

# CAPITULO 7

## APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS CONDUCTUALES

### **La modificación cognitiva a través de la modificación conductual**

La *terapia* cognitiva de la depresión se basa en la *teoría* cognitiva de la depresión. Trabajando en el marco del modelo cognitivo, el terapeuta formula el método terapéutico de acuerdo con las necesidades específicas de un determinado paciente en un momento dado. Por lo tanto, el terapeuta puede estar realizando una terapia cognitiva, aunque aplique técnicas predominantemente conductuales o abreactivas (liberación o descarga de las emociones).

En las primeras fases de la terapia cognitiva y, en especial, con los pacientes más deprimidos, suele ser necesario que el terapeuta restablezca el nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Concretamente, manteniendo ocupados la atención y el interés del paciente, lo que el terapeuta intenta es inducir a éste para que contrarreste su huida y se dedique a actividades más constructivas. El fundamento teórico de este método se basa en la observación clínica de que el paciente depresivo grave, y a veces también las personas que le rodean (las "personas significativas"), creen que ya no es capaz de realizar las funciones que se esperan de él como estudiante, trabajador, ama de casa, esposa, padre, etc. Es más, puede suceder que el paciente no tenga esperanzas de obtener gratificación alguna de aquellas actividades que antes le agradaban.

El paciente depresivo grave se ve atrapado en un círculo vicioso: su bajo nivel de actividad hace que se considere a sí mismo como un inútil. A su vez, esa etiqueta le produce desilusión y, en último extremo, le lleva a un estado de inmovilidad. Le resulta difícil realizar funciones intelectuales (razonamientos y planificación de actividades motoras —incluso caminar y hablar), así como actividades complejas que exijan entrenamiento y/o habilidades especializadas. Estas formas de conductas son, por lo general, instrumentos para conseguir satisfacción y mantener la propia autoestima y la estima de los demás. La interrupción de estas funciones como consecuencia de una escasa capacidad de concentración, de la fatigabilidad, etc. produce insatisfacción y reduce la autoestima.

El papel del terapeuta es claro. No es fácil "disuadir al paciente" de sus conclusiones de que es débil, inepto o necio. Es posible que lo único que vea es, simplemente, que ahora no hace cosas que antes le resultaban relativamente fáciles y tenían cierta importancia. Al ayudar al paciente a modificar ciertas conductas, el terapeuta puede *mostrarle* que sus conclusiones negativas y excesivamente generales son incorrectas. Una vez conseguidas algunas modificaciones en la conducta, el terapeuta puede mostrar al paciente que, de hecho, no ha perdido la capacidad de funcionar como en épocas anteriores, sino que su pesimismo dificulta la movilización de los recursos necesarios. De esta forma, el paciente llega a reconocer que el origen de su problema es un error cognitivo: *Piensa* (incorrectamente) que es un inepto, un inútil, que es débil... y estas creencias influyen negativamente sobre su motivación y su conducta.

La expresión *técnicas conductuales* puede sugerir que la atención terapéutica se centra exclusivamente en la conducta observable del paciente; es decir, que el terapeuta prescribe actividades dirigidas a un objetivo. En realidad, las manifestaciones del paciente acerca de sus pensamientos, sentimientos y deseos son capitales para el éxito de las técnicas conductuales. El objetivo último de estas técnicas, en el ámbito de la terapia cognitiva, es lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente que produzcan una mejoría en su ejecución. Ciertamente, los métodos conductuales pueden considerarse como una serie de pequeños experimentos dirigidos a probar la validez de las hipótesis o ideas del paciente acerca de sí mismo. Cuando las ideas negativas se ven desechadas o refutadas por estos "experimentos", el paciente comienza a dudar de su validez y se siente motivado para emprender tareas que entrañen mayor dificultad.

Muchas de las técnicas que se describirán en este capítulo también forman parte del repertorio del terapeuta de conducta. El impacto de las técnicas terapéuticas derivadas de un modelo estrictamente conductual o de condicionamiento es limitado, ya que queda restringido a la conducta observable y excluye selectivamente la información referente a las actitudes, creencias y pensamientos del paciente— las cogniciones. Así pues, aunque el terapeuta de conducta estimule al paciente a ser más activo, el pesimismo, la visión negativa de sí mismo y la tendencia al suicidio permanecerán inalterables. Para el terapeuta de conducta, la modificación de la conducta es un fin en sí mismo; para el terapeuta cognitivo, es un medio para llegar a un fin —la modificación cognitiva.

Es importante hacer notar que las modificaciones cognitivas *no* siguen *necesariamente* a modificaciones conductuales. En contraposición con los resultados típicos de los estudios psicosociológicos de individuos normales, nosotros hemos encontrado que los pacientes depresivos no cambian fácilmente sus cogniciones negativas, aun a pesar de haber tenido lugar modificaciones conductuales. El siguiente ejemplo ilustra este punto.

Una depresiva de 36 años había dejado de participar en partidos de tenis, aunque anteriormente era una actividad con la que disfrutaba. En su

lugar, su conducta diaria consistía en "dormir e intentar hacer las labores domésticas atrasadas". La paciente creía firmemente que era incapaz de realizar actividades tan "agotadoras" como el tenis. Su marido contrató a un profesor de tenis particular en un intento de ayudar a su mujer a superar la depresión. La paciente, reticente, acudió a la clase y, a los ojos de su marido, era "otra persona". La paciente golpeaba la pelota con energía y se encontraba ágil, pero, a pesar de su buena forma física, estaba convencida de que sus habilidades se habían "deteriorado" hasta tal punto que las clases no servirían de nada. Interpretó negativamente la reacción de su marido, pensando que indicaba lo mala jugadora que era ahora —ya que, *según ella*, "Piensa que estoy tan desesperada que la única ocasión en que consigo dar a la pelota es durante una clase". Evidentemente, rechazaba la razón obvia del entusiasmo de su marido, en favor de una explicación derivada de su autoimagen negativa. También manifestó que no había disfrutado de la sesión de tenis porque no "se merecía" un tiempo de esparcimiento.

Este resumen ilustra la necesidad de encajar las técnicas conductuales en un marco de tratamiento más amplio. Las cogniciones sesgadas en una dirección negativa no cambian necesariamente a raíz de una modificación de la conducta. Más bien lo que ocurre es que la modificación conductual permite la identificación de las cogniciones negativas. La modificación de conducta es importante en tanto en cuanto le proporciona al paciente una oportunidad de evaluar empíricamente sus ideas de inadecuación e incompetencia. El terapeuta debe basar el fundamento teórico de este procedimiento en el conocimiento del marco de referencia por parte del paciente. En el caso mencionado, aunque el esposo puso en marcha un plan de acción adecuado (las clases de tenis), su ignorancia al sistema de creencias de su mujer le impidió ayudarle a resolver su problema cognitivo. Es más, su esfuerzo resultó perjudicial, al malinterpretar ella los acontecimientos. A lo largo de este capítulo, describiremos las estrategias terapéuticas para identificar y tratar las cogniciones relacionadas con los objetivos conductuales y la modificación de la conducta.

### **Programación de actividades**

Muchos pacientes depresivos manifiestan una abrumadora cantidad de cogniciones pesimistas cuando se encuentran física y socialmente inactivos. Se autocritican por ser como "vegetales" y evitar a otras personas. Paradójicamente, pueden justificar su huida y evitación sobre la base de que las actividades e interacciones sociales carecen de sentido, o bien de que ellos constituyen una carga para los demás. Así, se van hundiendo progresivamente en la pasividad y el aislamiento social. Más aún, no es extraño que el depresivo interprete su inactividad como evidencia de su inutilidad, cayendo así en un círculo vicioso.

La prescripción de actividades determinadas se basa en la observación clínica de que a los pacientes depresivos les resulta difícil realizar las tareas que anteriormente les costaba un esfuerzo relativamente pequeño. Tienden

a evitar las tareas complejas; en caso de que las aborden, es probable que tengan grandes dificultades para lograr el objetivo. La pauta típica es que el depresivo evite la actividad o se detenga y abandone al encontrar la más mínima dificultad. Parece que sus creencias y actitudes negativas están a la base de su tendencia a darse por vencidos. Los pacientes suelen decir, "Es inútil que lo intente", ya que están convencidos de que van a fracasar. Cuando abordan actividades dirigidas a un objetivo, tienden a maximizar las dificultades y a minimizar su capacidad para superarlas

El empleo de programas de actividades sirve para contrarrestar la escasa motivación del paciente, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas. Es probable que la técnica de planificar el tiempo del paciente hora tras hora lo mantenga ocupado e impida que regrese a su estado de inmovilidad. Además, el hecho de centrarse en tareas dirigidas a un objetivo proporciona al paciente y al terapeuta datos concretos en los que basar las evaluaciones realistas de la capacidad funcional del paciente.

Como ocurre en otras técnicas cognitivas, el terapeuta debe presentarle al paciente el fundamento teórico. Muchas veces, el paciente se da cuenta de que la inactividad va asociada con una intensificación de sus sentimientos negativos. En caso de que no sea así, el paciente suele aceptar la idea de que la inactividad incrementa los pensamientos negativos y la disforia. Al menos, el terapeuta puede pedirle al paciente que participe en un "experimento" diseñado para determinar si la actividad hace que disminuyan sus preocupaciones y mejore su humor. Terapeuta y paciente determinan actividades específicas, comprometiéndose el paciente a registrar sus pensamientos y sentimientos mientras esté realizando cada tarea. En los casos verdaderamente difíciles, el terapeuta, muy seriamente, puede preguntar al paciente, "¿Qué pierde con intentarlo?"

El terapeuta puede elegir entre proporcionar al paciente un programa de actividades y/o registrar las actividades que, de hecho, tienen lugar a lo largo del día. Debe incorporarse una jerarquía de "tareas graduales al programa diario.

La planificación de actividades en colaboración con el paciente puede ser un paso importante para demostrarle que es capaz de controlar su tiempo. Los pacientes depresivos graves suelen experimentar una sensación de "estar actuando por pura inercia", junto a la sensación de que sus actividades no tienen un propósito claro. Programando las actividades diarias con el terapeuta, pueden lograr trazarse metas con sentido. Además, el registro que hace el paciente de las actividades que, de hecho, se realizaron (en comparación con las que estaban programadas para ese día) proporciona feedback objetivo referente a sus logros. Este registro proporciona, asimismo, un indicador de las autoevaluaciones de dominio y agrado al conseguir el objetivo (ver figuras 1 y 2).

Puede resultar difícil conseguir que el paciente se comprometa lo suficiente con la idea de llevar a cabo un programa de actividades. El terapeuta explica el fundamento teórico por ejemplo, que las personas

*PROGRAMA SEMANAL DE ACTIVIDADES*

*Nota: Evalúe las actividades en dos dimensiones: anote D para Dominio y A para Agrado.*

	L	Ma	Mi	J	V	S	D
9-10		Hacer la compra	Ir al museo	Arreglarme para salir			
10-11		Hacer la compra	Ir al museo	Dirigirme a la cita			
11-12	Cita con el doctor	Llamar a una amiga	Ir al museo	Cita con el doctor			
12-1	COMIDA	COMIDA	Comer en el museo				
1-2	Vuelta a casa	Hacer limpieza en el salón	Vuelta a casa				
2-3	Leer una novela	Hacer limpieza en el salón	Lavar la ropa				
3-4	Arreglar el dormitorio	Leer una novela	Lavar la ropa				
4-5	Ver la T.V.	Ver la T.V.	Ver la T.V.				
5-6	Preparar la cena	Preparar la cena	Preparar la cena				
6-7	Cenar con la familia	Cenar con la familia	Cenar con la familia				
7-8	Recoger la cocina	Recoger la cocina	Recoger la cocina				
8-12	Ver la T.V., Leer un rato, Ir a dormir	Llamar a mi hermana, Ver la T.V., Leer, ir a dormir	Trabajos manuales, Leer, Ir a dormir				

## PROGRAMA SEMANAL DE ACTIVIDADES

*Nota:* Evalúe las actividades en dos dimensiones: anote D para Dominio y A para Agrado.

	L	Ma	Mi	J	V	S	D
9-10		Hice la compra D3 A0	Me quedé en la cama DO A0	Me preparé para salir D2 A0			
10-11		Hice la compra D3 A0	Me quedé en la cama DO A0	Fui a la ciudad			
11-12		Hice la compra D3 A0	Avisé al técnico del lavavajillas DO	Cita con el doctor			
12-1	COMIDA DO A1	COMIDA DO A0	COMIDA DO A1				
1-2	Volví a casa DO A0	Llamé a una amiga DO A3	Lavé la ropa D4				
2-3	Leí A3	Vi la T.V. DO A1	Lavé la ropa D4 A0				
3-4	Limpié la habitación D5 A2	Vi la T.V. DO A1	Lavé la ropa D4				
4-5	Limpié la habitación D5 A2	Vi la T.V. DO A1	Vi la T.V. DO A2				
5-6	Preparé la cena D4 A2	Preparé la cena D3 A0	Preparé la cena D2 A0				
6-7	Recogí la cocina DO A1	T.V. DO A0	T.V. DO A1				
7-8	T.V. DO A1	T.V. DO A0	T.V. D A1				
8-12	T.V. Me acosté DO A1	T.V. DO Recogí la cocina D3 Me acosté A0 A0	T.V. Me acosté DO A1				

suelen funcionar mejor cuando tienen un programa que seguir), suscita las objeciones del paciente y le propone elaborar un programa en plan de experimento. Debe subrayar que el objetivo inmediato es el hecho de intentar cumplir el programa, más que ambicionar la mejoría de los síntomas: La mejoría en el funcionamiento general suele aparecer antes que la mejoría subjetiva de los síntomas.

Es importante que el terapeuta exponga al paciente los siguientes principios antes de aplicar un programa de actividades diarias:

1. "Nadie es capaz de llevar a cabo todo lo que planea; así pues, no se preocupe si no consigue realizar todo lo que se ha propuesto".

2. "Cuando esté haciendo el programa, determine el tipo de actividad que va a emprender, no *la proporción* de tarea que va a conseguir realizar. Lo que de hecho se lleva a cabo depende muchas veces de factores externos que usted no puede prever, como interrupciones, fallos mecánicos, etc., así como de factores internos como la fatiga, el grado de concentración y la motivación. Por ejemplo, dice que le gustaría que la casa estuviese más limpia. Bien, programe las labores domésticas a una hora determinada del día, pongamos de 10 a 11 de la mañana. El número de horas que necesita para limpiar toda la casa lo averiguará cuando haya cumplido el programa varios días".

3. "Aunque no tenga éxito, recuerde siempre que lo más importante es *intentar* llevar a cabo el programa. Esto proporcionará información muy útil para establecer el siguiente objetivo".

4. "Reserve unos momentos al final de la tarde para hacer el programa del día siguiente; anote la actividad propuesta para cada hora en el programa".

Estos principios son muy importantes, ya que sirven para contrarrestar las ideas negativas referentes a la programación de actividades.

La programación de actividades sirve para estructurar el día y ofrece información para evaluar las actividades diarias del paciente. A la hora de asignar las tareas, el terapeuta debe dejar muy claro que el propósito inicial del programa es *observar*, y no *juzgar*, lo que el paciente hace cada día.

La tabla siguiente se ha tomado del programa de actividades realizadas por un paciente de 40 años. Se le pidió que evaluase en una escala de 0 a 5 el grado de Dominio (D) y de Agrado (A) asociado con cada actividad.

Lunes		D	A
6-7 a.m.	Me desperté y me quedé en la cama	0	0
7-8 a.m.	Me lavé y me vestí	0	0
8-8:30 a.m.	Leí el periódico y desayuné	0	0
8:30-10 a.m.	Volví a la cama, pero no pude dormir	0	0
10-12 a.m.	Vi la T.V.	0	1

12-1 p.m.	Pagué las facturas	0 0
3 p.m.	Me reuní con mis amigos	0 3
3-4 p.m.	Vi la T.V.	0 0
4-5 p.m.	Lavé el coche	0 1
5-6 p.m.	Cené con la familia	0 0
6-7 p.m.	Ayudé a mi mujer a lavar los platos	0 0

El registro de las actividades diarias constituye la base para poner a prueba la idea recurrente del paciente de "No puedo hacer *nada*". Sin ninguna evidencia específica, el terapeuta no puede refutar de una manera realista y constructiva la creencia del paciente de que no es capaz de hacer nada.

Asimismo, el programa de actividades induce al paciente a darse cuenta de cuáles son las actividades que le proporcionan una mejoría, aunque sea leve, de los sentimientos depresivos. En el caso anterior, el terapeuta preguntó, "Cuando estaba en la cama sin dormir, ¿se sentía mejor o peor que cuando estuvo con sus amigos?" Sorprendido, el paciente se dio cuenta de que las interacciones sociales le aliviaban. Así, gracias al programa de actividades y a las posteriores preguntas del terapeuta, el paciente aprendió que la depresión fluctuaba en función de su conducta y de condiciones externas. Las ideas del tipo de, "Todo me da lo mismo" o "Me siento igual de mal todos los días" pueden cambiarse por una visión más racional, como "A veces hago cosas que me alivian". Incluso los pacientes depresivos graves parecen sentirse mejor cuando están realizando una actividad —quizás se deba a la distracción producida. Además, al evaluar el grado de satisfacción asociado con cada actividad, el paciente se "sensibiliza" hacia los sentimientos de satisfacción, aumentando así la probabilidad de que experimente y recuerde sensaciones agradables. Estas experiencias contrarrestarán su creencia de que es incapaz de experimentar satisfacción o agrado. (Para una exposición más detallada, véase el apartado de técnicas de Dominio y Agrado.).

Si el paciente es incapaz de decidir qué actividades programar, el terapeuta le sugiere varias opciones para que el paciente elija (por ejemplo, hacer las labores domésticas, hacer la compra, pagar facturas pendientes, etc). Una vez seleccionada la tarea, se le asigna una hora y se registran las actividades en cuestión en el Programa de actividades en las horas correspondientes (por ejemplo, Lunes y Miércoles, limpiar la casa de 10 a 11 de la mañana; Martes, hacer la compra de 10 a 11 de la mañana). Los detalles prácticos de cómo efectuar los planes se discuten paso por paso; en este sentido, la técnica de la Práctica Cognitiva, que se expone más adelante en este mismo capítulo, puede facilitar las cosas. Debe animarse al paciente a que observe y registre cualquier idea negativa que tenga lugar durante la realización del programa. Estas ideas deben recibir el mismo tratamiento que cualquier otra cognición inadecuada.



La aplicación flexible del principio de programación de las actividades queda ilustrado en el siguiente ejemplo.

Un depresivo de 42 años, sin empleo, se quejaba de inercia, definida por él como "incapacidad de hacer nada". Durante la sesión, el paciente manifestó una especial dificultad para decidir por qué tarea empezar, ya que, como él informó, le agobiaban las tareas de la casa. El terapeuta decidió emplear un programa de actividades, elaborando junto con el paciente un día "racional", para lo cual se valieron de la técnica de "tareas graduales", además de la planificación de cada hora. El terapeuta subrayó la importancia de que el paciente planificase el día de modo que dispusiese de una pauta de acción concreta. Pero, por otro lado, esta pauta se expuso de manera que el paciente no tomase el programa como una "obligación" a cumplir. Como sucede con todas las tareas conductuales, el terapeuta investiga las reacciones del paciente ante el programa propuesto. En este caso, se tranquilizó al paciente diciéndole que no se pretendía de él que siguiese el programa *al pie de la letra*, sino que *intentase* realizar cada tarea.

Entre los puntos de la agenda se encontraban: levantarse, lavarse, etc., preparar el desayuno, leer la sección de ofertas de trabajo en el periódico, comenzar a segar el césped (se trataba de iniciar el trabajo, no de finalizarlo), preparar el curriculum para un puesto de trabajo y ver la T.V. El paciente manifestó que el programa le había resultado muy útil porque le ayudó a dividir el día en unidades discretas. Continuó programando sus actividades a lo largo de la terapia y estableció un sistema según el cual planificaba cada día durante la tarde del día anterior, ya que las mañanas era el momento en que le costaba más trabajo tomar decisiones.

El siguiente ejemplo muestra como elicó el terapeuta una sensación de desesperanza general en torno a una tarea determinada: hacer la compra. Cada uno de los problemas relacionados con esta tarea se especificaron con claridad, se evaluaron y fueron respondidos. Finalmente, terapeuta y paciente elaboraron un programa para ir cumpliendo paso a paso los distintos aspectos del objetivo, reconociendo que no podría conseguir el objetivo en un solo ensayo.

La paciente, una depresiva de 48 años, madre de cinco hijos, manifestó, "Me resulta imposible hacer la compra. No sé qué poner de comida". Entre sus razones se contaban las siguientes: (1) "Mis cinco hijos siguen dietas alimenticias y no puedo recordarlas todas", (2) "Nunca sé cuándo va a volver a casa mi marido, por eso no sé qué comprar", (3) "Cuando llego al mercado, me he olvidado de lo que tenía que comprar".

TERAPEUTA: ¿Cree que si solamente hiciese la compra de la comida del día siguiente, eso le ayudaría?

PACIENTE: Sí, pero yo estoy acostumbrada a hacer la compra para todo el mes.

T: Comprendo que hacer la compra todos los días es mucho más costoso. Pero, dada su dificultad, quizás le resulte más fácil, por el momento hacer la compra de un día para otro.

P: Eso es cierto.

T: Programemos una hora al día para comprar. ¿Qué hora le parece la más adecuada?

P: Entre las once y las doce.

T: Muy bien, anotemos "Hacer la compra" en el bloque de 11-12 y tengamos en cuenta sus tres problemas: (1) olvido, (2) varios menús distintos y (3) número imprevisible de personas a comer. En primer lugar, ¿cómo resolvería usted el problema del olvido?

P: Confeccionaré un lista.

T: Así pues, una de las cosas que debe hacer todos los días en el bloque de 11-12 es una lista de los alimentos que va a comprar.

P: Bien.

T: A continuación, ¿tienen las distintas dietas algún alimento en común?

P: Sí, las hamburguesas, tartas, quesos y ensaladas. Pero estoy harta de preparar y comer esas cosas.

T: Cambiar las dietas es una cosa; hacer la compra, otra distinta. Por ahora, centrémonos en ésta última. Volveremos sobre otros problemas cuando sea el momento. (*Nota:* El terapeuta no comentó por el momento el posible supuesto de la paciente de que debía agradar a todos para ser una buena madre. A medida que se fue encontrando menos deprimida, se discutió esta idea.)

P: Bien, puedo preparar hamburguesas y ensalada todos los días.

T: Entonces, si compra lo mismo para todas las comidas, ya no supone un problema cuántas personas se presenten a la hora de comer o de cenar. Usted compra comida pensando en que vengan todos; si no es así, guarda para el día siguiente lo que le haya sobrado.

P: (sonriendo): Eso es verdad.

T: ¿Tiene suficientes ideas para programar y hacer la compra durante una hora al día? No olvide registrar exactamente las actividades que llevó a cabo durante esa hora, así como cualquier pensamiento negativo que experimentase.

### **Técnicas de dominio y agrado**

Algunos paciente depresivos realizan ciertas actividades, pero obtienen un escaso nivel de satisfacción o agrado. Este hecho suele ser consecuencia de (a) un intento de abordar actividades que no les aportaban satisfacción ni siquiera antes del episodio depresivo, (b) el predominio de las cogniciones negativas, que anula toda posible sensación de agrado, o (c) la falta de atención hacia las sensaciones de agrado.

En el primer caso, los pacientes abordan actividades generalmente poco interesantes, como, por ejemplo, las labores domésticas; esto hace que no encuentren gratificación en la realización de la tarea. El paciente puede estar

evitando la participación en actividades agradables, o bien es posible que no recuerde las actividades que antes le resultaban agradables. El primer objetivo que se fija el terapeuta es investigar las razones del paciente para no realizar actividades agradables. Una razón frecuente en los depresivos es, "No merezco pasarlo bien porque no he realizado ningún logro/progreso". Para contrarrestar los pensamientos de este tipo, el terapeuta puede hacer hincapié en la realización de actividades agradables, es decir, en la mejoría del estado de ánimo del paciente, aunque sea una mejoría temporal.

Se puede confeccionar una lista de actividades potencialmente agradables utilizando el *Reinforcement Survey Schedule* (Cuestionario de Refuerzos) (Cautela y Kastenbaum, 1967) o el *Pleasant Events Schedule* (Cuestionario de Eventos Agradables) (MacPhillamy y Lewinsohn, 1971). El terapeuta puede asignar la tarea de llevar a cabo todos los días una determinada actividad agradable durante un periodo de tiempo controlado y pedirle al paciente que anote todos los cambios de humor o de estado de ánimo, así como la posible reducción de los sentimientos depresivos asociada con la actividad en cuestión. Cuando el paciente realiza varias actividades es conveniente que anote el grado de Dominio (D) y de Agrado (A) asociado con cada una de ellas (véase el apartado de Programación de Actividades). El término Dominio se refiere al sentido de logro obtenido al realizar una tarea determinada. El Dominio y el Agrado pueden evaluarse en una escala de 5 puntos, donde 0 representaría, la ausencia de dominio/agrado y 5, el máximo de dominio/agrado. Al emplear una escala de evaluación, se induce al paciente a identificar *éxitos parciales* y *niveles bajos* de agrado. Esta técnica, pues, sirve para contrarrestar el pensamiento absolutista de todo-o-nada.

Suele ser recomendable explicar al paciente los conceptos de Dominio y Agrado. El "Dominio" puede no relacionarse directamente con el término ni con la magnitud de la tarea. Los pacientes tienen tendencia a comparar la perfección conseguida en la realización de la tarea con su nivel de logro previo a la depresión. Así, pueden decir, "¿Qué tiene de extraordinario llamar por teléfono a un amigo? Antes, yo era capaz de hacer docenas de llamadas sin siquiera pararme a pensar en ello". O, "¿Qué tiene de maravilloso que haga las labores domésticas? *Debería* ser capaz de hacerlo. Es lo que se espera de mí, ¿no?" El terapeuta deberá explicar al paciente que la evaluación de la ejecución actual (el grado de dominio) debe basarse, lógicamente, en la dificultad que entraña la tarea en el estado *actual* del paciente, no en su estado ideal: Debido a la depresión, "lleva usted un gran peso a sus espaldas" o "arrastra un pesado lastre"; en estas circunstancias, incluso los logros pequeños deben considerarse como muy importantes.

El Agrado se refiere a los sentimientos de placer, diversión o alegría derivados de una actividad. En ocasiones, incluso la más mínima satisfacción que el paciente atribuya a sus acciones puede ayudar a restablecer su optimismo.

Dominio y Agrado pueden ser totalmente independientes, El paciente debe interpretar el Dominio como un paso hacia delante, aunque no haya

experimentado Agrado. Si el paciente no registra su evaluación en estas dimensiones después de haber finalizado con éxito una tarea, es probable que se deba a una interpretación negativa de la actividad en cuestión. Por ejemplo, un paciente manifestó que anteriormente le resultaba muy agradable leer el periódico, mientras que, desde que estaba deprimido, no le agradaba en absoluto. Ante las preguntas referentes al porqué esta actividad ya no le resultaba agradable, se encontraron respuestas como, "Pienso en cómo perdí mi trabajo" y "Parece que el mundo se hunde, aparte de lo que digan los periódicos". Paralelamente, este paciente tampoco experimentaba sensación de dominio para lavar el coche. Decía, "no tuve fuerzas para limpiar también la tapicería". Al centrarse en lo que no había logrado, olvidaba lo que *sí* había conseguido. El terapeuta le indicó que este pensamiento de todo-o-nada le impedía toda perspectiva de su capacidad y logros reales.

La programación de actividades y la evaluación de cada una de ellas en las dimensiones de dominio y agrado proporciona datos para identificar y corregir las distorsiones cognitivas. Además, las actividades que ya no sean agradables pueden aislarse y tras experimentaciones adicionales, ser sustituidas por otras. El siguiente ejemplo clínico muestra como se emplea la programación de actividades para identificar y corregir los pensamientos negativos. A veces la asignación de tareas elicitaba patrones absolutistas o perfeccionistas. Por ello, deben diseñarse asignaciones que eliciten y "trabajen sobre" estos problemas de pensamiento.

Aunque con una depresión bastante profunda, una ejecutivo de 38 años devolvió su Programa de Actividades habiendo evaluado en una escala de 0 a 5 el Dominio y el Agrado:

Sábado		D	A
8-9 a.m.	Me levanté, me vestí y desayuné	1	1
9-12 a.m.	Empapelé la cocina	0	0
12-1 p.m.	Comí	0	0
1-3 p.m.	Vi la T.V.	0	0

El informe indica que, aunque el desayuno le proporcionó un cierto agrado y el hecho de levantarse fue considerado como un logro, el resto del día no dio lugar a ninguna sensación de dominio ni de agrado. Sin embargo, el paciente empapeló la cocina. ¿Por qué pasó por alto este logro?

TERAPEUTA: ¿Por qué no evaluó como una experiencia de dominio el empapelado de la cocina?

PACIENTE: Porque las flores no quedaron en línea.

T: Pero, ¿finalizó, de hecho, el trabajo?

P: Sí

T: ¿Se trata de su cocina?

P: No, estaba ayudando a un vecino.

T: ¿Hizo él la mayor parte del trabajo? (Obsérvese que el

terapeuta está investigando otras posibles razones del sentimiento de fracaso, razones que el paciente no manifiesta espontáneamente.)

P: No, en realidad casi todo lo hice yo. El no había empapelado nunca.

T: ¿Ocurrió alguna otra cosa negativa? ¿Derramó usted la cola? ¿Desperdió mucho papel? ¿Lo dejó todo sucio y revuelto?

P: No, no, el único problema fue que las flores no casaban.

T: Entonces, como no lo hizo a la perfección no le concede ningún valor.

P: Bueno...sí.

Obsérvese que en este razonamiento está implícita la creencia irracional "Si no lo hago todo a la perfección, significa que soy un inútil, un fracasado". No obstante, la corrección de este supuesto se dejará para una fase posterior de la terapia, cuando el paciente esté menos deprimido. Por ahora, el objetivo es la corrección de la distorsión cognitiva.

T: Más o menos, ¿cuál era la separación entre líneas de flores?

P: (señala con los dedos una distancia de aproximadamente 1/8 de pulgada): Aproximadamente ésta. T: ¿En todas las tiras? P: No... en dos o tres.

T: ¿Cuántas había en total? P: Unas 20 o 25. T: ¿Lo notó alguien más?

P: No. De hecho, mi vecino dijo que estaba estupendo. T: ¿Lo vio su mujer? P: Sí, me elogió por el trabajo.

T: ¿Podía distinguirse el defecto observando a cierta distancia todo el conjunto?

P: Bueno ... realmente no.

T: Entonces lo que ocurre es que usted atiende selectivamente a un fallo, real pero muy pequeño, en el esfuerzo realizado al empapelar. ¿Es lógico que un fallo tan pequeño anule todo el valor que merece el trabajo?

P: Bueno, no está tan bien hecho como debería. T: Si fuese su vecino quien hubiese hecho el trabajo en su cocina, ¿qué le habría dicho usted?

P: ...¡Un trabajo estupendo!

Vemos que, en primer lugar, el terapeuta revisó las actividades registradas por el paciente y trató de identificar posibles discrepancias entre el logro conseguido (la actividad) y los sentimientos experimentados (de dominio y agrado). A continuación, mediante preguntas cuidadosamente formuladas, investigó las razones de la discrepancia. Recogió datos relevantes para la cognición, "Las flores no casaban". Se examinaron objetivamente los datos (1) situando la devaluación del paciente en la perspectiva de otros datos (el

paciente hizo la mayor parte del trabajo, los demás no se dieron cuenta del fallo, etc.) y (2) pidiéndole al paciente que evaluase los datos desde un punto de vista objetivo ("¿Qué habría dicho usted si otra persona hubiese empapelado su cocina igual que usted lo hizo?")- De esta manera, el paciente comenzó a darse cuenta de su atención selectiva para fallos muy pequeños y a reevaluar la situación.

### **Asignación de tareas graduales**

Después de realizar con éxito una serie de tareas, los pacientes depresivos suelen experimentar una cierta mejoría (aunque sea transitoria) de su estado de ánimo. Se sienten motivados para emprender tareas más difíciles, siempre que el terapeuta esté atento para detectar y refutar la inclinación del paciente a menospreciar sus logros.

Goldfried (comunicación personal, 1974), quien llegó a esta técnica por otros caminos, proporciona un ejemplo de la Asignación de Tareas Graduales.- Es interesante observar que su método y el fundamento teórico del mismo son similares a los de nuestro grupo. Respecto al tratamiento de una paciente depresiva externa, el Dr. Goldfried informa:

Trabajando en el supuesto de que la depresión podría interpretarse como una incapacidad percibida de la paciente para ejercer control sobre el ambiente, le asigné varias tareas concretas, como hacer las camas, vestirse por la mañana y arreglar la casa, para demostrarle que podía controlar el entorno. A medida que le iba resultando más fácil realizar estas tareas sencillas, le asignaba tareas progresivamente más complejas. Como elemento significativo del tratamiento, le hacía volver atrás continuamente para que evaluase su ejecución y para que observase los cambios que habían tenido lugar en su vida como resultado de su propio esfuerzo.

Las características principales de la Asignación de Tareas Graduales son las siguientes:

1. Definición del problema —por ejemplo, la creencia del paciente de que es incapaz de conseguir los objetivos que son importantes para él.
2. Formulación de un proyecto. Asignación de una serie de tareas (o actividades) ordenadas de más simples a más complejas.
3. Observación inmediata y directa por parte del paciente de su éxito al conseguir un determinado objetivo (llevar a cabo una tarea que se le había asignado). El feedback continuo proporciona al paciente nueva información sobre sus capacidades funcionales.
4. Eliminación de las dudas del paciente, de sus reacciones cínicas y de la minimización de sus logros.
5. Estimular al paciente para que evalúe de forma realista.
6. Énfasis en el hecho de que el paciente alcanza el objetivo gracias a su propio esfuerzo y a sus capacidades.
7. Asignar tareas nuevas y más complejas en colaboración con el paciente.

El empleo de la asignación de tareas graduales queda ilustrado en el siguiente caso.

El terapeuta visitó a una paciente de 40 años en su primer día de hospitalización. En lugar de participar en las actividades de la sala, permanecía tumbada en la cama pensando en sus problemas y "sintiéndose muy desgraciada". Pensaba que nada podría proporcionarle satisfacción.

El terapeuta averiguó que en el pasado le gustaba mucho leer. Sin embargo la paciente manifestó, "No he sido capaz de leer una sola línea de los periódicos desde hace un par de meses". A pesar de que dudaba de su capacidad de concentración, estaba decidida a hacer un esfuerzo y leer varias líneas. El terapeuta seleccionó la historia más corta de un libro de la biblioteca y la animó a leerla mientras estaba con ella. La paciente respondió, "Sé que no voy a ser capaz de leerlo". Y el terapeuta le dijo, "Bueno, trate de leer *en voz alta* el primer párrafo". Ante lo cual, la paciente replicó, "Es posible que pueda pronunciar las palabras, pero no conseguiré concentrarme". El terapeuta sugirió, "Pruebe a ver si puede leer la primera frase".

Leyó la primera frase en voz alta y continuó hasta terminar el párrafo. El terapeuta le pidió que siguiese leyendo un poco más, pero en voz baja. Poco a poco, se fue interesando y espontáneamente pasó la página. El terapeuta le pidió que siguiese y le dijo que regresaría más tarde. Aproximadamente una hora después, recibió una llamada del psiquiatra, que le dijo, "Acabo de ver a la paciente que, *según usted*, está deprimida". En su siguiente visita a la sala, el terapeuta observó que la depresión se había agravado ligeramente. Animó a la paciente a seguir un régimen de lectura de historias progresivamente más largas; al final de la semana, estaba leyendo una novela. A los diez días de haber ingresado y gracias al tratamiento continuo, pudo regresar a casa.

Como se observa en este caso, el terapeuta debe investigar las reacciones que produce en el paciente emprender un proyecto sencillo. En la mayoría de las ocasiones, las ideas del paciente giran en torno a la creencia de que no es capaz de hacer nada o de que no es capaz de realizar la tarea propuesta. Es conveniente que el terapeuta divida las tareas complejas en pasos o partes más pequeñas y, una vez hecho esto, comience por el paso más sencillo, una tarea que el paciente pueda realizar. Si el paciente ha realizado con éxito una serie de tareas durante la sesión, el terapeuta sugiere "la asignación de tareas para casa". Estas tareas también serán agradables, por ejemplo, desde hervir un huevo al objetivo final de preparar un menú completo.

El terapeuta deberá tener cuidado de fijar unos objetivos modestos para evitar que el paciente se desanime y se dé por vencido a causa del pensamiento automático, "No soy capaz de hacerlo". Después de cada logro, el terapeuta lo comenta con el paciente para darle la oportunidad de asimilar el éxito. Tras una experiencia satisfactoria, el paciente suele sentirse más motivado de cara al paso siguiente, pero aún habrá de luchar contra la resistencia que le

producen sus dudas. Los éxitos repetidos acaban por minar la creencia del paciente de "No soy capaz de hacerlo". A medida que el paciente va dominando un problema tras otro, las actitudes como "No soy capaz de hacer nada" o "Todo carece de sentido" irán desapareciendo gradualmente.

Es probable que una Asignación de Tareas Graduales mal diseñada termine en un fracaso. También es probable que el paciente maximice este fracaso y lo emplee para confirmar su actitud de "No soy capaz de hacer nada". Por esta razón, puede practicarse un ejercicio de tareas graduales durante la sesión terapéutica y, a continuación, asignar las tareas para casa. El terapeuta debe formular la asignación de tareas de tal modo que quede eliminada la posibilidad de un fracaso. Por ejemplo, si el terapeuta sospecha que el paciente puede fracasar en una determinada tarea, la dividirá en pasos más pequeños y sencillos. Al principio, el terapeuta debe sugerir que lo que intentan determinar es *cuánto* puede hacer el paciente; "Incluso aunque no consiga gran cosa, obtendremos información muy importante". En este sentido, incluso un "fracaso" puede interpretarse de un modo positivo; a saber, como fuente de datos a la hora de planificar otras actividades.

Una importante fuente de error en la aplicación de la Asignación de Tareas Graduales es que el terapeuta no comente con la suficiente profundidad con el paciente las evaluaciones de éste; es decir, lo *que piensa* sobre la calidad de su ejecución en la tarea que tenía asignada. Aunque los pacientes depresivos tienden a hacer las cosas mejor de lo que esperan, también tienden a minusvalorar el logro una vez finalizada la tarea. El paciente puede pensar, por ejemplo, "Antes de la depresión, lo habría hecho en la mitad de tiempo", "Bien, he hecho esto, pero sigo estando deprimido".

Es crucial que el paciente exprese estas asociaciones y minusvaloraciones y que el terapeuta le ofrezca respuestas racionales. Por ejemplo, a la primera objeción se podría responder de la siguiente manera, "La cuestión que nos interesaba era saber si usted podía hacerlo. Usted predijo que no, pero *de hecho lo hizo*. Al decir que no lo hizo a la perfección, está perdiendo de vista el propósito inicial del proyecto. Eso es cuestión aparte". A la segunda objeción, el terapeuta podría responder con la siguiente explicación, "Este proyecto no se diseñó para eliminar la depresión, sino para comprobar si la predicción que usted hizo acerca de su incapacidad era correcta. ¿Cree usted que su predicción era correcta? ... No esperamos que la depresión desaparezca hasta haber completado una serie de fases. No obstante, su estado de ánimo general-puede mejorar si usted ve que es capaz de llevar a cabo una tarea determinada y si evalúa sus éxitos correctamente".

### **Práctica cognitiva**

Una de las dificultades en el tratamiento de pacientes depresivos es el hecho de que, una vez deprimidos, tienen problemas para realizar incluso tareas bien consolidadas. Varios factores psicológicos pueden interferir con su repertorio de conductas habitual. La dificultad para concentrarse puede impedir la formulación y/o la ejecución de conductas automáticas o habitua-



les. El ama de casa puede dar vueltas por la cocina para tomar un vaso de agua y, al final, olvidarse de lo que quería. Su problema no es amnesia, sino pensamientos obsesivos; simplemente, no puede concentrarse en el propósito que la había llevado a la cocina. Una experiencia desagradable como ésta puede intensificar su creencia de que algo va mal en su cerebro.

La "práctica cognitiva" es una técnica que consiste en pedirle al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Este procedimiento obliga al paciente a prestar atención a los detalles esenciales de las actividades que lleva a cabo, a la vez contrarresta su tendencia a divagar. Además, al practicar la secuencia de pasos de una actividad, el paciente dispondrá de un sistema preprogramado para realizarla.

Otro objetivo de la práctica cognitiva consiste en identificar posibles "obstáculos" (cognitivos, conductuales, o ambientales) que pudieran impedir la realización de la tarea. El plan principal del terapeuta será identificar y desarrollar soluciones para tales problemas antes de que den lugar a una experiencia de fracaso no deseada. Es interesante observar que algunos pacientes dicen sentirse mejor como consecuencia de la mera ejecución imaginaria de la tarea asignada.

En el ejemplo siguiente, se ilustra la identificación de algunos obstáculos psicológicos mediante práctica cognitiva.

La paciente era una mujer de 24 años, sin empleo. Tras una breve discusión accedió a intentar volver a asistir a sus clases, a las que había dejado de acudir hacía tiempo.

TERAPEUTA: Entonces, estás de acuerdo en que sería una buena idea asistir a clase.

PACIENTE: Sí, siempre me siento bien después de hacerlo.

T: Muy bien. Quiero que te imagines cada uno de los pasos implícitos en la actividad de ir a clase.

P: Bien, sólo tengo que tomar el camino de siempre.

T: Me parece que debemos ser más específicos. Sabemos que otras veces has decidido volver a clase, pero siempre ha surgido algún contratiempo. Vamos paso por paso para intentar averiguar qué cosas pueden interferir con la actividad de ir a clase. Quiero que vayas imaginando todos los pasos necesarios, uno por uno, y que me digas cuáles son.

P: Bien, ya sé lo que quiere decir.

T: Las clases comienzan a las 9 de la mañana. ¿A qué hora debemos empezar?

P: Alrededor de las 7:30. Me levantaré al sonar el despertador; probablemente me sentiré fatal. Siempre me disgusta comenzar el día así.

T: ¿Cómo puedes resolver este problema?

P: Bueno, es por eso por lo que me levanto con tiempo de sobra. Empezaré por vestirme y desayunar. Bien, elijo la ropa ... (pausa) ... Oh, oh, espere, no tengo pantalones que ponerme. Aquí hay un obstáculo.

T: ¿Qué puedes hacer para solucionarlo?

P: Mmm, puedo salir y comprarme unos.

T: ¿Visualizas esa escena? ¿Qué pasa a continuación?

P: Me veo a mí misma lista para salir, pero el coche no está.

T: ¿Cómo puedes solucionarlo?

P: Le pediré a mi marido que lo traiga enseguida.

T: ¿Qué ocurre ahora?

P: Voy en coche hacia clase, pero decido darme la vuelta.

T: ¿Por qué?

P: Porque creo que parezco ridícula.

T: ¿Cuál es la respuesta a eso?

P: Eh, que la gente está interesada en la clase y no le importa el aspecto de los demás.

(Proveyéndose de las técnicas necesarias para afrontar cada uno de los "obstáculos", la paciente logró volver a clase —imaginariamente. A continuación, se le pidió que volviese a imaginar los distintos pasos sin la interferencia de cogniciones negativas. De hecho, fue capaz de ir a clase sin experimentar ninguna dificultad. En caso de surgir problemas, había recibido la instrucción de anotarlos, intentar superarlos y, en cualquier caso, comentarlos en la siguiente sesión.)

### **Entrenamiento en asertividad y role-playing**

Los procedimientos que constituyen la base del entrenamiento en asertividad están bien documentados. En general, el entrenamiento se centra en habilidades específicas e incluye técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, etc. Sobre la eficacia del tratamiento y la contribución relativa de sus componentes han informado McFall y Twentyman, 1973.

El role-playing ("juego de roles") implica sencillamente la adopción de un papel por parte del terapeuta, del paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado. El entrenamiento en asertividad y el role-playing pueden emplearse con éxito en el tratamiento de los pacientes depresivos. Como ocurre con otras técnicas eminentemente conductuales, el terapeuta tratará de clarificar las cogniciones contraproducentes. El role-playing también puede emplearse para mostrarle al paciente un punto de vista alternativo o para elucidar los factores que interfieren con la expresión adecuada de las emociones. (Para una lista de este tipo de factores cognitivos, véase Wolfe y Fodor, 1975.)

Una paciente de 20 años relató una "experiencia humillante": se había puesto muy nerviosa mientras compraba varias prendas de vestir en unos grandes almacenes. Estaba preocupada por si no había hecho una buena compra y por si había pagado dinero de menos. Cuando la empleada le dijo que faltaba dinero, la paciente concluyó, "Debe pensar que estoy loca. Soy tan torpe e inútil". El terapeuta pidió a la paciente que asumiera el rol de la empleada y extrajera algunas conclusiones.

PACIENTE (en el papel de la empleada): Bien, veo a una chica nerviosa y alterada por haberme dado mal el dinero. Intentaría tranquilizarla diciendo, "Todo el mundo puede equivocarse".

TERAPEUTA: ¿Te parece posible que la empleada llegase a una conclusión parecida, a excepción de que no te dijo nada para tranquilizarte?

P: Si hubiera intentado tranquilizarme, me habría extrañado. No, no pudo ser tan comprensiva... Quizá haya respondido lo que yo habría dicho en su lugar.

T: ¿Qué evidencia tienes de que la empleada no comprendió tu error? ¿Hizo algún comentario? ¿Parecía molesta?

P: No, realmente estaba muy tranquila. Incluso sonrió, pero eso me hizo sentir aún peor, como si realmente estuviese loca.

T: Bien, sin demasiados datos es difícil elaborar conclusiones definitivas sobre sus reacciones. Centrémonos, pues, en tu tendencia a pensar que estás loca cuando cometes un error. A continuación, practicaremos tu posible respuesta en el caso de que la empleada hubiese actuado negativamente.

El role-playing puede utilizarse de forma paralela para elicitación de una respuesta de "autocomprensión" por parte del paciente. El terapeuta puede asumir el papel del paciente para intentar cambiar las cogniciones de autocrítica de éste por otras más comprensivas. Es frecuente que los pacientes depresivos sean más críticos y exigentes consigo mismos que con los demás en la misma situación.

Uno de los aspectos esenciales de la terapia cognitiva es la evaluación de las cogniciones que pueden interferir con la ejecución conductual. Algunos depresivos se comportan de forma no asertiva a causa de sus creencias negativas, más que como resultado de unas habilidades conductuales deficientes.

Un depresivo de 29 años había vuelto a la universidad tras un periodo de 10 años, durante el cual había trabajado en una fábrica. Llegó a una de las sesiones especialmente alterado a causa de la conducta de su compañero —de 20 años— en el laboratorio de Química. Este muchacho solía dejar sucio y desordenado el material que ambos compartían, viéndose el paciente obligado a limpiarlo. En varias ocasiones, había intentado abordar la cuestión con

su compañero, pero siempre acababa desistiendo. El terapeuta investigó las cogniciones relacionadas con estos intentos de autoaserción.

PACIENTE: Aunque sé lo que tengo que decir y cuándo decirlo, siempre pienso, "Pensaré que soy excesivamente meticuloso".

TERAPEUTA: ¿Y qué significaría para él que tú fueras "excesivamente meticuloso"?

P: Pensaría que soy una persona rígida, conservadora. T: ¿Eres una "persona rígida y conservadora"?

P: No. ¿Sabe una cosa? Me preocupa que se rebele y, por lo tanto, yo pueda ser causa de problemas.

A partir de aquí, se hizo evidente que el paciente no se comportaba de forma asertiva debido a su deseo de no "causar problemas", especialmente dado que era "considerablemente más viejo". Su falta de asertividad le ocasionó una mayor preocupación en torno a su decisión de volver a la universidad. Una vez que terapeuta y paciente estuvieron en condiciones de hacer una lista de "los pros y los contras" de mostrar una conducta asertiva en el caso mencionado, el paciente decidió hablar con su compañero, no encontrando dificultades para lograr su objetivo.

Este ejemplo ilustra la gran importancia de las cogniciones negativas de un individuo en tanto en cuanto interfieren en su conducta asertiva.

### **Técnicas conductuales: fundamento teórico y tiempo**

Es sumamente importante que el paciente entienda el fundamento teórico de las distintas técnicas conductuales. El tratamiento de los pacientes depresivos constituye todo un reto para el terapeuta, dada la tendencia de aquellos a distorsionar el propósito de las tareas *post facto*. Es responsabilidad del terapeuta asegurarse de que el paciente interpreta correctamente el objetivo de las tareas. Este objetivo, por lo tanto, debe estar muy claro desde el principio.

Una estrategia útil para averiguar si el paciente ha comprendido la tarea y el objetivo que se persigue consiste en intercambiar los papeles (el paciente asume el rol de terapeuta). El paciente puede revisar las razones de la tarea (por ejemplo, el registro de las actividades diarias) y el terapeuta, por consiguiente, puede corregir las posibles interpretaciones incorrectas.

Al proponer una tarea conductual, el terapeuta debe evitar hacer afirmaciones generales que puedan implicar que la realización de la tarea hará que el paciente se sienta mejor. El terapeuta se limitará simplemente a subrayar que el paciente "avanza en la dirección adecuada". Las expectativas positivas del paciente son útiles, por supuesto; lo que se debe evitar es que éste evalúe de una forma rígida y absolutista ("todo o nada") los resultados de cualquiera tarea.

*Nota:* Contar con la participación de una "persona significativa" (la esposa, un familiar o un amigo íntimo) suele resultar muy útil para asignar e

implementar las tareas conductuales. Además de animar al paciente a llevar a cabo las tareas, la persona significativa puede ser una valiosa fuente de feedback, tanto para el paciente como para el terapeuta.

Ante el éxito obtenido en la realización de una tarea conductual, algunos pacientes reaccionan incrementando su actividad dramáticamente. Aunque en general, este resultado es deseable, puede ocurrir que el paciente quiera abarcar demasiado, hasta el punto de fracasar o experimentar ansiedad al emprender tareas para las que aún no estaba preparado. En estos casos, puede ser indicado recordar que los objetivos iniciales de la terapia se centraban en la puesta a prueba de las ideas negativas y en el incremento gradual de la actividad, no en la realización de esfuerzos exagerados.

Como se ha mencionado anteriormente se aplican en las primeras sesiones. Entre los objetivos más apropiados se encuentran la pasividad, la evitación, la ausencia de gratificación y la incapacidad de expresar las emociones (como el enfado o la tristeza). Aunque estos síntomas puedan estar presentes en todos o casi todos los pacientes depresivos, las técnicas conductuales son claramente indicadas para las depresiones más profundas. El individuo con una depresión profunda experimentará una dificultad aún mayor para centrarse en conceptos abstractos. Su atención puede verse limitada a sugerencias concretas y bien definidas. Los resultados de las investigaciones en este área sugieren que la "experiencia de éxito" en tareas conductuales concretas es lo más eficaz para romper el círculo vicioso de desmoralización, pasividad y evitación, y autodenigración.

Las tareas para casa también deben asignarse según el nivel de comprensión del paciente. En general, no se asignan este tipo de tareas en las fases iniciales del tratamiento, hasta que el paciente no haya realizado algunas tareas durante las sesiones. Obviamente, no siempre es posible ajustarse a esta norma, dado que algunas tareas exigen que el paciente se encuentre en su ambiente natural. No obstante, la práctica cognitiva y las conversaciones telefónicas entre paciente y terapeuta pueden solventar muchos problemas. Por ejemplo, hemos observado que resulta muy útil acordar que el paciente llame por teléfono al terapeuta cuando se "atasque" en la realización de una tarea. Esta práctica permite al paciente identificar y hacer frente a sus problemas en "situaciones de la vida real", a la vez que lo motiva para continuar realizando sus tareas. Otro factor que aumenta la motivación es que el paciente "informe" por teléfono al terapeuta cuando ha finalizado una serie de tareas.

Una vez que el paciente conoce y entiende el fundamento teórico y la aplicación de las técnicas conductuales, la terapia comenzará a centrarse en enfoques "puramente" cognitivos. Si reaparecen los síntomas o problemas conductuales, se puede proporcionar un "curso de refresco" o bien, simplemente, reinstaurar las técnicas conductuales. En momentos de ansiedad, muchos antiguos pacientes vuelven a programar y/o registrar sus actividades. Dado que dominan bien las técnicas, pueden utilizarse para prevenir regresiones incipientes.

En resumen, las técnicas conductuales son útiles en tanto en cuanto producen una mejoría en el nivel de funcionamiento, contrarrestan los pensamientos obsesivos, modifican las actitudes inadecuadas y proporcionan un sentimiento de gratificación. Observando los cambios operados en su propia conducta, el paciente puede mostrarse inclinado a examinar su autoconcepto negativo. La mejora del autoconcepto producirá, a su vez un aumento espontáneo en la motivación y una mejoría del estado de ánimo.