

CAPITULO I VISION GENERAL

El problema de la depresión

Algunas autoridades han estimado que al menos un 12% de la población adulta ha presentado o presentará en el futuro un episodio depresivo de importancia clínica suficiente como para necesitar tratamiento (Schuyler y Katz, 1973). Durante los últimos quince años, se han publicado cientos de estudios sistemáticos referentes a las bases biológicas de la depresión y a la quimioterapia de la depresión. Varias publicaciones de la Administración, así como del sector privado, sugieren que se han dado una serie de avances definitivos en el conocimiento de la psicobiología de la depresión y en el tratamiento de esta alteración mediante quimioterapia.

A pesar de este halagüeño panorama, el clínico se enfrenta a una situación que le deja un poco perplejo. Si bien es cierto que se han dado algunos avances en la quimioterapia de la depresión, no existe evidencia de que la frecuencia de la depresión haya disminuído. Es más, la tasa de suicidios, que generalmente se toma como índice de la frecuencia de la depresión, no ha disminuído, sino que, de hecho, ha mostrado un incremento a lo largo de los últimos años. Y más aún, la ausencia de respuesta en la tasa de suicidios se hace significativa al máximo si tenemos en cuenta los grandes esfuerzos desplegados para crear y mantener una serie de centros de prevención de suicidio en todo el país.

Un informe del Instituto Nacional de Salud Mental sobre *The Depressive Disorders* (Los Trastornos Depresivos), de Secunda, Katz, Friedman y Schuyler (1973), manifiesta que la depresión es la causa del 75% del total de hospitalizaciones psiquiátricas y que, a lo largo de un año dado, un 15% de los adultos entre 18 y 74 años puede sufrir síntomas depresivos de cierta consideración. En otro orden de cosas, los autores indican unos costes que oscilan entre 0,3 y 0,9 billones de dólares. Asimismo, los autores subrayan que "de cara a la terapia, el peso de la gran proporción de casos de depresión (el 75% del total de hospitalizaciones psiquiátricas) incide de lleno sobre las modalidades terapéuticas psicosociales".

Valor de la terapia psicológica en el tratamiento de la depresión

Parece bastante evidente la necesidad de desarrollar un tipo de terapia psicológica eficaz de cara a la depresión, determinando sus indicaciones y contraindicaciones y estableciendo su papel en el tratamiento general del paciente depresivo. Parece que la terapia psicológica se practica en distinto grado y de diferentes maneras en el tratamiento de casi todos los pacientes depresivos, por lo tanto, es de crucial importancia definir formas específicas de terapia y determinar su efectividad —de modo que el consumidor pueda saber si este servicio tan costoso está logrando algún resultado satisfactorio. Además, existen otras razones para definir y poner a prueba modalidades terapéuticas específicas.

1. Aunque, obviamente, los fármacos antidepresivos son más baratos que la terapia psicológica, existen pacientes que no responden a la medicación. Estimaciones fiables, basadas en una revisión de numerosos estudios controlados sobre la terapia farmacológica de la depresión, indican que solamente el 60-65% de los pacientes muestra una mejoría definitiva como resultado del tratamiento mediante antidepresivos tricíclicos (ver Beck, 1973, pág. 86). Partiendo de este dato, se deben desarrollar métodos para el 35-40% de los pacientes que no respondan a los antidepresivos.

2. Muchos pacientes a quienes podrían beneficiar los medicamentos, o bien se niegan a tomar la medicación por razones personales, o bien presentan efectos secundarios que obligan a abandonarla.

3. Es posible que a la larga, la dependencia excesiva de los fármacos pudiese impedir indirectamente la utilización por parte del paciente de sus propios métodos psicológicos para hacer frente a la depresión. La amplia literatura sobre la "atribución" apunta la posibilidad de que los pacientes tratados con fármacos atribuyan sus problemas a un desequilibrio químico y la mejoría, a los efectos de los medicamentos (Shapiro y Morris, 1978). Consecuentemente, como indican las investigaciones psicosociológicas, los pacientes pueden estar menos capacitados para aprovecharse de o desarrollar sus propios mecanismos para manejar la depresión. La relativamente alta tasa de recaídas de pacientes tratados con fármacos (aproximadamente el 50% durante el año siguiente a la terminación del tratamiento) indica que este argumento puede ser válido.

La sabiduría popular sugiere que un buen curso de terapia psicológica podría ser, a largo plazo, más beneficioso que la quimioterapia, ya que el paciente puede *aprender algo de su propia experiencia psicoterapéutica*. Es decir, se podría esperar que tales pacientes manejasen mucho mejor posibles depresiones ulteriores, que lograsen eliminar depresiones incipientes, o incluso que fuesen capaces de prevenir posibles depresiones.

El hecho de que la tasa de suicidios no haya disminuido a pesar del amplio uso de antidepresivos sugiere que, aunque la quimioterapia puede resolver temporalmente crisis de suicidio, no tiene efectos mantenedores

que inoculen al paciente contra un nuevo intento de suicidio en el futuro. La investigación indica que, en el paciente suicida, existe un punto psicológico central —la desesperanza (o "expectativas negativas generalizadas"). Los resultados positivos obtenidos al emplear un método dirigido directamente a esta desesperanza de los pacientes depresivos indican que la terapia cognitiva puede dar lugar a un rango de "efectos antisuicidas" mayor que el producido por la quimioterapia (ver Capítulo 10).

Definición de terapia cognitiva

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976). Sus cogniciones ("eventos" verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. Por ejemplo, si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si es competente y está capacitada, su pensamiento puede verse dominado por el esquema, "Si no lo hago todo a la perfección, significa que soy un fracaso". Consecuentemente, esta persona responderá a las situaciones en términos de adecuación, incluso aunque las situaciones no tengan nada que ver con la dimensión de competencia personal.

Las técnicas terapéuticas específicas utilizadas se sitúan en el marco del modelo cognitivo en psicopatología; pensamos que la terapia no puede ser aplicada con efectividad si no se tiene un conocimiento de la teoría. Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas.

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Se utilizan varias técnicas verbales para explorar la lógica subyacente y la base de las cogniciones y supuestos concretos. El paciente recibe, al principio, una explicación del fundamento teórico de la terapia cognitiva. A continuación, aprende a reconocer, controlar y registrar sus pensamientos negativos en el Registro Diario de Pensamientos Distorsionados (ver Apéndice). Las cogniciones y supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo, e incremento de la conducta positiva versus mantenimiento de la patología. Por ejemplo, se discute la tendencia de los depresivos a sentirse responsables de los resultados negativos, en tanto que sistemáticamente se niegan a asumir sus propios éxitos. La terapia se centra en "síntomas objetivo" específicos (por ejemplo, los impulsos suicidas). Se identifican las cogniciones que están a la base de dichos síntomas (por ejemplo, "Mi vida es completamente inútil, carece de valor, y yo no puedo cambiarla.") y se someten a una investigación lógica y empírica.

Uno de los componentes más poderosos del modelo de psicoterapia basado en el aprendizaje es el hecho de que el paciente comienza a incorporar muchas de las técnicas que emplea el terapeuta. Por ejemplo, a menudo sucede que los pacientes se encuentran a sí mismos asumiendo espontáneamente el rol de terapeuta y cuestionándose de sus conclusiones o predicciones. Algunos ejemplos de este tipo de cuestiones que nosotros hemos observado son los siguientes: ¿A partir de qué evidencia extraigo esta conclusión? ¿Existen otras explicaciones? Realmente, ¿es tan grave la pérdida? ¿Qué perjuicio me reporta el que un extraño piense mal de mí? ¿Qué puedo perder por intentar ser, más asertivo?

Estas preguntas que el sujeto se formula a sí mismo desempeñan un papel capital en la generalización de las técnicas cognitivas de la consulta a las situaciones externas. Sin este tipo de preguntas, el individuo depresivo se ve rodeado de patrones automáticos estereotipados, fenómeno que podríamos denominar "pensamiento irreflexivo".

Las *técnicas conductuales* se emplean con los pacientes depresivos más graves no sólo para modificar la conducta, sino también para elicitar cogniciones asociadas a conductas específicas. Ya que el paciente, por lo general, necesita estas técnicas más activas al comienzo del tratamiento, presentaremos el material relacionado con las estrategias conductuales (Capítulo 7) antes de la exposición de las técnicas (Capítulo 8). Entre los materiales relacionados con las técnicas conductuales se encuentran un Cuestionario de Actividades Semanales, en el que el paciente debe registrar sus actividades cada hora: un Cuestionario de Dominio y Agrado, en el que el paciente avalúa las actividades listadas en el cuestionario anterior; y la Asignación de Tareas Graduales, en la cual el paciente emprende una serie de tareas que le llevarán a alcanzar una meta que él considera difícil o imposible. Además, las técnicas conductuales se diseñan para ayudar al paciente a someter a prueba ciertos supuestos y cogniciones desadaptativos.

Un problema importante con el que se enfrenta el terapeuta es el de la toma de decisiones referentes a la elección del tipo concreto de intervención, así como a la duración de ésta. Como se observará en los Capítulos 7 y 8, tanto las técnicas conductuales como las cognitivas tienen sus propias ventajas y aplicaciones dentro de la terapia cognitiva. Al paciente preocupado, inestable, le resultará difícil hacer introspección. De hecho, sus preocupaciones e ideas perseverantes pueden verse agravadas por este procedimiento. En cambio, los métodos conductuales tienen un poder relativamente mayor para contrarrestar su inercia y movilizarle hacia una actividad constructiva. Es más, probablemente una experiencia satisfactoria al lograr un objetivo conductual sea más efectiva que los métodos cognitivos a la hora de modificar pensamientos erróneos, tales como "Soy incapaz de hacer nada a derechas."

Ahora bien, aunque las técnicas sean más eficaces para modificar las falsas *creencias*, las técnicas cognitivas pueden ser el tipo ideal de intervención para modificar la tendencia del paciente a hacer inferencias incorrectas a partir de eventos específicos. Imaginemos a una paciente que infiere que a sus amigos no les es simpática porque no le han telefonado en los últimos días. Esta paciente debería practicar habilidades cognitivas tales como identificar los procesos "lógicos" que llevan a esta conclusión, examinar la evidencia, y considerar explicaciones alternativas. Una tarea conductual sería irrelevante para esta clase de problemas cognitivos.

Estos principios serán de primerísima importancia en la implementación de una terapia coherente. A medida que el terapeuta va adquiriendo experiencia, podrá emplear un "árbol de decisión" en el curso de las sesiones. En lugar de seleccionar estrategias sobre la marcha, elegirá la técnica más adecuada para el síntoma o problema concreto que se le presente.

Generalmente, la terapia consta de 15-20 sesiones una vez a la semana. Los casos más graves suelen adquirir sesiones frecuentes, dos semanales durante 4-5 semanas y después, una semanal durante 10-15 semanas. Normalmente, solemos disminuir la frecuencia a una sesión de cada dos semanas durante las últimas fases, al tiempo que recomendamos la "terapia de apoyo" una vez que ha finalizado el tratamiento. Estas visitas de seguimiento pueden programarse de acuerdo a ciertos criterios o dejarse a la elección del propio paciente. Hemos observado que el paciente suele acudir en busca de sesiones "de apoyo" unas tres o cuatro veces a lo largo del año siguiente a la terminación de la terapia.

Características nuevas de la terapia cognitiva

¿Cuáles son las notas innovadoras de este tipo de terapia? La terapia cognitiva difiere de la terapia convencional en dos aspectos importantes: en la estructura formal de las sesiones y en los tipos de problemas en que se centra.

"Empirismo Colaborativo": En contraste con las terapias tradicionales, como la terapia psicoanalítica o la terapia centrada en el cliente, el terapeuta

que aplica la terapia cognitiva se encuentra en continua actividad e interactúa intencionadamente con el paciente. El terapeuta estructura la terapia según un diseño específico que requiere la participación y colaboración del paciente. Dado que el paciente depresivo suele estar, al principio, confundido, preocupado o distraído, el terapeuta le ayuda a organizar su pensamiento y su conducta —con el fin de ayudarlo a hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana. A pesar de que la colaboración del paciente en la formulación del plan de tratamiento puede verse seriamente limitada o impedida por los síntomas que presenta en esta fase, el terapeuta necesita valerse de una cierta inventiva para estimular al paciente a *participar activamente* en las distintas operaciones terapéuticas. Hemos observado que las técnicas psicoanalíticas clásicas, tales como la asociación libre y la mínima actividad por parte del terapeuta, influyen de modo negativo en el paciente depresivo, ya que le permiten hundirse aún más en su laberinto de preocupaciones negativas.

Al contrario que la terapia psicoanalítica, la terapia cognitiva se centra en problemas "aquí-y-ahora". Se presta escasa atención a la época de la infancia, salvo que pueda clarificar algunos hechos actuales. El objetivo principal es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión terapéutica y entre las sesiones. No interpretamos factores inconscientes. El terapeuta cognitivo colabora activamente con el paciente en la exploración de las experiencias psicológicas de éste, y en la elaboración de programas de actividades y de tareas para realizar en casa.

La terapia cognitiva también difiere de la terapia de conducta en su mayor énfasis sobre las experiencias internas (mentales) del paciente, tales como pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes. La estrategia general de la terapia cognitiva se puede diferenciar del resto de las escuelas de terapia por su énfasis en la *investigación empírica* de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente. Nosotros formulamos las ideas y creencias desviadas del paciente acerca de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro en términos de hipótesis, cuya validez intentamos comprobar de un modo sistemático. Así, casi todas las experiencias pueden darnos la oportunidad de realizar un experimento relevante a los puntos de vista o creencias negativas del paciente. Si el paciente piensa, por ejemplo, que todas las personas con las que se encuentra le dan la espalda con un gesto de disgusto, podríamos ayudarlo a establecer un sistema para juzgar las reacciones de los demás y animarle a realizar evaluaciones objetivas de la expresión facial y los movimientos corporales de las personas. Si el paciente se cree incapaz de llevar a cabo los hábitos higiénicos más básicos podríamos elaborar una lista o una tabla para que registrase sus logros en la realización de tales actividades.

Modelos cognitivos: perspectiva histórica

Entre los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva, se cuentan los siguientes:

1. La percepción y, en general, la experiencia son procesos *activos* que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.
2. Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
3. El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).
4. Estas cogniciones constituyen la "corriente de conciencia" o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro.
5. Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
6. Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
7. La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.

Los orígenes filosóficos de la terapia cognitiva se remontan a los Estoicos, en particular a Zenón de Citio (siglo IV a. C.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto, y Marco Aurelio. Epicteto escribió en *El Enchiridión*: "Los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen." Del mismo modo que el Estoicismo, las Filosofías Orientales, como el Taoísmo y el Budismo, han subrayado que las emociones humanas están basadas en las ideas. El control de los sentimientos más intensos puede lograrse mediante un cambio en las ideas.

Freud (1900/1953) expuso inicialmente la idea de que los sentimientos y los efectos se basan en ideas inconscientes. La Psicología Individual de Alfred Adler indicó la importancia de comprender al paciente dentro del marco de sus propias experiencias conscientes. Para Adler, la terapia consistía en intentar explicar cómo la persona percibe y experiencia el mundo. Adler (1931/1958) afirmaba:

No sufrimos por el choque de nuestras experiencias el llamado *trauma*, sino que inferimos de ellas precisamente lo que se ajusta a nuestros propósitos. Estamos *autodeterminados* por el significado que damos a nuestras experiencias; y probablemente siempre hay implicada cierta parte de error cuando tomamos determinadas experiencias como base para nuestra futura vida. Los significados no están determinados por las situaciones, sino que nos determinamos a nosotros mismos por el significado que damos a las situaciones.
(pág. 14)

Algunos otros autores cuyo trabajo ha surgido de o se ha visto influido por la tradición psicoanalítica han aportado ideas importantes al desarrollo de la terapia cognitiva. (Para una revisión, ver Raimy, 1975). Entre los nuevos autores de este grupo se puede destacar a Alexander (1950), Horney (1950), Saul (1947), y Sullivan (1953).

El énfasis filosófico en las experiencias subjetivas conscientes surge de los trabajos de Kant, Heidegger, y Husserl. Este "movimiento fenomenológico" ha contribuido sustancialmente al desarrollo de la psicología moderna en este grupo de terapias. La aplicación del método fenomenológico a estados patológicos específicos se ve ejemplificada en los trabajos de Jaspers (1913/1968), Binswanger (1944-45/1958) y Straus (1966). La influencia de psicólogos del desarrollo como Piaget (1947/1950, 1932/1960) también es evidente en la formulación de la terapia cognitiva.

Los últimos avances en la psicología conductual también han hecho hincapié en la importancia de las cogniciones del paciente. Bowers (1973) ha defendido un modelo interactivo (características del sujeto y características del ambiente), en contra del "situacionismo" de los enfoques conductistas clásicos. El énfasis creciente en la reestructuración o modificación de las cogniciones se refleja en el trabajo de Arnold Lazarus (1972), quien afirma, "puede decirse que la mayor parte de los esfuerzos terapéuticos se centran en la corrección de las ideas erróneas" (pág. 165). Esta corrección de las ideas erróneas, arguye Lazarus, puede producirse tanto antes como después de que tenga lugar el cambio en la conducta.

Un número creciente de terapeutas americanos han expuesto con mayor especificidad cómo el terapeuta podría modificar sistemáticamente las cogniciones durante la terapia. Kelly (1955) desarrolló la terapia de los constructos personales para modificar las experiencias cotidianas conscientes de los pacientes. En la terapia de "rol fijo", el paciente asume un papel basado en supuestos acerca del mundo o de sí mismo que no son congruentes con sus verdaderas creencias. En este nuevo papel, el paciente se enfrenta cara a cara con supuestos que él hacía sobre sí mismo y sobre su interacción con otras personas. Kelly se refiere a estos supuestos o creencias subyacentes con la denominación de "constructos personales".

Más recientemente, Berne (1961, 1964) y Frank (1961) añadieron métodos y conceptualizaciones diferentes a las terapias encaminados a modificar la experiencia consciente o las cogniciones del paciente.

El trabajo de Ellis (1957, 1962, 1971, 1973) supuso un nuevo impulso en el desarrollo histórico de las terapias cognitivo-conductuales. Ellis relaciona el estímulo ambiental o Activador (A) con las Consecuencias emocionales (C) a través de la Creencia interviniente (Cr). Así, el objetivo de su Terapia Racional Emotiva consiste en hacer que el paciente tome conciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de éstas. La Terapia Racional Emotiva pretende modificar estas creencias irracionales. Por su parte, Naultsby (1975) ha subrayado el empleo de otras técnicas para hacer que el individuo tome conciencia de estas creencias y para modificarlas.

Las recientes contribuciones al desarrollo de la terapia cognitiva por parte de autores de orientación conductual (Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977; Goldfried y Davison, 1976; Kazdin y Wilson, 1978) han proporcionado una base empírica y teórica más firme sobre la cual continuar trabajando en este área.

La terapia cognitiva de la depresión incluye varias técnicas interrelacionadas que se han destilado del crisol de la experiencia clínica con pacientes depresivos. Las técnicas concretas se aplican dentro del marco de una teoría psicológica de la depresión (Beck, 1976). Como se ha indicado anteriormente, es preciso conocer la teoría del modelo cognitivo de la depresión para aplicar las técnicas de la terapia cognitiva.

El modelo cognitivo de la depresión

El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales (Beck, 1963, 1964, 1967). Esta interacción entre los enfoques clínico y experimental ha facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva (ver Beck, 1976).

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información)

Concepto de Tríada Cognitiva

La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, *a causa* de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones

interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente *piensa* erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es *real*. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo.

Los síntomas motivacionales (por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.) también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que *parecen* ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviese muerto.

La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos. Dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Así, tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados.

Por último, el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de la depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga. La visión negativa del futuro (sensación de futilidad) puede producir una "inhibición psicomotriz".

Organización Estructural del Pensamiento Depresivo

Un segundo componente del modelo cognitivo es el que se refiere al modelo de esquemas. Este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de maneras diferentes, una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término "esquema" designa estos patrones cognitivos estables.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia. El esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier

idea con un contenido verbal o gráfico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantiene una escasa relación lógica con ellos. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

En las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad y, consecuentemente, errores sistemáticos en el pensamiento depresivo, éste se ve cada vez más incapacitado para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas. En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos (por ejemplo, leer o responder preguntas) o emprender actividades mentales voluntarias (solución de problemas, recuerdos). En tales casos, inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

Errores en el Procesamiento de la Información

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (ver Beck, 1967).

1. *Inferencia arbitraria* (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

2. *Abstracción selectiva* (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

3. *Generalización excesiva* (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

4. *Maximización y minimización* (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

5. *Personalización* (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

6. *Pensamiento absolutista, dicotómico* (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Una manera de abordar el desorden de pensamiento presente en la depresión es conceptualizarlo en términos de modos "primitivos" de organizar la realidad vs. modos "maduros". Parece claro que las personas depresivas tienden a estructurar sus experiencias de un modo bastante primitivo. Tienden a emitir juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan su vida. Sus contenidos de pensamiento tienen una gran probabilidad de ser extremos, negativos, categóricos, absolutistas, etc. La respuesta emocional, por lo tanto, tiende a ser negativa y extrema. En contraposición a este tipo de pensamiento primitivo, un pensamiento más maduro integra automáticamente las situaciones en varias dimensiones (en lugar de una única categoría), en términos cuantitativos más que cualitativos, y de acuerdo con criterios relativos más que absolutistas. En el pensamiento primitivo, la complejidad, variabilidad y diversidad de las experiencias y la conducta humanas se reducen a unas pocas categorías.

Parece que las características del pensamiento típico del depresivo son análogas a las expuestas por Piaget (1932/1960) en sus descripciones del pensamiento infantil. Hemos aplicado la etiqueta "primitivo" a este tipo de pensamiento para distinguirlo del pensamiento más adaptativo observado en estadios posteriores del desarrollo. A continuación, se esquematizan las características que diferencian ambas formas de pensamiento.

PENSAMIENTO "PRIMITIVO"

1. *No dimensional y global*: Soy un miedoso.

2. *Absolutista y moralista*: Soy un despreciable cobarde.

3. *Invariable*: Siempre fui y siempre seré un cobarde.

4. *"Diagnóstico basado en el carácter"*: Hay algo extraño en mi carácter.

5. *Irreversibilidad*: Como soy intrínsecamente débil, no hay nada que se pueda hacer con mi problema.

PENSAMIENTO "MADURO"

Multidimensional: Soy medianamente miedoso, bastante generoso y ciertamente inteligente.

Relativo; no emite juicios de valor: Soy más cobarde que la mayoría de las personas que conozco.

Variable: Mis miedos varían de un momento a otro y de una situación a otra.

"Diagnóstico conductual": Evito en gran medida algunas situaciones y tengo diversos miedos.

Reversibilidad: Puedo aprender modos de afrontar situaciones y de luchar contra mis miedos.

Según esta representación esquemática, observamos que el paciente depresivo tiende a interpretar sus experiencias en términos de privaciones o de derrotas (no dimensionales) y como algo irreversible (fijo). Consecuentemente, se considera a sí mismo como un "perdedor" (categórico, emite juicios de valor) y como una persona predestinada (déficits de carácter irreversibles).

La mayor parte de esta monografía está dedicada a la descripción de medios para identificar las pautas de pensamiento idiosincráticas y las estrategias que pueden contrarrestarlas. En el apartado de Síntomas Cognitivos del Capítulo 9, se pueden encontrar algunas sugerencias específicamente concernientes al pensamiento dicotómico y absolutista.

Predisposición y desencadenamiento de la Depresión

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. En pocas palabras, la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas.

Por ejemplo, la ruptura matrimonial puede activar el concepto de pérdida irreversible asociado con la muerte de uno de los padres acaecida durante la infancia del individuo. En otro orden de cosas, la depresión puede ser desencadenada por una anomalía o una enfermedad física que activa la creencia latente en una persona de que está destinada a una vida de sufrimiento. Las situaciones desagradables de la vida —incluso las extremadamente adversas— no conducen necesariamente a una depresión, a no ser

que la persona esté especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza de su organización cognitiva.

En respuesta a situaciones traumatizantes, las persona media aún mantendría su interés por otros aspectos no traumáticos de su vida, valorándolos de forma realista. Por el contrario, el pensamiento de la persona con tendencia a la depresión aparece bastante constreñido, desarrollando ideas negativas acerca de todos los aspectos de su vida.

Existe una considerable evidencia empírica a favor del modelo cognitivo de la depresión. Recientemente (Beck y Rush, 1978) han sido revisados los datos obtenidos en observaciones clínicas y estudios experimentales. Estos trabajos apoyan la presencia e interrelación de los componentes de la "tríada cognitiva" en la depresión. Algunos estudios apoyan la existencia de ciertos déficits cognitivos específicos (por ejemplo, deterioro del razonamiento abstracto y de la atención selectiva) en las personas depresivas o suicidas.

Un Modelo de Interacción Recíproca

Hasta el momento, nuestra discusión sobre la teoría cognitiva de la depresión podría parecer desequilibrada o sesgada; puede dar la impresión de que el paciente desarrolla la depresión independiente de sus experiencias interpersonales. Parte de este énfasis, aparentemente excesivo, en los aspectos "intrapésicos" de la depresión es el resultado del hecho de que nos centramos deliberadamente en el individuo y en cómo construye la realidad. Ahora bien, se puede ampliar la unidad de observación a los aspectos relevantes del ambiente del individuo (por ejemplo, la familia, los amigos, los compañeros, el jefe, etc.).

Como señaló Bandura (1977), la conducta de una persona influye sobre otros individuos, cuyas acciones, a su vez, influyen sobre la persona. Puede suceder que una persona que se encuentra en las primeras fases de una depresión se aparte de algunas personas significativas o relevantes para ella. Ofendidas, estas "personas significativas" podrían responder con rechazos o críticas, que, a su vez, activarían o agravarían el autorechazo y la autocritica del propio individuo, (en otros, casos, el rechazo por parte de otros puede ser el primer eslabón de la cadena que conduce a la depresión clínica). Las conceptualizaciones negativas resultantes llevan al paciente (que ya puede encontrarse deprimido) a un mayor aislamiento. Este círculo vicioso puede continuar hasta que el paciente esté tan deprimido que ya no le causen efecto los intentos de ayuda y las muestras de cariño y afecto por parte de los demás.

Una relación interpersonal armoniosa, por el contrario, puede actuar como amortiguador o parachoques de cara al desarrollo de una depresión incipiente. Un sistema de apoyo social sólido puede servir para proporcionar muestras de aceptación, respeto y afecto que neutralicen la tendencia del paciente a subestimarse. Es más, el tratamiento del paciente depresivo suele verse beneficiado en gran medida si se cuenta con un familiar o amigo que sirva como representación de la realidad social para ayudar al paciente a

someter a prueba la validez de sus pensamientos negativos.

Cuando existen interacciones contraproducentes con personas significativas que contribuyen al mantenimiento de la depresión, puede ser adecuada alguna forma de "terapia de pareja", asesoramiento matrimonial o terapia familiar.

Debe hacerse notar que existe una considerable variabilidad entre los pacientes depresivos en cuanto al grado en que la depresión mejora o se agrava en función de otras personas. Se puede decir que algunas depresiones avanzan a lo largo de un camino inexorable a las influencias ambientales favorables.

Primacía de los Factores Cognitivos en la Depresión

Han surgido importantes cuestiones a la primacía de los factores cognitivos en el síndrome depresivo. Como señala Schreiber (1978), las distorsiones cognitivas podrían ser equiparadas con los síntomas afectivos, motivacionales, conductuales o vegetativos, es decir, conceptualizadas simplemente como manifestación o síntoma de la depresión. De hecho, muchas descripciones contemporáneas consideran la depresión simple y llanamente como un trastorno afectivo, ignorando por completo los aspectos cognitivos.

En nuestra conceptualización de la depresión, hemos intentado dar algún sentido a los diversos fenómenos que abarca la depresión, sistematizándolos en una secuencia lógica coherente. El modo como los signos y síntomas de un trastorno pueden ordenarse para dar lugar a relaciones con significado (aunque sean hipotéticas) puede ilustrarse con una analogía.

Consideremos un paciente que se presenta a su médico con debilidad general, dolores en el pecho, fatiga al respirar, tos crónica y esputos de sangre. Para disponer estos fenómenos en una secuencia comprensible centraríamos nuestra atención en el dolor de pecho como primer eslabón de la cadena de reacción. Podríamos esquematizar la siguiente secuencia: dolor de pecho dificultad respiratoria + tos esputo de sangre y debilidad general. La hipótesis de trabajo sería que el paciente presenta una lesión pulmonar que explicaría los síntomas respiratorios y el dolor localizado en el pecho. Supongamos que el médico debe fiarse de los informes del paciente y del examen que él mismo lleva a cabo. Si (después de haber auscultado al paciente) fuese capaz de demostrar la existencia de alguna anomalía en la zona de los pulmones, por ejemplo, un área de mayor densidad, tendríamos cierta evidencia en apoyo de la primera formulación. Es más, si el médico pudiese curar la enfermedad reduciendo o eliminando la mayor densidad de la zona en cuestión (por ejemplo, mediante ejercicios respiratorios, reposo, etc.), obtendríamos aún más apoyo para la idea de la patogénesis de la enfermedad.

Hasta el momento, sin embargo, no se podría hacer ninguna afirmación definitiva en relación con la causa inmediata de la enfermedad (posiblemente una infección pulmonar o un tumor) ni con la causa última (posiblemente una bacteria, una toxina, o un agente cancerígeno). Sólo podríamos

afirmar que, dentro de los límites de los datos disponibles proporcionados por el paciente y los recogidos en el examen médico, se puede atribuir la *primacia* de la secuencia de síntomas a la patología pulmonar.

Tendríamos que contentarnos con la evidencia de que la lesión pulmonar es un factor que influye o un mecanismo mantenedor de la enfermedad. En muchos sentidos, nuestra formulación respecto a la depresión es análoga a esta hipotética configuración signo-síntoma.

Así, haciendo un "corte transversal" de la sintomatología de la depresión, hemos llegado a la conclusión de que debemos buscar el principal foco de patología en el modo peculiar que tiene el individuo de verse a sí mismo, sus experiencias y su futuro (la "tríada cognitiva" y en su forma idiosincrática de procesar la información (inferencia arbitraria, recurso selectivo, sobregeneralización, etc.). Nuestra experiencia clínica y el trabajo experimental sugieren que puede resultar útil una explicación paralela a la de la lesión pulmonar. Las manifestaciones más floridas de la depresión pueden distraer al clínico (y también al paciente) de lo que es primordial en la patología. Así como en el caso del "tumor silencioso" del pulmón, los síntomas más acusados podían ser el dolor, la tos, y la debilidad, en la depresión, los síntomas predominantes serían el dolor psíquico, la agitación, y la pérdida de energía. Si la persona encargada de hacer el diagnóstico no busca otro tipo de patología, podría confundir el fenómeno principal, es decir, alteraciones del pensamiento, dentro de la cadena de eventos.

Debe subrayarse que hasta ahora nuestra explicación se basa en el análisis de los *fenómenos* de la depresión. Nuestros instrumentos de observación a este nivel de análisis no proporcionan datos relativos a la "causa" última. Puede postularse que las construcciones negativas que el paciente hace de la realidad constituyen el primer eslabón de la cadena de síntomas (o "fenómenos"). Esta formulación ofrece un amplio rango de hipótesis. Recientes revisiones de la literatura citan alrededor de 35 estudios correlacionales y experimentales que apoyan estas hipótesis (Beck y Rush, 1978; Hollon y Beck, en prensa).

Como se ha mencionado anteriormente, el modelo cognitivo, sin embargo, no se centra en la cuestión de la *etiología última* o de las causas de la depresión unipolar: por ejemplo, predisposición hereditaria, aprendizaje inadecuado, lesión cerebral, trastornos bioquímicos, etc. y sus combinaciones.

Otro reto que se le plantea al modelo cognitivo es el de la predisposición a la depresión. Este tema, según el modelo cognitivo, se centra en determinar cómo contribuyen a la predisposición y al desencadenamiento de la depresión algunas peculiaridades de la organización cognitiva. Nuestra formulación del papel de las estructuras cognitivas desadaptativas que predisponen a la depresión se basa, en parte, en observaciones clínicas a largo plazo y además en la especulación lógica. No nos parece plausible la idea de que los mecanismos cognitivos aberrantes se creen de nuevo cada vez que un individuo experimenta una depresión. Parece más lógico pensar que el

individuo presenta alguna anomalía relativamente duradera en un sistema psicológico. Por lo tanto, es necesario llevar a cabo un análisis longitudinal en términos estructurales. Al desencadenarse la depresión (sea debido a presiones psíquicas, a un desequilibrio bioquímico, a la estimulación del hipotálamo o a cualquier otro agente), se activa un conjunto de "estructuras cognitivas" alteradas (esquemas) que se formó en un momento temprano del desarrollo. Este tema de la formación y modo de activación de los esquemas ya ha sido tratado en un trabajo anterior (Beck, 1967).

Revoluciones cognitivas: paradigmas científicos y relativos a la depresión

De alguna manera, la terapia cognitiva de la depresión ofrece un intento de solucionar las "paradojas de la depresión" (Beck, 1976, págs. 102-105). Los fenómenos de la depresión se caracterizan por una inversión o distorsión de muchos de los principios acerca de la naturaleza humana que gozan de una aceptación generalizada: el "instinto de supervivencia", los impulsos sexuales, la necesidad de sueño y alimento, el "principio de placer", e incluso el "instinto maternal". Estas paradojas se pueden llegar a comprender en el marco de lo que los psicólogos contemporáneos han denominado "revolución cognitiva en psicología" (Dember, 1974; Mahoney, 1977; Weimer y Palermo, 1974). Si bien la transición hacia el estudio de los procesos cognitivos puede interpretarse como continuación de la eterna dialéctica entre psicología intrapsíquica y situacionismo, o bien, en términos más amplios, como continuación de los conflictos entre mentalismo y fisicalismo, es evidente que está surgiendo un paradigma científico nuevo.

El paradigma científico —en el sentido que lo empleó Kuhn (1962)— que subyace al Modelo Cognitivo de la Depresión abarca mucho más que una teoría y una terapia. Abarca un dominio anteriormente olvidado (el de la organización cognitiva), una tecnología y una serie de instrumentos conceptuales que se aplican para obtener datos pertenecientes a dicho dominio, un conjunto de principios para construir la teoría y, por último, una tecnología especializada para recoger y evaluar evidencia en apoyo de la teoría. Al igual que en otros paradigmas, se han establecido "reglas de evidencia" para determinar qué datos son admisibles y cómo pueden interpretarse con un margen de confianza. Además, dado que nos concierne la aplicación práctica de la teoría, el paradigma también incluye un sistema de terapia con un conjunto de normas para obtener e interpretar datos, así como un diseño de investigación bien elaborado para evaluar la mejoría atribuible a los procedimientos terapéuticos.

¿Qué es lo revolucionario en el nuevo paradigma científico de la depresión? En primer lugar, se centra en el paradigma personal del paciente (ver Capítulo 4, pág. 65). En segundo lugar, conceptualiza este paradigma en términos de una "revolución cognitiva". Específicamente, la organización cognitiva del depresivo ha experimentado una revolución (o quizás una "circunvolución") que produce una notable *inversión* en la forma como el

paciente construye la realidad. En contraposición al concepto usual de revolución científica, del que generalmente se interpreta que representan un avance, la "revolución depresiva" constituye un retroceso.

Nuestro nuevo paradigma *científico* de la depresión afirma: El paradigma *personal* del paciente cuando se encuentra en un estado depresivo da lugar a una visión distorsionada de sí mismo y del mundo. Sus ideas y creencias negativas le parecen una representación verídica de la realidad, incluso cuando a otras personas y a él mismo cuando no está deprimido les parezcan inverosímiles. Sus observaciones y las interpretaciones que hace de los fenómenos están moldeadas por su marco de referencia conceptual —equivalente a la descripción de Kuhn de un paradigma científico. Los grandes cambios producidos en su organización cognitiva llevan a un procesamiento de la información inadecuado, como resultado del cual surge una amplia variedad de síntomas. Utilizamos nuestro paradigma científico primeramente para comprender y además para modificar el paradigma personal inadecuado de modo que no vuelva a dar lugar a observaciones e interpretaciones falsas. Es más, proponemos que cuando el paradigma personal del paciente ha sido invertido y ajustado a la realidad (en cierto modo una "contrarrevolución"), la depresión empieza a desaparecer.

El concepto de revolución cognitiva en el ámbito de la depresión presenta algunas implicaciones para la investigación de la patología (a la vez que de la terapia) de esta condición. Muchas de las investigaciones y estudios de la depresión "subclínica" han supuesto una *continuidad* desde el estado normal al estado patológico. Si el estado clínico de la depresión fuese cualitativamente distinto del de la no depresión, los investigadores necesitarían desechar sus principios de trabajo (p. ej., la teoría del condicionamiento, la del procesamiento de la información) aplicables al estudio de los individuos normales y adoptar un paradigma diferente para estudiar la depresión. Esta posible diferencia entre las teorías aplicables a la personalidad normal versus las aplicables a la personalidad anormal puede quedar ilustrada por el siguiente ejemplo.

Una de las características principales del paciente depresivo es su relativa inconsciencia o falta de atención con respecto a los estímulos ambientales. Independientemente de lo que ocurra a su alrededor, tiende a perseverar en sus temas de privación, anormalidad o enfermedad. En términos metafóricos, la organización cognitiva se ha hecho relativamente autónoma y reproduce mecánicamente un flujo continuo de ideas repetitivas negativas. Estas cogniciones consisten, hasta cierto punto, en construcciones estereotipadas negativas de los eventos externos inmediatos; pero, en la mayor parte de los casos, representan reverberaciones de ideas repetitivas negativas que nada tienen que ver con la situación ambiental real del momento. Dados estos hechos, formulaciones como la del modelo de interacción recíproca de Bandura no serían aplicables a este estado de patología. El "modelo de cogniciones autónomas" sería más adecuado para elaborar hipótesis y llevar a cabo experimentos relevantes para el estudio de la persona con esta clase de alteraciones psicológicas.

Requisitos previos para llevar a cabo la terapia cognitiva de la depresión

1. El terapeuta dedicado al tratamiento de pacientes depresivos debe poseer un sólido conocimiento del síndrome clínico de la depresión. Sobre la base de su educación y entrenamiento formales, debe profundizar en las habilidades de entrevista necesarias para determinar el "estado mental" del paciente y para recoger los datos pertinentes de su historia. Debe estar familiarizado con la amplia variedad de manifestaciones clínicas del síndrome y con las vicisitudes del proceso clínico. Estas características clínicas incluyen el conocimiento de las remisiones espontáneas, la tasa de recaídas y el riesgo de suicidio.

Los terapeutas no deben limitarse a una definición idiosincrática de la depresión dictada por una determinada escuela de psiquiatría o psicología, sino que deben tener en cuenta las descripciones de los síndromes que posean una aceptación generalizada. Por ejemplo, la descripción de la sintomatología, del curso clínico y de la nosología de la depresión que aparecen en *Depression, Causes and Treatment* (Depresión: Causas y Tratamiento) (Beck, 1967) generalmente han sido aceptados como válidos por investigadores y clínicos, independientemente de sus propias teorías respecto a la naturaleza y etiología de la depresión. Por ello, este manual (o equivalente a un manual) podría ser utilizado por el investigador o el terapeuta como marco de referencia.

Pensamos que la voluntad de muchos terapeutas de ignorar las categorías nosológicas tradicionales y de centrarse simplemente en los problemas del paciente es restrictiva y puede producir consecuencias no deseadas. Aunque somos partidarios de la filosofía de "tratar al paciente en vez de la enfermedad", existen razones de peso para clasificar los problemas psicológicos y, en consecuencia, para aplicar técnicas sensibles a fin de establecer un diagnóstico correcto.

La depresión, por ejemplo, presenta varias características diferenciales. Primera, presenta un conjunto de síntomas y conductas peculiares que la hacen diferente de otras neurosis. Segunda, tiende a seguir un desarrollo determinado. La depresión típica suele comenzar con un grado medio de intensidad, alcanza un punto álgido y, a continuación, disminuye generalmente en intensidad, de tal modo que sus características temporales y las "remisiones espontáneas" han sido repetidamente observadas por los clínicos. La depresión suele ser episódica, con períodos en que se da una ausencia de los síntomas. La naturaleza temporal de la depresión diferencia este síndrome de otros tales como las fobias, la neurosis obsesivo-compulsiva e incluso la ansiedad crónica, los cuales pueden estar presentes durante toda la vida del individuo sin experimentar cambios sustanciales. Tercera, a causa de la complicación letal casi exclusiva de este síndrome, es decir, el suicidio, el diagnóstico de la depresión es particularmente importante. Cuarta, determinados tratamientos somáticos han sido aplicados con éxito a la depresión. Los fármacos tricíclicos, por ejemplo, tienen una aplicabilidad altamente selectiva limitada a este síndrome. La terapia electroconvulsiva a menudo

produce resultados positivos en determinados casos de depresión si bien suelen empeorar otras condiciones, como la neurosis de ansiedad. Quinta, existe un creciente cuerpo de evidencia que indica la presencia de un tipo de alteración biológica en la depresión, posiblemente debida a una especie de agotamiento o fatiga de los neurotransmisores. Sexta, existe evidencia de que ciertos tipos de depresión (por ejemplo, las depresiones bipolares) tienen un fuerte componente hereditario. Séptima, en nuestras investigaciones hemos encontrado que el contenido específico de las distorsiones cognitivas y de los supuestos subyacentes es diferente del que se da en otros trastornos.

Por último, el tipo de factores desencadenantes (cuando se hallan presentes) pueden diferir en cada una de las distintas alteraciones neuróticas. Los factores desencadenantes de la depresión surgen de una pérdida percibida o real; en otros síntomas, como la ansiedad, los factores desencadenantes están más relacionados con una amenaza o un peligro.

En el Capítulo 17 (Terapia Cognitiva y Fármacos Antidepresivos) de esta monografía aparece un resumen de la sintomatología y el diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos. Antes de tomar una decisión sobre la elección del tratamiento para un paciente depresivo, el clínico debe tener un conocimiento exhaustivo de los materiales que se exponen en dicho capítulo. De no ser así, podría quedar consternado al descubrir, por ejemplo, que había estado tratando a un maniaco-depresivo cíclico con un método exclusivamente psicológico, cuando lo que tal paciente debía haber recibido era un tratamiento a base de litio. Paralelamente, el clínico debe estar sensibilizado hacia la presencia de trastornos de la afectividad y de depresiones de tipo psicótico para no rechazar sin una base sólida los fármacos antidepresivos. Es más, necesita saber cómo y cuándo combinar los fármacos antidepresivos con la terapia cognitiva.

Constituye un grave peligro el hecho de que un clínico sin experiencia centre su atención en un sola faceta de la depresión e ignore los numerosos componentes afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos. Conocemos algunos casos en los que el terapeuta, cegado por la teoría, informaba con satisfacción de los cambios operados en un área, por ejemplo, una mejoría en las relaciones interpersonales, un mayor nivel de actividad, o una aparente reducción de la tristeza ... A los pocos días, ¡el paciente se suicidaba!

2. Dado que el suicidio es *la* complicación letal de la depresión, el clínico necesita una serie de capacidades especializadas para reconocer al paciente suicida y determinar el riesgo de suicidio. Incluso un paciente con una depresión de intensidad moderada puede llegar al suicidio; es más, no son infrecuentes los intentos de suicidio durante el mismo proceso de la terapia. El clínico debe estar alerta a los indicios de un incremento en el riesgo de suicidio durante el tratamiento; asimismo, debe estar preparado para tomar decisiones cruciales sobre asuntos tales como informar a la familia del paciente acerca del riesgo de suicidio, recomendar un período de hospitaliza-

ción, prescribir precauciones especiales dentro del propio hospital, etc.

Para evaluar el riesgo de suicidio, se pueden encontrar algunas orientaciones en la monografía *The Prediction of Suicide* (La Predicción del Suicidio) Beck, Resnik y Lettieri, 1974), así como en el artículo que describe la Scale for Suicidal Ideation (Escala de Pensamientos Suicidas) (Beck, Kovacs y Weissman, en prensa). En el Capítulo 10 del presente volumen se discute en profundidad la importancia de una intervención psicológica inmediata, especialmente cuando el terapeuta es capaz de aislar y neutralizar la desesperanza subyacente.

3. El aspirante a *terapeuta cognitivo* debe ser, en primer lugar, un buen terapeuta. Debe poseer algunas características necesarias, como la capacidad para responder al paciente en una atmósfera de relación humana —con interés, aceptación y empatía. Independientemente de su destreza en la aplicación técnica de las estrategias cognitivas, puede encontrar serios impedimentos si no posee estas características interpersonales esenciales.

Hemos observado que terapeutas de muy distintas orientaciones y con muy diversos grados de experiencia pueden llevar a cabo satisfactoriamente una terapia cognitiva. Los terapeutas que han practicado la terapia psicodinámica suelen ser empáticos y sensibles, además de poseer determinadas habilidades para manejar las reacciones de transferencia. Los terapeutas de conducta, por su parte, suelen estar bien cualificados para aplicar las distintas técnicas terapéuticas.

4. El terapeuta bien preparado y que mantiene una actitud cálida, empática y de aceptación tampoco puede esperar obtener buenos resultados en la terapia cognitiva de la depresión solamente en base al estudio de esta monografía. Necesita, además, satisfacer los siguientes requisitos previos:

a. Un sólido conocimiento del modelo cognitivo de la depresión, tal como se describe en *Depression: Causes and Treatment* (Depresión: Causas y Tratamiento) (Capítulos 15, 17, 18) y en Capítulo 5 de *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* (La Terapia Cognitiva y los Trastornos Emocionales) (Beck, 1976).

b. Un conocimiento del marco conceptual de la terapia cognitiva, expuesto en el último volumen citado (Capítulos 2, 3, 4, 9, 10, y 12), así como de su aplicación específica al tratamiento de la depresión (Capítulo 11).

c. Entrenamiento formal en un centro de terapia cognitiva. Se incluirá la supervisión en la terapia con pacientes depresivos. La importancia del entrenamiento intensivo y de un largo período de supervisión se ve confirmada en un estudio reciente del Center for Cognitive Therapy (Centro de Terapia Cognitiva). Hemos encontrado que, siguiendo un curso acelerado de tres meses, en el que se incluía la supervisión del tratamiento de dos o tres pacientes depresivos, menos del 25% de los alumnos (psiquiatras y psicólogos) reunía todos los criterios de competencia en terapia cognitiva. El 25%

continuó con una supervisión semanal de los casos a su cargo, considerándose, aproximadamente al cabo de un año, que la mayoría había alcanzado un nivel de competencia aceptable (ver la Competency Checklist for Cognitive Therapists —Lista de Competencias para Terapeutas Cognitivos— en el Apéndice). Nuestra experiencia general indica que un período de seis meses a dos años suele ser suficiente para alcanzar los criterios de competencia.

d. Entrenamiento en talleres, realización de tareas de monitor de grupo, y utilización de cintas de vídeo y libretas de anotaciones. Este tipo de entrenamiento también exige una supervisión continuada por parte de un instructor cualificado hasta que se satisfagan los criterios de competencia.

Limitaciones de la terapia cognitiva

Diversos estudios sistemáticos sobre la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión (ver Capítulo 18) ponen de manifiesto lo prometedor de este enfoque. No obstante, son necesarias más investigaciones adicionales que confirmen los resultados de los primeros estudios y que determinen los límites de aplicabilidad del método en términos de tipos de depresión específicos. (por ejemplo, cuando concurren indicios de una inteligencia "borderline") y de otras características del paciente (nivel cultural, actitudes hacia la psicoterapia vs. quimioterapia, "fuerza del ego", y factores demográficos).

En vista del hecho de que se necesita un gran cuerpo de información para que quede bien definido el papel de la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión, esperamos que esta monografía sirva a los investigadores como guía para centrarse en las serias cuestiones relativas a la aplicabilidad y utilidad de la terapia cognitiva.

Los profesionales que apliquen las estrategias expuestas en este manual deberán observar las siguientes *advertencias*:

1. Excepto con propósitos de investigación, la terapia debe limitarse a aquellos tipos de pacientes cuya reponsividad a este método haya sido probada en estudios previos. (Los lectores pueden revisar los informes originales de los estudios controlados que se recogen en el Capítulo 18). Estos estudios han mostrado la eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento de estudiantes universitarios depresivos que habían sido enviados a una clínica de salud mental, a una clínica de salud mental comunitaria, o bien al departamento de psiquiatría ambulatoria de la Universidad.

2. La efectividad de esta terapia se ha demostrado sólo con pacientes depresivos externos que constituían casos de depresión unipolar no psicótica. Por lo tanto, los procedimientos de tratamiento convencionales (por ejemplo, la hospitalización y las terapias "somáticas" se emplearán en el caso de depresiones bipolares o de gran intensidad, en el caso de pacientes gravemente alterados o que presente un alto riesgo de suicidio. La combina-

ción de la terapia cognitiva con los fármacos antidepresivos se discute en el Capítulo 17.

3. La medicación antidepresiva ha probado su eficacia en un gran número de estudios. Por ello, la terapia cognitiva debería restringirse a aquellos casos de depresión unipolar respecto a los cuales el clínico considere preferible este método en lugar de la medicación antidepresiva: (a) Cuando el paciente no acepta la ingestión de fármacos; (b) prefiere un método psicológico, esperando que la experiencia de aprendizaje reduzca su propensión a la depresión; (c) presenta efectos colaterales peligrosos frente a los antidepresivos o se encuentra en una condición médica que contraindica el uso de antidepresivos; (d) ha presentando un rechazo ante ensayos con antidepresivos.

Riesgos comunes en el aprendizaje de la terapia cognitiva

Durante nuestra enseñanza de la terapia cognitiva, hemos observado ciertos defectos y errores en el enfoque terapéutico bastante comunes entre los alumnos.

1. *Minusvalorar la Relación Terapéutica.* El nuevo terapeuta a menudo se encuentra tan cautivado por las técnicas que olvida la importancia de establecer un fondo de relación terapéutica con el paciente. Los problemas interpersonales con el paciente constituyen una de las dificultades más comunes de los terapeutas cuando comienzan el aprendizaje de la terapia cognitiva. El terapeuta jamás debe perder de vista el hecho de que se está relacionando con otro ser humano y de que ambos tienen por delante una tarea muy compleja. El terapeuta debe estar particularmente sensibilizado hacia:

a. La importancia de la discusión y expresión de las reacciones emocionales del paciente (Capítulo 2)

b. El propio estilo de comunicación habitual del paciente. El terapeuta debe adaptar su propio estilo personal hasta conjugarlo con el del paciente. Afortunadamente, como la terapia cognitiva es activa, el terapeuta tiene oportunidad de desarrollar un amplio repertorio de estilos. En ocasiones, por ejemplo, deberá mostrarse muy activo, en tanto que, en otras, permanecerá relativamente comedido; algunos pacientes necesitan una considerable preparación, otros, sólo, que les infundan el ánimo suficiente para tomar la iniciativa.

c. La interrupción de las operaciones interpersonales adaptativas del paciente como resultado de la depresión. El terapeuta debe conocer los grandes obstáculos que la depresión supone en el área de la comunicación: dificultad para concentrarse, comunicarse y formular el problema en voz alta, para crear una relación afectiva. Algunos pacientes depresivos están prácticamente mudos, por lo cual el

terapeuta debe tomar la iniciativa y hacer conjeturas sobre lo que preocupa al paciente, intentado obtener *feedback* por parte de éste para ir modificando o perfilando sus conjeturas y suposiciones. Otros pacientes pueden sentirse tan ansiosos por tratar de mostrarse seguros que el terapeuta debe permanecer relativamente pasivo.

d. La hipersensibilidad del paciente hacia cualquier acción o afirmación que pueda entenderse como rechazo, indiferencia o desaprobación. Las respuestas desmesuradas o las interpretaciones incorrectas del paciente pueden proporcionar datos muy valiosos, pero el terapeuta debe estar alerta a su aparición y preparar el marco apropiado para utilizar constructivamente estas reacciones distorsionadas.

2. *Mostrarse Purista, Caprichoso o Excesivamente Precavido.* Los Terapeutas principiantes suelen tener tendencia a adoptar una de dos posturas terapéuticas opuestas. Están tan impacientes por dominar los aspectos técnicos que imitan de forma repetitiva a los modelos ("Los Maestros") en lugar de integrar el método, terapéutico en su propio estilo. De este modo, parecen robots, afanados en aplicar clichés o en emplear "trucos" que los pacientes puedan identificar inmediatamente a partir de la lectura del material sobre terapia cognitiva. En el otro extremo, el terapeuta puede forzar la elasticidad del modelo cognitivo para "probar si determinadas técnicas se ajustan a él, sin tener en cuenta la adecuación de éstas para su paciente en un momento dado. Este tipo de terapeutas también tienden a "saltar" de una técnica a otra sin haber probado la eficacia o las limitaciones de ninguna de ellas.

En el polo opuesto, el neófito puede mostrarse excesivamente cauteloso para evitar "hacer mal las cosas" y perjudicar al paciente. Como resultado de esta actitud, puede retraerse y permanecer silencioso, o bien seguir mecánicamente el protocolo estándar del tratamiento. Afortunadamente, la estrategia general de la terapia cognitiva proporciona una serie de salvaguardias, como por ejemplo, obtener *feedback* del paciente, teniendo en cuenta lo que comprende de todo aquello que el terapeuta le comunica y cualquier tipo de reacción contraproducente ante el comportamiento, las técnicas o las sugerencias del terapeuta (Capítulos 3 y 4).

3. *Mostrarse Excesivamente Reduccionista y Simplista.* Muchos de los terapeutas en período de aprendizaje creen que la terapia cognitiva consiste *únicamente* en hacer que los pacientes identifiquen y corrijan sus pensamientos negativos. A menudo, el terapeuta no está bien afianzado en el modelo cognitivo de los trastornos emocionales. Es difícil, cuando no imposible, llevar a cabo con éxito una *terapia* cognitiva sin un conocimiento profundo de la *teoría* en la que se basa.

Si bien es cierto que el modelo cognitivo trata de reducir un trastorno muy complejo a un número finito de conceptos, también lo es que cada paciente presenta un patrón de psicopatología idiosincrático. Es más, no

existe un formato estándar que se pueda aplicar sistemáticamente a todos los pacientes para obtener datos relevantes y modificar los patrones idiosincráticos.

Dado que el enfoque de esta monografía de tratamiento consiste en operativizar las técnicas y los principios de la terapia cognitiva, el terapeuta poco experimentado puede intentar llevar la terapia como si siguiese "un libro de recetas". El terapeuta debe situarse en un punto intermedio entre ser demasiado concreto y ser demasiado abstracto; atomista vs. globalista. La terapia cognitiva es un enfoque holista, pero que se aplica en una secuencia de pasos discretos y fácilmente comprensibles.

4. *Mostrarse Demasiado Didáctico o Excesivamente Interpretativo.* El empleo de preguntas es una parte importante de la terapia cognitiva. Puede resultarle fácil al terapeuta advertir que el paciente distorsiona sus experiencias, que se dan pensamientos intervinientes entre un evento y su experiencia emocional correspondiente. Pero con ello, poco progreso puede conseguirse. Es importante que el terapeuta plantee preguntas que pongan en marcha la lógica que el paciente tiene aletargada, valiéndose del método inductivo.

Un beneficio adicional del procedimiento inductivo es que permite al paciente poner en práctica una conducta de hacerse preguntas a sí mismo cuando el terapeuta no se halle presente. Es decir, él "escucha" la voz del terapeuta que le hace preguntas como "¿Que evidencia existe?", "¿Qué es lo más adaptativo que se puede hacer ahora?". Además, al aprender a identificar y someter a prueba sus hipótesis, el paciente desarrolla un empirismo muy beneficioso que sirve como protección contra la formación de conclusiones poco realistas.

El hecho de que el terapeuta le comunique al paciente sus propias teorías y lo que opina de los pensamientos del paciente suele producir resultados positivos. Pero, paradójicamente, esta forma de proceder tiene un inconveniente. A causa de las características de demanda, el paciente "produce" datos en apoyo de las ideas del terapeuta, lo cual puede llevar a una falsa mejoría. En el transcurso de la terapia, sin embargo, suelen desaparecer las mejorías y es probable que el paciente experimente una recaída.

En ocasiones, es esencial que el terapeuta asuma el rol de educador con respecto al paciente, explicándole algunas de las características de la depresión y de la terapia cognitiva. No obstante, el terapeuta debe cuidar de que esta explicación no sea aceptada sin ningún tipo de crítica por parte del paciente, a la vez que debe asegurarse de que, en el futuro, dicha explicación sea sometida a prueba por aquel.

5. *Mostrarse Demasiado "Superficial".* Es crucial que el neófito reconozca la importancia de que ciertos significados queden totalmente claros. Aunque la modificación de los pensamientos automáticos y poco realistas sea un elemento importante del tratamiento, lo crucial es la *totalidad* de los significados de las experiencias del paciente. En ocasiones, el significado que el paciente otorga a una situación puede no estar formulado de un modo

totalmente explícito, sino que es el propio terapeuta quien debe complementarlo.

Por ejemplo; Si al paciente le devuelven un manuscrito que esperaba publicar, su pensamiento automático inmediato podría ser, "He fracasado. Ha sido un esfuerzo inútil. Jamás volveré a escribir". Sin embargo, si el terapeuta le pregunta al paciente, "¿Qué significa esto para usted en cuanto a su futuro, a usted mismo y a sus experiencias?", probablemente obtenga una información adicional también relevante. El paciente podría responder, "Significa que soy un completo inútil, nunca seré capaz de hacer nada que merezca la pena. Jamás avanzaré en mi carrera ... Jamás seré feliz".

Si el terapeuta se fía exclusivamente de los datos de los pensamientos automáticos, olvida el significado crucial —aunque no haya sido expresado explícitamente: las consecuencias relativas al resto de su vida que el paciente está anticipando. Más aún, terapeuta y paciente deben investigar los supuestos que subyacen a estos significados y consecuencias anticipadas. En el caso citado, por ejemplo, el paciente podría estar operando con supuestos como "Un fracaso predice otros fracasos sucesivos" y "Nunca seré feliz si no consigo ser un buen escritor".

En la misma línea, el terapeuta debe estar en guardia para no captar explicaciones sencillas o simplistas; asimismo, debe verificar la fiabilidad de los informes del paciente sobre sus introspecciones. El terapeuta puede adquirir la suficiente confianza en sí mismo como para llegar a pensar que puede comprender la totalidad de una experiencia determinada entrando en el "mundo fenoménico" del paciente. Puede describirle a éste la experiencia tal como él la entiende y obtener feedback respecto a la exactitud de sus percepciones sobre la experiencia del paciente. La experiencia participativa, un componente de la "empatía", se describe con más detalle en el Capítulo 8.

6. *Reaccionar Negativamente ante los Pacientes Depresivos.* El terapeuta debe tener presente que trabajar con pacientes depresivos constituye a menudo una tarea dura y pesada. Debe abstenerse de hacer interpretaciones peyorativas de la conducta del depresivo (Capítulo 4). Tiene que darse cuenta de que el individuo depresivo puede pensar sinceramente que la terapia representa para él una posibilidad de ayuda verdaderamente pequeña, que su vida es difícil y el futuro, desesperanzador. Con frecuencia, los nuevos terapeutas:

a. intentarán eliminar de raíz las creencias del paciente de que su vida carece de valor, con lo cual éste se dará por vencido, pensando además que nadie le puede ayudar;

b. pensarán que el paciente tiene demasiadas resistencias y elaborarán una interpretación de su conducta en términos motivacionales (en lugar de investigar la base de su "oposicionismo", nihilismo o escepticismo, actitudes que suelen tener sus raíces en los supuestos inadecuados del paciente). Los terapeutas pueden así estar manipulando al paciente aun sin darse cuenta de ello. Por el contrario, el terapeuta podría interpretar constructivamente el escepticism-

mo del paciente como un estímulo siempre presente para aplicar el método inductivo al "paradigma personal" del paciente, (Capítulo 4).

Uno de los mejores antidotos para evitar responder de forma inadecuada a las reacciones negativas del paciente hacia la terapia es intentar empatizar con él, tal como se describió en el apartado anterior. Entrando en el mundo fenoménico del paciente, el terapeuta podrá entender mejor cómo las "resistencias" de éste son consecuencia inevitable de su modo de interpretar la realidad.

7. *Aceptar el "Insight Intelectual".* El terapeuta no debe llevarse a engaño por las afirmaciones del paciente de que comparte las formulaciones del terapeuta a nivel "intelectual", pero no "emocional". Si la formulación del terapeuta es correcta, el paciente puede ir integrándola gradualmente en su sistema de creencias. Esto puede entenderse mejor con una demostración empírica.

Cuando un individuo sostiene una idea de cierta importancia, suele experimentar sentimientos subjetivos relativos a ella. Ha aprendido a "fiarse" de estos sentimientos subjetivos para pensar que la idea es correcta. (Evidentemente, este tipo de sentimientos son a menudo fuente de confusión, produciendo interpretaciones inadecuadas que conllevan serias dificultades). Así, cuando el individuo dice "Comprendo —a nivel intelectual— lo que usted me está diciendo", simplemente está reconociendo la *posibilidad* de que la afirmación del terapeuta sea correcta, pero no le ha concedido demasiado valor. Lo que es "real" para él es su propia idea creencia —no las declaraciones o pontificaciones del terapeuta.

En el capítulo sobre los problemas técnicos (Capítulo 14), pueden encontrarse algunas recomendaciones referentes al procedimiento terapéutico para cuestiones relativas al insight "intelectual" vs. "emocional".

Maximización de los efectos de la terapia cognitiva

Los principios y técnicas generales de la terapia cognitiva se explicarán detalladamente en los siguientes capítulos del libro. Sin embargo, sería conveniente subrayar aquí algunos conceptos relevantes para incrementar la efectividad de la terapia a corto y largo plazo.

1. *Importancia de Crear un Clima de Empresa Común y de Colaboración con el paciente.* Cuanto más trabajen juntos terapeuta y paciente, más profunda será la experiencia de aprendizaje para ambos. El esfuerzo conjunto no sólo genera un espíritu cooperativo, sino también una sensación de exploración y descubrimiento. Estos factores incrementan la motivación y ayudan a superar muchos de los obstáculos inherentes a la psicoterapia.

2. *Importancia de Centrarse en las Variaciones y Fluctuaciones que Pueden Darse en la Depresión del Paciente.* Cuando el paciente experimenta una mejoría, el terapeuta debe animarle a que determine con exactitud qué método (si es el caso) piensa que ha contribuido en su mejoría. El empeora-

miento de los síntomas y recaídas deben ser "bienvenidos" y bien acogidos como una valiosa fuente de información para investigar los factores que han producido una agudización de la depresión, como una buena oportunidad para que el paciente ponga en práctica las técnicas para hacer frente a estos problemas. Este enfoque es representativo de la filosofía general de "transformar todo inconveniente en una ventaja". El terapeuta no debe mostrarse demasiado entusiasta ante ligeras mejorías, porque estas pueden deberse a "factores inespecíficos" tales como la relación terapeuta-paciente o las expectativas de éste. El terapeuta debe enfatizar la importancia de que el paciente *aprenda* métodos para hacer frente a la depresión, en vez de las posibles mejorías que hayan surgido sin ningún tipo de intervención activa por parte del paciente. Aunque atrayente a veces, el papel de "Dr Sabelotodo" es menos efectivo que el modelo basado en una colaboración seria y objetiva a la hora de resolver los problemas.

3. *Enfasis en la Autoexploración.* Debe favorecerse que el paciente investigue el significado de los distintos fenómenos a los largo del transcurso de la terapia y, especialmente, después de que ésta finalice. Incluso acontecimientos como la proximidad del fin de la terapia deben ser estudiados, analizando, en profundidad su significado.

4. *"Aprendizaje Dependiente del Estado" y Colaboración de las Personas Significativas.* Hemos observado que los pacientes aprenden mejor a analizar y hacer frente a sus dificultades cuando sus problemas aún están "calientes". Así, si experimentan sentimientos depresivos con sus cogniciones asociadas durante una sesión de terapia, se les puede preparar mejor para manejar el estado problemático cuando el terapeuta no esté presente. Por esta razón, a veces es conveniente "provocar" una situación problemática durante una sesión de terapia. Es más, se pueden concertar citas en momentos en que es probable que aparezca la situación problemática (por ejemplo, un fuerte sentimiento de soledad), momentos como los fines de semana o las últimas horas de la tarde. En ocasiones pueden necesitarse entrevistas telefónicas para superar el problema una vez que ha surgido. En lugar de ajustar y limitar el tratamiento del paciente al "lecho de Procusto" de la sesión terapéutica programada arbitrariamente, el terapeuta podría visitar al paciente en su propia casa para ayudarle a resolver un problema (por ejemplo, realizar las tareas domésticas o académicas) relacionado con una situación concreta. Hemos observado, por ejemplo, que las visitas profesionales de esta naturaleza a menudo producen mejores resultados que las visitas en la consulta. Nuestras observaciones a este respecto parecen ajustarse al concepto de "aprendizaje dependiente del estado": Lo que una persona aprende en un determinado estado tiene mayor probabilidad de generalizarse a ese estado específico que a otros. Así, la mejor ocasión para que un paciente aprenda a controlar eficazmente sus impulsos de suicidio es precisamente cuando éstos están presente.

Ya que las visitas en el domicilio del paciente son, a veces, imposibles de

concertar, puede ser conveniente la colaboración activa por parte de un familiar o amigo del paciente. El "terapeuta auxiliar" puede ser entrenado para implementar determinadas estrategias terapéuticas en la situación de casa.