TEMA 10

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO. TEORÍAS PSICOLÓGICAS

2.- TEORÍAS PSICODINÁMICAS

Constituyen las primeras teorías psicológicas sobre la depresión. Nacieron dentro del Psicoanálisis.

KARL ABRAHAM:

- **Influido por** Freud y por su experiencia clínica, en la que observó:
  1. Una *fuerte relación entre depresión y obsesión*.
  2. Que *la depresión estaba asociada al sufrimiento de un desengaño amoroso*.
  3. Que muchos depresivos recurrían a la *ingesta de líquidos o alimentos para superar la depresión*.

- **Depresión como** una **exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral**.
  Cuando la persona depresiva experimenta repetidas frustraciones, relacionada con los objetos de sus deseos libidinales (padres) en la fase preedípica, se produce una asociación de éstas frustraciones con deseos destructivos hostiles.
  Cuando, en su vida posterior, se repiten esas frustraciones, busca destruir el objeto, incorporándolo, interiorizándolo ⇒ La cólera se dirige hacia el propio yo (la pérdida de apetito la atribuye a una defensa del paciente contra sus deseos hostiles de incorporar el objeto de amor).

FREUD:

- Unió las hipótesis de Abraham con sus propias conceptualizaciones.
- **Diferenció entre "melancolía" y "duelo"**: Ambas eran respuestas a la pérdida de un ser querido y presentaban los mismo síntomas, pero la ***melancolía*** se caracterizaba además por una gran disminución de la autoestima (autorreproches, expectativas irracionales de castigo inminente) e incapacidad de reconocer la causa de su tristeza.
  Para minimizar el impacto de pérdida del objeto amado, el niño interioriza una representación de ese objeto, lo introyecta ⇒ Formulación freudiana de la **ira interiorizada**.

- Las teorías psicodinámicas recientes, siguen postulando la **pérdida del objeto amado** como factor clave de la depresión, pero no comparten la hipótesis de la ira interiorizada.
  Las pérdidas tempranas han hecho que su autoestima dependa de la aprobación y el afecto de lo demás: Se ven incapaces de superar la frustración cuando son rechazados, criticados o abandonados.
  En la vida adulta, conducen a la depresión si el individuo experimenta una nueva pérdida.

La comprobación empírica de tales mecanismos presenta serias dificultades metodológicas (son inconscientes y tienen lugar durante la infancia, aunque no a edades muy tempranas).

- La reciente formulación psicoanalítica en términos de diátesis-estrés tiene puntos en común con las teorías de corte cognitivo.
  Diferentes teóricos psicodinámicos (Blatt, Bowlby, Arieti y Bemporad), han postulado, al menos, **2 tipos diferentes de depresión**:
  1. **Depresión anaclítica, dominada por el otro o dependiente**: Preocupados por las relaciones interpersonales.
  2. **Depresión autocrítica, introyectiva y dominada por las metas**: Preocupadas por cuestiones de logro, autodefinición, autovalía, se autocrítica excesivamente y manifiestan gran cantidad de sentimientos de culpa, de fracaso y de inutilidad.

3.- TEORÍAS CONDUCTUALES

- Comparten una base teórica con las teorías del aprendizaje, principalmente el operante.
- Enfatizan la idea original de Skinner de que **la principal característica de la depresión es una reducción generalizada de la frecuencia de las conductas**.

CHARLES FERSTER:

- **Principal característica de la depresión**: reducida frecuencia de conductas reforzadas positivamente que sirven para controlar el medio y exceso de conductas de evitación escape ante estímulos aversivos.

- Señala **4 procesos** que, aislados o en combinación, **podrían explicar la patología depresiva**:
  1. Cambios inesperados, súbitos y rápidos que supongan pérdidas de fuentes de refuerzos o de estímulos discriminativos importantes para el individuo.
     Ej: Ruptura de un noviazgo.
     La pareja supone una fuente de reforzamiento y, además, alrededor de la pareja suele estar organizada la vida de la otra persona.
     Explicaría por qué en la depresión, *tras la pérdida de una única fuente de reforzamiento* (pareja), *se produce una generalización de efectos a conductas y dominios no relacionados con esa fuente* (pérdida de apetito, de interés sexual, aislamiento social) ⇒ La pareja estaría funcionando como un estímulo discriminativo cuya presencia o ausencia indica al sujeto la presencia o ausencia de refuerzo y, por tanto, aumenta o reduce la frecuencia de la conducta.

  2. Programas de refuerzo de gran coste, que requieren grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio (estudiar una oposición: abulia del opositor tras el primer examen).

3. Imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales debido al surgimiento de espirales patológicas en las que una baja tasa de refuerzos positivos, provoca una reducción de conductas ⇒ mala adaptación al medio ⇒ menos número de refuerzos positivos ⇒ nueva reducción conductual.
   Ej: estudiantes que se encuentran en un país extranjero: Si los primeros contactos no son muy positivos, el individuo puede evitar esos contactos.

4. Repertorios de observación limitados que llevarían a los depresivos a distorsionar la realidad y a conductas que son reforzadas en pocas ocasiones.

- Ferster opinaba que, muchas de las conductas depresivas permitían al individuo evitar los estímulos aversivos o las situaciones desagradables en que podría esperar una nueva reducción de refuerzos positivos ⇒ **las conductas se mantienen por refuerzo negativo**.

PETER LEWINSOHN:

- La depresión es una respuesta a la **pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta** ⇒ estado de ánimo deprimido ⇒ reducción en el número de conductas.
  Otros síntomas de la depresión como la baja autoestima y la desesperanza, serían la consecuencia lógica de la reducción en le nivel de actividad.
- La pérdida de refuerzos positivos **podría deberse a**:
  a) Un *ambiente que no proporciona el reforzamiento suficiente*.
  b) *Falta de habilidades sociales* para obtener reforzamiento de una ambiente dado.
  c) *Incapacidad para disfrutar de los reforzadores disponibles* debido a altos niveles de ansiedad social.

- **Factores mantenedores de la depresión**:
  1. A corto plazo: Se mantendría al provocar refuerzo social positivo por parte de las personas de su entorno (simpatía, atención, afecto).
  2. A largo plazo: La conducta depresiva llegaría a ser aversiva para otras personas, que evitarían al individuo deprimido.

CHARLES COSTELLO

- **Rasgo más característico de las personas deprimidas**: La pérdida de interés general por el medio que les rodea, debido a una **pérdida general de efectividad de los reforzadores**.
- Podría ser debido a:
  a) *Cambios endógenos bioquímicos y neurofisiológicos*.
  b) *Pérdida de uno o varios de los estímulos condicionados o estímulos discriminativos* de una cadena conductual.

4.- TEORÍAS COGNITIVAS

Supuesto básico: Ciertos **procesos cognitivos** juegan un importante papel en el inicio, curso y/o remisión de la depresión.

1. Teorías del procesamiento de la información.
2. Teorías cognitivo-sociales.
3. Teorías conductuales-cognitivas.

4.A.- TEORÍAS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

- Hombre como sistema de procesamiento de la información.
- La información sobre sí mismo y sobre el mundo, experimenta transformaciones cognitivas, y afecta tanto a las respuestas emocionales como conductuales del sujeto, produciéndose una interdependencia entre cognición, emoción y conducta.

1.- TEORÍA DE BECK

- **Premisa básica**: En los trastornos depresivos existe una **distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información que implican una pérdida o privación**.
  Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando la triada cognitiva negativa: Visión negativa del yo, del mundo y del futuro.

- El procesamiento cognitivo distorsionado conduce al resto de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos.

- Cualquiera que sea la etiología de ese sesgo (factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos o psicológicos), el procesamiento distorsionado funciona como *factor de mantenimiento* de la depresión.

- En muchos casos de depresión no endógena, la **etiología** tendría que ver con la interacción de **3 factores**:
  1. La presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias y actitudes.
  2. Una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo.
  3. La ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores.

- Beck, utiliza los ESQUEMAS para explicar como las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente.
  Los **esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información** son los **esquemas disfuncionales depresógenos**.
  Se diferencian de los esquemas normales en su contenido (*reglas, creencias tácitas y actitudes de carácter disfuncional y poco realistas*) y en su estructura (*más rígidos, impermeables y concretos*).
  Los esquemas disfuncionales son la diátesis cognitiva (factor de vulnerabilidad cognitivo). Antes de su activación, *permanecen latentes*.

  Para que éstos esquemas disfuncionales se **activen**, es necesaria la aparición de un suceso estresante.

El tipo de estresor que puede activarlos, viene determinado por diferencias individuales en la **estructura de la personalidad**:

1. **Esquemas sociotrópicos** ⇒ Incluyen actitudes y creencias que implican una *consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social*.
2. **Esquemas autónomos** ⇒ Incluyen actitudes que *priman la independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación*.

Una vez activados, los esquemas depresógenos, orientan y canalizan el procesamiento de la información actuando como filtros.

Su actuación queda reflejada en ciertos **errores sistemáticos**:

- Inferencias arbitrarias: llegar a una conclusión si evidencias que la apoyen.
- Abstracción selectiva: Valoración de una experiencia centrándose en un detalle específico (ignorando otros elementos).
- Generalización excesiva: Extraer una conclusión o elaborar una regla a partir de hechos aislados.
- Magnificación y minimización: Errores al avaluar la magnitud o significación de un acontecimiento.
- Personalización: Atribuirse sucesos externos sin base para hacerlo.
- Pensamiento absolutista y dicotómico: Clasificar todas las experiencias en 1 ó 2 categorías opuestas.

Tales operaciones cognitivas conducen a la **triada cognitiva negativa**, que tiene **correlatos directamente observables**:

a) Pensamientos o imágenes voluntarias.
b) Pensamientos automáticos.

Triada cognitiva negativa:

1. Visión negativa de sí mismo: inútil, indeseable, sin valor y culpable.
2. Visión negativa del mundo: Mundo desprovisto de interés, gratificaciones o alegrías.
3. Visión negativa del futuro: Desesperanza.

Estos 3 elementos no son independientes: los dos últimos se refieren más bien a aspectos concretos del yo.

Es un **modelo de diátesis-estrés**.

2.- HIPÓTESIS DE LA ACTIVACIÓN DIFERENCIAL DE TEASDALE

- Influido por Beck y Bower (Cada emoción está representada en la memoria por un **nodo** específico, el cual está conectado a cogniciones o rasgos asociados. En el caso de la depresión, las cogniciones son negativas).

- Es un **modelo de vulnerabilidad-estrés**.
  Asume que: El tipo de acontecimientos que provoca una depresión clínica en algunos individuos, es capaz de producir un estado de ánimo deprimido transitorio o leve, en la mayoría de las personas.

- El **inicio de los síntomas depresivos**, resulta de la **activación del nodo de la depresión** tras la ocurrencia de un suceso estresante.
  Esta activación se propaga a los nodos o constructos cognitivos (negativos) asociados.
  Si ésta actividad cognitiva reactiva los nodos depresivos (bucles cognitivos), se establece un circulo vicioso, que hace que la depresión inicial se intensifique y mantenga.
  Se trata de una *relación recíprocamente reforzante entre estado de ánimo deprimido y procesamiento cognitivo negativo*.

- Teasdale subraya la importancia de los aspectos psicológicos.
  Las interpretaciones depresógenas están en función de:
  a) **Diferencias en disponibilidad**: diferencias individuales en cuanto a los nodos cognitivos que existen en la memoria.
  b) **Diferencias en accesibilidad**: diferencias individuales en cuanto a la facilidad con que tales nodos se pueden activar.
  Y también en función de:
  a) Diferencias en cuanto al patrón de sucesos cognitivos que el sujeto exhibe en un estado de ánimo normal (si normalmente puede pensar que es un inútil).
  b) Diferencias individuales en cuanto al patrón de procesos cognitivos activado **cuando el sujeto experimenta un estado de ánimo deprimido**.

  Una vez deprimido, la activación de modos cognitivos relacionados con evaluaciones globales negativas de uno mismo, o la activación que conduzca a interpretar la experiencia como muy aversiva e incontrolable, determinan que el estado de depresión empeore ⇒ círculo vicioso.

- Teasdale, se diferencia de la teoría de Beck en que, no cree que el emparejamiento entre tipo de suceso (tipo de estresor) y tipo de nodos o constructos cognitivos sea un requisito necesario.

4.B.- TEORÍAS COGNITIVO-SOCIALES

1.- TEORÍA DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA DE SELIGMAN

- Seligman (1975), estudió los efectos que producían en animales, una serie de choques eléctricos inescapables ⇒ Desarrollaban un patrón de conductas y de cambios neuroquímicos semejantes a los de la depresión.
- Ofrece una explicación de tipo cognitivo: Estas conductas se desarrollan sólo cuando el animal *no tiene esperanza* de poder controlar nunca la situación aversiva ⇒ La pérdida percibida de control del ambiente o **expectativa de incontrolabilidad**.
- Esta expectativa de incontrolabilidad **es fruto de**:
  1. Una historia de fracasos en el manejo de las situaciones.
  2. Una historia de reforzamientos sobre una base *no contingente*, que no ha permitido que el sujeto aprenda las complejas aptitudes necesarias para controlar el ambiente.
- La teoría podría considerarse un buen modelo de síntomas depresivos, pero *no del síndrome de la depresión humana*.

2.- LA TEORÍA REFORMULADA DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA

- **ABRAMSON**, Seligman y Teasdale (1978), señalaron **4 problemas de la teoría de 1975**:
  1. No explicaba **la baja autoestima** de la depresión.
  2. No explicaba **la autoinculpación** de los depresivos.
  3. No explicaba **la cronicidad y generalidad** de los síntomas.
  4. No daba una explicación válida del **estado de ánimo deprimido** como síntoma de la depresión.

- Se basaron en las **teorías atribucionales**:

  - Si la explicación sobre la falta de controlabilidad se atribuye a **factores internos** ⇒ *descenso de la autoestima*.
  - Si se atribuye a **factores estables** ⇒ Provocaría expectativa de incontrolabilidad en situaciones futuras ⇒ Los déficit depresivos, *se extenderían en el tiempo* (Cronicidad).
  - Si se atribuye a **factores globales** ⇒ Provocaría la expectativa de incontrolabilidad en otras situaciones ⇒ *Generalización a otras situaciones*.

  La *internalidad, estabilidad y globalidad* (estilo atribucional depresógeno) explicarían los 3 primeros problemas, pero no el cuarto.

  - Postularon un **factor motivacional**: La depresión sólo ocurriría si la expectativa de incontrolabilidad se refería a la pérdida de control de un suceso altamente deseable o a la ocurrencia de un hecho altamente aversivo.

- Señalaron la presencia de una factor de vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el **estilo atribucional depresógeno** (tendencia atribuir los sucesos incontrolables y aversivos a factores internos, estables y globales).

3.- LA TEORÍA DE LA DESESPERANZA

- **ABRAMSON**, Metalsky y Alloy, llevaron a cabo una revisión de la teoría de 1978, para resolver sus **3 principales deficiencias**:

  1. No presenta una teoría explícitamente articulada de la depresión.
  2. No incorpora los hallazgos de la psicopatología descriptiva acerca de la heterogeneidad de la depresión.
  3. No incorpora los descubrimientos obtenidos por la psicología social, de la personalidad y cognitiva.

- Para resolver la **segunda deficiencia**, la teoría de la desesperanza postula una nueva categoría nosológica: **la depresión por desesperanza**.
  La causa para que aparezca éste tipo de depresión. es **la desesperanza**: expectativa negativa *acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como importante*, *unida a un sentimiento de indefensión* sobre la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia de ese suceso.

- **Para resolver la primera deficiencia**, la teoría se explicita como un **modelo de diátesis-estrés**, y especifica causas distantes y próximas que incrementan la probabilidad de depresión y *que culminan en la desesperanza*.
  No se habla de "sucesos incontrolables" sino de "sucesos vitales negativos".
  Cuando los sucesos vitales negativos se atribuyen a **factores estables y globales y se ven como importantes**, la posibilidad de depresión por desesperanza es mayor.
  Si además interviene la internalidad, la desesperanza puede acompañarse (no necesariamente como se postulaba en 1978), de baja autoestima.

  La globalidad y estabilidad, determinaría el alcance de la desesperanza.
  Una atribución más estable pero específica llevaría a un "pesimismo circunscrito".

- **Para intentar solventar la tercera deficiencia**, rescataron de la psicología social la **información situacional**, a la hora de determinar el tipo de atribuciones que las personas hacen ⇒ La información situacional que sugiere que un suceso negativo es de ***bajo consenso/alto en consistencia/bajo en distintividad***, favorece una explicación atribucional que conduce a la desesperanza.

  Además de la información situacional, el poseer o no un estilo atribucional depresógeno, contribuye como un factor de vulnerabilidad (Hipótesis de la vulnerabilidad específica: *hay una interacción entre los estilos atribucionales de las personas y la ocurrencia de distintos tipos de sucesos negativos*).

- En la teoría de la desesperanza, no se requiere que ninguno de los elementos distantes del modelo (*estrés, estilo atribucional*), esté presente para desencadenar la cadena causal depresiva. Esta puede activarse por unos elementos o por otros (≠ Beck).
  La desesperanza es el único elemento que se requiere para la aparición de los síntomas de la depresión por desesperanza.

- Una adición a la teoría de 1978: Las graves consecuencias de un suceso, bastan para provocar una situación de desesperanza, a pesar de que se hiciese una atribución externa, inestable y específica (suspender la última convocatoria de una asignatura debido a la existencia de ruidos y distracciones en el aula).
- La teoría, no incluye síntomas del tipo de los errores de Beck: Los depresivos pudieran ser más precisos en su visión de la realidad que los no deprimidos ⇒ "realismo depresivo".

- El punto más diferenciador entre la teoría de Beck y la de la desesperanza: Enfasis de la última en los procesos atribucionales.
  Se plantean posibles mecanismos de "*inmunización*" (*poseer un estilo atribucional específico e inestable*).

  Los procesos atribucionales negativos son procesos *sesgados* pero no necesariamente *distorsionados*.

  En la teoría de Beck, **la desesperanza** no es un elemento causal central, sino que es simplemente, uno de los síntomas de la tríada cognitiva negativa.

4.C.- TEORÍAS CONDUCTUALES-COGNITIVAS

Se centran más en la varianza personal de la interacción Persona x Situación, e incluyen procesos cognitivos.

1.- TEORÍA DEL AUTOCONTROL DE REHM

- Elaboró una teoría de la depresión basada en el **aprendizaje social**, que trataba de integrar elementos de las teorías de Beck, Lewinsohn y Seligman, dentro del marco del modelo de autocontrol de Kanfer.
  Modelo del autocontrol de Kanfer: Cuando una persona necesita cambiar su comportamiento, para alcanzar una meta a largo plazo, realiza el control de la propia conducta a través de **3 fases**:
  1. **Autoobservación**: presta atención a las conductas relevantes del ambiente.
  2. **Autoevaluación**: La información obtenida es comparada con algún criterio o estándar interno y se realiza un juicio sobre la adecuación de la conducta a la meta a lograr.
  3. **Autorreforzamiento**: Implica la autoadministración de refuerzos positivos (premios), si la conducta ha estado positivamente encaminada hacia el objetivo, o de castigos, en casos contrario.

- Rehm parte de que la depresión es consecuencia de la perdida de una fuente de reforzamiento externa, de modo que el control de la conducta en esas circunstancias, es más importante.

- Se trata de un **modelo de diátesis-estrés**: Un déficit en las conductas de autocontrol (*factor de vulnerabilidad*), interactúa con la pérdida o ausencia de reforzamientos externos (*factor de estrés*).

  El déficit, se concreta en cualquier combinación de las siguientes condiciones:
  1. **Déficit en las conductas de autoobservación**: Tendencia a prestar mayor atención a los sucesos negativos y a las consecuencias inmediatas de la conducta ⇒ No pueden mirar más allá de las circunstancias negativas actuales, cuando toman decisiones conductuales.

  2. **Déficit en las conductas de autoevaluación**: Son muy rigurosos en la autoevaluación, de nodo que no pueden alcanzar los criterios impuestos y se evalúan de manera negativa.
     Presencia de errores de atribución:
     - Interna, estable y global para los sucesos negativos, y,
     - Externa, inestable y específica, para los sucesos positivos.

  3. **Déficit en las conductas de autorreforzamiento**: El sujeto deprimido se administra insuficientes recompensas y abundantes castigos, debido en parte a los otros dos déficits (no puede cumplir los criterios y solo se fija en los aspectos negativos). Este déficit explicaría el bajo nivel de actividad de los deprimidos y su excesiva inhibición.

- Estos déficits en el repertorio de habilidades de autocontrol, se adquieren durante el **proceso de socialización** de la persona.
- El déficit en las habilidades de autocontrol, se generaliza a diversas situaciones ⇒ explica la *desadaptación y mal funcionamiento del individuo depresivo, que abarca múltiples áreas de su vida.*

2.- TEORÍA DE AUTOFOCALIZACIÓN DE LEWINSOHN

- Trata de integrar en su nueva teoría, su anterior modelo conductual, con los trabajos realizados dentro de la psicología social sobre el fenómeno de la autoconciencia.

- Los **factores ambientales** son los **responsables primarios de la depresión**, aunque habría factores cognitivos mediadores.
  Principal variable mediadora: el **aumento de la autoconciencia** (Estado transitorio y situacional de autofocalización).

- **Cadena de acontecimientos**:
  1. Aparición de un suceso antecedente (cualquier suceso que incrementa la probabilidad de ocurrencia futura de depresión ó estresor).

  2. Interrupción de patrones adaptativos de la conducta (son necesarios para la interacciones diarias del individuo con el ambiente: relaciones personales, el trabajo, etc) y no es capaz de desarrollar otros patrones que reemplacen a los anteriores ⇒ reacción emocional negativa, cuya intensidad depende de la importancia del acontecimiento y/o del nivel de interrupción de la vida cotidiana.

  3. El desequilibrio negativo en la calidad de las interacciones de la persona con el ambiente se concreta en, reducción del reforzamiento positivo y aumento de la tasa de experiencias aversivas.

  4. La respuesta emocional negativa + impacto emocional negativo debido al fracaso del sujeto en anular el efecto del estrés = estado elevado de autoconciencia.

  5. Es el factor crítico que produce alteraciones cognitivas, consecuencias conductuales negativas e intensificación de las reacciones emocionales anteriores.

  6. El incremento de la autoconciencia + la intensificación de las emociones negativas = disminución de la autoestima y producción de cambios cognitivos, conductuales y emocionales correlacionados con la depresión.

  7. Estos cambios, exacerban la autoconciencia ⇒ *mantenimiento y agravamiento del estado depresivo*.

- El modelo asume la existencia de **características de predisposición que incrementan o reducen el riesgo de un episodio depresivo**:
  a) Ser mujer.
  b) Tener 20-40 años.
  c) Tener una historia previa de depresión.

d) Tener pocas habilidades de afrontamiento.
e) Tener una sensibilidad elevada a los sucesos aversivos.
f) Ser pobre.
g) Mostrar una alta tendencia a la auotoconciencia.
h) Tener baja autoestima.
i) Tener un bajo umbral de activación de autoesquemas depresógenos.
j) Mostrar dependencia interpersonal.
k) Tener niños menores de 7 años.

- También existen una serie de **factores protectores contra la depresión**:
  1. Autopercibirse como poseedor de una alta competencia social.
  2. Experimentar frecuentemente sucesos positivos.
  3. Disponer de una persona íntima y cercan en quien poder confiarse.

- La teoría incluye bucles de retroalimentación que determinarían el nivel de gravedad y de duración de un episodio depresivo.

- Asigna un **papel central** al estado de ánimo deprimido, necesario para la producción de las consecuencias negativas de la depresión (6).

5.- TEORÍAS INTERPERSONALES

Enfatiza la **importancia de los factores interpersonales** (sociales y familiares) en la etiología, mantenimiento y tratamiento de la depresión.

- **James Coyne**: **La depresión** es una **respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales** de las cuales los individuos solían obtener apoyo social, y, la respuesta de las personas del entorno, sirve para mantener o exacerbar los síntomas depresivos (extiende las propuestas de Lewinsohn).
  Cuando la ruptura interpersonal se produce, los depresivos se vuelven hacia las personas de su entorno en busca de apoyo social, pero las demandas persistentes de apoyo, llegan a ser aversivas para los miembros de su entorno social.

- **Gotlib** y Hammen: Resaltan los papeles del **individuo** (estilos cognitivos) y de los **miembros de su ambiente social**.
  Se inicia con la ocurrencia de un estresor, junto a ciertos factores de vulnerabilidad *interpersonales* e *intrapersonales*, fruto de experiencias familiares adversas durante la infancia.
  Siguiendo la teoría de autofocalización de Lewinsohn, sugieren que, uno de los primeros síntomas depresivos es la autofocalización o **autoconciencia**.
  Una vez que la depresión se ha iniciado, convergen 2 factores que mantienen y exacerban la depresión:
  1. Factor interpersonal: habilidades sociales y *esquemas interpersonales desadaptativos*, y *respuesta de las personas* significativas de su entorno.
  2. Sesgo cognitivo negativo (factor intrapersonal): *aumento de la sensibilidad y de la atención prestada a los aspectos negativos*.

6.- TEORÍAS PSICOLÓGICAS DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES

- Apenas existen teorías psicológicas sobre los trastornos bipolares.
  Razones:
  1. En éstos trastornos juegan un papel muy importante los factores biológicos y genéticos.
  2. Suponen únicamente un 10% de los trastornos del estado de ánimo.

- Las fases depresivas se suelen explicar a partir de los modelos de la depresión.

- La mayor parte de las teorías para dar cuenta de la fase maníaca, provienen del psicoanálisis.

- **Freud**: Concibió las fases maníacas dentro de un **contexto energético**:
  El Yo ha superado la pérdida del objeto amado y el superyó, que contiene el objeto introyectado, ya no mantiene una actitud hipercrítica hacia él ⇒ Toda la energía queda libre y se dirige hacia el exterior.

- **Bertram Lewin**: Esquema interpretativo básico del psicoanálisis para la manía. Formulada en términos de **procesos regresivos de defensa**.
  Concibe **la manía** como una **interrupción defensiva de la depresión**, no como su desenlace.
  La manía es un fenómeno regresivo, defensivamente inducido, por el que vuelve a un nivel anterior de funcionamiento del yo.
  Esta regresión representa una defensa contra acontecimientos dolorosos que se hallan inconscientemente asociados con conflictos infantiles inconscientes.
  Así se explican también los episodios de manía que no siguen a una fase depresiva.
  La manía sería una negación inconsciente de una realidad externa o psíquica dolorosa, que conduciría al paciente a una *enajenación de la realidad*.

- Para otros autores, **la manía** sería un **mecanismo para defenderse de la baja autoestima**.
  Dov Aleksandrowicz: Los pacientes bipolares se caracterizan por una personalidad narcisista (necesidad exagerada de autoestima), que ésta **asociado a**:
  - *Excesiva sensibilidad al apoyo, aprobación* y amor de los demás (su autoestima depende de esas personas).
  - Fallo en los mecanismos de regulación del estado de ánimo.

- Los teóricos psicoanalistas han llegado incluso a sugerir que, en algunos casos, la depresión podría ser una defensa contra la manía.

BECK

- Extiende su teoría cognitiva para abarcar otros estados emocionales, incluida la manía.
- En su explicación de la manía, no hay ninguna alusión a factores de personalidad, ni a la posible interacción de éstos con los acontecimientos estresores.
- Sugiere que los **factores biológicos y genéticos** podrían estar implicados en la causalidad, *directamente*, o al *provocar un procesamiento negativo de la información*.

- Los individuos maníacos presentan también reglas vitales o **actitudes disfuncionales**, rígidas y poco realistas, pero, en éste caso, su contenido exagera los ***aspectos positivos y eleva la autoestima***.
- Supone la existencia de un **procesamiento sesgado o distorsionado** de la información, que produce errores cognitivos, tomando como base el contenido de sus actitudes disfuncionales ⇒ Se traduce en la manifestación de ***imágenes y pensamientos, automáticos y voluntarios, de contenido excesivamente optimista y grandioso***.
- Beck no cuenta con ninguna formulación que relaciones sus dos teorías.