Key words:* Child depression, cognitive psychology, attributional psychology.

### Introducción

Pocos temas hay en la psicopatología actual que hayan despertado tanto interés como el tema de la depresión. La relevancia que se ha concedido a estas alteraciones parece justificada, no sólo por la incidencia del problema en la población —se estima entre cien y doscientos millones el número de pacientes depresivos hoy existentes en el mundo—, sino también por la muy numerosa bibliografía científica que su estudio ha generado en las dos últimas décadas. Un importante bloque de la bibliografía disponible sobre este particular, se alinea en torno a la psicología, específicamente al ám-

bito de la denominada psicología cognitiva. Es previsible que mientras se escriben estas líneas, continúe creciendo el número de investigaciones relativas a la depresión. Algunas de ellas se enderezan definitivamente al esclarecimiento de las depresiones en la infancia, cuestión ésta que, aunque tiene una larga trayectoria científica, no obstante, cuenta con un muy breve pasado.

En las líneas que siguen me ocuparé de algunas de las aportaciones de la psicología de la atribución a la explicación de las depresiones infantiles. Vaya por delante, sin embargo, que el avance operado en este ámbito, aunque extraordinariamente vertiginoso —o precisamente

\* Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

por ello—, no siempre ha supuesto un real y definitivo progreso en lo que ya sabíamos. Los modelos cognitivos de la depresión han supuesto, qué duda cabe, una espléndida ocasión para el desarrollo de la psicología cognitiva; pero a la vez es preciso señalar que junto a enriquecer los modos y procedimientos de acercamiento a este tema, el mismo se nos aparece como oscurecido y confuso, simultáneamente que mucho más complejo de lo que en principio suponíamos.

Acaso el punto de partida de lo que ha acontecido recientemente, haya que situarlo en 1978, en que Abramson y cols., reformularan su modelo acerca de la indefensión aprendida, vinculándolo más estrechamente a la percepción de incontrolabilidad, por parte del sujeto, respecto de las consecuencias ambientales. Según el modelo reformulado, cierto tipo de alteraciones depresivas podrían explicarse mejor apelando a la pérdida de control del sujeto sobre el medio (Polaino, 1984). Abramson y cols. (1978), propusieron tres posibles dimensiones causales atribucionales, explicativas del hecho depresivo: las internas (que incrementarían la probabilidad de un déficit en autoestima), las estables (que facilitarían que tales déficits depresivos se manifestasen frecuentemente ante una misma situación) y las globales (que conducirían a la generalización de los déficits depresivos a otras situaciones).

Según este acercamiento lo que caracteriza a las personas depresivas es atribuir consecuencias aversivas a factores globales, estables e internos (Seligman y cols., 1979; Golin y cols., 1981; Raps y cols., 1982).

La artificialidad de dicotomizar estos continuos dimensionales, para facilitar así su estudio, levantó algunas críticas al modelo reformulado, cuyas hipótesis todavía no han encontrado la verificación esperada (Harvey, 1981; Pasahow, 1981; Polaino Lorente y cols., 1981 y 1982).

En síntesis, lo que postulan estos auto-

res es que la indefensión aprendida —modelo analógico empleado para el estudio experimental de la depresión— puede explicarse como la creencia que el sujeto tiene de que un suceso o evento determinado no puede ser controlado por ninguna de las respuestas disponibles en su repertorio. Se han visto ciertas semejanzas entre las consecuencias de esta incontrolabilidad y las alteraciones depresivas, especialmente reagrupadas en tres bloques deficitarios: *emocional* (como consecuencia de la incapacidad del sujeto para controlar la tensión que se deriva de la experiencia traumática de incontrolabilidad, lo que aumentaría su nocividad hasta convertirse en una respuesta maladaptativa que, de cronificarse, suscitara un estado afectivo de tipo depresivo), *motivacional* (ya que las respuestas emitidas por el sujeto no generan consecuencias ni contribuyen a solucionar el problema, por lo que disminuiría su probabilidad, dando paso a la pasividad y a la inhibición, sin poder ejercer ningún control sobre el ambiente) y *cognitivo* (la independencia de las respuestas respecto de sus consecuencias frustraría el futuro aprendizaje de posibles respuestas no interdependizadas de los eventos ambientales).

Las implicaciones del modelo reformulado pueden resumirse en las siguientes: la vinculación del estado emocional depresivo con las atribuciones del sujeto, atribuciones que fundamentarían las expectativas de incontrolabilidad; la dependencia de la pasividad, tristeza y descenso de la autoestima del sujeto en función de las atribuciones que éste hace; y, en última instancia, la atribución que el paciente hace de sus fracasos a causas internas, estables y globales, mientras que sus éxitos los atribuye a causas externas, inestables y específicas (Hamme, 1980; Klein y cols., 1979; Garber y cols., 1977; Rizley, 1978; Seligman y cols., 1979).

En última instancia, el modelo sostiene que la depresión se origina cuando el sujeto está en la creencia de que ninguna de las respuestas disponibles en su reper-

torio podrá cambiar la probabilidad de que le acontezcan consecuencias aversivas. Desde este punto de vista, la intensidad de los déficits motivacionales y cognitivos se hace depender de la solidez o del grado de convicción de la expectativa de incontrolabilidad, mientras que los déficits emocionales y de autoestima dependerán, además, de la importancia que para el sujeto tengan las consecuencias no controladas.

Por último, el descenso de la autoestima dependerá de la interioridad de las causas a las que el sujeto atribuye la indefensión, mientras que la generalización y cronicidad de estos déficits dependerán, respectivamente, de la globalidad y estabilidad de tales atribuciones (Polaino Lorente, 1984).

### Sintomatología depresiva y atribuciones

No conocemos bien, a pesar de la mucha investigación ya realizada, cuál es la función de las atribuciones respecto de los aspectos cualitativos de la sintomatología depresiva. Para algunos (Alloy, 1982) las expectativas de no contingencia (resultado terminal de las atribuciones depresivas) no generarían ningún déficit cognitivo, sino únicamente motivacional. Es decir, esas expectativas no impiden la asociación entre las respuestas emitidas por la persona y los resultados generados en el medio, como se pensaba, sino que únicamente inciden en el inicio de la respuesta. En contra de esta opinión otros autores (Vázquez, 1984) sostienen la existencia de un sesgo asociativo en los deprimidos, siempre que se exponga el sujeto a estímulos autorreferentes negativos en una situación de no contingencia objetiva y de alta densidad de aparición del estímulo. De hecho, otros resultados pueden aparecer en contradicción con los de otros autores (Maier y cols., 1976; Abramson y col., 1978; Alloy, 1982), pero tal contradicción se desvanece cuando en los experimentos se contro-

lan otras variables, como el grado de complejidad del problema que han de resolver o el hecho de que se les proporcione o no indicadores para la solución del problema. Cuando se tienen en cuenta estas circunstancias, se observa, como han probado Abramson y cols. (1981), que los deprimidos distorsionan sus juicios de contingencia, que aparecen subestimados.

La relación entre cogniciones y sintomatología depresiva es todavía muy oscura. De hecho, no conocemos ningún trabajo en que se estudien las covariaciones entre expectativas depresivas e intensidad sintomatológica. Es cierto que el estudio cognitivo de la depresión no puede ni debe reducirse a los estilos atribucionales y a la formación de expectativas; pero no es menos cierto que hay evidencia de lo importantes que son estas últimas para la explicación del comportamiento depresivo.

Mayor relevancia tiene el modo en que se interpretan los factores cognitivos y su vinculación con la sintomatología depresiva. Hoy las aproximaciones cognitivas al estudio de la depresión tienen un halo principalmente etiológico, por cuanto que de las alteraciones cognitivas se ha hecho —aunque todavía no se ha probado— un importante factor depresógeno. Es curioso que mientras que para los cognitivistas las atribuciones negativas desempeñan una importante función en la producción de la sintomatología depresiva, para el clínico esas atribuciones son un síntoma más —ni siquiera el más importante— de la enfermedad depresiva. Mientras que continúen enfrentadas estas posiciones, difícilmente podremos avanzar. Atribuciones y depresión, sin duda alguna, están relacionadas, pero es menester saber el cómo se relacionan. Los resultados de la investigación referentes a este tema resultan un tanto contradictorios. Para algunos clínicos por ejemplo, el humor depresivo sería antecedente y precursor de los niños con un bajo rendimiento escolar; para los cognitivistas (Ayllon y cols., 1974; McMillan y cols., 1979) la anterior

relación se invierte: serían los problemas académicos los que desencadenarían el humor depresivo. La polémica continúa abierta (Rapaport, 1977; Brumback y cols., 1977). Esta importante cuestión —repárese en que según fuentes del Ministerio de Educación y Ciencia el fracaso escolar afecta al 45% de la población española— está exigiendo la necesaria investigación, sin cuya contribución difícilmente podremos remontar las posiciones, hoy encontradas, entre las diferentes escuelas de la Psicología y de la Psiquiatría (Martorell y cols., 1985).

Los datos generados por otras investigaciones resultan en este punto un tanto contradictorios. Así, por ejemplo, Beck (1979) sostiene que el esquema atribucional del sujeto deprimido es más resistente al cambio que su estado de ánimo. Sería interesante comprobar en la clínica si empleando exclusivamente psicofármacos, la desaparición de los síntomas depresivos acontece paralelamente —y antes o después— que la modificación del estilo atribucional. Por otra parte, sería conveniente estudiar el efecto de la terapia cognitiva, independientemente de cualquier otro medio terapéutico, tanto sobre la sintomatología depresiva como sobre el estilo atribucional del paciente.

Un resultado paradójico ha sido obtenido por Glass y cols. (1972), según el cual la sensación que tiene la persona de tener control, aunque no lo ejerza, hace que no aparezcan los déficits depresivos. De confirmarse este dato, sería aún más difícil de explicar cuáles son las relaciones entre atribuciones y sintomatología depresiva. Dilucidar esta cuestión puede ser importante, puesto que acaso a su través puedan diseñarse nuevas estrategias de intervención terapéutica empleando el entrenamiento en situaciones de simulación que, por otra parte, tan eficaces son para el aprendizaje infantil.

En relación con este problema, importa mucho averiguar si es realmente importante el estilo atribucional depresivo, o más bien el modo como el sujeto se

comporta. Es decir, podría ocurrir que el depresivo no fuera realmente tan selectivo en sus atribuciones y que, sin embargo, se comportase «como si» lo fuera.

En ese caso, el «como si» generaría en la práctica las mismas expectativas que el estilo atribucional depresivo: el sujeto se expondría a menos situaciones de contingencia, recibiendo menos recompensas, y de perpetuarse su comportamiento acabarían por disociarse las respuestas y las consecuencias que éstas generan, lo que está en el origen de la génesis de las expectativas de fracaso.

Por otra parte, habría que conocer bien la historia reforzante del sujeto, puesto que ese factor puede ser el responsable del sesgo atribucional del deprimido que, en virtud de su estado de ánimo, forma la convicción de que sus respuestas se asocian —o no se asocian en absoluto— a determinados refuerzos positivos y negativos.

Especial relevancia tiene lo comunicado por Abramson y cols. (1981), quienes han puesto de manifiesto que la inducción de depresión o de euforia en estudiantes condiciona la aparición de cambios en los juicios de contingencia. El empleo de las técnicas de Veltem (1968) utilizadas por los experimentadores, podría incorporarse también tanto al tratamiento como a la prevención del comportamiento depresivo.

De otra parte, es conveniente conocer el modo en que el sujeto se autoatribuye la incontrolabilidad de la situación, así como el modo y la estrategia con que se la atribuye. Cuando esa autoatribución de incontrolabilidad es permanente e intensa, la sintomatología depresiva aparece como más severa. Sabemos además que el tipo de atribución no está relacionado con el estado de ánimo del sujeto, cuando no se suministra a éste *feedback* acerca del éxito o fracaso conseguido en la realización de la prueba (Vázquez, 1984); cuando se le suministra sí que aparecen diferencias entre deprimidos y no deprimidos (Miller y cols., 1982).

No parece que sean interdependientes estado de ánimo y atribuciones, aunque no se ha analizado todavía la conexión causal entre ambos. La inducción experimental de estados de ánimo depresivos podría resolver esta incógnita, especialmente en lo que se refiere a la duración y persistencia del estado de ánimo inducido y los cambios operados en las atribuciones. Este tipo de investigaciones, a pesar de su interés, resultan éticamente muy difíciles de justificar.

Como puede observarse, el problema de las relaciones entre el autocontrol y la depresión está todavía muy lejos de haberse esclarecido. De hecho, los resultados de algunas recientes investigaciones han dado un mentís rotundo al modelo de autorregulación reformulado por Kanfer y cols. (1981), como modelo etiológico de la depresión.

La relación que debía esperarse, de que a mayor autocontrol, menor depresión y mayor locus de control interno no se ha comprobado (Capafons y cols., 1983). En ese trabajo experimental realizado con 97 estudiantes no se obtuvo ninguna relación significativa (a no ser entre autocontrol y locus interno de control) entre depresión, autocontrol y locus interno de control.

Claro está que el mismo concepto de autocontrol parece estar en crisis (Capafons, 1986) y, desde luego es muy complejo, ambiguo y polisémico. No resulta nada fácil aquí las simplificaciones. Sólo en apariencia podría admitirse el modelo atribucional según el cual las repetidas experiencias de fracaso suscitarían atribuciones de incontrolabilidad de la situación lo que generaría expectativas negativas ante el futuro y disminución de la autoestima y de las autorrecompensas. Ante este panorama la persona sufriría déficits motivacionales por cuyo defecto evitaría afrontar nuevas situaciones frustrantes, disminuyendo en definitiva su capacidad para resolver problemas. Hasta aquí el modelo atribucional, considerado como proceso. Pero cabe también estu-

diar el modelo en tanto que atribuciones del investigador sobre las conductas de las personas que se someten a esos experimentos. Como cabe también hacer atribuciones sobre las propias atribuciones del sujeto experimental. Quiere esto decir que si el modelo atribucional y de autocontrol resulta explicativo de la indefensión aprendida es, entre otras cosas, porque el investigador hace también atribuciones por cuya virtud el modelo resulta explicativo: estableciéndose también las oportunas asociaciones entre la conducta del sujeto experimental y las hipótesis que concibe el investigador. Esta asociación respuestas del sujeto experimental-hipótesis del investigador, sin duda alguna, constituye una atribución que, sin embargo, no se explica excluyéndose del modelo explicativo, aunque muy posiblemente pueda afectar los resultados que tentativamente se pretenden explicar. Por otra parte, esta cadena procesual con demostrada intencionalidad explicativa se centra en los resultados, es decir, se explica el comportamiento como un resultado de la atribución, mientras se silencian todas las atribuciones realizadas acerca de los resultados.

Es posible hacer atribuciones acerca de las atribuciones. Más, la explicación de las atribuciones depresivas, dado el estado actual de nuestros conocimientos sobre ellas, están mediadas por las atribuciones de los investigadores, que esperamos no sean depresivas. Es preciso reconocer que resultaría hartamente problemática y todavía más difícil una investigación sobre este punto, y probablemente estéril, porque toda atribución sobre las atribuciones puede tematizarse como una nueva atribución, lo que alargaría insoluble y estúpidamente este proceso como un encañamiento atribucional indefinido hasta la náusea. Remito al lector interesado por la problemática del autocontrol al artículo de Capafons (1986), en la seguridad de que en él encontrará elementos suficientes para una parsimoniosa y necesaria reflexión.

El encadenamiento atribucional tal y como aparece en los modelos cognitivos seguiría el siguiente *iter*: percepción de no control → autoobservación → autoevaluación → formación de atribuciones depresivas → formación de expectativas negativas → emergencia de déficits depresivos. El encadenamiento secuencial de estos hitos parece verosímil, pero en ningún modo está probado. La naturaleza de cada uno de los hitos aquí formulados dispone de datos empíricos que al mismo tiempo le avalan y le contradicen. En todo caso, donde las carencias son más explícitas es precisamente en el encadenamiento de un hito a otro a lo largo de este proceso; así, por ejemplo, la vinculación entre expectativas negativas y aparición de déficits depresivos.

Otra carencia del modelo no menos importante consiste en la forzada analogía que se establece entre déficits atribuidos a la indefensión y sintomatología clínica atribuida a la depresión. En primer lugar, porque tanto los déficits como la sintomatología se atribuyen respectivamente a la indefensión y a la depresión. En segundo lugar, porque la analogía entre ellos es también atribuida —y desde luego todavía no ha sido probada—, lo que justifica la enorme polémica que sobre este particular se ha desarrollado durante los quince últimos años. Y, en tercer lugar, porque los poco numerosos intentos que se han realizado por demostrar la verosimilitud de esa analogía, se han realizado empleando como sujetos experimentales estudiantes de psicología a los que supuestamente se les sobreincluye en el diagnóstico de depresión, únicamente porque satisfacen el criterio experimental: una determinada puntuación en una escala de depresión, usualmente el BDI. Habría que comprobar con mayor rigor si los sujetos experimentales pueden diagnosticarse o no de depresión. Bastaría, por ejemplo, con que algunos de ellos —los que puntúan más alto en el BDI— consultasen con un psiquiatra que confirmarse tal diagnóstico. Simultáneamente,

a esos mismos sujetos experimentales se les podría solicitar que tomasen la decisión de consultar con un psiquiatra en función de que se considerasen o no depresivos. Es posible que si se sometiesen a estas dos pruebas criterioales, muchos de los sujetos experimentales implicados en estas investigaciones, no podrían ser diagnosticados como depresivos. De donde la analogía establecida no sólo no quedaría probada, sino parcialmente refutada.

Desde estas consideraciones no resulta extraño que haya tanta contradicción en los resultados de las investigaciones realizadas. Es cierto que muchas de las hipótesis que postula el modelo, no se cumplen. Pero muchas de esas hipótesis manifiestas hunden sus raíces y se alimentan de hipótesis encubiertas que nadie ha tratado de probar. Y es un hecho que si las hipótesis encubiertas no se cumplen, no tienen por qué cumplirse las hipótesis manifiestas que sobre aquéllas se alzan.

Cito a continuación alguna de estas hipótesis encubiertas que por ahora no se han tratado de comprobar: 1) manejo del estrés (se trata de las habilidades de que dispone el sujeto para hacer frente al estrés) y estilos cognitivos (estrategias para la solución de problemas): sin que se explicita si esas estrategias y aquellas habilidades son idénticas, algunos adscriben ambas a lo cognitivo, mientras otros las dicotomizan y hacen dependientes, respectivamente, del estrés y de los estilos cognitivos; 2) autocontrol e inmunización: se supone que a mayor autocontrol, mayor incomunicación depresiva, pero no se ha estudiado ni siquiera el grado de autocontrol en los pacientes depresivos ni en los sujetos de alto riesgo depresivo; 3) autorregulación y manifestación de la sintomatología depresiva: se desconoce también si las personas mejor autorreguladas tienen mayor facilidad para encubrir sus manifestaciones sintomáticas de tipo depresivo, como consecuencia de sus especiales habilidades autorregulativas; 4) locus de control y depresión: habría que

comprobar entre los pacientes depresivos la proporción de aquellos que tienen un locus de control interno, a la vez que verificar entre personas que jamás padecieron depresión, la proporción de sujetos que tienen un locus de control externo; etc. Por ahora, son más las hipótesis no comprobadas que las verificadas en el constructo metateórico representado por la indefensión aprendida. Mientras que nos declaramos a favor del encubertismo hipotético inverificable no podremos calificar como paradójico el hecho de que la investigación arroje datos contradictorios relativos a las hipótesis experimentales, explícitamente manifiestas y estudiadas.

### **Suicidio y atribución**

En este punto la psicología de la atribución ha supuesto una importante aportación al estudio del suicidio y de la depresión. Se ha afirmado en la clínica — en función de los protocolos y autoinformes de los pacientes con intentos de autolisis— que la desesperanza depresiva sería uno de los factores más importantes que pone en marcha la ideación suicida. El término de desesperanza podría operativizarse (aunque no con todo rigor), como una especial forma negativa de anticipación y/o futurización. Es decir, la persona desesperanzada anticipa negativamente el porvenir o lo futuriza negativamente, proyectando y extrapolando al futuro sus sentimientos negativos del presente. Esa anticipación o futurización constituye lo que denominamos como expectativas. Y las expectativas, no se olvide, son el resultado de las atribuciones, en el modelo reformulado de indefensión aprendida. Las expectativas no son otra cosa que convicciones generalizadas —con o sin ningún fundamento en la realidad— sobre la resolución —con éxito o con fracaso— de algún problema en el futuro. Sabemos que las expectativas de éxito están muy disminuidas en los sujetos depresivos, pudiendo constituir en algu-

nos casos un indicador relativamente fiable de la severidad de la depresión. Entre las muchas escalas disponibles para la evaluación de la depresión, ninguna de ellas predice con exactitud —tampoco es ésa su finalidad— el riesgo de los intentos de suicidio. No obstante, parece que el depresivo es especialmente resistente a hacer atribuciones positivas y especialmente proclive a realizar atribuciones negativas respecto del futuro, lo que significa que sus expectativas son fundamentalmente de fracaso. Estas expectativas negativas pueden hoy evaluarse a través de la escala de desesperanza (Lester y cols., 1974). Esta escala predice bien los intentos de suicidio —lo que puede utilizarse con fines preventivos y de evaluación del riesgo— y mucho mejor que cualquiera de las escalas de depresión disponibles, como ha probado Nekande (1983).

### **Vulnerabilidad, terapia y prevención**

Si fuera cierta la hipótesis de las atribuciones respecto de la etiología de la depresión, resultaría relativamente fácil determinar qué niños tienen un alto riesgo de padecer depresión (vulnerabilidad) y una vez detectados cabría hacer una prevención de la enfermedad depresiva (programas de entrenamiento para modificar las atribuciones). De ser cierta esta hipótesis, la transformación de las atribuciones podría emplearse con cierta eficacia como estrategia de intervención terapéutica. De hecho, los programas de reestructuración cognitiva han probado su eficacia en la depresión, independientemente de que la anterior hipótesis sea cierta o no (Polaino, 1984 y 1986).

No obstante, la modificación del estilo atribucional no resulta tan sencilla como puede parecer en principio. En esos programas de entrenamiento hay que considerar el grado de complejidad de las tareas a las que se somete el cliente, de manera que cambie la estimación de la pro-

babilidad de los resultados. Ese cambio probabilístico depende también de otros muchos factores como, por ejemplo, del *feed-back* positivo que el sujeto recibe, de la importancia subjetiva que da a esos resultados (importancia que también podría acrecerse o disminuirse a través de los oportunos programas), de la verosimilitud y credibilidad que el éxito en la tarea proporciona al sujeto, etc. El cambio en las expectativas de incontrolabilidad, que es lo que aquí se pretende, depende también de otras variables que necesariamente han de tenerse en cuenta como la asertividad del sujeto (McLean, 1978), la percepción del control personal, su historia personal de refuerzos, su experiencia previa relativa a la inmunización, así como la mayor o menor habilidad en el uso contingente de autoinstrucciones, autorrecompensas y autocastigos. A la Psicología atribucional debemos su interés por el estudio del proceso educativo y de las actitudes del profesor respecto de la formación de estilos atribucionales adaptativos en los niños (Levinsohn, 1974; Coopersmith, 1967), así como en el reentrenamiento de sujetos indefensos en atribuciones menos depresivas y más adaptativas (Dweck, 1975). Algo parecido se ha hecho al aplicar al problema del fracaso escolar las motivaciones de logro (Feathers y cols., 1981). Pero todavía queda mucho por hacer.

Respecto de la vulnerabilidad disponemos hoy de muchos datos dispersos, sin que en modo alguno podamos lograr definir cuál es el principal factor causal del comportamiento depresivo infantil; más que hablar de factor causal parece aconsejable hablar, como propone Levinsohn (1981), de elementos concomitantes de la depresión. Kovacs y cols. (1978) hacen depender la vulnerabilidad depresiva de estructuras cognitivas latentes que se reactivarían ante la incidencia de determinados estímulos internos y externos, lo que supone que el estilo atribucional del sujeto deprimido no siempre está explícitamente manifiesto ni es tan radical y esta-

blemente negativo (Vázquez, 1984). A ello hay que añadir los modos de interacción y activación de esas estructuras cognitivas como consecuencia de la incidencia de factores estresantes. La vulnerabilidad a la depresión infantil, en la perspectiva cognitiva, es el resultado de un vasto conjunto de variables que aunque incidiendo en el estilo atribucional del sujeto, contribuyen a su continuado moldeamiento y reconfiguración.

Más interés respecto de la vulnerabilidad tienen —también desde el punto de vista preventivo— los sesgos típicamente depresivos en el modo en que el sujeto procesa la información, así como las estrategias que emplea y que pueden emplearse —con los oportunos programas— para modificar las redes cognitivas, de las que depende la distorsión atribucional depresiva. Siguiendo a Kovacs y cols. (1978), como la latencia de estas estructuras cognitivas responsables de la depresión sólo se hacen manifiestas con la llegada de determinados estímulos suscitadores, un buen procedimiento para disminuir la vulnerabilidad depresiva consistiría en proveer al sujeto de la habilidad pertinente para amenguar ese flujo estimular desencadenante o al menos para resistir con más éxito frente a él.

Pero todo esto, aun siendo muy importante, no explica del todo el modelo de vulnerabilidad a la depresión infantil. Hay muchas variables de tipo sociocultural, que también inciden sobre la mayor o menor vulnerabilidad del sujeto (Polaino, 1985). Como ha demostrado Martorell y cols. (1985) hay correlación, respecto de este punto, entre las siguientes variables de tipo familiar y las depresiones infantiles: orden de nacimiento y equivalentes preneuróticos; especialización de la madre y equivalentes preneuróticos; antecedentes parentales de alteración mental y situación laboral del padre y nivel de escolaridad y humor depresivo en el niño. Según los autores citados, a mayor nivel de especialización laboral de la madre, peor calidad de la relación entre la pare-

ja y mayor deterioro de las relaciones entre padres e hijos, apareciendo en éstos consecuencias negativas como depresión, alteraciones psicósomáticas y déficits en los aspectos madurativos del comportamiento (Reid y cols., 1983). Beck y cols. (1979) coincide con esta información, dando un mayor peso al criticismo parental, factor del que hace depender la mayor vulnerabilidad de estos niños.

El padecimiento de depresión por los progenitores puede también contribuir a aumentar la vulnerabilidad frente a la depresión en los hijos. De hecho entre la abundante literatura disponible sobre este particular (Anthony, 1977; McNew y cols., 1979; Tarter, 1983), hay acuerdo en que en los hijos de padres depresivos (Morrison, 1983) es frecuente la aparición de humor depresivo, sentimientos de tristeza, ideación suicida y síntomas psicósomáticos de muy diversa naturaleza.

Acaso las aportaciones más importantes de la Psicología cognitiva a la explicación de las depresiones infantiles esté en sus contribuciones terapéuticas. Aquí también, paradójicamente es donde se han mostrado la mayor parte de sus contradicciones. Entre estas últimas la mejor estudiada es el empleo de sujetos experimentales calificados como «análogos clínicos» que, como hemos visto líneas atrás, en absoluto merecen tal denominación (para una revisión de este problema, ver por ejemplo Klein y cols., 1981).

No cabe duda de que la terapia cognitiva, que tanto debe a la Psicología de la atribución, ha contribuido a aliviar y solucionar el sufrimiento de muchos pacientes depresivos. Desde esta perspectiva hay que decir que estos procedimientos funcionan, que son eficaces. Pero hay en dichos procedimientos demasiadas zonas de oscuridad que dificultan y enmarañan su explicación. Es decir, que quedan sin satisfacer las exigencias explicativas últimas frente al porqué de la eficacia terapéutica de estos procedimientos. Y lo que es peor: por el momento parece que estamos lejos de poder incrementar

esa eficacia explicativa —saber cómo actúan, qué es lo que los hace eficaces, cuál es el modo en que logran modificar el comportamiento depresivo—, muy probablemente por el abundante número de hipótesis y modelos que para ello se han ofertado sin que se hayan verificado. Entre las críticas negativas que ha recibido la terapia cognitiva se encuentran las siguientes: la oscuridad en los criterios diagnósticos empleados o la ausencia de criterios a la hora de incluir a los «pacientes» en el diagnóstico de depresión; la evaluación exclusiva de las conductas sobre las que incidía la intervención, con exclusión de otros segmentos comportamentales (depresivos o no) de los que ignoramos toda información tanto en el pre como en el postratamiento; la indeterminación sobre el grado de severidad de la depresión y sobre otros síntomas y signos clínicos que no fueron evaluados; la ausencia de un seguimiento sistemático durante el postratamiento; la ausencia de grupos de control con los que comparar los resultados obtenidos, sin que se hayan homogeneizado los sujetos (experimentales y controles) uno a uno; la ausencia de una descripción sistemática de las estrategias empleadas; etc. (Shaw, 1977).

Entre las críticas positivas respecto a estas estrategias caben señalar las siguientes: la superior eficacia de estos programas frente al empleo de tricíclicos en pacientes depresivos ambulatorios (McLean y cols., 1979; Covin y cols., 1974); la mayor eficacia de estas estrategias en pacientes con depresiones neuróticas no respondientes al tratamiento farmacológico (Weissman y cols., 1979); la superioridad de los resultados obtenidos con estas estrategias frente a las psicoterapias tradicionales (McLean y cols., 1973); la mayor eficacia de los métodos de observación y análisis aquí empleados en relación con el apresamiento, identificación y cuantificación de las conductas depresivas (Polaino, 1981). Para una revisión de la terapia cognitiva de la depresión, cfr. Polaino (1984 y 1986).

Un hecho cierto es que estos procedimientos terapéuticos 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 de proceder cognitivo 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 terapia cognitiva ayuda, qué duda cabe, a que el paciente depresivo haga otras atribuciones —las específicas que se le han enseñado y que constituyen uno de los fines de la terapia— pero de aquí no se concluye que el depresivo analice su vida cotidiana a través de estilos atribucionales contradictorios respecto de los que aprende, mientras se le entrena en la terapia (inferencia arbitraria; abstracción selectiva; sobregeneralización; magnificación y minimización; personalización excesiva y pensamiento dicotómico; Beck y cols., 1979).

La prevención de las depresiones infantiles constituye el reto de todos los esfuerzos en la lucha contra esta alteración. En la eficacia preventiva es donde encallan las actuales estrategias, así como los modelos y teorías.

Rosenbaum (en prensa; cit. por Capafons y cols., 1983) ha reintroducido el concepto de competencia aprendida (*Learned Resourcefulness*), en oposición al de indefensión. Si este último lo que señala es la carencia de recursos para poder controlar el ambiente de modo que se regule el propio comportamiento, aquél denota el conjunto de actividades necesarias para una autorregulación efectiva del comportamiento humano. El entrenamiento en competencia aprendida es posible que sea un buen recurso preventivo, que habrá que evaluar en el futuro. Pero también aquí hay muchas variables intervinientes (repertorio de las estrategias cognitivas del sujeto, modo en que las utiliza, incentivos que recibe, capacidad para reducir la aversividad de un resultado,

etc. Rosenbaum (1980 a), ha construido un inventario de autocontrol (*Self-Control Schedule*) cuya finalidad es evaluar las estrategias generales del sujeto en el manejo de las situaciones aversivas y, en definitiva, las respuestas autocontroladoras encaminadas a reducir «eventos internos como ansiedad, dolor o pensamientos, que perturban la realización efectiva de una conducta meta» (Capafons, 1984). Aunque hay cierta evidencia de que una puntuación elevada en este inventario predice una mayor resistencia al dolor (Rosenbaum, 1980 b), al mareo (Rosenbaum y cols., en prensa) y mejores resultados en programas para la reducción del peso (Smith, 1979), ninguno de ellos, ni todos ellos juntos, constituyen indicadores analógicos fiables de una mayor resistencia o invulnerabilidad respecto de la depresión. En consecuencia, no parece que el inventario de autocontrol pueda emplearse como criterio que específicamente sea útil en los programas de prevención del comportamiento depresivo. Entre otras cosas, porque no es seguro, ni tan siquiera probable, que personas con un amplio repertorio en actividades de autocontrol tengan una mayor resistencia frente a la depresión. Tampoco es seguro que disponer de suficientes habilidades cognitivas para manejar situaciones aversivas estresantes pueda predecir una mayor invulnerabilidad frente a la depresión, aunque este segundo aserto sea hartamente probable. Además, el sujeto puede contar con un rico repertorio de esas habilidades y, sin embargo, hacer un mal uso de ellas. No, por ahora, y mientras que no existan estudios controlados que relacionen las puntuaciones en esta escala con la vulnerabilidad depresiva, nada o muy poco puede concluirse de la validez de este instrumento respecto de la prevención de la depresión. Una exposición sistemática y completa de la prevención de las depresiones infantiles puede encontrarse en Doménech (1986), por lo que remito allí al lector interesado en esta cuestión.

La Psicología cognitiva tiene la grandeza de estar contribuyendo en la actualidad a hacer posible en un futuro próximo la realidad de la prevención de la conducta depresiva. Pero eso, hoy por hoy, es un futurible, que puede o no cumplirse.

Hemos visto hasta aquí alguna de las contribuciones de la Psicología de la atribución al problema de la depresión, especialmente en el ámbito de la infancia. Sus numerosas aportaciones, si tuviera que resumirlas, las sintetizaría en las siguientes: la emergencia de un nuevo modo de afrontar el comportamiento depresivo, que al subrayar los aspectos cognitivos (en lugar de los aspectos timocéntricos, como hasta ahora era costumbre), hace mejor justicia a la racionalidad de la naturaleza humana; la introducción de nuevas estrategias terapéuticas estrictamente psicológicas que, a pesar de haberse buscado desde antiguo, jamás lograron ponerse en marcha; y, naturalmente, el incremento y multiplicación de los puntos de vista científicos y metodológicos para la solución de los problemas psicopatológicos. En definitiva, la grandeza de las aportaciones de la Psicología atribucional no es otra que ella misma, al haber optimizado los recursos cognitivos de los investigadores respecto de la investigación de las cogniciones.

Por contra, son muchas las contradicciones, paradojas y dificultades que han sobrevenido al estudio de la depresión por virtud de la Psicología cognitiva. Los investigadores de la depresión tienen hoy sobradas razones para sentirse mucho más inseguros de lo que antes estaban respecto del estudio de este problema. No cabe duda de que, por su causa, el estudio de la depresión ha devenido en algo mucho más complejo. Aquí, paradójicamente, no parece sino que la Psicología cognitiva haya procedido no de lo más simple a lo más complejo, como acostumbra a hacer la Ciencia, sino que sencillamente se ha remontado de una vez por todas a lo complejo, centrando en ese escenario todos sus esfuerzos por resolver

este problema. Eso está bien, porque acaso el estudio de la depresión debiera haberse planteado así desde su inicio. Pero también puede constituir un error de la Psicología cognitiva, si un día se demostrase que la complejidad introducida por ella no es una consecuencia de la naturaleza de la depresión, sino de la multiplicación —en este caso indebida y de escasa utilidad— de constructos, modelos y teorías que enmascaran más que transparentan las reales claves del problema. En el momento en que se escriben estas líneas, poco más puede afirmarse respecto de la Psicología atribucional y las depresiones infantiles. *Suaviter in modo, fortiter in re*, la Psicología atribucional parece haberse erigido en censor del pensamiento de los investigadores de la depresión. El tiempo dirá si fue o no eficaz en esta tarea, si le asistió o no la razón en cuanto nos propuso.

### Bibliografía

- Abranson, L. Y.; Alloy, L. B.; Rosoff, R.: «Depression and generation of complex hypothesis in the judgment of contingency». *Behav. Res. Ther.*, 19, 1981.
- Abranson, L. Y.; Garber, J.; Edwards, N. B.; Seligman, M. E. P.: «Expectancy changes in depression and schizophrenia». *J. Abn. Psychol.*, 87, 102-109, 1978.
- Alloy, L. B.: «The role of perception and attribution for response-outcome noncontingency in learned helplessness: A Commentary and Discussion». *J. Person.*, 50, 443-479, 1982.
- Anthony, E. J.: «Preventive measures for children and adolescent at high risk for Schizophrenia». En: G. Albee y J. Joffe (Eds.), *Primary Intervention of Psychopathology* (Vol. 1) The Issues. The University of New England. Hanover, N. H., 1977.
- Ayllon, Roberts, M. D.: «Eliminating discipline problems by strengthening academic performance». *J. Apl. Behav. Anal.*, 7, 71-76, 1974.
- Beck, A. T.; Rush, A. J.: «Cognitive approaches to depression and suicide». En G. Serban (Eds.), *Cognitive defects in the development of mental illness*. Bruner Mazel, New York, 1979.

- Brunback, R. A.; Weinberg, W. A.: «Relationship of hiperactivity and depression in children». *Perceptual and Motor Skills*, 45, 247-251, 1977.
- Coopersmith, S.: *The antecedents of self-esteem*, N. H. Freeman, San Francisco, 1967.
- Capafons, A.; Barreto, E.; Martorell, C.: «Autocontrol y depresión: Un estudio aproximativo». *Psicológica*, 5, 17-32, 1983.
- Capafons, A.: «Autocontrol: Crisis de identidad». *Bol. Psicol.*, 10, 29-42, 1986.
- Dweck, C. S.: «The role of expectations in the alleviation of learned helplessness». *J. Person. Soc. psychol.*, 31, 674-685, 1975.
- Feather, N. T.; Davenport, P. B.: «Unemployed and depressive affect: A motivational and attributional Analysis». *J. Person. Soc. Psychol.*, 41, 422-456, 1981.
- Garber, J.; Hollon, S.: *Depression and the expectancy of success for self and for others* (sin publicar) University of Minnesota, 1977.
- Glass, D. C.; Singer, J. E.: *Urban stress: Experiments on noise and social stressors*, Academic Press, New York, 1972.
- Golin, S.; Sweeny, P. D.; Shaeffer, D. E.: «The causality of Casual Attributions on depression: A Cross-Laged Panel Correlational Analysis». *J. Abn. Psychol.*, 90, 14-22, 1981.
- Hammen, C. L.: «Depression in the college students: Beyond the Beck Depression Inventory». *J. Consult. Clin. Psychol.*, 48, 126-128, 1980.
- Harvey, D. M.: «Depression and Attributional Style: Interpretations of Important Personal Events». *J. Abn. Psychol.*, 90, 134-142, 1981.
- Kanfer, F.; Hagerman, S.: «The role of Self-Regulation» En L. P. Rehn (Ed.); *Behavior Therapy for Depression: Present Status and Future Directions*. Academic Press, New York, 1981.
- Klein, D. C.; Seligman, M. E. P.: «Reversal and performance deficits and perceptual deficits in learned helplessness and depression». *J. Abn. Psychol.*, 88, 1979.
- Kovacs, M.; Beck, A. J.: «Maladaptive cognitive structure in depression». *Am. J. Psychiat.*, 135, 525-539, 1978.
- Lewinsohn, P. M.: «Clinical and the retical aspects of depression». En K. S. Calhoun, H. E.; Adams, K. M. Mitchell (Eds.): *Innovative Methods in Psychopathology*, Wiley, New York, 1974.
- Lewinsohn, P. M.; Steimetz, J. L.; Larson, D. W.; Franklin, J.: «Depression related cognitions: Antecedent or consequence?». *J. Abn. Psychol.*, 90, 213-219, 1981.
- Maier, S. F.; Seligman, M. E. P.: «Learned helplessness: Theory and Evidence». *J. Exper. Psychol. Gen.*, 105, 3-46, 1976.
- Martorell, M. C.; Miranda, A.: «Relación de variables socioculturales con el síndrome depresivo en la infancia: Un estudio exploratorio». *Psicológica*, 6, 201-212, 1985.
- McLean, P. D.: «Clinical Depression: Comparative Efficacy of outpatient treatment». *J. Consult Clin. Psychol.*, 47, 818-836, 1979.
- McMillan, D. L.; Morrison, G. M.: «Educational Programing». En H. C. Quay y J. S. Werry (Eds.) *Psychopathological disorders in childhood*, Wiley, New York, 1979.
- McNew, D.; Cytrin, L.; Gershon, E.; Bunney, W.: «Offspring of patients with affective disorders». *Brit. J. Psychiat.*, 134, 148-172, 1979.
- Miller, S. M.; Norman, W. H.: «Learned Helplessness in human: A review of attribution theory model». *Psychol. Bull.*, 86, 93-118, 1979.
- Morrison, H. L.: *Children of depressed parents*, Grunne and Stratton. New York, 1983.
- Nekanda, C. J.; Bishop, C.; Blackburn, M.: «Helplessness and Depression». *Brit. J. Children Psychol.*, 22, 49-60, 1983.
- Pasahow, R. J.: «The Relational between an Attributional Dimension and Learned Helplessness». *J. Abn. Psychol.*, 89, 358-367, 1980.
- Polaino Lorente, A.: «Evaluación de la Depresión». En R. Fernández Ballesteros y J. A. Carrobes (directores): *Evaluación conductual*. Ed. Pirámide, Madrid, 1981.
- Polaino Lorente, A.: «Algunos aspectos de las terapias comportamental y cognitiva en el tratamiento de las depresiones reactivas». En J. Mayor y col.: *Terapia conductual*. Ed. Alhambra, Madrid, 1983.
- Polaino Lorente, A.: «Terapia cognitiva y conductual en la depresión: Una revisión polémica y crítica». En *Terapia conductual y cognitiva en psicopatología infantil-juvenil*, Ed. Alhambra, Madrid, 1986.

- Polaino Lorente, A.: «Algunos aspectos de las terapias conductual y cognitivas en el tratamiento de las depresiones reactivas». En Mayor, J. Labrador, F. J. (Eds.): *Manual de Modificación de Conducta*, Ed. Alhambra Universidad, Madrid, 1984.
- Polaino Lorente, A.; Doménech, E.; García Villamizar, D.: *La depresión infantil*, Ed. Morata, Madrid, 1986.
- Polaino Lorente, A.: *La Depresión*. Ed. Martínez Roca, Barcelona, 1985.
- Rapaport, J. L.: «Pediatric Psychopharmacology and Childhood depression». En J. G. Schulerbrandt and A. Raskin (Eds.) *Depression in Childhood: Diagnosis, treatment and conceptual models*. Raven Press, New York, 1977.
- Raps, C. S.; Peterson, C.; Reinhart, K. E.; Abramson, L. Y.; Seligman, M. E. P.: «Attributional Style among depressed Patients». *J. Abn. Psychol.*, 91, 102-108, 1981.
- Reid, W. H.; Morrisson, H. L.: «Risk factors in children of depressed parents». *Risk, identification and intervention*, Grunne Stratton, New York, 1985.
- Rizley, R.: «Depression and distortion in the attribution of causality». *J. Abn. Psychol.*, 87, 32, 48, 1978.
- Rosenbaum, M.: «Schedule for Assesing Self-Control Behaviors: Preliminary Findings». *Behav. Ther.*, 11, 109-121, 1980.
- Seligman, M. E. P.; Abranson, L. Y.; Samuel, A.; Baeyer, C.: «Depressive Attributional Style». *J. Abn. Psychol.*, 88, 242-247, 1979.
- Shaw, B.: «Comparison or cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression». *J. Consult. Clin. Psychol.*, 45, 543-551, 1979.
- Smith, T.: «Cognitive correlation of response to a behavioral weight control program». Tesis doctoral no publicada, Queen's University, Kinston, Canadá, 1979.
- Vázquez, C.: «Psicopatología de la Memoria». En Polaino, A. (Ed.): *Psicología Patológica* («Volúmenes»). UNED, Madrid, 1983.
- Weissman, N. M.: «The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes». *Am. J. Psychiat.*, 136, 555-558, 1979.