

EFICACIA Y VARIABLES RELEVANTES EN EL TRATAMIENTO COGNITIVO DE LOS DESORDENES DEPRESIVOS

JERONIMO PARRAGA PEREZ

Departamento Psicología General
Facultad de Filosofía y CC. Educación
Universidad de Sevilla

JOSE MARIA LEON RUBIO

Departamento Psicología General
Facultad de Filosofía y CC. Educación
Universidad de Sevilla

JAIME RODRIGUEZ SACRISTAN

Unidad Docente Psiquiatría Infantil
Departamento Psiquiatría
Facultad de Medicina
Universidad de Sevilla

La formulación de modelos teóricos y terapéuticos de carácter cognitivo, ha sido uno de los grandes y más recientes cambios operados en nuestra disciplina, incluso se podría decir que gran parte de su historia reciente, se corresponde con la historia del desarrollo y aplicación de estos modelos cognitivos, de ahí su interés e importancia para nosotros.

Ahora bien, el hecho de que estos modelos formen parte ya de la historia de la modificación de conducta, no es una prueba suficiente de que tales modelos hayan probado su eficacia terapéutica, son muchas las ocasiones en las que se

acepta un modelo sin que existan pruebas suficientes acerca de su validez y eficacia.

El problema se agrava aún más, si los modelos propuestos para el abordaje de un problema concreto son varios, son muchas las dudas que surgen entonces: ¿Qué modelo explica mejor el desarrollo y mantenimiento del problema?, ¿qué modelo proporciona mejores métodos terapéuticos o cuáles de éstos son más eficaces?, ¿diferentes métodos para diferentes dimensiones del problema?, etc.

Probablemente el abordaje de la depresión desde la perspectiva de la modificación de conducta, sea un tema que

se adecúe a la panorámica descrita anteriormente, pues son varios los modelos propuestos para explicar el desarrollo y mantenimiento de las conductas depresivas (socio-ambiental de desesperanza aprendido, cognitivo y de autorreforzamiento) y aún son insuficientes los datos que poseemos acerca de la validez y eficacia terapéutica de los mismos.

Una de las estrategias que se suele utilizar para resolver cuestiones como las avanzadas anteriormente, consiste en revisar los estudios clínicos de caso único en los que se emplearon alguna de las técnicas terapéuticas propuestas por estos modelos, y contrastar los resultados obtenidos en los mismos.

Tal tipo de trabajos de revisión presenta serios inconvenientes; sitúan en un mismo plano los resultados de estudios llevados a cabo con sujetos que presenta diferentes características con respecto al problema depresivo, igualmente se suelen situar en el mismo plano estudios que utilizaron diferentes criterios de éxito terapéutico, y en otro orden de cosas, los efectos diferenciales de variables específicas de cada tratamiento quedan solapados por su objetivo exclusivamente comparativo.

Los trabajos de revisión de Rush y Bèck (1978), Kovacs (1979 y 1980, en este último ya se incluyen algunos estudios de grupos comparados) y Whitehead (1979), son un claro ejemplo de este tipo de estrategias.

Sin embargo, los inconvenientes apuntados antes, pueden ser salvados, si en lugar de revisar los estudios clínicos de caso único, centramos nuestra atención en los estudios de grupos comparados (aunque corremos el riesgo de que los sujetos tratados sean voluntarios y no pacientes) y en aquellos otros que tienen por objetivo estudiar el papel de las variables relevantes de los diferentes tratamientos aplicados.

El presente estudio revisa aquellos trabajos de grupos comparados, en los que una de las condiciones de tratamiento fue la aplicación de la terapia cognitiva de Beck, e igualmente, aquellos otros en los que el objetivo de la investigación versó sobre el papel de una o varias de las variables relevantes en este tipo de terapia cognitiva.

Tres son los objetivos que nos animan a realizar un estudio de revisión como el propuesto:

- 1) Comparar la terapia cognitiva con otras aproximaciones en cuanto a su eficacia terapéutica;
- 2) Determinar las variables que se han mostrado como relevantes en este tipo de terapia; y
- 3) Determinar, a la luz de los datos obtenidos, objetivos de futuras investigaciones.

METODO

El presente estudio se ha basado en una selección, recopilación y análisis posterior de la bibliografía pertinente sobre el tema.

Los **criterios de selección** de los artículos recopilados se efectuó, en función de las siguientes características:

- a) Estudios de grupos comparados;
- b) Estudios sobre los efectos diferenciales de distintas variables en este tipo de terapias.

RESULTADOS

1. Estudio de grupos comparados

A continuación en el Cuadro I, se recogen aquellos estudios de investigación terapéutica cuyo propósito consistió en

la comparación de diferentes tratamientos en cuanto a su eficacia terapéutica.

Las claves utilizadas para la exposición de los datos que tienen algún interés para realizar un análisis como el que se propone aquí, son: Autor y año, grupos de tratamiento, existencia o no de grupo control, número de sujetos tratados, medidas utilizadas en la evaluación, resultados obtenidos y conclusiones.

2. Estudios de investigación terapéutica sobre los efectos diferenciales de las distintas variables en este tipo de terapias

En el Cuadro II que exponemos a continuación, se recogen aquellos trabajos de investigación terapéutica cuyo objetivo queda especificado en el epígrafe de este apartado.

Las claves utilizadas, en este caso, han sido: autor y año, objetivo del estudio, número de sujetos e índole de los mismos, diseño experimental y resultados.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1. Estudios de grupos comparados

Lo primero que advertimos al examinar el Cuadro I es el escaso número de este tipo de estudios, lo que por otra parte ya fue advertido por Kovacs (1980) en su trabajo de revisión, es decir, como también concluía este autor, es necesario desarrollar estudios de esta índole.

Pero sin duda alguna, no basta con llevar a cabo estudios de grupos comparados, sino que además, éstos han de tener en cuenta una serie de consideraciones metodológicas, sin cuya contemplación los resultados que se alcanzan no tendrán ninguna validez.

Los estudios analizados por nosotros,

pese a estar firmados por prestigiosos autores en la materia, presentan una serie de «errores metodológicos» que limitan las conclusiones a las que podemos llegar con nuestro análisis, algunos de estos errores son:

- a) Carecer de fase de seguimiento (Taylor y Marshall, 1977; Shaw, 1977);
- b) Falta de grupos control (Shaw, 1977; Lapointe y Rimm, 1980; Rush et al., 1981; Gardner y Oei, 1981);
- c) Número insuficiente de sujetos para este tipo de estudios (Shaw, 1977; Gardner y Oei, 1981).

Pese a estas desventajas, las conclusiones a las que hemos llegado y que pasamos a expresar a continuación, se ven avaladas (en cierta medida) por el hecho de que en todos los casos se utilizaron pacientes depresivos no voluntarios y prácticamente las medidas de evaluación utilizadas fueron las mismas.

Según los resultados obtenidos en nuestra revisión (vid. el Cuadro I) podemos concluir lo siguiente:

1. La terapia cognitiva de Beck resulta eficaz en el tratamiento de las depresiones, tanto si la evaluación se realiza mediante cuestionarios, como si se realiza mediante pruebas situacionales específicas en las que se requiere que el sujeto emita conductas adaptativas.
2. No hay datos suficientes para evaluar la eficacia diferencial de la terapia cognitiva de Beck con respecto a otras aproximaciones, si nos atenemos al trabajo de Taylor y Marshall (1977; uno de los más completos metodológicamente), así como a otros estudios clínicos de caso único (Rush, Khatami y Beck, 1975; Fuchs y Himmelhoch, 1980),

podemos concluir que una combinación de técnicas cognitivas y comportamentales es la solución adecuada.

3. Uno de los factores que más contribuye al éxito terapéutico parece ser la alta motivación del paciente, y también sabemos, que dicha motivación es posible incrementarla si obtenemos cambios rápidos y significativos en el comportamiento del paciente. Una forma de obtener estos cambios comportamentales es la utilización de terapéuticas farmacológicas, luego una combinación de éstas con técnicas cognitivas puede resultar un tratamiento adecuado y eficaz.

2. Variables relevantes en los tratamientos cognitivos

Además de los estudios comparativos considerados anteriormente y cuya finalidad estriba en determinar qué tratamientos son más eficaces, la investigación terapéutica ha dirigido sus esfuerzos a resolver problemas tales como los siguientes:

- A) Papel del autorreforzamiento en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos (Rozensky et al., 1977).
- B) Relación entre ansiedad y depresión (Craighead y Hickey, 1979).
- C) Relación entre distorsión de la percepción y depresión (Craighead y Hickey, op. cit. ant.).
- D) Relación entre distorsión del recuerdo y depresión (Craighead y Hickey, op. cit. ant.).
- E) Papel del cambio de «humor» en el desarrollo de la depresión (Craighead y Hickey, op. cit. ant.).
- F) Relación entre lenguaje y depresión (Dunn, 1979).

G) Relación entre auto-estima y depresión (Gardner y Oei, 1981).

A la vista del Cuadro II, podemos decir, que la situación con respecto a estos temas se encuentra del siguiente modo:

1. El autorreforzamiento parece jugar un importante papel en el mantenimiento de la depresión más que en el desarrollo de ésta.
2. Ansiedad, distorsión de la percepción y el recuerdo, y cambio de «humor», son factores que considerados independientemente no explican el desarrollo y mantenimiento de los trastornos depresivos.
3. Del estudio de Dunn (1979) se deriva que los patrones de lenguaje desadaptativo juegan un importante papel en el desarrollo de la depresión.
4. La aplicación en grupo de la terapia cognitiva-comportamental se muestra más eficaz que la aplicación individual, lo que supone que la asertividad (modelo socio ambiental) es una de las variables a manejar en el tratamiento de los trastornos depresivos.
5. También se ha podido comprobar que existe una estrecha relación entre auto-estima y mejora de los síntomas depresivos. Si pensamos que uno de los efectos del entrenamiento asertivo es el incremento de la auto-estima de los sujetos sometidos a este tipo de entrenamiento, es posible concluir (al igual que en el punto anterior) que la asertividad juega un papel preponderante en el manejo de pacientes depresivos.

Estas afirmaciones son más concluyentes que las derivadas de los estudios de grupos comparados, en cuanto que, en los estudios considerados en este se-

gundo apartado, el «rigor» metodológico de los mismos es mayor.

Cabría hacer aquí una especial mención a los estudios de revisión de Whitehead (1979) y Grossberg (1981), ambos autores concluyen que uno de los temas a estudiar es el de la influencia del nivel socio-económico del paciente en la sensibilidad al tratamiento mediante técnicas cognitivas, no cabe duda que la resolución de este tipo de problemas abriría nuevos caminos a nuestra disciplina, todavía más, cuando desde otras perspectivas (recuérdese el trabajo de Bernstein en el campo de la sociolingüística) se han postulado estrechas relaciones entre el nivel socio-económico y el tipo de lenguaje y cogniciones que presentan los sujetos estudiados, variables éstas, de suma importancia en los modelos cognitivos propuestos para explicar el desarrollo y mantenimiento de los trastornos depresivos. Con todo, podríamos concluir, que el tema no ha recibido aún una respuesta clara y que los psicólogos cognitivos defienden frente a los comportamentales, que la eficacia de sus procedimientos es independiente de este factor o que depende tanto de él como los procedimientos comportamentales.

CONCLUSIONES

1. La terapia cognitiva se muestra eficaz para el tratamiento de las depresiones pero, es necesario desarrollar estudios de grupos comparados para determinar su eficacia terapéutica con respecto a otros tratamientos.
2. El hecho de que la terapia cognitivo-comportamental aplicada en grupo sea más eficaz que la versión aplicada individualmente y de que exista una estrecha relación entre auto-

estima y mejora de los síntomas depresivos, indica que la asertividad es una de las variables a tener en cuenta en el tratamiento de los trastornos depresivos.

3. Es necesario desarrollar estudios encaminados a resolver la polémica existente entre los partidarios de las técnicas comportamentales y cognitivas, con respecto a la influencia del nivel socio-económico de los pacientes en la eficacia terapéutica de las técnicas cognitivas.

RESUMEN

El presente estudio revisa los trabajos de investigación terapéutica sobre la depresión desde la perspectiva de la terapia cognitiva de Beck. Reciben especial atención los estudios dedicados a la comparación de diferentes técnicas terapéuticas en cuanto a su eficacia, y aquellos otros trabajos que estudian los efectos diferenciales de las diferentes variables implicadas en la aplicación de cada una de estas técnicas.

Las conclusiones de este estudio, están matizadas por la discusión metodológica que de los trabajos analizados se hace en la presente revisión.

SUMMARY

The present study attempted to review therapeutic researchs on depression from the point of view of cognitive therapies. Attention was focused on different technics efficacy and other than works devoted to study differential effects of the diferent variables involved in technics that were employed.

The conclusions of this study shaded by methodological discussion concerning to analized works involved in this review.

Cuadro 1. EFICACIA COMPARATIVA DE DIFERENTES TRATAMIENTOS

Autor y año	Grupos de tratamiento	N	Medidas utilizadas en la evaluación	Resultados y conclusiones
TAYLOR MARSHALL, 1977	I, TC (Beck),	7	C.D.I., de Beck; MMPI Escala «D»; Escala de Autoestima de Kelly; Escala de apreciación subjetiva de la depresión Aitken; Registro de adjetivos afectivos de Zuckerman y Lubin; EPI.	Las mejoras obtenidas según todas las medidas de evaluación son más significativas en los SS del grupo III.
	II, Tcd.	7		
	III, Combinación ambas,	7		
	Si hubo grupo control,	7		
		N = 28		
SHAW, 1977	I, TC (Beck),	8	Auto-reortes; C.D.I. de Beck; Escala de Aitken;	La terapia cognitiva de Beck, según todas las medidas, resultó ser más eficaz que el tratamiento comportamental de Lewinsohn.
	II, Tcd Lewinsohn,	8	conductas objetivas manifiestas.	
		N = 16		
LAPOINTE RIMM, 1980	I, TC (Beck),	11	Entrevista standar, C.D.I. de Beck; Inventario de asertividad de Rathus; MMPI; Situación presentada en video que requería una respuesta asertiva.	Tras el seguimiento y considerando todas las medidas que se emplearon en la evaluación, el orden de eficacia de los tratamientos fue el siguiente: Grupo II, I y III. Hay que destacar que las terapias no cognitivas lograron cambios más significativos en las racionalizaciones de los SS tratados.
	II, Terapia asertiva,	11		
	III, Terapia por «insight»,	11		
		N = 33		
RUSH et al., 1981	I, TC (Beck),	17	C.D.I. de Beck y conductas manifiestas.	El análisis de los datos obtenidos indica que la terapia cognitiva es más eficaz a largo plazo, por su parte, el tratamiento mediante imipramina produce una mejoría en los primeros días pero luego los SS experimentan una regresión.
	II, Imipramina,	17		
		N = 34		
GARDNER OEI, 1981	I, TC (Beck),	8	C.D.I. de Beck; Escala de Autoestima de Kelly	La terapia cognitiva de Beck se mostró más eficaz que las técnicas comportamentales.
	II, Tcd,	8	y conductas manifiestas.	
		N = 16		

Cuadro 2. VARIABLES RELEVANTES EN EL ESTUDIO Y TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESION

Autor y año	Objetivo del estudio	Sujetos	Diseño experimental	Resultados y conclusiones
ROZENSKY et al., 1977	Papel del autorreforzamiento en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.	Hospitalizados.	Los Ss fueron divididos en 2 grupos (alto y bajo nivel depresivo) y comparados con un GC en una tarea de memoria.	Los Ss con alto nivel depresivo utilizan preferentemente estrategias de autorreforzamiento, mientras que los Ss control y de bajo nivel utilizan con preferencia estrategias de auto-castigo.
CRAIGHEAD HICKEY, 1979	Evaluación de las 4 Ho. del modelo cognitivo de Beck.	Pacientes.	Entre-Dentro.	No se confirmaron tales Ho.
DUNN, 1979	Papel de los patrones de lenguaje desadaptativo en el desarrollo de depresiones.	No pacientes.	20 depresivos moderados fueron asignados al azar a una de las siguientes condiciones de modificación cognitiva (auto-evaluación, reportes subjetivos del afecto, reacción al stress, elección de la forma de lenguaje y asunción no punitiva de la cd.) y una condición control.	Todos los Ss tratados se mostraron menos depresivos y su lenguaje fue más adaptativo.
SHAFFER et al., 1981	Eficacia de la terapia cognitiva en grupo o individual.	Pacientes.	Entre-Dentro.	La aplicación en grupo fue más eficaz para reducir los síntomas depresivos y los niveles de ansiedad.
GARDNER OEI, 1981	Relación entre autoestima y depresión antes y después del tratamiento.	Pacientes.	16 pacientes depresivos fueron emparejados según su edad, sexo y nivel de depresión y asignados al azar a una de las dos condiciones siguientes: grupo de terapia de conducta y grupo de terapia cognitiva.	Durante la LB no se observó correlación alguna entre las variables estudiadas, tras la fase de seguimiento se comprobó que la auto-estima correlacionaba con la mejoría en los síntomas depresivos.

BIBLIOGRAFIA

1. CRAIGHEAD, W. E. y HICKEY, K. S.: «Distortion of perception and recall of neutral feedback in depression». *Cognitive Therapy Research*, 1979, 3, 291-298.
2. DUNN, R. J.: «Cognitive modification with depression-prone psychiatric patients». *Cognitive Therapy Research*, 1979, 3, 307-317.
3. FUCHS, C. Z. y HIMMELHOCH, J. M.: «Pseudomaniac-depressive illness and cognitive-behavior therapy». *Journal Nervous and Mental Disease*, 1980, 168, 382-384.
4. GARDNER, P. y OEI, T.P.S.: «Depression and self-esteem». *Journal of clinic Psychology*, 1981, 37, 128-135.
5. GROSSBERG, J. M.: «Comments about cognitive therapy and behavior therapy». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1981, 12, 25-33.
6. KOVACS, M.: «Treating depressive disorders». *Behavior Modification*, 1979, 3, 496-517.
7. — — — «The efficacy of cognitive and behavior therapy for depression». *American Journal of Psychiatry*, 1980, 137, 1495-1501.
8. LAPOINTE, K. A. y RIMM, D. C.: «Cognitive, assertive, and insight oriented group therapies in the treatment of reactive depression in women». *Psychoterapy*, 1980, 17, 312-321.
9. RUSH, A. J. *et al.*: «Cognitive and behavior therapy in chronic depression». *Behavior therapy*, 1975, 6, 398-404.
10. RUSH, A. J. y BECK, A. T.: «Cognitive therapy of depression and suicide». *American Journal of Psychotherapy*, 1978, 32, 201-219.
11. ROZENSKY, R. H. *et al.*: «Depression and self reinforcement behavior in hospitalized patients». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1977, 8, 35-38.
12. SHAW, B. F.: «Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression». *Journal Consulting and clinical Psychology*, 1977, 45, 543-551.
13. SHAFFER, C. S. *et al.*: «Positive changes in depression, anxiety, and assertion following individual and group cognitive behavior therapy intervention». *Cognitive Therapy and Research*, 1981, 5, 149-157.
14. TAYLOR, F. G. y MARSHALL, W. L.: «Experimental analysis of a cognitive behavioral therapy for depression». *Cognitive Therapy and Research*, 1977, 1, 59-72.
15. WHITEHEAD, A.: «Psychological treatment of depression». *Behavior Research and Therapy*, 1979, 17, 495-509.
16. WILMOTTE, J. y FONTAINE, O.: «Analyse fonctionnelle des etats depressifs». *Encephale*, 1980, 6, 199-208.