

FACTORES PSICOSOCIALES Y SINTOMAS DEPRESIVOS: EL CASO DE LA AUTO-OBSERVACION

Jesús SANZ FERNANDEZ y José Luis GRAÑA GOMEZ

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica.

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

RESUMEN

Se presentan dos estudios sobre la relación entre auto-observación (AO) y depresión. En el primero, 124 adolescentes y 156 universitarios completaron la Escala de Auto-Observación de Snyder y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Tres meses después, los universitarios rellenaron de nuevo el BDI. Un ANOVA sobre BDI con las variables sexo, edad y puntuación total en AO (alta, media, baja) mostró que AO no tenía ningún efecto en la depresión ni en solitario ni en interacción. Sin embargo, análisis de regresión utilizando los factores de AO hallados por Avia, Carrillo y Rojo (1987) indicaron que protagonismo-animación social estaba asociado a depresión, mientras que representación para influir en los demás (F2) era un factor de vulnerabilidad. En el segundo estudio, 79 universitarios completaron la Escala de AO y el BDI, y tres meses más tarde, el Cuestionario de Acontecimientos Vitales y el BDI. Análisis correlacionales y de regresión confirmaron que F2 estaba asociado a depresión y que el factor de consistencia principios-conducta agravaba el impacto depresógeno del estrés. Los resultados se discuten en relación a la multidimensionalidad de AO y a la investigación en depresión.

Palabras Clave: Auto-observación, depresión, vulnerabilidad, factores de auto-observación.

ABSTRACT

Psychosocial factors and symptoms of depression: Self-monitoring. Two studies are reported, both of them concerned with the relationship between self-monitoring (SM) and depression. In the first, 124 adolescents and 156 undergraduates completed the Snyder Self-Monitoring Scale and the Beck Depression Inventory (BDI). Three months later, undergraduates completed the BDI again. An ANOVA with sex, age and SM total index (high, middle, low) indicated that the main effect and the interaction effects of SM were not statistically significant. However, regression analyses with the factors of SM found by Avia, Carrillo y Rojo (1987) showed that the factor named social leading-activity was related to depression and the factor named "performance to bear upon people" (F2) was a vulnerability

factor. In the second study, 79 undergraduates completed the SM Scale and the BDI, and three months later, the Life Events Survey and the BDI. Correlational and regression analyses indicated that F2 was related to depression and the factor named "congruence principles-behavior" increased the depressogenic impact of stress. Results are discussed in terms of SM multidimensionality and also depression research.

Key Words: Self-monitoring, depression, vulnerability, self-monitoring factors.

Con la publicación en 1974 de la "Self-Monitoring Scale", Snyder introducía en la investigación psicológica el constructo "self-monitoring" o auto-observación (en adelante, AO). Este constructo, según Snyder (1974, 1979), hace referencia a una dimensión de personalidad que representa diferencias interindividuales en cuanto al grado en que las personas observan, regulan y controlan su conducta expresiva y la presentación que de sí mismos hacen en situaciones sociales. Las personas altas en AO se caracterizan por: (a) una mayor preocupación por la adecuación social de la presentación de sí mismos, (b) una mayor sensibilidad a los signos que indican dicha adecuación, (c) una mayor habilidad en controlar y modificar su conducta expresiva y de presentación social, (d) una mayor especificidad situacional, hasta el punto de funcionar como distintas personas en distintas situaciones, y (e) una menor correspondencia entre actitudes y conductas. Los individuos bajos en AO, por contra, se caracterizan por: (a) una menor capacidad de respuesta a indicios situacionales e interpersonales relacionados con la adecuación de su conducta, (b) un repertorio no tan bien desarrollado de habilidades de presentación social de sí mismos, (c) una mayor consistencia transituacional, y (d) una mayor conexión entre actitudes internas y conducta, por lo que su presentación social y su conducta expresiva se rigen en mayor medida por sus sentimientos

y actitudes que por indicios de adecuación social.

Desde su formulación original, esta variable de personalidad ha despertado gran interés entre los psicólogos sociales y de la personalidad. Este interés se ha traducido en la derivación y comprobación de numerosas hipótesis respecto a la validez del constructo AO (cfr. Snyder, 1987), de forma que este concepto se ha utilizado con éxito en campos tan diversos como la conducta de los consumidores (Becherer y Richard, 1978), la elección de profesiones (Snyder y Gangestad, 1982), las actitudes y orientaciones sexuales (Avia, Carrillo y Rojo, 1990) o la elección de amistades (Snyder, Gangestad & Simpson, 1983). A pesar de su popularidad, la teoría e investigación sobre AO apenas se ha acercado al campo de la psicopatología. Al respecto, Snyder afirmaba que "no existe ninguna indicación de que los problemas personales sean más comunes entre las personas altas o bajas en AO, o de que uno de estos tipos de personas sea más susceptible a las condiciones psicopatológicas" (Snyder, 1987, pp.112). En apoyo de esta afirmación, Snyder citaba la ausencia de relaciones significativas entre AO y medidas de neuroticismo (Snyder y Monson, 1975), ansiedad (Snyder, 1974), depresión (White-Pelan, 1983) o alguna de las escalas clínicas del MMPI (Arnold, 1976).

Sin embargo, varios estudios han encontrado una relación significativa entre AO y desajuste psicológico, concretamente una correlación negativa entre AO y ansiedad social

(Furnham & Capon, 1983), o entre AO y neuroticismo (Briggs, Cheek y Buss, 1980; Gabrenya & Arkin, 1980, Furnham, 1989).

Centrándonos en la depresión, los datos empíricos respecto a la relación entre depresión y AO son escasos y confusos. Así, Snyder y Smith (1985) hallaron que AO no inflúa en la presencia, duración o gravedad de síntomas depresivos en una muestra de estudiantes universitarios. En la misma dirección, White-Phelan (1983) evidenció que no existían diferencias significativas entre pacientes altos y bajos en AO en el grado de depresión medido por el Inventario de Depresión de Beck. Sin embargo, Rahaim, Waid, Kenelly y Stricklin (1980) encontraron, en una muestra de sujetos normales y en otra clínica, que las personas deprimidas obtenían puntuaciones significativamente más bajas en AO que las no deprimidas. No obstante, estos últimos datos presentaban la contradicción de que la puntuación media en AO de los pacientes deprimidos era notablemente más alta que la de los sujetos normales con síntomas depresivos.

Si en un principio, el escaso bagaje empírico no es muy favorable a la existencia de una relación entre AO y depresión, existen, sin embargo, diversas líneas teóricas que apuntan hacia dicha relación:

(1) Rahaim y cols. (1980) señalaron que la distinción altos/bajos en AO es paralela a la distinción deprimidos/no deprimidos si se acude al concepto de *habilidad social*. En relación a los individuos bajos en AO, Lippa (1978) confirmó en estos sujetos una menor capacidad para controlar la conducta expresiva de manera que facilite la expresión de conductas socialmente deseables y suprima la expresión de conductas que probablemente son consideradas negativas por los demás. En cuanto a los individuos deprimidos, Lewinsohn (1974) postuló que la posesión de un repertorio pobre de habilidades sociales es un antecedente de la depresión.

De hecho, varios estudios han identificado algunos déficits en el funcionamiento interpersonal de las personas deprimidas. Lewinsohn y sus colaboradores han demostrado que los deprimidos tienen menor variedad de conductas interpersonales (Libet y Lewinsohn, 1973). De modo similar, Forrest y Hokanson (1975) hallaron que las personas deprimidas exhiben una tasa más alta de conductas interpersonales autopunitivas, y Gotlib y Asarnow (1979) encontraron que los deprimidos son menos habilidosos que las personas no deprimidas a la hora de resolver problemas interpersonales.

(2) Los *modelos interactivos de la depresión* propuestos por Coyne (1976b) y Coates y Worthman (1980) han subrayado que cuando los individuos deprimidos acuden a personas de su entorno en busca de apoyo, éstas tienden a evitar cualquier conversación relacionada con el trastorno de aquéllos. De hecho, las personas deprimidas parecen engendrar sentimientos negativos, hostilidad y rechazo en aquellos con quienes interactúan en conversaciones telefónicas (Coyne, 1976a), en interacciones cara a cara (Gotlib y Robinson, 1982), o en contactos unilaterales por medio de una cinta magnetofónica (Boswell y Murray, 1981). Según estos modelos, si una persona que tiende a expresar sus sentimientos y actitudes, como por ejemplo una persona baja en AO, sufriera un episodio depresivo, cabría la posibilidad de que experimentara un mayor rechazo por parte de las personas de su entorno, agravando su aislamiento y confirmando la visión negativa que tiene de sí mismo. En este sentido, Rahaim y cols., (1980), partiendo de la gran importancia que concede el modelo de depresión de Beck a las cogniciones, han argumentado que los depresivos seguramente tienden a comportarse de acuerdo a disposiciones internas (cogniciones, sentimientos, etc.) más que de acuerdo a las circunstancias cambiantes del entorno.

(3) Se ha encontrado una relación muy fuerte entre la variable de personalidad *extraversión/introversión* y depresión (cfr. Barnett y Gotlib, 1988). En efecto, los resultados de varios estudios son coincidentes en señalar que los sujetos deprimidos son más introvertidos que las personas normales (Benjaminson, 1981; Hirschfeld, Klerman, Clayton & Keller, 1983) y que aquéllos, una vez recuperados de su depresión, continúan mostrándose más introvertidos que los sujetos normales (Hirschfeld y cols., 1983).

Por otro lado, hay muchas razones para suponer que el constructo AO es multidimensional y que algunos de sus componentes se solapan con el constructo *extraversión/introversión*. Por ejemplo, los sujetos bajos en AO del estudio de Ickes, Layden y Barnes (1978) informaban que no tenían un especial interés en entrar en contacto con otras personas, y que de hecho mantenían un menor número de relaciones personales con otras personas. Por su parte, los sujetos bajos en AO del estudio de Ickes y Barnes (1977), cuando se les introducía en interacciones diádicas no estructuradas, eran menos propensos a iniciar conversaciones. Es más, este solapamiento conceptual entre *extraversión* y AO se ve refrendado empíricamente en varias investigaciones correlacionales y factoriales (Briggs y cols., 1980; Lennox y Wolfe, 1984; Furnham, 1989).

(4) Algunas teorías han postulado que la *atención autofocalizada* o *autoconciencia* tiene un papel causal en la depresión (Pyszczynski & Greenberg, 1987; Lewinsson, Hoberman, Teri, y Hautzinger, 1985). La atención autofocalizada es un constructo que se refiere a la proporción de tiempo que una persona ocupa dirigiendo su atención hacia sí mismo, hacia el "self". Fenigstein, Scheier y Buss (1975) desarrollaron una escala que mide las diferencias individuales en autoconciencia, distinguiendo dos factores: *autoconciencia privada*, que se define como

la tendencia a dirigir la atención a los aspectos encubiertos, más íntimos del yo, tales como actitudes, pensamientos y sentimientos propios; y *autoconciencia pública*, que se define como la predisposición a prestar atención a los aspectos del yo que son potencialmente objetos de atención por parte de otras personas, tales como la apariencia, la conducta expresiva, etc. Varios estudios han encontrado una correlación significativa entre depresión y autoconciencia privada en universitarios (Ingram y Smith, 1984) y en poblaciones clínicas (Ganellen, Blaney, Costello y Scheier, 1987). Por otro lado, la preocupación de los sujetos bajos en AO por ser consecuentes con sus actitudes y valores personales, podría reflejar una tendencia crónica hacia estados de autoconciencia privada. De hecho, Tomarelli y Shaffer (1988) encontraron que los sujetos bajos en AO, en comparación con los altos, obtenían puntuaciones más elevadas en autoconciencia privada y más baja en autoconciencia pública.

(5) Finalmente, Linville (1985) ha formulado recientemente un *modelo de complejidad del yo*. Este modelo propone que las personas bajas en complejidad son más vulnerables a la depresión tras haber experimentado sucesos estresantes que las personas altas en complejidad. Estas últimas, según Linville, representan cognitivamente su yo en términos de múltiples aspectos y mantienen una mayor diferenciación entre dichos aspectos del yo, de forma que la repercusión emocional de la invalidación de uno de esos aspectos es menor. El modelo se ve refrendado por datos empíricos de tipo experimental (Linville, 1985) y correlacional (Linville, 1987). Al respecto, es importante señalar el paralelismo que existe entre una baja auto-complejidad y la coherencia de las autopresentaciones de las personas bajas en AO.

En resumen, diversas líneas teóricas hacen suponer que una persona baja en AO, en comparación a otra con una orientación

alta, podría ser más vulnerable a la presencia de síntomas depresivos.

ESTUDIO 1

En el primer estudio se trataba de poner a prueba la relación entre AO y depresión con una muestra mucho mayor que la empleada en investigaciones anteriores. Estos estudios, además, no habían utilizado diseños adecuados para identificar la naturaleza de la relación entre AO y depresión (de existir realmente tal relación) puesto que no hubieran permitido decidir si AO era un factor concomitante o tenía un papel más causal en la depresión. En el presente trabajo tal deficiencia se ha subsanado en parte al adoptar un diseño longitudinal.

Por último, puesto que la presente investigación utiliza dos grupos de diferentes edades (universitarios y adolescentes) formados por sujetos de ambos sexos, este primer estudio pretendía, de forma secundaria, aportar más datos sobre la relación entre sexo, edad y depresión.

METODO

Sujetos

Se utilizaron dos muestras, la primera compuesta por 156 estudiantes universitarios de psicología (133 mujeres y 23 varones) que participaron en un proyecto de investigación más amplio como parte de sus prácticas, y la segunda formada por 124 adolescentes (49 mujeres y 75 varones) de dos colegios públicos de Madrid, estudiantes de 8º de E.G.B. y que accedieron voluntariamente a participar en el estudio. La media de edad de los universitarios fue 22.1 y la de los adolescentes de 13.6.

Medidas

(1) *Escala de Autoobservación (AO)*, de Snyder (1974). Esta escala se compone de 25

items, con un formato de respuesta verdadero/falso, cuya finalidad es medir el constructo AO. Varios estudios han confirmado que posee una validez y fiabilidad aceptables en muestras estadounidenses (Snyder, 1974) y británicas (Furnham y Capon, 1983). En este estudio se ha utilizado la versión española adaptada y validada por Avia, Carrillo y Rojo (1987).

(2) *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* de Beck, Rush, Shaw y Emery (1983). Este autoinforme de 21 items se creó para evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos. El BDI es quizás el instrumento más utilizado para medir el estado de ánimo deprimido y cuenta con un extenso respaldo empírico respecto a su fiabilidad y validez con poblaciones de distintos países (cfr. Beck, Steer y Garbin, 1988), incluyendo muestras españolas (v.g., Vazquez y Sanz, 1991).

Procedimiento

Los sujetos rellenaron en dos sesiones los cuestionarios, en grupos de 25-30. El orden de presentación de los cuestionarios fue el mismo para todos los sujetos, administrando en la primera sesión la escala de AO y en la segunda sesión, una semana más tarde, el BDI (Fase 1). La muestra de universitarios, siguiendo un diseño longitudinal, volvió a rellenar el BDI a los 3 meses (Fase 2).

RESULTADOS

Comparación de grupos en la medida de depresión

Se formaron grupos de sujetos a partir de las variables sexo, edad (adolescentes y universitarios) y AO. En el caso de esta última variable, puesto que Snyder (1987) admite la posibilidad de que únicamente una orientación extrema en AO, en cualquier sentido, podría provocar dificultades psicológi-

cas, se optó por dividir a los sujetos en tres grupos: uno de sujetos altos en AO (una desviación típica por encima de la media de su muestra de edad), otro bajos en AO (una desviación típica por debajo), y un tercer grupo, medios en AO, integrado por los restantes sujetos. En concreto, para la muestra de adolescentes se utilizaron las puntuaciones de 16 y de 9.5 en la escala AO de Snyder de puntos de corte para la formación de los grupos, y para la muestra de universitarios se utilizaron las puntuaciones de 15.5 y de 7.

De esta forma se dividió a los sujetos en 12 grupos, fruto de la combinación de los ni-

veles de las variables sexo, edad y AO. El número de sujetos de cada grupo, así como las medias y desviaciones típicas en la medida de depresión, pueden verse en la Tabla 1.

Se realizó un análisis de varianza según un modelo factorial 2 x 2 x 3 tomando como variable dependiente las puntuaciones en el BDI. Los resultados de este análisis indicaron que tanto el sexo ($F_{1,268} = 5.05, p < 0.02$) como la edad ($F_{1,268} = 8.65, p < 0.003$) tenían un efecto estadísticamente significativo en la sintomatología depresiva, de forma que las mujeres (media = 6.3) puntuaban más alto en depresión que los hom-

EDAD	SEXO	SEXO		TOTAL
		HOMBRES	MUJERES	
Adolescentes	Bajos	n=4 m=5 dt=3,5	n=7 m=8 dt=4,7	n=124 m=6,3 dt=5,2
	Medios	n=60 m=5,5 dt=5,5	n=36 m=7,5 dt=8,1	
	Altos	n=11 m=5 dt=3,1	n=6 m=7 dt=8,1	
Universitarios	Bajos	n=2 m=2,5 dt=3,5	n=38 m=7 dt=5,5	n=156 m=5,4 dt=4,4
	Medios	n=18 m=3,3 dt=1,9	n=78 m=5,3 dt=3,9	
	Altos	n=3 m=3,6 dt=4	n=17 m=6,9 dt=5,4	
TOTAL		n=98 m=4,9 dt=4,7	n=182 m=6,3 dt=4,8	

Tabla 1. Número de sujetos y desviaciones típicas de los grupos en la medida de depresión (BDI). Fase 1.

bres (media = 4.9), mientras que los universitarios (media = 5.4) puntuaban más bajo que los adolescentes (media = 6.3). Sin embargo, ni AO, ni ninguna de las interacciones entre sexo, edad y AO mostraron efectos estadísticamente significativos sobre las puntuaciones en el BDI.

Análisis correlacional

En la Tabla 2 se recogen las correlaciones entre depresión y AO para la muestra total y para cada uno de los grupos de edad y de sexo que la componen. Los coeficientes hallados indican la ausencia de una relación significativa entre AO y depresión en todos los grupos de sujetos. Confirmando

esta ausencia de relación, cuando se introdujeron AO y el estado de ánimo deprimido en la Fase 1 (BDI-1) en una ecuación de regresión para predecir el estado de ánimo de los sujetos universitarios en la Fase 2, únicamente BDI-1 se erigió como un predictor estadísticamente significativo.

DISCUSION

A pesar de que se han expuesto un buen número de razones teóricas que hacían preveer la presencia de una relación entre AO y depresión (en el sentido de que las personas bajas en AO serían más vulnerables a experimentar estados de ánimos deprimidos), tal relación no ha sido confirmada empíricamente

GRUPO DE SUJETOS	NUMERO	CORRELACION BDI/AO
Universitarios-Hombres	23	.18
Universitarios-Mujeres	133	-.05
Adolescentes-Hombres	75	-.04
Adolescentes-Mujeres	49	-.08
Universitarios	156	-.06
Adolescentes	124	-.08
Hombres	98	.01
Muestra Total	280	-.05

Nota.- Ninguna correlación fue estadísticamente significativa para $p < 0.05$.

Tabla 2. Correlaciones entre AO y BDI según la edad y el sexo de los sujetos.

ni en una muestra de estudiantes universitarios ni en una muestra de adolescentes. Este hallazgo se viene a sumar a los resultados negativos encontrados por Snyder y Smith (1985) y White-Phelan (1983).

Existen varias explicaciones, no mutuamente excluyentes, que pueden dar cuenta de la ausencia de tal relación en estos dos estudios y en la presente investigación.

Una primera explicación atañe a la naturaleza del constructo AO. Parece un hecho bien establecido que el análisis factorial de la escala de AO resulta en múltiples factores, generalmente tres (v.g., Briggs, Cheeks y Buss, 1980; Miller y Thayer, 1989), aunque el rango de factores hallados se encuentra entre dos (Sparacino, Ronchi, Bigley, Flesch y Kuhn, 1983) y cuatro (Gabrenya y Arkin, 1980). Los análisis realizados en muestras españolas confirman la multidimensionalidad del constructo AO. En efecto, Avia, Carrillo y Rojo (1987) han obtenido cuatro factores con una muestra de estudiantes universitarios. En este sentido, cabe la posibilidad de que las variables que se han propuesto como vínculos entre AO y depresión (v.g., baja autocomplejidad, introversión, autoconciencia privada, etc.), estuvieran relacionadas en mayor medida con alguno de estos factores, de forma que la puntuación global en la escala confundiera la posible relación entre alguno de ellos y el estado de ánimo deprimido. De hecho, se puede encontrar en la literatura cierta evidencia empírica en favor del efecto diferencial de los factores, en cuanto que algunos parecen correlacionar con una tercera variable mientras otros no (v.g., Briggs y cols., 1980). Con esto, no entramos a discutir si existe o no un rasgo general de AO subyacente a estos factores. No es éste el objetivo de este artículo. Pero, aún admitiendo esta posibilidad, la citada explicación es plausible. Así, Snyder y Gangestad (1986), dos autores que han defendido insistentemente la existencia de dicho rasgo general, admiten que la presencia de factores indica

que éstos poseen una varianza independiente de la compartida con el rasgo general de AO, e independiente de la compartida con cualquier otro de estos factores, lo que posibilita que tengan relaciones con terceras variables independientemente del rasgo general. Estos mismos autores recomiendan que se obtenga una puntuación para cada uno de estos factores, además de la puntuación global en AO, y que se estudie su relación con posibles variables criterio.

Siguiendo, pues, esta recomendación se realizaron nuevos análisis para evaluar la posible existencia de una relación entre depresión y alguno de los cuatro factores de AO obtenidos en muestras españolas según el estudio de Avia y cols. (1987). Estos factores son: 1) *Protagonismo-animación social* (F1), definido a través de las características de extroversión, sociabilidad, gusto por la interacción social y por la inclinación a ser centro de atención. 2) *Representación para influir en los demás* (F2), definido en torno al control expresivo dirigido a influir sobre la opinión de los demás, a la base de la cual hay una necesidad de aprobación social. 3) *Consistencia principios-conducta* (F3) que define la adecuación de la conducta más a actitudes y sentimientos que a las demandas de la situación. 4) *Actuación* (F4), que hace referencia a la capacidad de modificar la conducta expresiva.

En primer lugar, se realizó un análisis de regresión por pasos con los datos de la muestra total, que partió de un modelo que incluía como variable criterio la medida de depresión en la Fase 1, y como variables predictoras los cuatro factores de AO. Los resultados de este análisis se presentan en la Tabla 3.

De la Tabla 3 se desprende que, tal y como se suponía, la puntuación global de la escala de AO obscurece la relación entre alguno de los componentes del constructo AO y depresión. En concreto, parece que los factores *protagonismo-animación social* y *representación para influir en los demás* se en-

(Fase 1) a partir de los factores de AO para la muestra total.

Variable	R ² parcial	R ²	B	F	p
Factor 1	0.03	0.03	-0.56	8.98	0.003
Factor 2	0.03	0.06	0.41	10.45	0.001

Nota.- Sólo se incluyen aquellas variables con $p < 0.05$, para $n=280$.

Factor 1= Protagonismo-animación social.

Factor 2= Representación para influir en los demás.

Tabla 3. Análisis de regresión por pasos del estado de ánimo deprimido.

Variable	R ² parcial	R ²	B	F	p
BDI-1	0.27	0.27	0.52	44.10	0.001
Factor 2	0.02	0.29	0.16	24.81	0.001

Nota.- Sólo se incluyen aquellas variables con $p < 0.05$, para $n=156$.

BDI-1= Medida de depresión de la Fase 1.

Factor 2= Representación para influir en los demás.

Tabla 4. Análisis de regresión por pasos del estado de ánimo deprimido (Fase 2) a partir de los factores de AO para la muestra de universitarios.

cuentran relacionados con la depresión, el primero de forma negativa y el segundo, por contra, de manera positiva. Es decir, los adolescentes y universitarios extrovertidos, sociables, que gustan de la interacción social, presentan un menor número de síntomas depresivos, mientras que aquellos que controlan su autopresentación buscando la aprobación social manifiestan una sintomatología depresiva mayor.

Sin embargo, este análisis no permitía establecer si los factores *protagonismo-animación y representación para influir en los demás* eran simples consecuencias de un estado de ánimo deprimido o, por el contrario, tenían un papel causal como variables antecedentes de la depresión. Para establecer este punto se realizó un análisis de regresión por pasos con los datos de la muestra de universitarios. Este análisis partió de un modelo que incluía como variable criterio la medida de depresión en la Fase 2, y como variables predictoras los factores de AO y la medida de depresión de la Fase 1 (esta última con el fin de controlar las diferencias individuales iniciales en depresión). El análisis de regresión (ver Tabla 4) mostró que únicamente el estado de ánimo deprimido en la Fase 1 y el factor *representación para influir en los demás* predijeron el estado de ánimo deprimido en la Fase 2. En conclusión, el factor *protagonismo-animación social* se configuraba como una variable concomitante a la aparición de síntomas depresivos: el estado depresivo vendría acompañado de un descenso y/o retirada de la vida social. Sin embargo, el factor *representación para influir en los demás* tendría un papel de vulnerabilidad a la depresión, en cuanto que aquellas personas que tienen una alta necesidad de aprobación por parte de los demás y regulan su conducta expresiva y su autopresentación para plegarse a tal necesidad, son más propensas al desarrollo de síntomas depresivos. Este hallazgo es consistente con una gran cantidad de literatura

que identifica la dimensión de personalidad *dependencia interpersonal* como una característica que predispone a la depresión. Aunque se han usado diferentes términos para aludir a esta dimensión (sociotropía, Beck, 1983; dominado por los otros, Arieti y Bemporad, 1980; anaclítica o dependiente, Blatt, 1974), numerosos estudios han indicado que, en comparación a sujetos normales, tanto los individuos actualmente deprimidos como aquellos que lo estuvieron y ahora se encuentran recuperados, dependen excesivamente del amor, la atención y la aprobación de los demás (cfr. la revisión de Barnett y Gotlib, 1988).

En resumen, la hipótesis que guió este estudio sólo se ve confirmada parcialmente. El individuo prototípicamente bajo en AO se caracteriza por un menor protagonismo y animación social, pero es la persona alta en AO la que manifiesta una mayor preocupación por la opinión y aprobación de los demás, regulando su autopresentación social en función de esta preocupación.

Aunque estos resultados confirman que algunos componentes del constructo AO están relacionados con el estado de ánimo deprimido, el lector puede observar en las Tablas 3 y 4 que el porcentaje de varianza explicado por estos componentes es muy pequeño. En este sentido, la segunda explicación a la que se aludía para dar cuenta de los resultados desfavorables iniciales podría servir igualmente para justificar estos porcentajes tan pequeños. Esta explicación hace referencia a la estrategia general de investigación utilizada en el Estudio 1, la cual puede que no sea la adecuada para encontrar una relación entre depresión y AO. En algunos de los paralelismos que se han establecido entre AO y ciertas variables empíricamente asociadas a la depresión, se afirmaba explícitamente que el papel de dichas variables en el desarrollo de un estado de ánimo deprimido quedaba condicionado a la presencia de sucesos estresantes (este era el

caso de la autocomplejidad). Tal requisito se afirmaba también, aunque implícitamente, en relación con la autoconciencia privada y con la introversión. En el primer caso, hacíamos alusión a los modelos de Lewinsohn y cols. (1985), y de Pyszczynski y Greenberg (1987), los cuales sugieren que la aparición de sucesos estresantes provoca un incremento en la atención autofocalizada que, consecuentemente, media la aparición de la depresión o su intensificación. En el segundo caso, se remitía al lector al trabajo de Barnett y Gotlib (1988), donde se discutía el desarrollo de episodios depresivos en aquellos individuos que experimentan situaciones estresantes y, a su vez, muestran una baja integración social. Esta baja integración social era el resultado de una personalidad introvertida. Sin embargo, aunque los vínculos teóricos entre depresión y AO venían de la mano de modelos que caen dentro de la categoría de modelos de vulnerabilidad/estrés (diátesis/estrés), no se había incluido en el Estudio 1 la evaluación del componente estresor, sino únicamente la del componente de vulnerabilidad. Esta última deficiencia se ha pretendido solventar en el Estudio 2.

De forma secundaria, el Estudio 1 ha permitido obtener más datos en relación a la influencia de la edad y del sexo en la presencia de síntomas depresivos. Respecto a la edad, los resultados indican que los adolescentes de 13-15 años manifiestan un mayor número de síntomas depresivos que los jóvenes universitarios de 20-29 años. Los datos son consistentes con aquellos ofrecidos por Teri (1982) utilizando también el BDI como instrumento de evaluación de la depresión (cfr. también Beck y cols., 1988). Igualmente, se ha podido corroborar otro hallazgo bien documentado como es la mayor prevalencia de síntomas depresivos en las mujeres que en los hombres (cfr. Nolen-Hoeksema, 1987). Esta mayor prevalencia se detectó en un rango de edades que va desde los 13 a los 29 años, hecho que debería tener

en cuenta cualquier intento serio de explicar las diferencias sexuales en depresión.

ESTUDIO 2

El principal objetivo del Estudio 2 se centra en las repercusiones de la variable de personalidad AO, o de algunos de sus factores, en la relación entre estado de ánimo deprimido y acontecimientos vitales estresantes.

Aunque Snyder (1987) ha afirmado que la AO no determina la incidencia o prevalencia de la depresión, ha sugerido, en cambio, que sí influiría en el tipo de sucesos estresantes que precipitarían los episodios depresivos y en las estrategias que adoptarían los individuos para enfrentarse a la depresión.

Snyder y Smith (1985) hallaron que los sujetos bajos en AO informaban que sus experiencias depresivas aparecían vinculadas de manera específica a situaciones que desbaratan su búsqueda de consistencia entre sus actitudes/valores y su conducta social (v.g., que se les acuse de hipócritas), o situaciones que frustan su búsqueda de amigos con actitudes y valores similares (v.g., descubrir que un amigo no comparte sus actitudes y valores, o descubrir que su mejor amigo tiene problemas con el alcohol o con drogas).

Por su parte, los sujetos altos en AO informaban que sus experiencias depresivas estaban relacionadas con situaciones en las que quedaban en evidencia como actores sociales poco habilidosos (v.g., planear una fiesta que luego es un fracaso), o con situaciones en las que se veían forzados a relacionarse con personas con habilidades sociales pobres (v.g., tener que trabajar con gente incompetente). Snyder y Smith (1985) también informaron que los sujetos bajos en AO se enfrentan a sus experiencias depresivas con estrategias de afrontamiento centradas en la búsqueda de apoyo social (v.g., hablar con un amigo), mientras que los sujetos altos en AO prefieren estrategias más centradas en el autocontrol, más activas (v.g.,

tratar de evitar situaciones depresógenas, de conocer cosas sobre la depresión). Para estos autores, ambas estrategias son igualmente efectivas para manejar las experiencias depresivas, ya que, según sus datos, ambos tipos de sujetos parecen experimentar episodios disfóricos de parecida frecuencia y duración.

Sin embargo, estos hallazgos no son incompatibles con la hipótesis defendida en este estudio. La tesis aquí defendida propone una mayor vulnerabilidad para los sujetos bajos en AO una vez que un suceso estresante (que entre otras características quizás deba cumplir el hecho de ser específico al rasgo AO del individuo) ha tenido lugar. No obstante, a tenor de los resultados del Estudio 1, debemos atemperar la hipótesis general de este segundo estudio en el sentido de que, probablemente, esa vulnerabilidad se base únicamente en alguno o algunos de los factores que componen el constructo AO. Es más, esa vulnerabilidad no necesariamente irá en la dirección del factor que representa al individuo bajo en AO.

METODO

Sujetos

Los sujetos fueron 79 estudiantes de psicología de la Universidad Complutense de Madrid (66 mujeres) quienes participaron en este estudio como parte de las prácticas de la asignatura de psicología de la personalidad. Sus edades estaban comprendidas entre 20 y 38 años, con una edad media de 22.2 años.

Medidas

(1) *Escala de Autoobservación.*

(2) *Inventario de Depresión de Beck.*

(3) *Cuestionario de Acontecimientos Vitales (LES).* Los sujetos completaron una versión modificada del Life Experiences

Survey (Sarason, Johnson y Siegel, 1978). El LES es un auto-informe de 57 ítems que mide la presencia de acontecimientos vitales que hayan supuesto para el sujeto un reajuste social. El LES permite que el sujeto valore la deseabilidad/no deseabilidad del acontecimiento, así como la magnitud del impacto que tuvo ese acontecimiento en el momento de producirse. La versión revisada del LES, o LES-R, contiene 37 ítems de la versión original. Otros 3 ítems del LES-R se derivaron del LES original al reescribir 6 ítems para simplificar su respuesta. No se incluyeron en el LES-R tres de los ítems originales del LES que describían síntomas psicopatológicos (cambios importantes en los hábitos alimenticios, dificultades sexuales y cambios importantes en los patrones de sueño) para evitar de esta forma el solapamiento de contenido entre el LES y la medida de depresión. La inclusión de este tipo de ítems invalidaría en gran medida cualquier conclusión que se pudiera extraer de las correlaciones entre medidas de desajuste psicológico y medidas de acontecimientos vitales acerca del significado etiológico de éstos últimos, ya que las correlaciones aparecerían abultadas de forma artificial (cfr. Martin, 1988). Otros ítems originales del LES no se incluyeron en el LES-R porque se pensó que eran bastante infrecuentes en la población universitaria (v.g., hipotecas o préstamos). Finalmente, el LES-R incluía 6 ítems nuevos que incluían acontecimientos específicamente relevantes para estudiantes universitarios. Las instrucciones del LES-R pedían al sujeto que identificara aquellos sucesos que había experimentado en los tres meses precedentes y que indicara, mediante una escala tipo Likert de 7 puntos, tanto la valencia como la magnitud del impacto que cada uno de los sucesos había tenido sobre ellos. Para disminuir la probabilidad de un recuerdo sesgado o inexacto de acontecimientos (cfr. Monroe, 1982), se pidió a los sujetos que recordaran los acontecimientos

de los pasados tres meses, en lugar de los ocurridos en el año anterior como Sarason y cols. (1978) sugerían en el LES original.

Aunque se pueden obtener otros índices del LES-R (v.g., de cambio positivo, de cambio negativo, de cambio total, número de sucesos positivos), en los análisis estadísticos sólo se utilizó el número de sucesos negativos (ESTRES), ya que la literatura ha hallado de forma casi unánime que los índices negativos muestran una relación más fuerte con variables psicopatológicas (cfr. Zimmerman, 1983). Por otro lado, entre los dos índices negativos, se prefirió trabajar con el número de sucesos porque, a priori, es plausible hipotetizar una mayor susceptibilidad del índice de cambio negativo (la magnitud del impacto negativo de los acontecimientos), a la influencia de cualquier posible relación con la presencia de síntomas cognitivos depresivos, y, por tanto, el peligro de multicolinealidad entre variables, de existir, parecía más probable con el empleo de este último índice.

Procedimiento

Los sujetos rellenaron en tres sesiones los cuestionarios, en grupos de 25-30. En la primera sesión completaron el AO. Una semana más tarde el BDI (Fase 1). Por último, a los 3 meses, los sujetos volvieron a rellenar el BDI (Fase 2) y a continuación, en la misma sesión, el LES-R.

RESULTADOS

En la Tabla 5 aparece la matriz de correlaciones entre AO, los distintos factores de AO, las dos medidas de depresión y el número de sucesos estresantes negativos. Centrándonos en el objetivo principal de este trabajo, ninguna de las correlaciones entre las dos medidas de estado de ánimo deprimido y AO fue estadísticamente significativa, ni tampoco ninguna de las correlaciones entre las medidas de depresión y los factores de

AO. La excepción la constituye una pequeña correlación positiva (.23) entre el factor *representación para influir a los demás* y la medida de sintomatología depresiva tomada en la Fase 1.

Se realizó también un análisis de regresión por pasos utilizando un modelo que incluía como variable criterio la medida de depresión de la Fase 2 y como variables predictoras la medida de depresión de la Fase 1, AO, los factores de AO, el número de sucesos negativos del LES-R, y los términos resultantes de multiplicar cada uno de los factores de AO y AO por el número de sucesos negativos del LES-R. Los resultados de este análisis, que se recogen en la Tabla 6, indicaban que únicamente la medida de depresión de la Fase 1 y el producto entre el número de estresores y el factor *consistencia principios-conducta* predijeron de forma significativa el nivel de depresión de los sujetos en la Fase 2. El signo de los coeficientes indicaba que las personas con una mayor consistencia principios-conducta eran más vulnerables a desarrollar sintomatología depresiva ante la ocurrencia de acontecimientos vitales negativos.

DISCUSION

Los resultados del Estudio 2 confirmaron de nuevo que el constructo AO, tal y como es evaluado por la puntuación total de la Escala de Auto-Observación de Snyder, no guarda ninguna relación con la depresión, pero que algunos de sus factores sí. En concreto, en este segundo estudio se ha encontrado que los factores *representación para influir en los demás* y *consistencia principios-conducta* se hallan relacionados con la presencia de sintomatología depresiva, pero que la naturaleza de su relación es muy diferente. En el caso del factor *representación para influir en los demás*, una mayor sintomatología depresiva aparece unida a un mayor control de la autopresentación social en busca de la aprobación de los demás. Pero el hecho de que dicho factor no tenga

1. AO	(1)
2. FACTOR 1	.66 ^d (2)
3. FACTOR 2	.58 ^d .18 (3)
4. FACTOR 3	-.72 ^d -.41 ^d -.34 ^c (4)
5. FACTOR 4	.49 ^d .59 ^d .34 ^c -.27 ^b (5)
6. BDI-1	.12 -.05 .23 ^a .01 .00 (6)
7. BDI-2	-.03 -.14 .09 .10 -.10 .69 ^d (7)
8. ESTRES	-.20 -.26 ^b -.04 .19 -.14 .38 ^c .59 ^d

Nota.- Con n=79; a= p<0.05; b= p<0.01; c= p<0.001; d=p<0.0001. AO= Auto-observación; F1= Protagonismo-animación social; F2= representación para influir en los demás; F3= Consistencia principios-conducta; F4= Actuación; BDI-1= Medida de depresión Fase 1; BDI-2= Medida de depresión Fase 2; ESTRES= Número de acontecimientos vitales negativos.

Tabla 5. Matriz de correlaciones de las medidas tomadas en el Estudio 2.

Variable	R ² parcial	R ²	B	F	p
BDI-1	0.48	0.48	0.61	73.84	0.0001
INTER3	0.13	0.62	0.34	28.02	0.0001

Nota.- Sólo se incluyen aquellas variables con p<0.01, para n=79.

BDI-1= Medida de depresión de la Fase 1.

INTER3= Producto del factor consistencia principios-conducta por el número de acontecimientos vitales negativos.

Tabla 6. Análisis de regresión por pasos del estado de ánimo deprimido (Fase 2) del Estudio 2.

ningún papel en la predicción futura de la depresión (contrariamente a los resultados del Estudio 1), podría indicar que se trata de una variable concomitante al estado de ánimo deprimido. En este sentido, cabría la posibilidad de que por el hecho de sufrir síntomas depresivos, una persona se sintiera más vulnerable y dependiente de los demás, y, por tanto, buscara en mayor medida la aprobación de las personas de su entorno mediante el control de su conducta expresiva.

En cuanto al factor *consistencia principios-conducta*, aunque no guarda una relación directa con el nivel de sintomatología depresiva, el hecho de que el producto de su valor por el número de sucesos estresantes ayude a pronosticar el grado de depresión futura, estaría indicando que actuaría como un factor de vulnerabilidad agravando el impacto de los acontecimientos vitales negativos. En concreto, aquellos sujetos que presentan una mayor coherencia entre su conducta y su manera de pensar o sentir, manifestando un alto grado de consistencia transituacional en su autopresentación, serían especialmente vulnerables a desarrollar síntomas depresivos ante la presencia de sucesos estresantes. Aunque la hipótesis de que el mantenimiento de esa alta coherencia implica una tendencia crónica hacia estados de autoconciencia privada y/o una menor auto-complejidad es una cuestión que la literatura empírica debe resolver, el hecho de que las tres variables psicológicas jueguen el mismo papel en la depresión (como factores de vulnerabilidad) supone la viabilidad de dicha hipótesis a la hora de establecer los procesos psicológicos que son responsables de la relación entre depresión, estrés y un estilo interpersonal que trata de mantener la consistencia principios-conducta.

DISCUSION GENERAL

De los resultados de estos dos estudios se pueden extraer varias conclusiones. Pri-

mero, se confirma que el constructo AO, al menos tal como es evaluado por la Escala de AO de Snyder, es multidimensional. Una misma puntuación global en la escala AO no representa características uniformes en diferentes personas. Es más, la utilización de un índice global de la Escala AO, en lugar de índices para cada uno de los componentes o factores que pueden constituir el constructo, supone el riesgo de oscurecer las relaciones entre el dominio de auto-observación y otras variables psicológicas. La utilización de ese índice puede que sea responsable del hecho de que otros estudios (v.g., Snyder y Smith, 1985; White-Pelan, 1983) no hayan encontrado ninguna relación entre esta dimensión de personalidad y depresión. Por ejemplo, en los dos estudios aquí presentados su utilización única hubiera llevado a corroborar esa falta de relación. Sin embargo, la utilización de índices factoriales ha permitido constatar que algunos de los componentes del constructo AO, tal y como son evaluados por los factores extraídos por Avia y cols. (1987), guardan cierta relación con un estado de ánimo deprimido. En concreto, los factores de *protagonismo-animación social*, *representación para influir en los demás* y *consistencia principios-conducta*. Es más, de manera provisional se podría concluir que los dos últimos factores pueden representar características de vulnerabilidad al desarrollo de síntomas depresivos. No obstante, ya que existe cierta discrepancia entre los resultados de los dos estudios, es aconsejable tomar estas afirmaciones no como conclusiones firmes sino como hipótesis de trabajo para futuras investigaciones.

Abundando en la multidimensionalidad de AO, los factores que en estos estudios están relacionados con la depresión no convergen en señalar al individuo extremadamente alto o bajo en AO como especialmente propenso a estados depresivos. Por el contrario, dos de los factores (*protagonismo-animación social* y *consistencia principios-con-*

ducta) corroborarían la hipótesis defendida en este artículo de que las personas extremadamente bajas en AO, por su falta de integración social y su búsqueda de una mayor coherencia entre actitudes internas y conducta, serían más vulnerables a experimentar estados de ánimo deprimido. El tercer factor, sin embargo, señalaría al individuo alto en AO, excesivamente preocupado por presentar una imagen de sí mismo con la que recibir la aprobación y el refuerzo de los demás, como el más propenso a la depresión.

En resumen, las diferencias en el funcionamiento y orientación interpersonal que subyacen a los componentes del constructo AO guardan relación con la presencia de sintomatología depresiva, aunque con una complejidad mayor que la que supone la simplificación de una única dimensión, altos/bajos, y que apunta a patrones diferenciales perfilados por distintas relaciones entre los componentes de AO.

Aunque el establecimiento de los procesos psicológicos que explican estas relaciones está abierto a la especulación teórica y será la investigación empírica la que en último lugar tendrá la palabra, en la introducción a este trabajo se proponían cinco hipótesis al respecto. A la vista de los resultados aquí presentados, sería recomendable que la investigación futura abordara de manera más directa el estudio de tres de ellas. En primer lugar, la preocupación por mantener una coherencia entre actitudes y conducta puede suponer el desarrollo de una tendencia crónica a prestar atención a los aspectos encubiertos del yo (autoconciencia privada) que agravaría el impacto de los sucesos estresantes y la exacerbación de los síntomas depresivos (para una elaboración más detallada

vease Pyszczynski & Greenberg, 1987). En segundo lugar, esa alta coherencia en cuanto supone una alta consistencia transituacional podría implicar que el sujeto tuviera una representación cognitiva de su yo muy simple, en términos de pocos roles sociales, pocos rasgos de personalidad, etc., y muy relacionados entre ellos (baja autocomplejidad). En tales individuos la aparición de cualquier acontecimiento que invalidara uno de esos roles o rasgos tendría una repercusión emocional negativa mayor (para una discusión más extensa vease Linville, 1987). Finalmente, ya que los resultados de este trabajo sugerirían que los individuos con niveles más altos de depresión participan en menor medida en situaciones sociales (más bajos en protagonismo-animación social) y manipulan su autopercepción para conseguir la aprobación de los demás (más altos en representación para influir en los demás), cualquier futuro estudio sobre la relación entre los componentes del constructo AO y el estado de ánimo deprimido debería tomar como punto de referencia la investigación sobre la influencia en éste de las dimensiones de personalidad introversión-extroversión y dependencia interpersonal.

Por último, la generalización de los resultados de este trabajo a poblaciones con depresión clínica se ve limitada por la naturaleza de las muestras utilizadas. Aunque AO y sus componentes pueden estar realmente relacionados con formas clínicas de depresión, incluso con un patrón de naturaleza totalmente distinta del hallado en muestras de estudiantes, se requiere la replicación de este estudio en una población de pacientes con trastornos depresivos para determinar si eso es efectivamente así.

REFERENCIAS

- Arieti, S. y Bemporad, J. (1980). The psychological organization of depression. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1369-1378.
- Arnold, V. (1976). *Further explication of the self-monitoring construct: Its relationship to coping and vocational choice*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Minnesota.
- Avia, M.D., Carrillo, J.M. y Rojo, N. (1987). *Personalidad y Diferencias Sexuales*. Memoria final no publicada del proyecto realizado para el Instituto de la Mujer, Madrid.
- Avia, M.D., Carrillo, J.M. y Rojo, N. (1990). Personalidad y diferencias sexuales. *Revista de Psicología Social*, 5, 7-22.
- Barnett, P.A. y Gotlib, I.H. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.
- Becherer, R. y Richard, L. (1978). Self-monitoring as a moderator of consumer behaviour. *Journal of Consumer Research*, 5, 159-162.
- Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P.J. Claverton y J.E. Barret (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-284). New York: Raven Press.
- Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: DDB. (Orig. 1979).
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Benjaminse, S. (1981). Primary non-endogenous depression and features attributed to reactive depression. *Journal of Affective Disorders*, 3, 245-259.
- Blatt, S.J. (1974). Level of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Boswel, P.C. y Murray, E.G. (1981). Depression, schizophrenia, and social attraction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 641-647.
- Bringgs, S., Cheek, J. y Buss, A. (1980). An analysis of the self-monitoring scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 679-686.
- Coates, D. y Wortman, C.B. (1980). Depression maintenance and interpersonal control. En A. BAUM y J. SINGER (Eds.), *Advances in Environmental Psychology* (Vol. 2, pp. 149-182). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Coyne, J.C. (1976a). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193.
- Coyne, J.C. (1976b). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 14-27.
- Fenigstein, A., Scheier, M.F. y Buss, A.H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.
- Forrest, M.S. y Hokanson, J.E. (1975). Depression and autonomic arousal reduction accompanying self-punitive behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 346-357.
- Furnham, A. (1989). Personality correlates of self-monitoring: The relationship between extraversion, neuroticism, type A behaviour and Snyder's self-monitoring construct. *Personality and Individual Differences*, 10, 35-42.
- Furnham, A. y Capon, M. (1983). Social skills and self-monitoring processes. *Personality and Individual Differences*, 4, 171-178.
- Gabrenya, W. y Arkin, R. (1980). Self-monitoring scale: Factor structure and correlates. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 6, 13-22.
- Ganellen, R., Blaney, P.H., Costello, E.J. y Scheier, M.F. (1987). *Depression and self-consciousness*. Manuscrito no publicado. Universidad de Miami, Miami, Florida.

- Gotlib, I.H. y Asarnow, R.F. (1979). Interpersonal and impersonal problem-solving skills in mildly and clinically depressed university students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 86-95.
- Gotlib, I.H. y Robinson, L.A. (1982). Response to depressed individuals: Discrepancies between self-report and observer rated behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 234-240.
- Hirschfeld, R.M.A., Klerman, G.L., Clayton, P.J. y Keller, M.B. (1983). Personality and depression: Empirical findings. *Archives of General Psychiatry*, 40, 993-998.
- Ickes, W. y Barnes, R.D. (1977). The role of sex and self-monitoring in unstructured dyadic interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 315-330.
- Ickes, W.J., Layden, M.A. y Barnes, R.D. (1978). Objective self-awareness and individuation: An empirical link. *Journal of Personality*, 46, 146-161.
- Ingram, R.E. y Smith, T.S. (1984). Depression and internal versus external locus of attention. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 139-152.
- Lennox, R. y Wolfe, R. (1984). Revision of the self-monitoring scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1349-1364.
- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. En R.J. Friedaman y M.M. KATZ (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-178). Washington: Winston-Wiley.
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. Bootzin (Eds.), *Theoretical Issues in Behavior Therapy* (pp. 331-359). New York: Academic Press.
- Libet, J. y Lewinsohn, P.M. (1973). The concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 304-312.
- Linville, P.W. (1985). Self-complexity and affective extremity: Don't put all your eggs in one cognitive basket. *Social Cognition*, 3, 94-120.
- Linville, P.W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 663-676.
- Lippa, R. (1978). Expressive control, expressive consistency, and the correspondence between expressive behavior and personality. *Journal of Personality*, 46, 438-461.
- Martin, R.A. (1988). Techniques for data acquisition and analysis in field investigations of stress. In R.W.J. Neufeld (Ed.), *Advances in the Investigation of Psychological Stress* (pp. 195-234). New York: Wiley.
- Miller, M.L. y Thayer, J.F. (1989). On the existence of discrete classes in personality: Is self-monitoring the correct join to carve? *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 143-155.
- Monroe, S.M. (1982). Assessment of life events: Retrospective versus concurrent strategies. *Archives of General Psychiatry*, 39, 606-610.
- Nolem-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.
- Pyszczynski, T. y Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*, 102, 122-138.
- Rahaim, S., Waid, L.R., Kennelly, K.J. y Stricklin, A. (1980). Differences in self-monitoring of expressive behavior in depressed and nondepressed individuals. *Psychological Reports*, 46, 1051-1056.
- Sarason, I.G., Johnson, J.H. y Siegel, J.M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.
- Snyder, M. (1974). The self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 526-537.
- Snyder, M. (1979). Self-monitoring processes. En L. Berkwitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. (Vol. 12, pp. 85-128). Nueva York: Academic Press.
- Snyder, M. (1987). *Public Appearances/Private Realities. The Psychology of Self-Monito-*

- ring. Nueva York: W.H. Freeman and Company.
- Snyder, M. y Gangestad, S. (1982). Choosing social situations: Two investigations of self-monitoring processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 123-135.
- Snyder, M. y Gangestad, S. (1986). On the nature of self-monitoring: Matters of assessment, matters of validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 125-139.
- Snyder, M. y Monson, T.C. (1975). Persons, situations, and the control of social behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 637-644.
- Snyder, M., Gangestad, S. y Simpson, J.A. (1983). Choosing friends as activity partners: The role of self-monitoring. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1061-1072.
- Snyder, M. y Smith, D. (1985). *Self-monitoring and depression: Precipitating events and coping strategies*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Midwestern Psychological Association. Chicago.
- Sparacino, J., Ronchi, D., Bigley, T., Flesch, A. y Kuhn, J. (1983). Self-monitoring and blood pressure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 365-375.
- Teri, L. (1982). The use of the Beck Depression Inventory with adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 10, 277-284.
- Tomarelli, M.M. y Shaffer, D.R. (1988). What aspects of self do self-monitors monitor? *Bulletin of the Psychonomic Society*.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). *Fiabilidad y análisis factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck*. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- White-Phelan, P. (1983). Investigación no publicada. Universidad de Minnesota.
- Zimmerman, M. (1983). Methodological issues in the assessment of life events: A review of issues and research. *Clinical Psychology Review*, 3, 339-370.

Parte del contenido del Estudio 1 de este artículo fue comunicado en el *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos* en Valencia, 15-20 de abril de 1990.