

# Análisis comparativo del estilo atribucional y de la autoestima en una muestra de pacientes depresivos y sujetos normales

M. Fernández Prieto<sup>a</sup>, Ó. F. Gonçalves<sup>a</sup>, G. Buéla-Casal<sup>b</sup> y P. P. P. Machado<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Psicologia Universidade do Minho (Portugal). <sup>b</sup> Facultad de Psicología. Universidad de Granada (España)

## Comparative analysis of attributional style and self-esteem in a sample of depressed patients and control subjects

### Resumen

**Introducción.** En la presente investigación se ha analizado el papel que desempeñan la variable atribucional y la autoestima en estados depresivos. El estudio atribucional es de capital importancia en la dinámica de la personalidad, ya que las atribuciones causales son mecanismos sesgados de afrontamiento que guían la conducta del sujeto.

**Metodología.** Para llevar a cabo esta investigación se ha evaluado la autoestima y los sesgos atribucionales en una muestra de 40 pacientes depresivos y se ha comparado con 80 sujetos control normales.

**Resultados.** Los resultados de esta investigación muestran que los pacientes depresivos realizaron atribuciones más internas para los eventos negativos que el grupo control normal y atribuciones más externas que los normales para los sucesos positivos, presentando un exagerado sesgo atribucional.

**Conclusiones.** Estos datos nos sugieren que los pacientes depresivos tienden a culparse de sus fallos a sí mismos. Los pacientes depresivos realizaron atribuciones más estables y globales para los hechos negativos que para los positivos en comparación con los sujetos normales, considerando que dicha situación negativa se mantendrá en el tiempo y se globalizará a otras áreas de su vida. Este tipo de estudios resultan de utilidad para el desarrollo de programas eficaces de tratamiento y de instrumentos de evaluación de la depresión.

**Palabras clave:** Atribuciones. Depresión. Autoestima. Sesgos cognitivos.

### Summary

**Introduction.** The present study assesses the role of attributions and self-esteem in depressive states. In depression, attributions can become central biased coping mechanisms that guide individual behavior.

**Methods.** Self-esteem and attribution bias was assessed in 40 depressed and 80 normal controls.

**Results.** Results of this investigation show that depressed patients made more internal attributions to negative events, and more external attributions for positive events than their normal counterparts, confirming an exaggerated attributional bias.

**Conclusions.** The results suggest that depressed patients tend to blame themselves for their mistakes. Depressed patients made more stable and global attributions for negative events than for positive events, as opposed to what happens with the normal controls, making us believe that this bias will be maintained in time, and will eventually generalize to other life areas. This kind of study seems useful to develop efficient treatment programs and evaluation tools of depression.

**Key words:** Attributions. Depression. Self-esteem. Cognitive bias.

## INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los cuadros clínicos más complejos y heterogéneos sintomatológicamente. El trastorno depresivo es el más común de todos los trastornos psi-

quiátricos, el cual ha adquirido en la vida moderna grandes proporciones<sup>1</sup>. Los datos epidemiológicos que ofrece para una muestra de población general la cuarta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*<sup>2</sup> acerca de la incidencia del trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida y su proporción en función del sexo son distintos para las mujeres (entre el 10 y el 25%) que para los varones (entre el 5 y el 12%). Asimismo, entre el 8 y el 18% de la población general sufrirá al menos un episodio significativo de depresión a lo largo de su vida<sup>3</sup>. Dado su gran impacto psicosocial ha sido uno de los temas de estudio más importantes en el ámbito de la salud mental<sup>4,6</sup>.

### Correspondencia:

Montserrat Fernández Prieto  
Instituto de Educação e Psicologia  
Universidade do Minho. Campus de Gualtar  
4700-057 Braga (Portugal)  
Correo electrónico: mprieto@iep.uminho.pt

Las teorías atribucionales han tenido un considerable relieve en la investigación de la depresión<sup>7</sup>. La teoría de la atribución concierne a los pensamientos que las personas realizan de cualquier evento y aquello que lo causa, así como la relación entre la causa y los resultados<sup>8</sup>. Debido a la diversidad de investigaciones atribucionales dentro de la psicología no existe una única teoría atribucional en la cual se sintetizen todos y cada uno de sus supuestos<sup>9</sup>.

La atribución realizada por los sujetos se hará en función de tres dimensiones: internalidad-externalidad (explicando la situación de falta de control como una atribución a factores internos se produce un descenso en la autoestima); estabilidad-inestabilidad, es decir, atribuir la falta de control a factores estables, nos lleva a una situación de incontrolabilidad en situaciones futuras, por lo que el estado depresivo se mantendrá en el tiempo, y globalidad-especificidad (según se crea que la causa afectará a más áreas o sólo al área en cuestión).

Un antecedente histórico que ofrece una interpretación del legado empírico y teórico imprescindible para el estudio del enfoque atribucional en la psicología clínica<sup>10</sup> es la teoría de la indefensión aprendida<sup>11</sup>. Cuando una persona encuentra que está indefensa, se pregunta por qué lo está<sup>12</sup>. La atribución causal que hace determina entonces la generalidad y cronicidad de su estado de indefensión y su posterior autoestima.

Las valoraciones o inferencias de los individuos deprimidos son globales, exclusivas y frecuentes<sup>13</sup>, atribuyendo la causalidad a factores caracteriológicos, con lo cual tales defectos serían irrevocables<sup>14</sup>. Así pues, de acuerdo con este modelo los sujetos que ante sucesos negativos realicen atribuciones internas, globales y estables se supone que tienen una mayor probabilidad de padecer depresión; estas personas tienen un estilo atribucional que sería una característica más o menos estable<sup>15</sup>.

La mayor parte de las investigaciones que se han focalizado en corroborar la existencia de un estilo atribucional depresivo han apoyado las predicciones del modelo de Abramson<sup>16</sup>. Dichas investigaciones han encontrado una correlación positiva significativa entre las medidas de estado de ánimo depresivo y las atribuciones causales a los eventos negativos.

El objetivo principal de este estudio es el de analizar si existen diferencias en estilo atribucional y autoestima en una muestra de pacientes depresivos comparándola con una muestra control de normales.

Las hipótesis de las que partíamos son las siguientes:

- Los pacientes depresivos, en comparación con el grupo control, realizarán atribuciones significativamente más internas para los hechos negativos.
- Los pacientes depresivos, en comparación con el grupo control, realizarán atribuciones más externas para los eventos positivos.
- Los pacientes depresivos, en comparación con el grupo control, manifestarán una autoestima baja; esta disminución en dicha variable estará predicha por atribuciones excesivamente internas para los eventos negativos.

## MÉTODO<sup>17</sup>

### Sujetos

El grupo experimental está compuesto por 40 sujetos depresivos (12 hombres y 28 mujeres), con una media de edad de 32,40 (DE: 8,53). Sus edades estaban comprendidas entre los 20 y los 49 años. Todos los pacientes estaban recibiendo tratamiento para la depresión durante el tiempo que duró nuestro estudio; su diagnóstico seguía los criterios según el DSM IV para depresión mayor, o trastornos depresivos, sin ningún síntoma psicótico. Los sujetos no podían ser incluidos en la muestra si manifestaban en ese momento o habían manifestado en el pasado síntomas de trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o paranoide. La depresión tampoco debía ser originada por un trastorno mental orgánico. Los sujetos debían obtener una puntuación igual o superior a 19 en el Inventario de Depresión de Beck<sup>18</sup>. El primer paso para establecer estos criterios ha sido entrevistar a los pacientes sirviéndonos para ello de una entrevista semiestructurada para la selección de pacientes con depresión mayor (se describe más adelante).

El grupo control, igualado en edad y sexo con el grupo experimental, está compuesto por 80 sujetos (24 hombres y 56 mujeres). Con una media de edad de 31,91 (DE: 8,14). Ninguno de ellos debe poseer historia psiquiátrica ni ningún trastorno que requiera tratamiento.

### Instrumentos

#### *Escala de Autoestima de Rosenberg (EA)*<sup>19</sup>

Constituye un instrumento de evaluación de la autoestima global del sujeto con objeto de garantizar su unidimensionalidad, pero al mismo tiempo posee una estructura que se acomoda, en cuanto a alternativas de respuesta, al modelo de escalas de actitud tipo Likert con cuatro categorías de respuesta.

#### *Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory)*

Instrumento heteroaplicado de 21 ítems que evalúa la intensidad del síndrome depresivo. El contenido de los ítems refleja claramente la importancia concedida por los autores al componente cognitivo de la depresión; sólo una tercera parte de los ítems hace referencia a aspectos fisiológicos o conductuales. La versión del cuestionario resulta la más adecuada y la más fácil de aplicar, además de considerar el punto de referencia del paciente a la hora de contestar el cuestionario, no sólo el momento actual, sino también la semana anterior. El Inventario de Depresión de Beck posee en los distintos criterios de validación unos buenos ajustes<sup>20</sup>.

#### *Cuestionario de Estilo Atribucional (Attributional Style Questionnaire, ASQ)*<sup>21</sup>

Es un cuestionario autoaplicado que consta de 12 situaciones (seis positivas y seis negativas) ante las que el

sujeto debe indicar las causas a las que atribuiría su ocurrencia contestando a cuatro preguntas. Dichas preguntas son presentadas siempre en el mismo orden y se refieren: la primera, a la causa principal a la que se atribuye la situación; la segunda, a la internalidad o externalidad; la tercera, a la estabilidad o inestabilidad, y la cuarta, a la globalidad o especificidad.

*La entrevista semiestructurada para la selección de pacientes con depresión mayor*

La cual ha sido elaborada para la evaluación de pacientes con depresión. Consta de cuarenta y cinco ítems divididos en V secciones. En la sección I se recogen los datos de filiación, en la sección II síntomas y signos esenciales, en la sección III síntomas y signos concomitantes, en la sección IV síntomas de exclusión y en la sección V el perfil del episodio. Las secciones II, III y IV están interrelacionadas y compuestas por criterios descriptivos de inclusión y exclusión.

**Procedimiento**

Para la realización de este estudio se ha obtenido la muestra depresiva (grupo experimental) en la Unidad de Salud Mental de un hospital psiquiátrico y en varias Unidades de Salud Mental (unidades ambulatorias). El psicólogo encargado de la terapia de estos pacientes solicitó su colaboración, ofreciéndoles en todo momento la confidencialidad de los datos. A continuación el investigador procedía a pasar las pruebas a dichos pacientes: el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (EA). Al grupo control se les ha administrado las mismas pruebas.

**RESULTADOS**

En el análisis estadístico se han encontrado diferencias significativas entre el grupo depresivo y el grupo de normales (F [1,118]: 155,27; p < 0,001) en el estudio de sus atribuciones de internalidad para los sucesos negativos (tabla 1).

Por el contrario, el análisis estadístico informa de diferencias significativas (F [1,118]: 122,40; p < 0,001) en

**TABLA 1. Puntuaciones medias y desviaciones típicas de atribuciones en internalidad en pacientes depresivos y sujetos normales**

	Normales		Depresivos		F(1,118)
	X	DE	X	DE	
Eventos negativos	3,67	0,96	5,80	0,69	155,27*
Eventos positivos	5,27	0,85	3,45	0,85	122,40*

\*p < 0,01.

**TABLA 2. Puntuaciones medias y desviaciones típicas de atribuciones en estabilidad en el grupo de depresivos y en el de normales**

	Normales		Depresivos		F(1,118)
	X	DE	X	DE	
Eventos negativos	3,71	1,07	5,35	0,77	73,27*
Eventos positivos	5,33	0,89	4,38	2,31	8,74*

\*p < 0,01.

tre los depresivos y los sujetos normales para la atribución en internalidad de los hechos positivos.

Se han podido establecer diferencias significativas en el componente estabilidad para los eventos negativos entre los grupos depresivos y normales (F [1,118]: 73,27; p < 0,001) (tabla 2).

Asimismo, para los eventos positivos la significatividad en la dimensión estabilidad entre los grupos depresivos y normales ha sido (F [1,118]: 8,74; p = 0,004).

En cuanto a la significación estadística hemos podido verificar que entre el grupo depresivo y el grupo normal se establecen diferencias significativas para los eventos negativos (F [1,118]: 71,04; p < 0,001).

Asimismo, la diferencia es significativa entre los grupos depresivos y normales para los eventos positivos (F [1,118]: 44,74; p < 0,001) (tabla 3).

En el estudio del análisis de los resultados de la variable autoestima se han encontrado diferencias significativas entre el grupo depresivo y el grupo control de normales (F [1,118]: 271,95; p < 0,001). Dicha significatividad confirma la hipótesis de una autoestima más baja (X: 22,40; DE: 2,34) en los sujetos depresivos que en los pacientes normales, los cuales en la presente investigación alcanzan una puntuación media de 29,41 (DE: 2,12) (tabla 4). Asimismo, la autoestima baja de los pacientes depresivos se ve acompañada de una puntuación media en el BDI de 29,45 (DE: 7,07) en comparación con una puntuación media de los controles normales de 4,53 (DE: 2,22).

**DISCUSIÓN**

En esta investigación hemos tratado de corroborar la existencia de un estilo atribucional característico de la

**TABLA 3. Puntuaciones medias y desviaciones típicas de atribuciones en globalidad en el grupo de depresivos y en el de normales**

	Normales		Depresivos		F(1,118)
	X	DE	X	DE	
Eventos negativos	3,58	1,22	5,42	0,89	71,04*
Eventos positivos	5,00	0,98	3,61	1,22	44,74*

\*p < 0,01.

**TABLA 4. Puntuaciones medias y desviaciones típicas de Atribuciones en Estabilidad en el grupo de depresivos y en el de normales.**

	Normales		Depresivos		F(1,118)
	X	DE	X	DE	
Eventos negativos	29,41	2,12	22,40	2,34	271,95*
Eventos positivos	4,53	2,54	29,45	7,07	792,65*

\*p&lt;0,01.

depresión, así como el análisis de la pérdida de autoestima como uno de los rasgos típicos del sujeto depresivo. Este tipo de estudios son muy importantes a la hora de desarrollar programas eficaces de tratamiento<sup>22-24</sup> y de instrumentos de evaluación de la depresión<sup>25,26</sup>.

En síntesis, en este estudio los datos obtenidos para pacientes depresivos ante eventos negativos apoyan anteriores investigaciones<sup>27-29</sup> al realizar atribuciones internas, globales y estables para el fracaso, como ya habían predicho otros autores<sup>30</sup>, y, por el contrario, atribuciones externas, específicas e inestables para el éxito<sup>31</sup>. Además podemos concluir, en consonancia con la literatura<sup>32</sup>, que este tipo de explicaciones causales una vez bien formadas son bastantes perseverantes.

En este estudio hemos observado limitaciones, ya que, como puede verse en el análisis de datos, los sujetos depresivos realizan una atribución más externa, inestable y específica para los eventos positivos.

Asimismo, la casi totalidad de las teorías existentes sobre la depresión señalan la pérdida de autoestima como uno de los rasgos típicos del sujeto depresivo. La pérdida de autoestima estaría producida por las atribuciones causales internas, estables y globales para los eventos o experiencias negativas de su vida.

A modo de conclusión podemos decir que lo encontrado en este estudio evidencia un estilo atributivo particular para los pacientes depresivos, internalizando los sucesos negativos que pueden darse en su vida y externalizando los eventos positivos; además dicha atribución se realiza de una forma estable y global para lo negativo e inestable y específico para los eventos positivos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Försterling F, Bühner M, Gall S. Attributions of depressed persons: how consistent are they with the covariation principle? *J Personality Social Psychology* 1998;75(4): 1047-61.
2. APA, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4.ª ed. (DSM-IV). Washington, 1994.
3. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affective Disorders* 1993;29:85-96.
4. Echeburúa E, Corral P. Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International J Clinical Health Psychology* 2001;1:181-204.
5. Herrera A, Maldonado A. Depresión, cognición y fracaso académico. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International J Clinical Health Psychology* 2002;2:25-50.
6. Pérez Álvarez M, García JM. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema* 2001;13:493-510.
7. Vera-Villarreal P, Buela-Casal G. Relaciones entre ansiedad y estilo atributivo. *Revista Mexicana de Psicología* 2000; 17:137-42.
8. Buchanan GH, Seligman MEP. *Explanatory style*. New Jersey: Hillsdale, 1995.
9. Försterling F. *Attributional Therapy*. En: Graham S, Folkes V, editores. *Attribution theory: applications to achievement, mental health, and interpersonal conflict*. Hillsdale: Erlbaum, 1990; p. 123-39.
10. Peterson C, Buchanan GM, Seligman MEP. *Explanatory style. History and evolution of the field*. En: Buchanan GM, Seligman MEP, editores. *Explanatory style*. New Jersey: Hillsdale, 1995; p. 1-20.
11. Vázquez C. Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud* 1999; 10(1):59-81.
12. Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans. *J Abnormal Psychology* 1978;87:49-74.
13. Beck AT, Clark DA. Anxiety and depression: an information processing perspective. *Anxiety Research* 1988;1:23-6.
14. Joiner TEJ. Negative attributional style, hopelessness depression and endogenous depression. *Behaviour Research Ther* 2001;39:139-49.
15. Sanjuán P. Estilo atribucional y depresión: conclusiones y aspectos relevantes. *Clínica y Salud* 1999;10(1):39-57.
16. Sanjuán P, Palomares A. Análisis del estilo atribucional en estudiantes con estado de ánimo depresivo. *Estudios de Psicología* 1998;61:25-33.
17. Bonrieth MA. Normas para la revisión de artículos originales en salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International J Clinical Health Psychology* 2002; 2:509-23.
18. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press; 1979 (Trad. Bilbao, DDB 1983).
19. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: NJ University Press, 1965.
20. Santos A, Bernal G. Eventos estresantes de vida y sintomatología depresiva en tres muestras puertorriqueñas. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International J Clinical Health Psychology* 2001;1:475-94.
21. Peterson C, Semmel A, Von Baeyer C, Abramson LY, Metalsky GI, Seligman MEP. *The Attributional Style Questionnaire*. *Cogn Ther Research* 1982;6:287-99.
22. Bados A, García E, Fusté A. Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International J Clinical Health Psychology* 2002;3:477-502.
23. Haaga D, Beck AT. Perspectives on depressive realism: implications for cognitive theory of depression. *Behaviour Research Ther* 1995;33:41-8.
24. Miró E, Iáñez MA, Lozano MC. Patrones de sueño y salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International J Clinical Health Psychology* 2002;2:301-26.
25. Spielberger CD, Carretero-Dios H, de los Santos-Roig M, Buela-Casal G. Spanish experimental version of the state-trait depression questionnaire (ST-DEP): trait sub-scale (T-DEP). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de*

- la Salud/International J Clinical Health Psychology 2002; 2:51-9.
26. Spielberger CD, Carretero-Dios H, de los Santos-Roig M, Buéla-Casal G. Spanish experimental version of the state-trait depression questionnaire (ST DEP): State sub-scale (S-DEP). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International J Clinical Health Psychology* 2002; 2:71-89.
  27. Buéla-Casal G, Carretero-Dios H, de los Santos-Roig M. Relación entre depresión infantil y estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental* 2001;24:17-23.
  28. Gotlib JH, Abramson LY. Attributional theories of emotion. En: Dalglish T, Power M, editores. *Handbook of cognition and emotion*. New York: Wiley y Sons, 1999; p. 613-36.
  29. Joiner TEJ. A test of the hopelessness theory of depression in youth psychiatric inpatients. *J Clinical Child Psychology* 2000;29(2):167-76.
  30. Miller IW, Norman WM. Learned helplessness in humans: a review and attribution-theory model. *Psychology Bulletin* 1979;86(1):93-118.
  31. Whisman MA, Miller IW, Norman WH, Keitner GI. Hopelessness depression in depressed inpatient: symptomatology, patient characteristics, and outcome. *Cognitive Ther Research* 1995;19:377-98.
  32. Hamilton KE, Dobson KS. Empirically supported treatments in psychology: implications for international promotion and dissemination. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International J Clinical Health Psychology* 2001;1:35-51.
  33. Needles DJ, Abramson LY. Positive life events, attributional style, and hopefulness: testing a model of recovery from depression. *J Abnormal Psychology* 1990;99: 156-65.