

ESTADOS DE ANIMO: POLARIDADES BASICAS Y RELACIONES CON EL TRASTORNO DEPRESIVO

Ignacio Preciado
Médico Psicoterapeuta

Mood is a daily affective phenomenon made up of long-lasting and apparently unspecific feelings. The purpose of this article is the review of studies centered on its main polarities: positive valence/negative valence, high energy/low energy; tension/calm, and also its degree of inhibition/expression. Relation with the depressive disorder is established and several therapy guidelines afforded.

La depresión ha sido catalogada por el DSM-III-R como un trastorno del estado de ánimo. Sin embargo el concepto de estado de ánimo ha sido poco estudiado, en comparación con otros conceptos psicológicos. El propósito de este artículo es revisar algunos de los estudios centrados sobre él, tanto desde la óptica psicológica como desde la biológica. El estado de ánimo o humor está constituido por sentimientos cotidianos de fondo, que por su inespecificidad suelen ser valorados únicamente en una dimensión de positividad-negatividad, es decir en una polaridad agradable-desagradable. Es por ello que comenzaré considerando el tema de la polaridad, para finalmente abordar el tema de ese sentimiento básico y sus relaciones con el trastorno depresivo.

SIMETRIA Y POLARIDAD

Muchas personas siguen pensando influidas por el modelo griego, cuyo exponente es el pensamiento de Aristóteles, según el cual el punto medio es el más adecuado en la mayor parte de las polaridades. Así, tenderíamos a creer que el mejor estado de ánimo estaría situado en el punto medio entre la euforia maníaca y la disforia depresiva.

Sin embargo, la supremacía del punto medio simétrico se ha visto cuestionada en diversas ciencias. Las investigaciones en diferenciación hemisférica, expresión facial, y función neuroquímica (ver, por ejemplo, Tucker y Williamson, 1984) nos

muestran que el punto medio no es el más viable para la supervivencia. La vida es ciertamente asimétrica (Guidano y Liotti).

Para introducirnos en el tema de la asimetría adaptativa puede ser conveniente partir de la idea de polaridad, es decir de un equilibrio u organización de dos atributos, tendencias o principios contradictorios u opuestos. Esta idea, constituyó un principio básico de antiguas culturas en las que influenció artes, ciencias, filosofías y religiones. La idea de polaridad parece haber sido una construcción humana para intentar comprender el universo. Es bien sabido que la China antigua se organizaba mediante los principios universales del Yin y el Yang.

Tal como resumen Schwartz y Garamoni (1986b), en la ciencia moderna la idea de polaridad ha conducido a avances teóricos y empíricos en diversas disciplinas: matemáticas (números positivos y negativos), física (polo negativo y positivo), química (iones positivos y negativos), y biología (neurotransmisión positiva y negativa). En medicina, la noción de salud como un equilibrio entre opuestos influenció a Galeno, que formuló su teoría clásica de los cuatro humores, basados en la mezcla de las cuatro cualidades básicas (caliente, frío, seco, húmedo) en combinaciones binarias. Estas ideas antecedieron a los conceptos de homeostasis (Cannon, 1932) y “eustress” (Selye, 1978), ambos con implicaciones de que un equilibrio óptimo es una condición necesaria para la salud física.

Muchos psicólogos han conceptualizado la salud mental y otros fenómenos psicológicos básicos en términos de polaridades de opuestos. William James, anticipándose a la actual corriente cognitiva, mantenía que la acción humana podía ser comprendida como una función combinada de ideas “favorables” y “antagonistas” en lucha por el dominio en la mente.

El psicólogo de la escuela psicodinámica que más atención ha prestado a la polaridad ha sido Jung (ver, por ejemplo su obra “Los complejos y el inconsciente”). Otros teóricos psicodinámicos, entre los que se incluye el propio Freud, han conceptualizado el comportamiento normal y patológico en términos de interacción y equilibrio entre polaridades en conflicto. Baste nombrar las teorías del pecho bueno y malo de Melanie Klein. Lewin (1935), mediante su concepto de “valencia” también incluye esta polarización.

La idea de que el pensamiento se organiza en constructos bipolares es una aportación de Kelly (1955) y es uno de los pilares de su teoría constructivista (podemos ver una amplia visión de ella en Feixas y Villegas, 1990).

Las psicologías cognitiva y del comportamiento también han empleado este constructo de polaridad para conceptualizar factores cognitivos en los temas de ansiedad, estrés y depresión (Abramson et al., 1978; Beck, 1976; Ellis, 1962; Meichenbaum, 1977). En el campo de la depresión, se han medido dimensiones positivas y negativas en estilo atribucional (Abramson et al., 1978), memoria (Clark y Teasdale, 1982), autorrefuerzo (Rehm, 1977) y autoesquema (Derry y Kuiper, 1981), entre otros estudios.

Se ha ido perfilando que en muchas facetas de la vida humana el equilibrio de los opuestos no es exactamente el punto medio, como veremos a continuación analizando los trabajos realizados en el campo de la percepción.

PERCEPCION Y PROPORCION

En numerosos estudios de cognición humana (particularmente en el campo social) se ha observado que las personas tendemos a percibir el mundo que nos rodea de forma predominantemente positiva, es decir, tendemos a adscribir a los objetos percibidos más atribuciones positivas que negativas. El fenómeno ha sido denominado "sesgo positivo" en la percepción (Peeters, 1971) y ha llamado la atención de psicólogos de distintos campos. Por ejemplo, Osgood estableció la "hipótesis de Poliana", basada en esta protagonista de novela, para explicar el fenómeno cognitivo humano por el que vemos el mundo con optimismo.

Desde un punto de vista lingüístico, el fenómeno del sesgo positivo es considerado un ejemplo de una regla lingüística universal, según la cual los significados de los antónimos no son independientes. De cada pareja de palabras opuestas una es básica y se formó en un estado anterior de la ontogénesis que la otra, que se considera secundaria. Se ha demostrado que la gran mayoría de las palabras primarias son de carácter positivo. Y en los diversos lenguajes humanos existe un predominio general de palabras con significado positivo (Warr, 1971).

Schwartz y Garamoni (1986b), aseguran que este sesgo positivo está documentado por más de 1000 estudios en muy diversas áreas: lenguaje, expectativas, memoria, autopercepción, evaluación de otros, pensamiento, etc.

Además de este sesgo positivo habitual en sujetos normales, existe un sesgo negativo que ha sido investigado por los psicólogos sociales. Son muchas las evidencias que sugieren que: (1) la información negativa posee mayor peso que la positiva en la formación de impresiones y la valoración de otras personas (Kanouse y Hanson, 1972), (2) la respuesta a las pérdidas es más extrema que la respuesta a las ganancias (Tversky y Kahneman, 1981) y (3) los acontecimientos vitales negativos tienen más impacto que los positivos (Zutra y Reich, 1983), posiblemente debido a que lo negativo destaca sobre un fondo de positividad, tal como veremos más adelante. Este sesgo negativo es curiosamente un resultado complementario del sesgo positivo.

Wojciszke (1979) comprobó que a mayor sesgo de positividad en un sujeto (cuanto más positiva es su imagen de normalidad) más complejas son sus construcciones de las personas negativas que se va encontrando. Lewicka y Suchecki (1980) llegan a la conclusión general de que construimos con mayor expresividad las descripciones de las personas que no nos gustan que las que nos gustan, y que en conjunto la información negativa es más informativa que la positiva, y de ahí que sea más difícil de aceptar. Pero si es aceptada, su influencia sobre los juicios globales es mucho mayor que la que aporta la información positiva.

Una interpretación similar es la aportada por Benjafeld y Green (1978) por la cual las personas tendemos a atribuir mayor peso a las categorías semánticas negativas que a las positivas, de forma que adscribimos rasgos negativos a los objetos en mucha menor proporción. Así es como podría tener lugar el fenómeno del fondo y la forma puesto en evidencia por la escuela alemana de la Gestalt. Los fenómenos negativos, al aparecer, constituirán con gran facilidad una “figura” o “forma” que destaca del fondo.

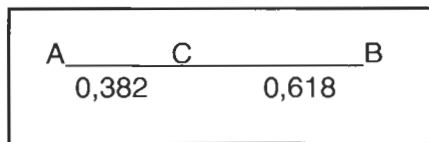
En una época como la actual en que están de moda diferentes técnicas de pensamiento positivo que pretenden aprovechar esta facultad humana de sesgar la información, es conveniente tener en cuenta estas reglas básicas de proporción. En sus versiones extremas, las técnicas de pensamiento positivo son imposturas de lo positivo, una autoinoculación de deseos de omnipotencia, generalmente acompañada de la negación de lo negativo. El empleo estricto de estas técnicas corre el riesgo de no prestar atención al hecho de que el pensamiento negativo juega un papel importante en el afrontamiento de problemas y en el proceso de cambio terapéutico. Schwartz y Gotman (1976) encontraron que tanto las manifestaciones positivas como las negativas están relacionadas con la asertividad, pero su efecto era superior en las negativas. En un estudio sobre estrés médico realizado por Kendall et al. (1979), se llegaba a la conclusión de que sólo las cogniciones negativas diferenciaban a la persona que afronta correctamente los problemas del que no lo hace. Y varios estudios de evaluación de psicoterapias indican que una terapia con éxito disminuye la cantidad de pensamientos negativos sin aumentar necesariamente la de positivos (Derry y Stone, 1979; Mavissakalian et al., 1983).

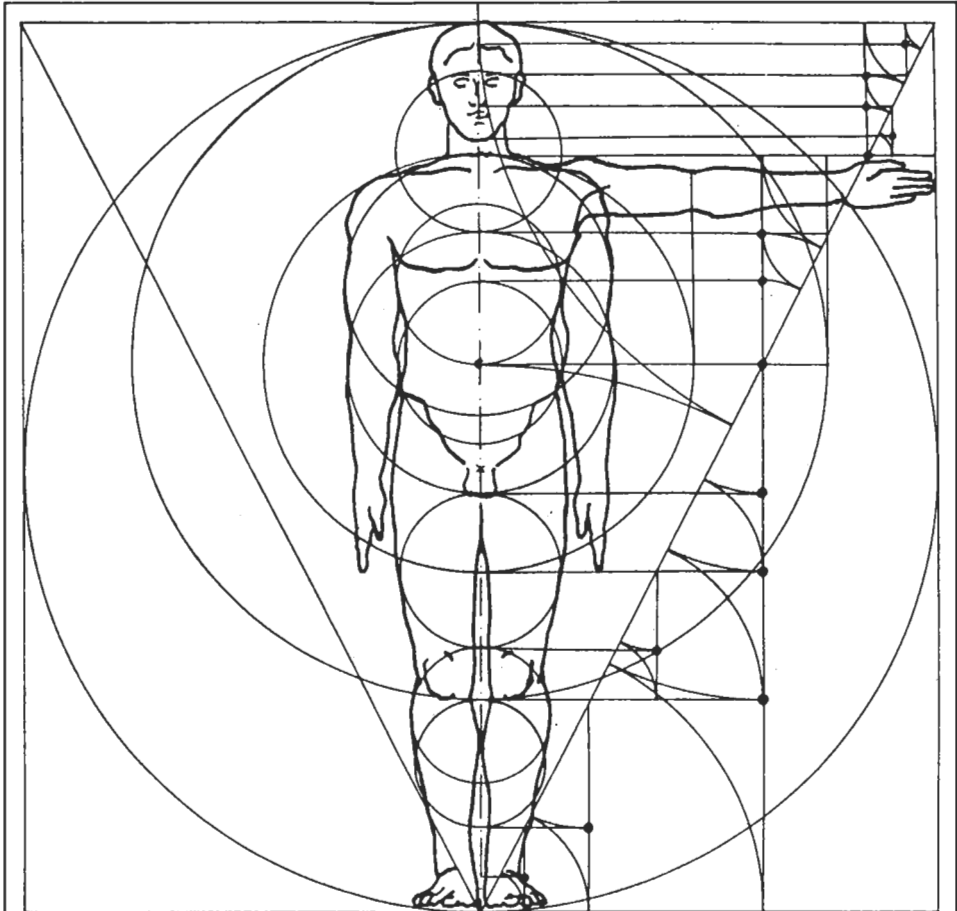
Hemos visto que existe un sesgo positivo generalizado en humanos, que constituye un fondo de positividad sobre el que lo negativo destaca al aparecer. Existe una teoría que integra ambas dimensiones de forma muy elegante, y que permite observar el equilibrio cuantitativo entre ambos sesgos. Es la hipótesis de la sección dorada que examinaré a continuación y que establece que “mientras construimos de forma positiva la mayoría de los acontecimientos, intentamos crear una armonía entre lo positivo y lo negativo que contribuya al máximo a la totalidad” (Benjafeld y Adams-Webber, 1976).

LA SECCION DORADA

Pitágoras, el filósofo presocrático, desarrolló un complejo sistema de números y formas geométricas a los que atribuía un gran significado moral. Uno de los conceptos centrales era el de la sección dorada de un segmento, que puede obtenerse al dividir el segmento (AB) mediante un punto C, de tal forma que la proporción AC:CB sea igual a CB:AB.

Si dicho segmento AB tuviera como





El canon de Zeising, realizado en el siglo pasado, consiste en la aplicación de la "sección áurea" a la figura humana. Zeising colocó según ella la altura del ombligo. La nueva división de los dos segmentos obtenidos nos marca la situación de los hombros y las rodillas. La división de los segmentos anteriores nos sitúa la de los ojos, la del centro del pecho, la del centro del muslo y la del centro de la espinilla. Estas subdivisiones y otras nuevas determinan el centro y el radio de una serie de círculos que se inscriben en la figura humana y que determinan las distintas anchuras de la misma.

longitud la unidad, CB resultaría ser matemáticamente 0,61803.

Esta sección dorada posee propiedades estéticas. Por ejemplo, se ha demostrado que el rectángulo que la mayor parte de las personas consideran más agradable a la vista es el "rectángulo áureo", cuyos lados siguen la proporción 1 : 0,62. Muchas obras de arte griegas también la siguen (por ejemplo, las estatuas de Fidias) y lo hace también la fachada del Partenón. Huntley (1970) estudió sus propiedades estéticas

y Berlyne (1971) ha sugerido una posible explicación a este fenómeno, relacionándolo con el concepto de índice de "llamatividad" ("strikingness" en inglés y "Aufälligkeit" en el original alemán) de Frank (1959), según el cual el elemento menor ocupará una proporción de la totalidad que le va a permitir destacar. Este fenómeno de "llamatividad" fue observado por Frank utilizando colores que debían ocupar de un 37 a un 38% de la superficie total para llamar más penetrantemente la atención del observador.

La idea de una sección dorada como concepto estético de proporciones es por sí misma muy atractiva. Este concepto pitagórico (denominado también "segmento áureo") es bien conocido en el mundo editorial pues el formato rectangular de los libros lo sigue en mayor o menor medida, precisamente para llamar estéticamente la atención. Existen pocos libros de formato cuadrado, y los que lo adoptan destacan precisamente por su rareza. Tampoco abundan los libros cuya altura rebasa en más del doble su anchura. Los marcos de los cuadros de la gran mayoría de pintores, sobre todo clásicos, también lo respetan. Y, en general, el segmento áureo es bien conocido en los campos del diseño y la publicidad, campos en que llamar la atención es un imperativo básico.

Se podría objetar que al ser un concepto estético, siga aún vigente en nuestra cultura por influencia griega. Sin embargo, esta proporción ocurre también con mucha frecuencia en la naturaleza, por ejemplo en los patrones de crecimiento de plantas y animales (Thompson, 1942; Bateson, 1979).

El primer psicólogo que prestó atención a la sección dorada fue Fechner (1876), que realizó miles de mediciones de longitud/anchura de objetos comunes. Adams-Webber, y también otros psicólogos como iremos viendo, ha aplicado con mayor profundidad esta proporción que atrajo a Pitágoras.

Adams-Webber fue discípulo de Kelly y de él aprendió el concepto de constructo personal que, por definición, representa una única distinción bipolar (por ejemplo bueno-malo, alegre-triste, etc.). En sus estudios sobre la "golden section", Adams-Webber utilizó la "*Role Construct Repertory Grid Test*", conocida en castellano como "*Rejilla*" (para más información sobre esta técnica podemos ver Feixas, 1989). Con ella comprobó que al aplicar nuestros constructos (por ejemplo generoso-tacaño) a otras personas, las colocamos en los polos positivos (por ejemplo, generoso) aproximadamente un 62% de las veces, es decir la proporción de la sección dorada (Adams-Webber y Benjafield, 1973, 1976; Benjafield y Adams-Webber, 1975).

Estos primeros experimentos iniciaron una larga serie, con resultados comparables, en diversos países y con diversas versiones de la técnica rejilla y otros instrumentos (ver, por ejemplo, Adams-Webber, 1982), lo que parece descartar la presencia de un artefacto experimental provocado por la propia rejilla.

Experimentos posteriores han mostrado que los adultos normales tendemos a asignarnos el mismo polo que a otras personas el 62% de las veces, con variación

entre 0,60 y 0,64 según el experimento (Adams-Webber y Benjafield, 1976; Adams-Webber y Davidson, 1979; Benjafield et al., 1976).

A la luz de estos resultados parece razonable establecer que cuando una persona se forma una impresión de otra que conoce por vez primera, tenderá a asimilar la información sobre ella de tal forma que la proporción general de las similitudes percibidas sea aproximadamente del 62%, lo que en términos de Piaget (1969) resultaría una preponderancia de la asimilación sobre la acomodación en tales construcciones. Es decir, que tratamos que nuestras impresiones cuadren lo más fielmente posible con las estructuras de nuestros sistemas de construcción, en lugar de adaptar estos sistemas a una información inesperada.

Sin embargo al realizar estos experimentos con pacientes psiquiátricos diagnosticados como depresivos, la diferencia self-otros que se halla en las rejillas es mayor que la de los sujetos normales y otros pacientes psiquiátricos control, incluyendo neuróticos, maníacos y esquizofrénicos (Ashworth et al., 1982; Space y Cromwell, 1980; Space et al, 1983). Esta observación parece consistente con el hallazgo de que los pacientes depresivos manifiestan menor identificación con otras personas que los sujetos normales, quizá debido a los cambios en su autoimagen, que les hace sentirse menos similares al resto.

Space y Cromwell (1980) encontraron además que los pacientes psiquiátricos depresivos se aplicaban más frecuentemente a sí mismos los polos negativos de los constructos que los sujetos normales y el grupo de control psiquiátrico, lo cual es consistente con la hipótesis general de Beck (1967) de que la tendencia a las autoevaluaciones negativas constituye un hecho básico en la depresión clínica. Existen también evidencias de que los estudiantes universitarios moderadamente deprimidos tienden a caracterizarse a sí mismos de forma más negativa que sus compañeros (Kuiper y Derry, 1982).

Otra de las conclusiones de diversos experimentos es que las cifras de la autoimagen positiva son superiores a las de la "sección dorada", por lo que parece que somos más generosos en los juicios con respecto a nosotros mismos que en los que realizamos sobre otras personas. Estos datos no nos deberían extrañar, pues son acordes con el conocido sesgo de ilusión y autoatribución del éxito.

MODELO DE ESTADOS DE ANIMO

Schwartz y Garamoni han estado trabajando con esta idea de proporción, siguiendo los hallazgos de Adams-Webber, y han diseñado un Modelo de Estados de Animo, desarrollado en diferentes trabajos (Garamoni y Schwartz, 1986; Schwartz y Garamoni, 1984, 1986a, 1986b). Específicamente, este modelo propone que los estados mentales de funcionamiento óptimo requieren un equilibrio preciso de cogniciones y/o afectos positivos y negativos, que sigue la proporción de la sección dorada para que lo negativo destaque de tal forma que la persona pueda afrontar el estrés en las mejores condiciones posibles.

Consecuentemente, cualquier cambio sustancial y duradero (en cualquier dirección) de este equilibrio establecido por la sección dorada representa un estado diferente de ánimo que se puede asociar a formas de psicopatología.

Diálogo interno

El modelo de Schwartz y Garamoni parte del estudio del “diálogo interno” como un proceso dialéctico basado en la polaridad de las cogniciones positivas y negativas (Schwartz y Garamoni, 1986b). Estos conceptos pueden encontrarse ya en Platón, que en el “Theaetetus” define el pensamiento como “un discurso que la mente lleva consigo misma...”.

En el campo psicológico, Watson (1925) quizá fue demasiado estricto al afirmar que el pensamiento no es más que una conversación con nosotros mismos, pero su afirmación posee un valor heurístico que permite la aplicación de conceptos de la comunicación interpersonal al dominio del funcionamiento intrapsíquico.

Este “diálogo interno” es citado en los trabajos de terapeutas de línea conductual-cognitiva como Ellis (1962), Beck (1976) y Meichenbaum (1977), recibiendo otros nombres, como “discurso interno” o “comunicación intrapersonal”.

Schwartz y Garamoni coinciden con Guidano y Liotti (1983) en la existencia de diálogos internos, en el sentido fenomenológico, entre las figuras que corresponden a diferentes aspectos del self, y en que existe una interacción dialéctica entre pensamientos positivos y negativos. La palabra “monólogo” la reservan para los estados mentales, menos frecuentes, en que los elementos positivos o negativos predominan hasta el extremo de la desaparición del diálogo.

Este Modelo de Estados de Animo considera seis tipos de estados:

1. **Diálogo positivo**, que sigue la proporción de la sección dorada, es decir con un 62% de autoinformes positivos, y que representa el estado óptimo para afrontar el estrés y lograr la adaptación. Este estado es asimétrico, dialógico (porque tanto lo positivo como lo negativo están suficientemente representados), equilibrado, estable y óptimamente discriminatorio para los acontecimientos negativos. Representaría el optimismo realista.

2. **Diálogo negativo**, que también es óptimamente discriminatorio, pero para los acontecimientos positivos. Representa una inversión de las proporciones del estado anterior que, tal como han expuesto los principios de la teoría de la Gestalt, es la forma preferida de cambio desde el estado anterior. Este estado tiene las mismas propiedades que el diálogo positivo, salvo en la valencia de su óptima discriminación. Sin embargo tiene mayor gasto emocional que el anterior, por su continua aunque moderada negatividad, por lo que se relaciona con la depresión moderada, tal como indican Hollon & Kendall (1980) al afirmar que los depresivos presentan autoinformes más negativos que positivos y que esta relación mantiene la depresión.

3. **Diálogo interno de conflicto o ambivalencia**, en el que las proporciones son simétricas. Schwartz y Garamoni lo consideran saludable y necesario para el

crecimiento y desarrollo *si es transitorio*. Porque el conflicto, la duda, la perplejidad y la contradicción son útiles en el proceso de resolución de problemas. Se ha comprobado empíricamente (Schwartz y Gottman, 1976; Bruch, 1981; Heimberg et al., 1983) que esta ambivalencia, o coexistencia de ideas, actitudes y emociones antitéticas tiene mucha relación con la ausencia de asertividad. Este estado se caracteriza por ser dialógico, simétrico, equilibrado, estable y máximamente (no óptimamente) discriminatorio. Está relacionado clínicamente con la ansiedad ligera, la depresión y los rasgos obsesivos.

Podemos llevar esta teoría un poco más lejos y decir que estas tres proporciones entre positividad y negatividad del diálogo interno son normales si son transitorias, si la persona no se queda aferrada a una de ellas. Porque las crisis, incluso aquellas con una proporción elevada de pensamiento negativo, no son siempre patológicas. Pueden también ser, tal como sugiere la palabra griega de la que procede crisis, una oportunidad de cambio. Piaget así lo entiende cuando considera necesario un cierto grado de duda y contradicción para el equilibrio de las estructuras cognitivas de alto nivel y para la solución de problemas.

En cambio, los dos estados de monólogo de Schwartz y Garamoni parecen más problemáticos desde un punto de vista psicopatológico.

4. **Monólogo positivo** o “polianismo”, en el que está presente una proporción de autoinformes positivos superior al 69%. Este estado se presenta en clínica en las formas de manía y optimismo irreal. En el trastorno bipolar, la dificultad del establecimiento de un punto de equilibrio provoca que se oscile entre el monólogo positivo y el negativo (Akiskal, 1982). Desde un punto de vista de la teoría del procesamiento de la información, este monólogo representa un beneficio de positividad con el costo de una pérdida de poder discriminatorio, pues en este estado algunos acontecimientos negativos pueden pasar desapercibidos. En el caso de que la negatividad llegue a tal grado que no pueda ser negada, el autoesquema no está preparado para recibirla (Goldfried y Robins, 1983; Turk y Speers, 1983) y se puede producir la inversión hacia el estado siguiente.

5. **Monólogo negativo**, en la que los autoinformes positivos representan el 31% o menos. Lo mismo que el estado anterior es monológico, asimétrico, desequilibrado, inestable y mínimamente discriminatorio. Ocurre en las depresiones profundas y en estados de gran pánico.

Sin embargo, ambos monólogos pueden ocurrir en situaciones que no pueden ser consideradas patológicas. Existe un cierto grado de polianismo transitorio en el descubrimiento creativo y en lo que Maslow (1968) denominaba “experiencias cumbre”. Y un monólogo negativo puede ser normal tras una catástrofe.

6. El último de los estados que Schwartz y Garamoni citan es la **ausencia de diálogo interno**, en el que existe muy baja frecuencia de autoinformes. Tampoco puede considerarse necesariamente patológico, pues aparece tanto en la represión y negación (consideradas como defensas) como en la ausencia de pensamiento que

se logra tras ejercicios meditativos.

Los estados de ánimo son conceptualizados como sistemas cibernéticos que no están constantemente fijados en puntos específicos, sino que su punto de regulación fluctúa en función de circunstancias ambientales tanto internas como externas. Sin embargo, existen puntos en que tienen tendencia a fijarse. También existen diferencias entre la estabilidad de los diálogos y los monólogos, pues los primeros son más estables.

En su evaluación empírica del Modelo de Estados de Animo, Schwartz y Garamoni reanalizaron datos de estudios muy variados y encontraron unos valores medios de autoinformes positivos de 0,630 en el diálogo positivo, de 0,489 en el diálogo interno de conflicto, y de 0,374 en el diálogo negativo (muy cercanos a los valores que se esperaban teóricamente).

En cuanto a la depresión, convendría destacar que existe relación entre la disminución de la puntuación y la búsqueda de ayuda terapéutica. Y que si esta ayuda es efectiva se acompaña de una elevación rápida de esta puntuación (estudios de Craighead, 1979; Valerio y Stone, 1982, reanalizados por Schwartz y Garamoni). Sin embargo, si como resultado de la terapia se alcanza excesiva positividad, la recaída es más frecuente, punto este que también desaconseja la utilización de técnicas de pensamiento positivo.

Frente a teorías muy influenciadas por la idea del *equilibrio congruente*, como las de Heider y Festinger, que consideran el equilibrio como la reducción y eliminación de las inconsistencias, Schwartz y Garamoni, siguiendo a otros teóricos como Berlyne, Hunt, y McClelland, definen el equilibrio como la consecución de un estado de *incongruencia óptima*.

Crítica al modelo de los estados de ánimo

Aunque Schwartz y Garamoni, al diseñar su modelo, dieron gran importancia a esta polaridad positivo-negativo, reconocen que la evaluación cognitiva no se acaba ahí. Arnkoff y Glass (1982) ya advirtieron que una focalización excesiva en esta dimensión puede ser excesivamente simplificadora. Es necesaria una evaluación multidimensional, como la que veremos a continuación, realizada por Thayer.

Además, este modelo de estados de ánimo pone excesivo énfasis en el óptimo equilibrio de la sección dorada. Aunque éste quizá sea el punto adecuado para vivir las situaciones normales, cualquier estancamiento en el "statu quo" puede conducir a pérdida de flexibilidad y capacidad de cambio del sistema. Lo importante es la posibilidad de moverse entre polaridades, de tenerlas disponibles. Si la persona se niega ciertos polos, puede aparecer patología, porque el otro polo se convierte en una obligación en lugar de una elección libre.

"Los seres humanos no avanzamos por medio del equilibrio sino mediante procesos de tesis-antítesis" tal como afirma Rollo May (1972). Si bien es cierto que, como hace notar el mismo autor, la excesiva polarización conduce al conflicto. Por

fortuna, los opuestos nunca se dan puros: siempre hay algo de eros en logos y algo de logos en eros.

ALGUNOS CONCEPTOS BASICOS SOBRE EMOCIONES

El estado de ánimo es un concepto emocional, por lo que puede sernos útil establecer algunas definiciones de los términos afectivos, pues en este campo existe mucha confusión terminológica, sobre todo al respecto de las diferencias entre emoción y sentimiento (Preciado, 1991). Comenzaremos definiendo los términos más utilizados.

Por **afectividad** entendemos la tonalidad emotiva que impregna la existencia del ser humano. Dentro de este campo de la afectividad, la **emoción** es una reacción expresiva motórica, que puede ser consciente o inconsciente, más breve y puntual que el sentimiento y más intensa generalmente que éste, y centrada en un objeto que interrumpe el flujo normal de la conducta y la reorienta.

El **sentimiento** se diferencia claramente, al ser subjetivo y tener que ver con la autopercepción de la emoción, como la propia palabra sentimiento deja entrever. Es producido por la repetición de emociones o por cambios bioquímicos internos. Es más prolongado, de intensidad media o baja, y global, es decir, no centrado en un objeto. Pese a ser de menor intensidad que la emoción, tiene gran influencia en la conducta.

Cuadro de diferencias básicas entre emoción y sentimiento

Emoción	Sentimiento
1. Reacción expresiva motórica	1. Autopercepción subjetiva de la emoción
2. Consciente o inconsciente	2. Consciente
3. Más breve y puntual	3. Más prolongado
4. Generalmente más intensa	4. De intensidad media o baja
5. Centrada en un objeto	5. Global
6. Reorienta la conducta	6. Influencia la conducta

El **estado de ánimo o humor** es un fenómeno afectivo cotidiano, que está constituido por sentimientos positivos o negativos de carácter genérico. Son sentimientos de fondo que no pueden ser achacados a una razón particular, es decir, que no tienen una causa fácilmente identificable. De forma que, por su inespecificidad aparente, la persona se refiere a él como bueno o malo, dando pocos detalles más acerca de sus características. En este sentido el humor es un concepto polarizado.

La duración de un estado de ánimo puede ser variable, pero nunca muy breve, y por ello ha recibido el nombre de estado, aprovechando la popularización del término de Allport (1937). Este tema de la duración es importante para distinguirlo

de la emoción, distinción a la que se refiere Nowlis (1965) al establecer un continuum temporal que incluye temperamento, estado de ánimo y emoción, en el que el primero es el más prolongado y la última la más breve.

Los estados de ánimo, como sentimientos que son, se producirán por la repetición en un tiempo corto de la misma emoción, por una sucesión de emociones distintas, y también pueden ser inducidos por cambios bioquímicos orgánicos (así se explica que las enfermedades o el cansancio puedan afectar el humor).

Una emoción prolongada durante horas inducirá un estado de ánimo, caracterizado por una mayor reactividad emocional y un umbral más bajo de activación de una emoción. Esto es lo que sucede en la depresión, en que las emociones que inundan la vida del sujeto son según Ekman la tristeza y el miedo (Ekman, 1984, en Páez et al., 1989). Otra emoción que puede intervenir en el estado de ánimo depresivo sería la culpa. La tristeza aparece asociada a situaciones negativas muchas veces sin un agente causal claramente establecido (Barrio et al, 1989).

Este campo del humor (y, en concreto el de valencia negativa) ha sido incluido en el pasado en categorías laxas, por ejemplo bajo etiquetas de depresión neurótica leve, neuropatía, psicoastenia, neurastenia, melancolía, etc.

IMPORTANCIA DEL ESTADO DE ANIMO

Schwartz y Garamoni nos han introducido en el tema del estado de ánimo a partir del de proporción de pensamiento positivo y negativo. También existen aproximaciones biológicas, que tienen en cuenta sus relaciones con el arousal, que en este artículo vamos a considerar sinónimo de activación, conceptos ambos que se refieren al componente energético de la conducta. De estas aproximaciones biológicas me ocuparé a continuación.

Según Thayer (1989), el estado de ánimo es un componente afectivo que predispone conductas (hecho ya conocido por Nowlis, 1965; y Ryle, 1949) y que, como tal, puede tener más importancia para controlar la propia vida que los acontecimientos, aunque a menudo interviene sólo como una disposición, tendencia o inclinación que influencia pero no siempre controla la conducta. Este humor lleva información sobre el estado energético de la persona, de forma que puede ser considerado como la percepción que el propio sujeto tiene de su arousal energético. Queda claro que no es lo mismo arousal que humor, siendo éste último la autopercepción del primero (Andrés, 1989). En la misma línea, Tous (1988) afirma:

“La autopercepción (conciencia) que el individuo tenga de sus recursos de activación influirá en su pensamiento y en su rendimiento, llevándole a establecer sentidos distintos a la dirección de su conducta... Factores como los estados de humor, de autoestima, de ánimo, y sus contrarios, los estados de depresión, de falta de confianza en sí mismo y de apatía, adquieren entonces un pleno significado como mediadores entre los niveles bioquímico-eléctricos percibidos y la dirección o significado de la conducta manifies-

ta.” (Tous, 1988).

Esta información de tipo energético puede ser muy relevante para la vida, pues ciertos estados de ánimo (el cansancio autopercebido, por ejemplo) son portadores de señales vitales acerca de la propias posibilidades de acción.

DIMENSIONES DEL AROUSAL

Thayer (1989), en su teoría, considera dos sistemas biológicos cuya interrelación es importante para entender este tema del humor. El primero de ellos es el de *arousal energético*, reconocible, cuando predomina, por las sensaciones subjetivas de energía y vigor. El segundo es el de *arousal tenso*, que viene asociado con sentimientos de tensión, ansiedad y miedo. Si predomina el arousal energético, la persona queda predispuesta a moverse, a actuar, y si experimenta una disminución en él, se prepara para el descanso y la inactividad. Por otra parte, si predomina el arousal tenso, frecuente en caso de que se presente algún peligro real o imaginario, la persona también queda predispuesta para la acción, pero con un alto grado de inhibición concomitante. Para advertir el peligro será más adaptativo el arousal tensional, pero en la huida volverá a tomar protagonismo el energético.

Para entender estos dos sistemas, Thayer recurre a ejemplos. El arousal energético se puede comprender con el ejemplo de un hombre cortando el césped tras un rato de descanso. Cuando se levanta y comienza la labor se movilizan muchas funciones corporales y, a medida que la actividad progresa, el arousal corporal va interrelacionando estas funciones. Este sistema de arousal es consciente, va de la tranquilidad a la activación, y está muy asociado con la actividad motora gruesa.

El arousal tensional se puede entender con el ejemplo del oficinista que es reclamado por un jefe enfadado, y sufre una movilización para una emergencia potencial. Este sería un arousal que ocurriría naturalmente, de forma no consciente y que viene determinado por necesidades evolutivas. Sería el mismo arousal de la reacción de alarma al estrés de Selye (1956 y 1978). Las consecuencias fisiológicas son parecidas al arousal energético, pero existen al menos tres diferencias:

- 1) La musculatura se tensa, sobre todo en cuello, hombros y espalda, pues este es un patrón de preparación motora, pero no necesariamente de ejecución. Existe mucha inhibición muscular.
- 2) La atención se dirige al estímulo peligroso en lugar de hacerlo hacia la tarea como sucedía en el caso del arousal energético, dando la impresión de que el sujeto está distraído si está paralelamente realizando alguna.
- 3) Existe una disminución de la autopercepción de arousal energético, y puede aparecer en su lugar un sentimiento de cansancio subjetivo.

Este arousal tensional está relacionado con el estrés y el peligro que lo desencadena, que en la vida moderna puede ser de tipo muy difuso. Las personas en que predomina este sistema de arousal comienzan el día con energía tensional y acaban por la noche con cansancio tenso. Algunos tipos de depresión incluyen un

fuerte componente de tensión - cansancio. De hecho, uno de los síntomas de la depresión es la fatiga subjetiva y la ausencia de energía. Sin embargo, es útil no confundir estrés y depresión, al ser dos síndromes distintos, aunque la persona deprimida puede utilizar el estrés como explicación o excusa para su cansancio o apatía.

Lo característico en la persona que sufre una crisis depresiva es el arousal energético bajo, mientras el tensional es alto. El patrón es de baja energía, alta tensión (Bassin & Thayer, 1986). El insomnio, que muchas veces se asocia a la depresión sigue también el mismo patrón de baja energía - alta tensión, por lo que no es extraño que depresión e insomnio se asocien.

Thayer (1989) considera el concepto de arousal como un excelente puente entre fisiología y psicología, al ser una respuesta psicofisiológica, resultado de la activación simultánea de muchos sistemas fisiológicos y psicológicos.

El concepto de arousal se ha aplicado en muchas ocasiones de forma muy específica (para denominar la activación cerebral o cardiovascular, por ejemplo), mientras que Thayer lo utiliza de forma más general, refiriéndose a los cambios que ocurren en todo el cuerpo con las emociones, ejercicio físico, sueño, vigilia, etc.

VARIABILIDAD DEL ESTADO DE ANIMO

El estado de ánimo tiende a ser más duradero que la emoción, pero puede manipularse, tal como se ha hecho repetidamente en investigación mediante los experimentos de Velten (1968). Puede variar bajo el influjo de muy diversas circunstancias, sobre todo con los problemas personales y circunstancias vitales.

Por su importancia para los trastornos depresivos, resaltemos que el ejercicio moderado aumenta el arousal energético (ver Thayer, 1978) y bastan diez minutos de paseo para mejorar el estado de ánimo durante minutos o algunas horas. Se ha comprobado también que otros tipos de ejercicio físico, la música, la ingestión de alimentos, la visión de películas de cine, la autosugestión y autohipnosis son otras formas de alterar el humor. Hasta el tiempo atmosférico y características climáticas tienen un efecto apreciable sobre el estado de ánimo, como se releja en refranes populares.

Los ciclos de sueño también afectan al arousal, y al reducir el número de horas de sueño aumenta el arousal tenso (Johnson, 1982). La siesta, si se duerme habitualmente, aumenta el energético (Taub, 1982).

Durante el periodo premenstrual femenino existe un incremento del arousal tenso (Asso y Braier, 1982), mientras que el arousal energético es más elevado a mitad del ciclo. Asso interpreta estas diferencias como indicadores de mayor arousal cortical a mitad del ciclo y mayor arousal autónomo en el periodo premenstrual, quizá como mecanismo adaptativo reproductor.

Sin tener que adentrarnos excesivamente en la cronopsicología, lo más notable de estas relaciones entre arousal y ritmos es que la energía subjetiva es baja al

despertar, va aumentando a lo largo del día y alcanza un pico a las 3-4 horas de éste. Existe un segundo pico, menor que el anterior a las 8-10 horas del despertar, que en la mayoría de las personas coincide a media tarde, aunque existen diferencias individuales. Estos picos corresponderían al arousal energético. El arousal tenso también sigue un ritmo diurno, pero sus picos ocurren con posterioridad al energético.

Un problema es percibido de forma distinta según la hora del día en que le dedicamos nuestra atención. Thayer programó varios experimentos para demostrarlo, mediante la utilización de autovaloraciones (ver Thayer, 1987; Thayer, Takahashi & Pauli, 1988). Cuando la energía es baja, los problemas parecen más serios. Y existe un optimismo normal a partir de media mañana y media tarde. Un optimismo que, en ocasiones no es realista. Este buen humor matinal, como sabemos por la clínica, no ocurre en muchas crisis depresivas, en que al parecer se invierte este ritmo de estado de ánimo.

QUE HACE LA PERSONA CON SU MALHUMOR

Un malhumor intenso puede ser más desagradable que algunos dolores físicos. Según Thayer (1989) existen al menos tres tipos de reacciones cognitivas que modifican los procesos de motivación.

1. El estado de ánimo negativo actúa como señal que hace que la persona comience a realizar acciones para superarlo.

2. Sobre todo en las ocasiones en que el malhumor ha estado presente mucho tiempo, llegado a un punto, el individuo puede crear un esquema cognitivo que mantendrá este estado de ánimo negativo, un esquema que se puede expresar con razonamientos del tipo: “Aquí llega de nuevo este sentimiento...el mismo de siempre...del que no me puedo escapar...siempre lo tendré.”

3. Una tercera posibilidad consiste en que el humor disfórico ayude a precipitar un comportamiento no deseado y que, al darse cuenta de este comportamiento, la persona se desanime, y en consecuencia su mal humor empeore.

Una persona que sufre una crisis depresiva puede tener dificultad para superar la inercia que le mantiene deprimido sin realizar los cambios necesarios para mejorar su estado debido a estas dos últimas reacciones cognitivas.

Según hemos visto, la depresión leve y moderada se caracteriza por un sentimiento de baja energía y alta tensión. Pero si la persona llega a un grado de decaimiento muy grande, disminuirá finalmente la tensión, provocándose un estado de ánimo descrito como apatía. Este estado es una reacción biológica predecible ante la disminución extrema de recursos.

Es importante matizar que si la depresión y la disforia no integraran ningún otro elemento aparte del cansancio tenso, sería esperable que mejoraran mediante el descanso. Esto puede suceder en ciertas situaciones de estrés y ansiedad, pero no es lo que ocurre en las crisis depresivas. De todos modos esta sensación de cansancio

y tensión puede ser uno de los factores que dificulten la salida de la crisis, quizá aumentando la sensación de desesperanza aprendida (Seligman, 1976).

Hay una diferencia apreciable entre el cambio del estado de ánimo y el cambio del estado depresivo, aunque exista cierta relación entre ambos cambios; de la misma forma que es distinto el cansancio tenso de Thayer y el causado por depresión. Muchas personas se autoperciben tensas y cansadas, e incluso pesimistas e infelices, y se sienten estresadas, pero no deprimidas. Aunque si la situación persiste, el estrés hará que la persona se tome las cosas de forma que no le aporten refuerzos positivos, y por tanto puede desencadenar a la larga un estado depresivo.

DEPRESION: DIFICULTAD DE CAMBIO DEL ESTADO DE ANIMO

“La depresión está marcada por el cambio: actividades que eran gratificantes dejan de serlo, individuos activos se vuelven dubitativos e indecisos, el interés e implicación se convierte en apatía, y en casos extremos la persona puede llegar al suicidio y la autodestrucción” (Hollon y Beck, 1979). Pese a que no siempre el cambio es tan drástico como lo plantean estos autores, pues la persona deprimida era muchas veces poco activa e implicada antes del episodio, aunque en él estas tendencias se agravan, hasta tal punto que se puede llegar a ver como “otra persona”.

Una vez instaurada la crisis es de difícil modificación, al crearse círculos viciosos. Para Frank (1985) el factor psicológico responsable de la depresión estaría basado en la “desmoralización” que conduciría a experiencias de fracaso y mayor disforia, es decir un círculo vicioso que agrava aún más el estado del paciente. Algo parecido al deprimirse más como consecuencia de sentirse deprimido descrito por Teasdale (1985). Esta situación mantiene la depresión una vez vivenciada la disforia, dificultando la superación de un estado de ánimo bajo y, por tanto el curso hacia la remisión.

Guidano (1987) considera que la dificultad de cambio es debida a la indefensión y desesperanza al igual que lo hizo Seligman en su teoría de la desesperanza aprendida, aunque, a diferencia de Seligman, basa esta indefensión en el desarrollo de un sentimiento de pérdida por una deficiente vinculación infantil (Bowlby, 1958, 1969).

Desde una aproximación constructivista la dificultad de cambio se hace patente en los niveles severos de depresión (Neimeyer, 1985) y puede ser el resultado del proceso de constricción descrito por Kelly (1955) como una forma de cerrarse uno en sí mismo si el exterior no confirma las propias construcciones.

Este concepto de constricción está relacionado con el de resistencia al cambio. La resistencia se manifiesta como una ausencia de cooperación del paciente ante una perspectiva de cambio, que puede presentarse en la terapia y “es más evidente cuando el desequilibrio (se entiende el creado entre las construcciones propias y las aportadas por el mundo exterior o el terapeuta) es intenso y exigente” (Mahoney, 1985). En los momentos en que aparece resistencia el individuo considera amenazante

el cambio. La resistencia es muchas veces el resultado de un error terapéutico por la propuesta de un paso para el que el cliente aún no está preparado. Mahoney (1991) ha propuesto ir a favor de la resistencia, y no forzarla. Esta constricción defensiva y su impermeabilidad explicaría el fracaso de algunas terapias en pacientes depresivos, sobre todo si el terapeuta utiliza a destiempo técnicas interpretativas negativistas.

DEPRESION E INHIBICION

Para explicar la dificultad de cambio del estado deprimido se han elaborado también teorías desde una perspectiva biológica. Sackeim (1986), achaca esta dificultad de cambio de humor al control inhibitorio. Tendemos a inhibir la disforia, lo cual es comprensible desde una perspectiva evolutiva: la depresión incapacita. Apoya su teoría en la constatación de que la patología vascular y tumoral cerebral, y las crisis epilépticas dan sintomatología disfórica con mucha más frecuencia que eufórica, al desorganizar este control inhibitorio.

El control inhibitorio de los sistemas neuronales se va diferenciando con la maduración. En este sentido, el niño tiene las manifestaciones afectivas menos inhibidas, por no estar las fibras nerviosas suficientemente mielinizadas. En edad avanzada esta inhibición se deteriora, lo que explicaría la mayor prevalencia de depresión en la senectud, con periodos más breves de normotimia y sintomatología afectiva más abrupta (ver p. ej. Goodwin & Jamison, 1984).

Las personas que no expresan las emociones tienden a una sobre-activación fisiológica motórica, generada por el trabajo fisiológico extra que la inhibición conlleva. Así, el arousal cortical del depresivo es superior al del sujeto "normal", mientras que la actividad motora de la persona que sufre una crisis depresiva profunda puede ser muy baja. El depresivo realiza un gran gasto inhibitorio.

Pennebaker et al. (1987) encontraron que en los sujetos que expresaban sucesos emocionales traumáticos disminuía la conductividad electrodermal, medida fisiológica asociada a la inhibición conductual. Los sujetos represores o inhibidores (como es el caso de las personas en crisis depresiva) evidencian alta conductividad electrodermal.

La posibilidad de expresarse en psicoterapia, en terapia grupal, o en una situación social mejora la sintomatología depresiva. Al menos, lo que ha sido comprobado es que los sujetos que narran experiencias traumáticas muestran posteriormente una mejoría del estado de ánimo y de respuesta inmunológica, y un menor consumo médico (Pennebaker et al., 1988; Neale et al, 1988). Esta puede ser una de las claves de la eficacia de la psicoterapia basada en la empatía en el tratamiento de la depresión.

La aparente inespecificidad del estado de ánimo dificulta su expresión. Es por ello que como psicoterapeutas tendremos que recurrir a técnicas, como las propuestas por Safran y Greenberg en este mismo número, que ayuden al depresivo a

descubrir y concretar las emociones que indujeron su estado estado de ánimo. Además, podemos ayudar a la persona deprimida a comprender el significado de estas emociones.

La emoción, lejos de ser un vestigio irracional del pasado evolutivo, constituye un inteligente estado de transición, una solución bio-psicológica a situaciones para las que la cognición no tiene respuesta. La emoción es portadora de significado, y el reto del terapeuta que trabaja con personas que sufren trastornos del estado de ánimo es ayudar a descubrirlo.

CONCLUSIONES

Hemos visto que el punto medio no es el más adaptativo en la dimensión que valora la positividad-negatividad del estado anímico, sino que parece más adecuada la proporción de la “sección dorada”, tal como propusieron Benjafield y Adams-Webber (1975). Este equilibrio es asimétrico o, si lo preferimos, es un “punto medio áureo”. Así, las personas “normales” distorsionamos o sesgamos la información como estrategia para que destaque lo negativo, y poder adaptarnos mejor a un ambiente en que hay que estar preparado para detectar con rapidez las amenazas. Esta estrategia permite a la persona vivir en un estado de ánimo moderadamente positivo.

Al estudiar el estado de ánimo desde un punto de vista biológico, Thayer amplía el número de dimensiones, al incluir una polaridad “energía alta - energía baja” y otra de “tensión - calma”. El estado de ánimo del arousal energético tiene un tono afectivo positivo, y en sus niveles más altos está relacionado con el optimismo y el aumento de la autoestima. En estados de baja energía y cansancio, el humor es menos optimista, y se valoran con mayor negatividad los problemas personales. En estudios con sujetos que padecen depresión moderada aparece el patrón característico de baja energía y alta tensión (Bassin & Thayer, 1986).

La diferencia básica entre el estado de ánimo negativo y la depresión es que en ésta última existe dificultad de cambio del primero. Esta dificultad puede ser explicada biológicamente por medio del aumento del control inhibitorio, como propone Sackeim. Sin embargo, un deterioro de este control no explica convenientemente la instauración del síndrome depresivo ante conflictos psicológicos. Pese a todos los esfuerzos e investigaciones no existe hasta el momento un modelo suficientemente amplio y detallado que cubra los aspectos fundamentales de esta relación entre estado de ánimo y depresión.

Lo que sí empieza a estar claro empíricamente son algunos factores que facilitan la efectividad de la psicoterapia en las crisis depresivas. La comprensión empática, al respetar las resistencias y permitir que la persona se exprese, parece superior a las interpretaciones negativistas, o al exceso de positividad por parte del terapeuta.

Es importante no catalogar al depresivo de irracional o “distorsionador”, sino

en todo caso considerarlo una persona que ha abandonado (muchas veces de forma temporal y motivada) la estrategia del sesgo positivo de procesamiento de la información, y tiene tendencia a evaluarse negativamente y a establecer un diálogo ambivalente o negativo. Sobre este tema es interesante el artículo de Haaga y Beck publicado en este mismo número.

También es importante facilitar la movilización tanto física como psíquica del depresivo, aunque sólo influya en la mejora del estado de ánimo y en la disminución de su sufrimiento.

Hemos visto que la mejora del estado de ánimo no es equivalente a la del trastorno depresivo. En el trabajo con las personas que sufren un trastorno depresivo de cierta duración, nos inclinamos por las técnicas que ayuden a conectar el estado de ánimo con las emociones que lo indujeron, para posteriormente ayudar a la persona a descubrir el significado de estas emociones. En ocasiones, sobre todo en las depresiones más profundas, el trabajo será más arduo, requiriendo una ayuda más global en la estructuración cognitivo-afectiva de la persona.

Aunque no hayan sido incluidas en este artículo, por no corresponder al tema de estudio, las teorías que parecen más aceptables en la génesis de las depresiones profundas son las de Bowlby (ver, por ejemplo, Bowlby, 1958, 1969, 1973, y 1988). Este autor y otros investigadores han observado que los niños que no pueden obtener una base segura de cariño, aprecio y confianza con sus padres u otras personas significativas tienen dificultad en la construcción de su identidad. Una persona con identidad débil es más fácil que se “derrumbe” por pérdidas de personas o valores que daban sentido a su vida, y llegue a predecir que nada bueno es posible de ahora en adelante, estableciendo un monólogo negativo de difícil cambio. Su malhumor es consecuencia de estar aprisionado por el derrumbamiento, o de vagar por su particular “campo de calaveras” en el que no existe refugio seguro ni materiales para construirlo, si no es con la ayuda de otros.

No todas las depresiones son tan dramáticas, pues muchas son crisis con estado de ánimo negativo o ambivalente, que expresan una necesidad de desarrollo personal. Algo así como si se nos hubiera quedado pequeña la casa y el derrumbe fuera necesario para poder realizar reformas. Entonces es de sabios detenerse y retirarse temporalmente como preparación a esta reforma. Muchas crisis de la adolescencia y otros momentos de cambio creativo de orientación vital pueden ser explicadas mediante esta metáfora de la reforma en la construcción personal. Si en estos casos persiste el negativismo, puede ser debido a que no hacemos caso a las señales de peligro, a que no entendemos las razones de nuestros fracasos, o que simplemente no ponemos en práctica los cambios que serían necesarios para reestructurarnos y evolucionar. Pero, para afrontar la crisis puede ser necesaria una fase de negativismo.

El estado de ánimo negativo y la inmovilidad consiguiente pueden ser adaptativos en la especie humana. En sociedades con un cierto grado de salud

permiten obtener ayuda, que en la nuestra puede verse interferida por la frecuente acusación de victimismo o masoquismo, es decir que la persona deprimida le ha tomado gusto a sentirse mal, e incluso exagera su malestar para obtener atención. Si bien el victimismo puede convertirse en un recurso relacionante extremo, la interpretación negativista no resulta un abordaje terapéutico adecuado en los casos de depresión. Además, la persona que aún no ha llegado a una fase muy avanzada del proceso depresivo tiene un sentido de realidad menos sesgado que el resto de la población. Si ve un paisaje ruinoso a su alrededor, posiblemente esté en lo cierto, aunque esté compuesto por sus propias ruinas. En esos momentos puede necesitar ayuda para construirse o reconsiderar su situación. Que alguien le escuche y le permita expresarse puede ser el inicio del camino que le aleje de la desesperación y le permita vislumbrar nuevos proyectos en la vida.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer el asesoramiento de los Drs. Guillem Feixas y Josep María Tous en la realización de este trabajo. Así mismo al Dr. Manuel Villegas los comentarios sobre el artículo definitivo.

El estado de ánimo es un fenómeno afectivo cotidiano, constituido por sentimientos duraderos y aparentemente inespecíficos. El propósito de este artículo es la revisión de los estudios centrados en sus principales polaridades: positividad/negatividad, energía alta/energía baja, tensión/calma, y también su grado de inhibición/expresión. Finalmente, establecemos algunas relaciones con el trastorno depresivo y recomendaciones para su terapia.

Referencias bibliográficas:

- ABRAMSON, L. Y., SELIGMAN, M. E. P., & TEASDASLE, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, pp. 49-74.
- ADAMS-WEBBER, J. (1982). Assimilation and contrast in personal judgement: The dichotomy corollary. In J. C. Mancuso & J. R. Adams-Webber (Eds.): *The construing person*. New York: Praeger.
- ADAMS-WEBBER, J. & BENJAFIELD, J. (1973). The relation between lexical marking and rating extremity in interpersonal judgment. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 5, pp. 234-241.
- ADAMS-WEBBER, J. & BENJAFIELD, J. (1976). The relationship between cognitive complexity and assimilative projection in terms of personal constructs. *Bulletin of British Psychological Society*, 29, pp. 219
- ADAMS-WEBBER, J. & DAVIDSON, D. L. (1979). Maximum contrast between self and others in personal judgment. *British Journal of Psychology*, 70, pp. 517-518.
- AKISKAL, H. S. (1982). The bipolar spectrum: New concepts in classification and diagnosis. In L. Grinspoon

- (Ed.), *Psychiatry update: Volume II* (pp. 271-292). Washington DC: American Psychiatric Press.
- ALLPORT, G. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Holt, Rihn: New York.
- ANDRES, A. (1989). La medida de la activación en psicología de la personalidad. En: A. Andrés Pueyo y J. M. Tous Ral, *Psicología diferencial y de la personalidad. Lecturas*. Barcelona: PPU.
- ARNKOFF, D. B. & GLASS, C. R. (1982). Clinical cognitive constructs: examination, evaluation, and elaboration. In P. C. Kendall (Ed.) *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. New York: Academic Press.
- ASHWORTH, C. M., BLACKBURN, I. N., & MCPHERSON, F. M. (1982). The performance of depressed and manic patients on some repertory grid measures. *British Journal of Medical Psychology*, 55, pp. 247-255.
- ASSO, D., & BRAIER, J. R. (1982). Changes with the menstrual cycle in psychological and self-report measures of activation. *Biological psychology*, 15, pp. 95-107.
- BARRIO, F., BASABE, N., CELORIO, M., DE LA VIA, R., ECHEBARRIA, M., HORMAZA, M., y PAEZ, D. (1989) Alienación y afectividad. En A. Echebarría y D. Páez (Eds.): *Emociones: Perspectivas psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- BASSIN, R. B., & THAYER, R. E. (1986). *Self-reported depression, moderate exercise and arousal level*. Paper presented at Western Psychological Association. Seattle, Washington.
- BATESON, G. (1979). *Mind and nature*. Nueva York: Dutton.
- BECK, A. T. (1967). *Depression. Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: International Universities Press.
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- BENJAFIELD, J., & ADAMS-WEBBER, J. (1975). Assimilative projection and construct balance in repertory grid. *British Journal of psychology*, 66 pp. 169-163.
- BENJAFIELD, J., & ADAMS-WEBBER, J. (1976). The golden section hypothesis. *British Journal of Psychology*, 67, pp. 11-15
- BENJAFIELD, J., & GREEN, T. R. G. (1978). Golden section relations in interpersonal judgements. *British Journal of Psychology*, 69, pp.25-35.
- BENJAFIELD, J., JORDAN, D., & POMEROY, E. (1976). Encounter group: A return to the fundamental. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13, pp. 387-389.
- BERLYNE, D. E. (1971). *Aesthetics and psychobiology*. New York: Apple-Century-Crofts.
- BOWLBY, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International journal of psychoanalysis*, 39, 350-373.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol 1, Attachment). New York: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and loss* (Vol 2, Separation, anxiety, and anger). New York: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1988). El papel de la experiencia de la infancia en el trastorno cognitivo. En M. Mahoney y A. Freeman (Eds.) *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- BRUCH, M. A. (1981). A task analysis of assertive behavior revisited: Replication and extension. *Behavior Therapy*, 12, pp. 217-230.
- CANNON, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton.
- CLARK, D. M., & TEASDALE, J. D. (1982). Diurnal variation in clinical depression and accesibility of memories of positive and negative experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, pp. 87-95.
- CRAIGHEAD, L. W. (1979). Self-instructional training for assertive-refusal behavior. *Behavior Therapy*, 10, pp. 529-542.
- DERRY, P. A., & KUIPER, N. A. (1981). Schematic processing and self-reference in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, pp. 286-297.
- DERRY, P. A., & STONE, G. L. (1979). Effects of cognitive-adjunct treatments on assertiveness. *Cognitive Therapy and Research*, 3, pp. 213-221.
- EKMAN, P. (1984). Expression and the nature of emotion. In K. Scherer & P. Ekman (Eds.): *Approaches to emotion*. Hillsdale: Erlbaum.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.
- FECHNER, G. T. (1876). *Vorschule der Aesthetic*. Leipzig: Breitkopf & Hartel.
- FEIXAS, G. (1989). La técnica de rejilla: Introducción y estudio de un caso. *Revista de psiquiatría y psicología humanista*, 26, 82-89.
- FEIXAS, G. y VILLEGAS, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: PPU
- FRANK, H. (1959). *Grundlagenprobleme der informationsaesthetic und erste anwendung auf die mime pure*. Quickborn: Schnelle.
- FRANK, J. D. (1985). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In M. Mahoney & A. Freeman (Eds.). *Cognition and psychotherapy*, New York: Plenum Press. (Traducción castellana: *Cognición y*

- Psicoterapia*. (1988). Barcelona: Paidós.
- GARAMONI, G. L., & SCHWARTZ, R. M. (1986). The golden section hypothesis and beyond: Implications of information theory for psychopathological states of mind. Unpublished manuscript.
- GLASS, C. R., MERLUZZI, T. V., BIEVER, J. L., & LARSON, K. H. (1982). Cognitive assessment on social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, pp. 37-55.
- GOLDFRIED, M. R., & ROBINS, C. (1983). Self-schema, cognitive bias and processing of therapeutic experiences. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy Vol 2*, pp. 38-80. New York: Academic Press.
- GOODWIN, F. K., & JAMISON, K. R. (1984). The natural course of manic-depressive illness. In: R. M. Post & J. C. Ballinger (Eds.) *The neurobiology of mood disorders*. Baltimore MD: Williams & Wilkins.
- GUIDANO, V. F. (1987). *Complexity of the self. A developmental approach to psychopathology and therapy*. New York: The Guilford Press
- GUIDANO, V. F., & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive Processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford.
- HEIMBERG, R. G., CHIAUZZI, E., BECKER, R. E., & MADRAZO-PETERSON, R. (1983). Cognitive mediation of assertive behavior: An analysis of the self-statement patterns of college students, psychiatric patients and normal adults. *Cognitive Therapy and Research*, 7, pp. 455-464.
- HOLLON, S. D., & KENDALL, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, pp. 383-395.
- HUNTLEY, E. H. (1970). *The divine proportion*. New York: Dover.
- JOHNSON, L. C. (1982). Sleep deprivation and performance. In W. B. Webb (Ed.), *Biological rhythms, sleep and performance*. Chichester: Wiley.
- JUNG, C. G. (1969). *Los complejos y el inconsciente*. Barcelona: Alianza.
- KANOUSE, D. E., & HANSON, L. P. Jr. (1972). Negativity in evaluations. In E. E. Jones, D. E. Kanouse, H. H. Kelley, R. E. Nisbett, S. Valins, & Y. Wiener (Eds.), *Attribution: Perceiving the causes of behavior* (pp. 47-62). Morristown, NJ: General Learning Press.
- KELLY, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- KENDALL, P. C., WILLIAMS, L., PECHACECK, T. F., GRAHAM, L. E., SHISSLAK, C., & HERZOFF, N. (1979). Cognitive-behavioral and patient education procedures: The Palo Alto medical psychology project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, pp. 49-58.
- KUIPER, N. A., & DERRY (1982). Depressed and non depressed content self-reference in mild depressives. *Journal of Personality*, 50, pp. 67-80.
- LEWICKA, M., & SUCHECKI, J. (1980). Positive bias in perception and organization of cognitive field. In F. Klix & J. Hoffman (Eds.) *Cognition and memory*. Amsterdam: North Holland Pub. Co.
- LEWIN, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
- MAHONEY, M. J. (1985). *Psychotherapy and human change process*. In M. Mahoney & A. Freeman (eds.), *Cognition and Psychotherapy*. New York: Plenum Press. (Traducción castellana: *Cognición y Psicoterapia*. (1988). Barcelona: Paidós.)
- MAHONEY, M. J. (1991). *Human change processes. The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- MASLOW, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. Princeton, NJ: Van Nostrand-Rheinhold.
- MAVISSAKALIAN, M., MICHELSON, L., GREENWALD, D., KORNBLITH, S., & GREENWALD, M. (1983). Cognitive-behavioral treatment of agoraphobia: Paradoxical intention vs. self-statement training. *Behavior Research and Therapy*, 21, pp. 75-86.
- MAY, R. (1972). *Power and innocence: A search for the sources of violence*. New York: Norton.
- MEICHENBAUM, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- NEALE, J. et al. (1988). The relation between immunity and health: Comment on Pennebaker, Kiecolt-Glaser and Glaser. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56, 636-677.
- NEIMEYER, R. A. (1985). Personal constructs in depression: research and clinical implications. In: *Personal Construct Theory & Mental Health*. London: Croom Helm.
- NOWLIS, V. (1965). Research with the Mood Adjective Check List. In S. S. Tomkins and C. E. Izard (Eds.), *Affect, cognition and personality*, pp. 352-389. New York: Springer.
- PAEZ, D., ECHEBARRIA, A. y VILLARREAL, M. (1989). Teorías psicosociales de las emociones. En A. Echebarría y D. Páez (Eds.): *Emociones: Perspectivas psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- PEETERS, G. (1971). The positive-negative asymmetry: on cognitive consistency and positivity bias. *European*

- Journal of Social Psychology*, 1, pp. 455-474.
- PENNEBAKER, J. W., HUGHES, C., & D'HEERON, R. (1987). The psychophysiology of confession: Linking inhibitory and psychosomatic processes. *Journal of personality and social psychology*, 52, 781-793.
- PENNEBAKER, J. W., KIECOLT-GLASER, J., & GLASER, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56, 239-245.
- PIAGET, J. (1969). The problem of common mechanisms in human sciences. *The Human Context*, 1, pp. 163-185.
- PRECIADO, I. (1991) *Depresión unipolar y estado de ánimo: Dimensiones de valencia y activación*. Trabajo de Curso de Doctorado 1990-91. Director: G. Feixas. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
- REHM, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, pp. 787-804.
- RYLE, G. (1949). *The concept of mind*. New York: Barnes & Noble.
- SACKEIM, H. A. (1986). A neuropsychodynamic perspective on the self. Brain, thought, and emotion. In: *Advances in the Study of Communication and Affect (vol II): Perception of Self in emotional Disorder and Psychotherapy*. New York: Plenum.
- SCHWARTZ, R. M., & GARAMONI, G. L. (1984). The internal dialogue and anxiety: Asymmetries between positive and negative coping thoughts. In L. Michelson (Chair), *Cognitive-behavioral assessment and treatment of major anxiety disorders: Current strategies and future perspectives*. Symposium conducted at the meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Philadelphia.
- SCHWARTZ, R. M., & GARAMONI, G. L. (1986a). *A structural-information processing model of positive and negative cognition*.
- SCHWARTZ, R. M., & GARAMONI, G. L. (1986b). A structural model of positive and negative states of mind: Asymmetry in the internal dialogue. In P. C. Kendall, *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol 5, pp. 1-62). Orlando: Academic Press.
- SCHWARTZ, R. M., & GOTTMAN, J. M. (1976). Toward a task analysis of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, pp. 910-920.
- SELIGMAN, M. E. P. (1976). *Learned helplessness and depression in animals and men*. Morristown, R.J.: General Learning Press.
- SELYE, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- SELYE, H. (1978). *The stress of life: Revised edition*. New York: McGraw-Hill.
- SPACE, L., & CROMWELL, R. L. (1980). Personal constructs among depressed patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168, pp. 150-158.
- SPACE, L., DINGEMANS, P., & CROMWELL, R. L. (1983). Self construing and alienation in depressives. En J. Adams-Webber y J. C. Mancuso (Eds.), *Applications of personal construct theory* (pp. 365-377). New York: Academic Press.
- TAUB, J. M. (1982). Effects of scheduled afternoon naps and bedrest on daytime alertness. *International journal of neuroscience*, 16, 107-127.
- TEASDALE, J. D. (1985). Psychological treatments for depression. How do they work? *Behavior research therapy*, 23, 157-165.
- THAYER, R. E. (1978). Towards a psychological theory of multidimensional activation (arousal). *Motivation and emotion*, 2, 1-34.
- THAYER, R. E. (1987). Problem perception, optimism and related states as a function of time of day (diurnal rhythm) and moderate exercise: Two arousal systems in interaction. *Motivation and emotion* 11, 19-36.
- THAYER, R. E. (1989). *The biopsychology of mood and arousal*. New York: Oxford University Press.
- THAYER, R. E., TAKAHASHI, P. J. & PAULI, J. A. (1988). Multidimensional arousal states, diurnal rhythms, cognitive and social processes, and extraversion. *Personality and individual differences*, 9, 15-24.
- THOMPSON, D. W. (1942). *On growth and form*. London: Cambridge University Press.
- TOUS, J. M. (1988). La personalidad y el método científico natural. *Revista de psicología. Universitas Tarraconensis*, X (1), pp. 3-24.
- TUCKER, D. M., & WILLIAMSON, P. A. (1984). Asymmetric neural control systems in human self-regulation. *Psychological Review*, 91, pp. 185-215.
- TURK, D. C., & SPEERS, M. A. (1983). Cognitive schemata and cognitive processes in cognitive-behavioral interventions: Going beyond the information given. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. (Vol 2, pp. 1-31), New York: Academic Press.
- TVERSKY, A., & KAHNEMAN, D. (1981). The framing of decision and the psychology of choice. *Science*, 211, pp. 453-458.

- VALERIO, H. P., & STONE, G. L. (1982). Effects of behavioral, cognitive and combined treatments for assertion as a function of differential deficits. *Journal of Counseling Psychology*, 29, pp. 158-168.
- VELTEN, E. C. (1968). A laboratory task for induction of mood states. *Behavior research and therapy* 6, 473-482.
- WARR, P. B. (1971). Polyanna's personal judgements. *Eur. J. soc. Psychol.* 1, pp. 327-338.
- WATSON, J. B. (1925). *Behaviorism*. New York: Norton.
- WOJCISZKE, B. (1979). Affective and descriptive factors in organization of cognitive structures. *Polish Psychological Bulletin*, 1.
- ZAUTRA, A. J., & REICH, J. W. (1983). Life events and perceptions of life quality: Developments in a two factor approach. *Journal of Community Psychology*, 11, pp. 121-132.

