

Terapia cognitiva de la depresión

19ª Edición

Aaron T. Beck - A. John Rush
Brian F. Shaw - Gary Emery



Desclée De Brouwer
Biblioteca de Psicología

TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN

19ª Edición

AARON T. BECK - A. JOHN RUSH - BRIAN F. SHAW - GARY EMERY

TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN

19ª Edición

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLEÉ DE BROUWER

Título de la edición original: COGNITIVE THERAPY OF DEPRESSION,
publicado por THE GUILFORD PRESS, NEW YORK

Traducción de: *Susana del Viso Pabón*

1ª edición: 1983

19ª edición: 2010

Este libro está dedicado a nuestros hijos y a los que aún están por llegar; Roy, Judith, Daniel y Alice Beck; Matthew Rush; y Stephen Shaw.

© Aaron T. Beck, John Rush, Brian Shaw and Gary Emery, 1979.

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROWER, S.A., 2005
Henaio, 6 - 48009 Bilbao
www.edesclée.com
info@edesclée.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Impreso en España - Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-0626-6

Depósito Legal: BI-2492-2010

Impresión: RGM, S.A. - Bilbao

PRÓLOGO

Una monografía que introduce un nuevo enfoque en el conocimiento y terapia psicológica de la depresión justifica, en cierta medida, una explicación de su desarrollo histórico.

Este trabajo es el resultado de muchos años de investigación y práctica clínica. De alguna manera, constituye el producto final de la estrecha colaboración entre numerosas personas: clínicos, investigadores y pacientes. Además de la contribución específica de todos ellos, la terapia cognitiva refleja probablemente una serie de cambios graduales que se han venido dando en las ciencias de la conducta desde hace varios años, pero que sólo recientemente ha surgido como una tendencia a tener en cuenta. No es posible, por el momento, determinar hasta qué punto ha influido la llamada “revolución cognitiva en psicología” en el desarrollo de la terapia cognitiva.

*Para encuadrar el presente volumen en su perspectiva particular, yo remitiría al lector a la primera evolución del modelo cognitivo y la terapia cognitiva de la depresión y otras neurosis, recogida en mi obra *Depression (La depresión)*, publicada en 1967. Mi siguiente trabajo, *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders (La terapia cognitiva y los trastornos emocionales)*, publicado en 1976, presentaba un resumen de los distintos trastornos cognitivos que se dan en cada tipo de neurosis, una descripción detallada de los principios generales de la terapia cognitiva y un perfil más comprensivo de la terapia cognitiva de la depresión.*

Los primeros orígenes de mis formulaciones referentes a la terapia cognitiva de la depresión no se me presentan demasiado claros en la actualidad. En lo que puedo recordar, las primeras ideas surgieron en 1956, cuando me propuse validar determinados conceptos psicoanalíticos acerca de la depresión. En aquella época, yo pensaba que las formulaciones psicoanalíticas eran correctas, pero que no habían logrado una aceptación generalizada debido a una cierta “resistencia” por parte de los psicólogos y psiquiatras teóricos, atribuible en parte a la falta de datos empíricos que apoyasen tales formulaciones. Convencido de que

podían elaborarse las técnicas adecuadas para llevar a cabo los estudios controlados que fuesen necesarios, inicié una serie de investigaciones encaminadas a proporcionar datos convincentes. Un segundo motivo, quizás más fuerte que el anterior, fue mi deseo de delimitar la configuración psicológica característica de la depresión con el fin de desarrollar una forma breve de psicoterapia dirigida específicamente a mitigar esta psicopatología focal.

Los resultados iniciales de mis estudios empíricos parecían apoyar mi fe en los factores psicodinámicos específicos sobre la depresión, a saber, la hostilidad vuelta hacia sí mismo, expresada como “necesidad de sufrimiento”. Sin embargo, experimentos posteriores presentaron algunos resultados inesperados que parecían contradecir esta hipótesis. Tales inconsistencias me llevaron a evaluar de un modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y, finalmente, toda la estructura del psicoanálisis.

Los datos contradictorios apuntaban hacia la idea de que los pacientes depresivos no tienen necesidad de sufrimiento alguno. Concretamente, las manipulaciones experimentales indicaron que el paciente depresivo tiende a evitar conductas que pueden generar rechazo o desaprobación, en favor de respuestas que elicitan aceptación o aprobación por parte de otros, con mayor probabilidad que el individuo no depresivo. Esta marcada discrepancia entre los resultados de laboratorio y la teoría clínica me llevó a realizar un “reajuste de emergencia” en mi sistema de creencias.

Al mismo tiempo, me hice consciente, no sin cierto dolor, de que la promesa del psicoanálisis que yo había vivido a comienzos de la década de los 50, ya no se podía mantener a mediados y finales de la misma –¡mis compañeros de estudios de psicoanálisis y otros colegas comenzaban su sexto o séptimo año de psicoanálisis sin aparente mejoría en su conducta o en sus sentimientos!–. Es más, observé que muchos de los pacientes depresivos reaccionaban negativamente a las intervenciones terapéuticas basadas en las hipótesis de la “hostilidad vuelta hacia sí mismo” y de la “necesidad de sufrimiento”.

Mi reformulación total de la psicopatología de la depresión, a la vez que la de otros trastornos neuróticos, surgió de las nuevas observaciones clínicas y de los estudios experimentales y correlacionales, así como de los repetidos intentos por mi parte para intentar dar sentido a la evidencia que contradecía la teoría psicoanalítica. El resultado de que los pacientes depresivos no necesitan sufrir me animó a buscar otras explicaciones de su conducta, la cual, al menos en apariencia, parece reflejar una necesidad de sufrimiento. ¿Cómo, si no, podrían explicarse sus severas autocríticas, sus interpretaciones de experiencias agradables, y lo que podría parecer la expresión última de la hostilidad dirigida hacia sí mismo, es decir, las ideas de suicidio?

Volviendo a pensar en los sueños “masoquistas” que constituían la base de mi estudio original, busqué una amplia variedad de explicaciones alternativas

de los sueños persistentes o frecuentes, en los que el paciente depresivo aparecía como una persona derrotada: frustrado tras intentar alcanzar una meta importante; perdiendo algo de valor; enfermo, anormal, o feo. Además, como me había centrado principalmente en las descripciones que los pacientes hacían de sí mismos y de sus experiencias, observé que adoptaban sistemáticamente una visión negativa de sí mismos y sus experiencias en la vida. Este tipo de visiones—similares a las imágenes que aparecían en los sueños—eran, más bien, formas distorsionadas de interpretar la realidad.

Posteriores investigaciones, incluidos el desarrollo y comprobación de nuevos instrumentos, validaron la idea de que el paciente depresivo distorsiona sistemáticamente sus experiencias en una dirección negativa. Encontramos que el paciente depresivo tiene una visión global negativa de sí mismo, del mundo, y del futuro, que quedaba expresada dentro de un amplio rango de distorsiones cognitivas negativas. A medida que aumentaba la evidencia en apoyo del papel preponderante de las distorsiones cognitivas, intenté minimizar la sintomatología depresiva del individuo.

Con este propósito, elaboré varias técnicas para corregir las distorsiones y para ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de la información de los pacientes, técnicas basadas en la aplicación de la lógica y de reglas de evidencia.

Algunos estudios adicionales incrementaron nuestro conocimiento sobre cómo evalúa el paciente depresivo su ejecución y cómo hace predicciones acerca de su ejecución futura. Estos experimentos mostraron que, bajo determinadas condiciones, una serie de éxitos graduales que llevasen a la consecución de un objetivo claro, podría tener un considerable efecto para modificar el autoconcepto y las expectativas de carácter negativo, mitigando así la sintomatología depresiva.

Este estudio añadió un nuevo enfoque a las técnicas que yo había descrito anteriormente para corregir las distorsiones cognitivas; a saber, el uso de experimentos reales para someter a prueba las creencias falsas o excesivamente negativas del paciente. Esta idea de probar hipótesis en situaciones de la vida real cristalizó en el concepto general de “empirismo colaborativo”.

Tratando las experiencias cotidianas del paciente como un campo de pruebas para estudiar sus creencias acerca de sí mismo, podíamos ampliar en gran medida el proceso terapéutico: Prácticamente cualquier experiencia o interacción presentaba una oportunidad potencial para someter a prueba las predicciones e interpretaciones negativas del paciente. Así, el concepto de tareas para practicar en casa o “autoterapia ampliada”, como lo denominaríamos posteriormente, incrementaba el efecto de las sesiones de terapia.

El movimiento de la terapia de conducta contribuyó sustancialmente al desarrollo de la terapia cognitiva. El conductismo metodológico, con su énfasis en los objetivos específicos, al delimitar los procedimientos concretos para lograr di-

chos objetivos y proporcionar feedback (retroinformación), abrió nuevas dimensiones a la terapia cognitiva (de hecho, hizo que algunos autores se refiriesen a nuestro enfoque con una nueva denominación: "terapia de conducta cognitiva").

Gran parte de esta monografía se ha escrito en base a las conferencias semanales que se han venido sucediendo durante varios años en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pennsylvania. Las conferencias consistían en la presentación de problemas concretos de los pacientes; los participantes acudían a su propia experiencia y colaboraban ofreciendo sugerencias. Estas fueron tomando cuerpo bajo la forma de manuales de tratamiento, que finalmente han culminado en el presente volumen. En estas conferencias, hubo tantos participantes que hicieron aportaciones valiosas a nuestro creciente cuerpo de conocimientos que sería imposible darles las gracias individualmente. Estamos muy agradecidos a todos los participantes, quienes, estoy seguro, son conscientes de su inapreciable ayuda.

Queremos dar las gracias especialmente a los colegas que nos han proporcionado materiales, sugerencias y comentarios sobre los distintos manuales de tratamiento previos a esta monografía. Entre los más activos figuran Marika Kovacs, David Burns, Ira Herman y Steven Hollon. Estamos en deuda con Michael Mahoney, quien leyó el manuscrito completo y apuntó numerosas sugerencias editoriales. También nos gustaría agradecer a Stirling Moorey su diligente ayuda en las últimas etapas de preparación del libro.

La contribución de Ruth L. Greenberg, desde los comienzos hasta el término de la obra, ha sido tan importante que no encontramos palabras adecuadas para expresar nuestra gratitud.

Por último, los autores presentan su sincero agradecimiento a los mecanógrafos, Lee Fleming, Marilyn Starr y Bárbara Marinelli.

Nota sobre el lenguaje "sexista": Cuando hablamos en términos generales de "el terapeuta" y "el paciente", hemos empleado el pronombre masculino ("el"). Este uso no implica en absoluto que nos estemos refiriendo únicamente a los terapeutas y pacientes de sexo masculino. Hemos mantenido la utilización tradicional debido a la simplicidad y flexibilidad que permite.

AARON T. BECK, M. D.

Mayo, 1979

CAPÍTULO I

VISIÓN 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 disminuido. Es más, la tasa de suicidios, que generalmente se toma como índice de la frecuencia de la depresión, no ha disminuido, 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 antidepressivos 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 antidepressivos 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 antidepressivos.

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 ésta 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 elicitación de cogniciones asociadas a conductas específicas. Ya que el paciente, por lo general, necesita estas técnicas más activas al comienzo del tratamiento, presentaremos el mate-

rial 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 intencionalmente 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 experimenta 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 creen-

cias. 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; Meichenbaun, 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 so-

bre 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, la 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 autocrítica 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 cog-

nitivas 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). Solamente 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 primacía 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 pro-

cesar 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 par-

tualmente 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 maníaco-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 una 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 de 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 hospitalización, 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 confir-

mada 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 solamente 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 combinación 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, solamente, 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 contraprodu-

cente 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 idiosincrásico. 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 trans-

curso 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 escepticismo 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 el 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 empeoramiento 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. *Énfasis 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 ayudarlo 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.

CAPÍTULO 2

EL PAPEL DE LAS EMOCIONES EN LA TERAPIA COGNITIVA

Es bastante evidente que la riqueza de la experiencia humana es una combinación de sentimientos y emociones. La mayoría de las personas dirán que lo que les parece más real o válido son sus sentimientos o emociones. Sin el concurso de las emociones, no existiría la sensación de descubrimiento, ni la diversión en las situaciones graciosas, ni la excitación que se produce al ver a una persona querida. Desprovistos de los sentimientos que hacen la vida rica y vibrante en vez de mecánica, los seres humanos operarían a un nivel puramente “cerebral”.

En cierto sentido, la persona depresiva es como un ser puramente “cerebral”: Puede ver la gracia de un chiste, pero no le divierte. Describe las cualidades positivas de su esposa e hijo sin ninguna satisfacción. Reconoce el atractivo de su comida favorita o de una pieza musical, pero sin experimentar ningún entusiasmo.

Paradójicamente, aunque la capacidad del depresivo para experimentar sentimientos positivos esté apagada, sí experimenta en grado muy agudo las vibraciones de emociones desagradables. Es como si su reserva de sentimientos estuviese orientada hacia las puertas de la tristeza, la apatía y la infelicidad.

Así, cuando tratamos con un paciente depresivo, nunca debemos perder de vista la gravedad de su *pérdida* –la constricción de su tristeza. Frecuentemente, los pacientes depresivos buscan ayuda principalmente porque ya no sienten amor hacia los miembros de su familia o porque han perdido las ganas de vivir. Por supuesto, en una exploración posterior, encontramos que también están presentes otras manifestaciones de la depresión.

El empleo de términos como “terapia racional” o “terapia cognitiva” frecuentemente lleva a pensar en un conjunto intelectualizado de rituales que ignoran los sentimientos y las sensaciones y sustituyen la relación humana por una dialéctica estéril. El enfoque racional –o cognitivo– se ha confundido en ocasiones

con la escuela filosófica del racionalismo y el movimiento racionalista cuyos pioneros fueron Ayn Rand y Nathaniel Brandon. De hecho, Albert Ellis cambió el nombre de su enfoque, Psicoterapia Racional, por el de Terapia Racional Emotiva, a fin de subrayar la importancia de las emociones en la formulación de su teoría y terapia.

La *finalidad* de la terapia cognitiva consiste en mitigar las alteraciones emocionales y otros síntomas de la depresión. Los *medios* se centran en las interpretaciones erróneas del paciente, en su conducta contraproducente y en sus actitudes inadecuadas. No obstante, el terapeuta debe estar alerta y prestar atención a las ocasiones en que se produce una intensificación de las emociones negativas del paciente. El terapeuta debe ser capaz de empatizar con las experiencias emocionales dolorosas del paciente, así como de identificar las cogniciones inadecuadas y los límites entre pensamientos negativos y sentimientos negativos. Paralelamente, el terapeuta debería estar alerta a la menor señal de diversión y satisfacción a fin de fomentar estas emociones agradables. Cuando sea posible, el terapeuta debe ventilar los rescoldos de los afectos y la gratificación del paciente. Las personas de nuestra cultura, no familiarizadas con la tradición estoica, confieren una gran satisfacción a sus experiencias emocionales positivas. La pérdida de estos sentimientos positivos conlleva una sensación de no ser una “persona real”, de llevar una existencia vacía. Desde el punto de vista de la terapia, el informe del paciente y la experiencia de estos sentimientos proporcionan una valiosa indicación de su mejoría y una guía para la aplicación de determinadas estrategias terapéuticas.

Debemos hacer notar, no obstante, que la terapia cognitiva no subraya *exclusivamente* el valor de investigar y dar importancia a las experiencias emocionales hasta el extremo propugnado por las escuelas de psicoterapia experiencial (ej., la Terapia Primigenia) (Primal Therapy) (Janov, 1970). Estas terapias “abreactivas” generalmente ignoran la relevancia de las ideas irracionales o inadecuadas en la producción de las reacciones emocionales inadecuadas y desechan el valor de las técnicas racionales para eliminarlas.

Desde el punto de vista de la teoría, varios autores han presentado argumentos convincentes de que una gran proporción de la mejoría terapéutica conseguida a través de diversas terapias puede ser atribuida a una modificación cognitiva. Por ejemplo, se ha aducido evidencia clínica y empírica a favor de la idea de que la mejoría producida en el curso de la desensibilización sistemática está mediatizada por una reestructuración cognitiva (por ejemplo, Breger y McGaugh, 1965). Paralelamente, Ellis ha indicado que el principal motor para el éxito de las terapias “del sentimiento”, como la terapia experiencia) de Gendlin, es la reorganización cognitiva.

Se ha mostrado que determinados tipos de “problemas emocionales” distintos de la depresión consisten en algo más que la evocación de la mera emo-

ción. Trabajos empíricos serios han demostrado el papel crucial de los factores cognitivos en la aparición y eliminación de la ansiedad (Lazarus, 1966; Meichenbaum, 1977), y de los enfados (Novato, 1975). De hecho, se evitarían muchas confusiones si los trastornos emocionales se denominasen “trastornos psíquicos”.

Además de incluir una detallada formulación de la relación entre emociones y procesos cognitivos, la terapia cognitiva utiliza “técnicas emocionales” que se incluyen en el repertorio terapéutico. Hemos observado que la expresión espontánea de las emociones y la intensificación de éstas a través de técnicas como la “consciencia sensorial” y la “inundación” son instrumentos importantes siempre que se ensamblen en el programa de modificación cognitiva. De hecho, dado que un componente esencial de la terapia cognitiva de la depresión consiste en establecer la conexión entre una emoción desagradable y las cogniciones antecedentes o la actitud previa, obviamente es esencial centrarse en y discriminar las reacciones emocionales del paciente.

Identificación y expresión de las emociones

Ya hemos mencionado la importancia de asignar el papel adecuado a las emociones dentro del modelo cognitivo de personalidad y psicopatología (Capítulo I). Hemos enfatizado anteriormente la importancia de designar el enfoque cognitivo como una terapia “humanista”, en contraposición a las terapias “mecanicistas”. Es crucial, por lo tanto, que el terapeuta poco experimentado sea siempre consciente de los cambios que se den en las reacciones emocionales del paciente –así como en las suyas propias. Es más, la pronta detección de las reacciones emocionales inadecuadas o exageradas del paciente es muy importante como señal de una cognición inadecuada.

Algunos pacientes (especialmente los varones) pueden negar inicialmente el hecho de que se sienten tristes; sin embargo, generalmente se hacen conscientes de y reconocen sus propios sentimientos una vez que han quedado claros otros síntomas depresivos. Hemos observado, por ejemplo, que algunos pacientes que respaldan la frase “no me siento triste ni desgraciado” en el primer grupo de afirmaciones del Beck Depresión Inventory (Inventario de depresión de Beck) cambian su respuesta por “Me siento muy triste” una vez han completado todo el cuestionario.

Ocasionalmente, un paciente puede presentar una amplia variedad de síntomas asociados a la depresión (por ejemplo, pérdida de energía, trastornos del sueño, pérdida del apetito, actitudes negativas), pero, en lugar de quejarse de sentimientos de tristeza, lo hace por la pérdida o disminución de los sentimientos positivos: por ejemplo, por la pérdida de cariño hacia su esposa, sus hijos o sus amigos; la ausencia de entusiasmo ante nuevas actividades; la disminu-

ción de la sensación gratificante por actividades generalmente satisfactorias. Este tipo de paciente puede experimentar cierta apatía, pero no será consciente de la tristeza.

A la hora de determinar las reacciones emocionales del paciente, el terapeuta debe tener cuidado para no caer en la trampa semántica de interpretar como una emoción cualquier frase que siga a la palabra “siento”. Cuando una persona hace afirmaciones del tipo “Siento que soy un inútil” o “Siento que he de tener éxito para ser feliz”, está verbalizando una *idea* que puede o no estar asociada con un sentimiento. O bien puede estar expresando tentativamente un concepto –como si dijese “Me doy cuenta de que ésta puede no ser una idea defendible”. Podría decir “Siento en vez de Creo”. Los terapeutas de la escuela experiencial quizás se limitasen a estas palabras prefabricadas (“Siento”), llevándose así al error de creer que estarán más cerca de los “verdaderos” sentimientos del paciente si recapitulan, “Así pues, usted siente que...”. Sería deseable para el terapeuta cognitivo conseguir un punto de partida para hacer las transformaciones adecuadas de “Siento que...” a “Usted cree que...”.

Tras llegar a un consenso con el paciente acerca de la distinción semántica entre *sentimientos* (tristeza, alegría, enfado, ansiedad) y *pensamientos* u opiniones, el terapeuta debería intentar evaluar la capacidad del paciente para detectar e identificar sus sentimientos. En general, los pacientes depresivos no suelen tener grandes dificultades para identificar sus sentimientos y relacionar la activación o intensificación de los sentimientos negativos con situaciones específicas. En ocasiones, no obstante, los pacientes parecen independizar sus sentimientos del resto de su conducta. Una paciente, por ejemplo, sentía un nudo en la garganta tras las experiencias desagradables. Infería, así –e incluso lo experimentaba–, un sentimiento de tristeza. Otra paciente comenzaba a llorar cuando anticipaba un sentimiento desagradable. Afirmaba, “Estoy llorando, luego espero sentirme triste”. En una exploración más profunda, descubrió que experimentaba una punzada de tristeza antes de desear llorar –lo cual indica que no estaba simplemente infiriendo la presencia de la tristeza a partir del hecho de estar llorando.

Durante la elaboración de la historia, al paciente puede expandir su esfera de conciencia hasta abarcar los sentimientos desagradables. Un ama de casa de 35 años, por ejemplo, se quejaba de una gran fatigabilidad, lasitud y, en general, debilidad física desde hacía casi un año, pero su aspecto era alegre y afirmaba no haber experimentado sentimiento alguno de tristeza e infelicidad. Le dijo el psiquiatra, “No comprendo en absoluto por qué me siento cansada a toda horas. Tengo un marido que me quiere y dos hijos encantadores. No tengo problemas en mi matrimonio... realmente, tengo todo lo que una persona puede desear”. El terapeuta le pidió que refiriese hechos más concretos acerca de las relaciones con su marido. Cuando ella comenzó a describir interacciones es-

pecíficas con su marido, se puso a sollozar –para su propia sorpresa y la del terapeuta. No sabía cómo conciliar su sentimiento de tristeza con su visión rosada del matrimonio.

A medida que describía algunas de las pautas de conducta típicas de su marido, comenzó a llorar sin poder controlarse. Tras haber recobrado su compostura, dijo, “Sabe... creo que estas cosas me preocupan más de lo que pensaba”. Manifestó que ahora se sentía verdaderamente triste. Cuando comenzó a tratar los problemas con su marido, su tristeza aumentó. A partir de entonces, la tristeza constituyó un excelente termómetro de la gravedad de sus problemas matrimoniales. Una vez que aprendió a centrarse en sus sentimientos, llegó a ser capaz de relacionar sus sentimientos de tristeza con determinadas cogniciones, como “El es muy desconsiderado”, “Siempre hace lo que se le antoja”, “No le importan nada mis deseos”, “Actúa como si yo fuera un niño caprichoso”.

En el transcurso del tratamiento, la paciente observó que, a medida que se iba haciendo capaz de modificar el absolutismo de las evaluaciones sobre su marido, experimentaba un cierto alivio de la tristeza y otros síntomas depresivos. Antes de la terapia, solía etiquetar a su marido como “totalmente bueno” o “totalmente malo”, si bien rápidamente rechazaba las etiquetas de “malo”. Se le sugirió que informase más explícitamente a su marido acerca de sus deseos; encontró que él mostraba una excelente responsividad. Casi al mismo tiempo, la paciente volvió a sentirse tan feliz, viva y llena de energía como antes de la depresión. Es interesante señalar que, durante los 15 años transcurridos desde esta consulta, la paciente se ha visto libre de síntomas depresivos.

Los problemas principales de esta paciente giraban en torno a (a) la tendencia a interpretar sus experiencias en términos extremos y (b) el rechazo de toda idea o sentimiento disonante con su excesivamente romántica visión del mundo. Así, antes de casarse, pensaba que su marido era perfecto y tenía idealizada su relación con él. En el plano real, su marido, aunque atractivo y simpático, era egocéntrico y dominante. A fin de preservar su sueño de una relación armoniosa, la paciente había subordinado automáticamente sus propios deseos a los de él. Periódicamente, no obstante, experimentaba pensamientos extremadamente negativos acerca de él; pensamientos tales como, “Es cruel y desalmado” y se sentía triste y molesta. Aunque rechazaba rápidamente estos pensamientos, los sentimientos desagradables persistían. Entonces, se esforzaba por eliminar los sentimientos disfóricos, dado que eran discordantes con su visión de sí misma como una persona feliz a la que le van bien las cosas. La fatigabilidad y la pérdida de energía venían suscitadas en gran medida por ese esfuerzo para negar la existencia de los problemas. Asimismo, la gran discrepancia entre sus idealizadas expectativas y sus satisfacciones reales dejaba en ella un cierto regusto de decepción permanente; éste minaba sus sentimientos de vitalidad y coartaba su espontaneidad.

Cuando la paciente se hizo capaz de identificar la tristeza e irritación, se le animó a ver a su marido de una manera más realista –ni como el Caballero de la Brillante Armadura ni como Simon Legree. El último paso consistió en reestructurar la relación con su marido. El terapeuta le ayudó a conseguirlo mediante distintas técnicas de entrenamiento en asertividad, incluido el role-playing (ver Capítulo 7).

Este caso ilustra la importancia de formular preguntas bien elegidas para elicit los sentimientos del paciente antes de pasar a explorar los pensamientos inadecuados y las creencias erróneas. Asimismo, subraya la necesidad de develar determinados detalles sobre la situación de la vida diaria del paciente y no aceptar sin más las afirmaciones generales por parte de éste –tanto si son positivas como negativas. En contraposición a esta mujer, sin embargo, la mayoría de los pacientes depresivos suele hacer únicamente generalizaciones extremadamente *negativas*, que se derrumban cuando el terapeuta comienza a explorar detalles concretos.

Como nota final en el contexto de la importancia de animar al paciente a expresar sus sentimientos, hemos observado que a veces éste queda sorprendido al comprobar que el terapeuta acepta e incluso empatiza con sus sentimientos de tristeza e infelicidad. Por ejemplo, tras una respuesta cálida y de aceptación a sus expresiones de desesperación, un policía estuvo llorando durante cinco minutos; a continuación dijo: “Es la primera vez que lloro desde que era niño”. Sintió un alivio inmediato y comenzó a salir de un largo período de depresión.

El papel de las emociones en la relación terapéutica

Evidentemente, casi todos los componentes de la relación terapéutica tienen aspectos emocionales. Cuando la relación va bien, el paciente suele experimentar sentimientos positivos hacia el terapeuta, tiene esperanzas de que le puedan ayudar, se siente agradecido al terapeuta, tiene una agradable sensación de seguridad cuando piensa en entrevistarse con él y anticipa con ilusión la siguiente sesión terapéutica. Paralelamente, el terapeuta puede experimentar un amplio rango de reacciones emocionales hacia el paciente –empatía, interés, deseo de ayudar y satisfacción por ser capaz de ayudar al paciente.

La eficacia de la relación terapéutica depende en gran medida de la capacidad del paciente para experimentar y expresar sus sentimientos durante la sesión terapéutica. Los pacientes depresivos manifiestan con frecuencia un sentimiento de “falta de autenticidad”. Interpretan como un signo de insinceridad su dificultad para expresar ante otras personas cómo y qué sienten y el hecho de mantener una fachada social para disimular su pérdida de sentimientos positivos. A partir de aquí, muchos pacientes depresivos afirman que el mero hecho de ser capaces de expresarse emocionalmente –sin reservas– les ayuda a restablecer el

sentido de honestidad y autenticidad. Por ejemplo, el paciente puede decir, “Probablemente soy débil para dar rienda suelta a mis sentimientos, pero, al menos, soy honesto en lo que a este tema se refiere”. Así, la libertad del paciente para ser “él mismo” durante la sesión le aligera el peso de encubrir sus sentimientos e intentar tener siempre buena cara.

La vergüenza del paciente respecto a sus sentimientos abarca un amplio rango de actitudes emocionalizadas: la disminución de su capacidad de expresar amor o, incluso, de experimentarlo; su irritación, especialmente hacia quienes son importantes para él, y su omnipresente ansiedad. Por encima de todo, los pacientes se sienten avergonzados cuando su tristeza parece excesiva e inadecuada para la situación. Por ejemplo, un paciente puede decir, “Tengo cuanto se puede desear y, aun así, me siento desgraciado, disgustado e insatisfecho con todo”. Los pacientes pueden reprocharse a sí mismos su aparente falta de aprecio hacia sus “bienes” e incluso pueden experimentar intensos sentimientos de culpabilidad “hacia la gente, que se porta tan bien conmigo”. De hecho, algunos depresivos se sienten peor cuando sus amigos y familiares les muestran especial consideración y amabilidad.

Las reacciones emocionales de este tipo y la no poco frecuente experiencia de disminución o pérdida del sentimiento de amor (o incluso irritabilidad) hacia su círculo de amigos y familiares son tópicos acerca de los cuales a los pacientes depresivos les cuesta mucho hablar, excepto en el contexto de la terapia. Incluso en este caso, no es muy probable que el paciente los saque a colación hasta que el terapeuta no haya establecido una buena relación con él y se muestre comprensivo con las reacciones de “vergüenza” del paciente. El hecho de abrirse, de descubrirse alivia al paciente de la tensión de tener que suprimir o disimular sus sentimientos. Es probable que la aceptación por parte del terapeuta de los sentimientos negativos del paciente reduzca los sentimientos de culpabilidad y autocastigo.

También parece que muchos pacientes se sienten aliviados tras haber llorado durante la sesión terapéutica. En muchos casos, el llanto sin inhibiciones parece tener algunas propiedades terapéuticas intrínsecas. Los efectos de la terapia se ven intensificados cuando el paciente experimenta la sensación de tener un lugar donde expresarse libremente sin ser juzgado. Sin embargo, algunos pacientes reaccionan muy mal tras haber llorado durante una sesión. Especialmente los hombres pueden considerar el llanto como signo de debilidad. Otros pacientes tienen problemas para controlar el llanto, e incluso pueden pasarse llorando toda la sesión a no ser que el terapeuta ponga en práctica estrategias específicas (distracción o control conductual) para contrarrestar este problema. Como se discutirá en el capítulo sobre problemas especiales, entrenar al paciente para que pueda controlar su llanto puede ser un requisito vital para favorecer una comunicación constructiva con él.

El terapeuta siempre debe tener en cuenta que está tratando al paciente y no a sí mismo. En otras palabras, es de particular importancia que el terapeuta no se sirva de la terapia para resolver sus propios problemas. Sin embargo, a veces hemos oído de terapeutas que mostraban una gran empatía con el paciente que se han puesto a llorar al hacerlo éste; aparentemente, este tipo de intercambio tiene cierto valor terapéutico para construir un puente de acercamiento al paciente. Con todo, esta clase de respuestas siempre se ha dado entre terapeutas muy experimentados que sabían bien cuándo era momento de expresar sus propios sentimientos.

Liberación de emociones

Cuando hablamos de “liberación de sentimientos”, estamos empleando, evidentemente, una metáfora. La metáfora se basa en la imagen de una fuente de emociones interna que presiona por ser liberada. En esta imagen, la emoción fluye hacia el exterior del mismo modo que el agua mana de un manantial. Muchos terapeutas, sin embargo, toman la metáfora al pie de la letra e inducen al paciente a expresar sentimientos que no están realmente presentes. Algunos terapeutas de la “escuela experiencial” trabajan con el supuesto de que “los sentimientos negativos” son la fuente de todos los problemas y que la liberación de tales sentimientos logrará, mágicamente, que el paciente mejore. Si bien es cierto que el paciente puede *sentirse* mejor después de haber expresado sus sentimientos, esta experiencia puede no ejercer por sí misma ningún efecto duradero sobre la terapia y, de hecho, no es el principal ni el único componente de ésta: en el transcurso del tratamiento, puede haber momentos en que el paciente empeore.

En contraposición, a algunos pacientes les parece vergonzosa la expresión de los sentimientos. Aunque pueden mostrarse deseosos de hacer una descripción intelectual de sus sentimientos, pueden inhibir la expresión de las emociones (sollozos; accesos de ira; trémulas verbalizaciones; apretar los puños). Dadas estas condiciones, tales pacientes son incapaces de percibir los beneficios de una verdadera “catarsis”. En estos casos, puede hacerse necesario identificar las objeciones que el paciente se hace para expresar sus propios sentimientos antes de que pueda permitirse a sí mismo expresarlos.

El terapeuta debe adoptar la postura de que, sean cuales fueren los sentimientos del paciente, éstos pueden discutirse adecuadamente durante la sesión. Es decir, todos los sentimientos son aceptables. Sin embargo, es importante estructurar la sesión de modo que no se dedique todo el tiempo a la “emocionalidad” del paciente. Especialmente cuando las reacciones emocionales de éste son exageradas o están basadas en ideas irracionales, es importante animarle a explorar las actitudes que parecen estar generando los sentimientos exagerados.

Algunos terapeutas son particularmente vulnerables a la irritación del paciente hacia ellos o hacia sus críticas. El terapeuta debe recordarse a sí mismo que este tipo de expresiones negativas forman parte del repertorio normal de emociones y que suelen verse acentuadas en las personas con desórdenes psicológicos, por lo cual no debe desanimarse. No obstante, mantener continuas arengas con el paciente también puede resultar contraproducente. El manejo terapéutico de este tipo de situaciones se discutirá en el capítulo sobre problemas especiales.

Paralelamente, mientras que la experiencia de sentimientos cálidos y de gratitud hacia el terapeuta suele acelerar la terapia, en ocasiones el paciente puede llegar a estar tan anclado en sus sentimientos positivos hacia el terapeuta que no avance en la terapia. Es más, el paciente puede verse envuelto en una intensa reacción de “transferencia” hacia el terapeuta, lo cual se convierte en un problema. Algunos pacientes pueden abandonar la terapia por sentirse inclinados hacia el terapeuta, en tanto que otros pueden pretender dominar la relación mediante expresiones de afecto o de amor; pueden desear satisfacer sus deseos eróticos hacia el terapeuta, bien en la sesión terapéutica o fuera de ella. Si el paciente desea finalizar el tratamiento a causa de tales reacciones, el terapeuta debería animarle a sacarlas a la luz para poder examinarlas. En cualquier caso, existen varias técnicas para tratar dichas reacciones.

Por ejemplo, cuando un paciente “se enamora” del terapeuta, puede resultar útil pedirle a la paciente que escriba todas las características positivas que ve en él. Entonces, pueden examinarse las reacciones intentando encontrar la evidencia que las apoye. Después de haber hecho esto, se suele poner de manifiesto que el concepto que la paciente tiene del terapeuta corresponde más bien a imágenes grandiosas de él y a expectativas de mantener con él algún tipo de idilio independientemente de la terapia.

Paralelamente, la antipatía persistente hacia el terapeuta puede corregirse haciendo que el paciente elabore una lista con todos los atributos negativos que le asigne al terapeuta y, una vez realizada tal lista, examinando la evidencia que existe realmente a favor de cada uno de estos atributos. Estas técnicas forman parte del proceso de “prueba de realidad”, intrínseco a la terapia cognitiva.

Hacer una señal que interrumpa las explosiones de cólera del paciente es esencial para que éste tenga una oportunidad de expresar sus sentimientos negativos, pero no llegue al extremo de que la ira “escape a su control”. Tras expresar sus sentimientos negativos hacia el terapeuta o hacia cualquier otra persona, muchos pacientes son capaces de recapacitar y evaluar sus sentimientos; es decir, que, espontáneamente, comienzan a plantearse si existe una base válida para sus reacciones. Otros pacientes, en cambio, necesitan que se les dirija para poder hacer un balance terapéutico entre sus expresiones emocionales y la discusión racional. El trabajo experimental de Robert Green y Edward Mu-

rray (1975) sugiere que la reestructuración racional se ve facilitada por la liberación de las emociones.

Si el paciente comienza a sentirse mejor después de expresar su sentimiento, esto puede constituir un ciclo favorable. Dado que el paciente depresivo puede haber perdido la esperanza de volver a sentirse bien, esta experiencia positiva ayuda a fortalecer su ánimo y lo motiva para seguir cooperando en la terapia. Cualquier indicio de que el paciente se siente mejor suele incrementar su motivación hacia la terapia aumentando la eficacia de ésta.

CAPÍTULO 3

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA: APLICACIÓN A LA TERAPIA COGNITIVA

La terapia cognitiva consiste en varias técnicas de tratamiento específicas, cada una de las cuales se aplica de un modo lógico, planificado y adaptado a cada paciente individual. Al igual que sucede en otras terapias, el terapeuta cognitivo aplica las distintas técnicas en el contexto de un tipo de relación interpersonal concreta. El modo como el terapeuta aplica las técnicas ejerce una influencia directa sobre la naturaleza de la relación terapeuta-paciente y viceversa.

En este capítulo se describe la naturaleza general de la colaboración terapéutica en la terapia cognitiva y las características del terapeuta que pensamos facilitan la aplicación de las distintas técnicas. Estas características proporcionan un modelo con referencias al cual el terapeuta puede evaluar sus propias actitudes. Por último, se presentan los detalles concretos para preparar al paciente para el tratamiento, la formulación del plan de tratamiento, y la realización de sesiones de tratamiento orientadas a la consecución de un objetivo.

Características deseables del terapeuta

Entre las características generales del terapeuta que facilitan la aplicación de la terapia cognitiva (así como la de otros tipos de terapia) se cuentan la aceptación, la empatía y la autenticidad. Estas características influyen sobre las actitudes y conductas del terapeuta durante el tratamiento. Si se concede una importancia excesiva a estos atributos, o si se utilizan ingenuamente, pueden convertirse en perjudiciales para la colaboración terapéutica. Por el contrario, un terapeuta que posea estas cualidades y que las utilice adecuadamente puede lograr un considerable incremento en la efectividad del tratamiento.

Pensamos que estas características en sí mismas son necesarias, pero no suficientes para conseguir un efecto óptimo de la terapia. No obstante, en la medida en que el terapeuta sea capaz de mostrar estas cualidades, está contribuyendo a crear un ambiente en que se pueden aplicar más eficazmente las técnicas cognitivas.

Son necesarias unas palabras de advertencia. Con frecuencia, las técnicas cognitivas y conductuales *aparecen* engañosamente simples. En consecuencia, el terapeuta neófito puede verse orientado equivocadamente, hasta el punto de llegar a ignorar los aspectos humanos de la interacción terapeuta-paciente. Así, puede mantener con el paciente una relación como la de un computador con otro, en lugar de una persona con otra. Algunos terapeutas jóvenes, muy diestros en la aplicación de las distintas técnicas, les parecen a sus pacientes entes mecánicos, manipulativos y más interesados por las técnicas en sí que por el paciente. Es importante recordar que las técnicas que se describen en este libro deben ser aplicadas de un modo discreto, terapéutica y humano por una persona falible –el terapeuta.

Aceptación

La aceptación, la preocupación sincera y el interés por el paciente pueden contribuir a contrarrestar la tendencia de éste a percibir al terapeuta como indiferente o distante o a verse a sí mismo como una carga para el terapeuta. Es decir, una actitud de aceptación por parte del terapeuta puede contribuir a corregir determinadas distorsiones cognitivas negativas que el depresivo aporta a la relación terapéutica, así como a otras relaciones. Es de crucial importancia recordar que el factor determinante de la respuesta del paciente es su *percepción de la aceptación*, más que el grado real de aceptación que muestre el terapeuta.

Por otro lado, el terapeuta debe ser muy precavido a la hora de mostrar esta actitud de aprobación. Si el terapeuta es demasiado activo en sus muestras de preocupación e interés (o, lo que es más importante, si el paciente piensa que esta actitud de aceptación es demasiado intensa), el paciente puede reaccionar de forma negativa. Por ejemplo, puede pensar, “Yo no merezco tanto interés”, o “Estoy defraudando al terapeuta porque parece que le caigo bien y yo sé que soy un inútil”. O bien, puede malinterpretar los motivos del terapeuta: “No es sincero”, o “¿Cómo puede caerle bien un inútil como yo?”. A veces, el paciente puede interpretar las expresiones de aprobación e interés como signos de profundo afecto o incluso de amor, llegando a su vez a enamorarse del terapeuta (ver Capítulo 2). Con todo esto, el terapeuta se ve obligado a mostrar una actitud abierta y cálida, pero evitando siempre mostrarse efusivo o excesivamente solícito.

En resumen, el terapeuta debe establecer un equilibrio adecuado a la hora de mostrar una actitud cálida. El paciente puede interpretar una aceptación demasiado escasa como rechazo, en tanto que una muestra de interés excesiva

puede interpretarse tanto en un sentido negativo como positivo. Así pues, el terapeuta debe atender cuidadosamente a los indicios que puedan sugerir que sus actitudes son contraproducentes.

El camino más seguro consiste en preguntarle directamente al paciente cómo percibe al terapeuta; por ejemplo, distante, despótico, poco sincero; o demasiado implicado emocionalmente con él. Las respuestas del paciente suelen constituir pautas útiles sobre la mejor manera de relacionar con él; al mismo tiempo, proporcionan información concreta relativa a determinados aspectos hacia los cuales el paciente está especialmente sensibilizado y relativa a posibles distorsiones cognitivas.

Generalmente, el terapeuta expresa su aceptación e interés en sus gestos, en el tono de voz y en el modo de construir las frases. Como mejor se aprenden estas conductas es observando a clínicos experimentados. El terapeuta experimentado modificará a menudo la frecuencia e intensidad de sus manifestaciones de interés y aceptación en función de la fase de la terapia. Al comienzo del tratamiento, el paciente puede necesitar más expresiones de calidez y aprobación. Posteriormente, puede llegar a asumir el hecho de que el terapeuta se interesa por él, necesitando así menos demostraciones explícitas de aceptación.

Empatía

La empatía se refiere al mejor modo como el terapeuta puede entrar en el mundo del paciente, ver y experimentar la vida como lo hace éste. De hecho, el terapeuta experimentará, en cierto grado, los sentimientos del paciente. En la medida en que su empatía sea adecuada, el terapeuta podrá entender cómo estructura el paciente ciertos eventos y cómo responde a ellos. Es más, puede dejar entrever que es capaz de compartir en cierto modo la angustia del paciente. Esta expresión ayuda al paciente a percibir al terapeuta como un ser comprensivo, facilitando, por lo tanto, la posterior manifestación de los sentimientos y cogniciones. A este respecto, una empatía adecuada facilita la colaboración terapéutica (ver Rogers, 1951).

Pero además, existen otras ventajas derivadas de la empatía. Si el terapeuta logra percibir adecuadamente y compartir las expectativas del paciente, le resultará más fácil dar sentido a las conductas infructuosas del paciente y evitar emitir juicios de ellas. Por ejemplo, el terapeuta puede darse cuenta de que un paciente “negativista” o que muestra “resistencias” es, en realidad, una persona que se ve a sí misma tan incompetente y desesperada que piensa que no va a ser capaz de responder preguntas o de realizar las tareas asignadas para casa; por eso, ni siquiera lo intenta. El terapeuta empático debe ser capaz de comprender que el “paciente cínico” es una persona que, en el pasado, se ha sentido “defraudada” tantas veces que se muestra muy cautelosa ante la posibilidad de otras frustraciones.

La irritación que produce en el terapeuta el cinismo o el negativismo del paciente puede mitigarse mediante la comprensión empática de cómo las expectativas negativas del paciente le han hecho desconfiado y nihilista. Intentando proyectarse en el microcosmos del paciente, el terapeuta estará menos inclinado a reaccionar de un modo antiterapéutico. Más aún, “ensayando” las actitudes y cogniciones negativas del paciente, el terapeuta empático puede comenzar a desarrollar antídotos o contraargumentos para estas ideas negativas. A medida que comienza a “penetrar” en el mundo del paciente, el terapeuta puede verificar la exactitud con la que se está aproximando a la visión del paciente, *comprobando si sus propios sentimientos evocados se corresponden con los de aquél*. (Los terapeutas pueden mejorar sus respuestas empáticas mediante varios procedimientos de entrenamiento, como, por ejemplo, asumir el rol del paciente en una entrevista simulada).

El terapeuta debe tener cuidado de no proyectar sus propias actitudes y expectativas en el paciente, ya que ello podría distorsionar el informe de este. Por ejemplo, un paciente depresivo cuya madre acaba de fallecer no tiene por que sentirse necesariamente triste o alterado. Algunos pacientes pueden interpretar tal fallecimiento en términos positivos –como un escape de un entorno duro y cruel. El terapeuta debe hacer que cada paciente exprese claramente su modo de reaccionar ante casos de este tipo.

En el extremo contrario, una fe excesiva en la empatía puede llevar al terapeuta a aceptar como verídica la representación negativa automática del paciente acerca de sí mismo y del mundo. Si el terapeuta no busca datos adicionales aparte de los que el paciente haya mencionado espontáneamente, puede llegar a creer que las interpretaciones de éste son fieles representaciones de su situación real. Así pues, debe buscar el equilibrio entre su comprensión empática y la comprobación objetiva de las introspecciones del paciente con otras fuentes de información; asimismo, debe someter a prueba la lógica implícita en las inferencias y conclusiones del paciente.

Es importante dejar clara la distinción entre empatía y simpatía. La segunda se refiere más bien a un sentimiento de compasión hacia el paciente, a un compartir activo de su tristeza. Una respuesta abiertamente compasiva puede anular los intentos del terapeuta por suprimir las fuentes de angustia del paciente. La empatía, por otro lado, incluye un componente intelectual (además del emocional, por supuesto), a saber, conocer la base cognitiva de los sentimientos del paciente; implica asimismo la capacidad de mantenerse independiente de los sentimientos del paciente (que pueden incluir ira o ansiedad, junto con la tristeza) a fin de preservar la objetividad hacia sus problemas. Aunque empático puede darse cuenta de cómo el pensamiento del paciente le lleva a un determinado sentimiento, no tiene por qué estar de acuerdo con tal pensamiento si éste es erróneo, ilógico o si acentúa un problema, en vez de resolverlo. Debe-

ríamos subrayar, no obstante lo valioso que es el hecho de que el terapeuta acepté que los pensamientos, sentimientos y deseos del paciente son válidos para éste, por lo cual él no debería ignorarlos, rechazarlos ni intentar “hablarle al paciente como si no existieran”.

Autenticidad

La autenticidad es un importante ingrediente en todos los tipos de terapia psicológica. Un terapeuta que posea esta característica será honesto consigo mismo, así como con el paciente. Sin embargo, nunca debe verse limitado o perjudicado a causa de la franqueza. En vista de la tendencia del depresivo a atender selectivamente a lo negativo y a extraer evidencia de sus propias deficiencias, el terapeuta debe conjugar la honestidad con la diplomacia. El paciente puede malinterpretar la franqueza, percibiéndola como una crítica, hostilidad o rechazo. Es más una afirmación positiva rotunda –incluso aunque sea sincera– puede provocar reacciones antiterapéuticas.

Pero la autenticidad en el terapeuta no es suficiente; debe poseer además la *capacidad* de comunicarle su sinceridad al paciente; debe penetrar en el sistema de distorsiones del paciente a fin de transmitir una imagen realista de sí mismo. El terapeuta poco experimentado puede llegar a asegurarle al paciente que se recuperará. Ante esta clase de “promesas”, el paciente, que suele tener escasas esperanzas, percibe al terapeuta como poco sincero, poco comprensivo, o absurdo. (Lo mejor es demostrar al paciente que sus síntomas pueden eliminarse corrigiendo sus ideas poco realistas y sus conductas contraproducentes). Paralelamente, intensificar la dedicación al paciente puede provocar sospechas o pensamientos cargados de culpabilidad, como “¿Por qué afirma que se preocupa tanto por mí?” o “Yo no merezco tanta atención”.

La interacción terapéutica

Habiendo considerado ya las características del terapeuta que resultan positivas para el tratamiento, pasemos a centrarnos en el desarrollo y mantenimiento de la relación terapéutica. La relación implica tanto al paciente como al terapeuta y se basa en la confianza, el *rapport* (acuerdo mutuo) y la colaboración. Probablemente las terapias cognitivas y conductuales requieren el mismo clima terapéutico de fondo que ya ha sido descrito explícitamente en el contexto de la terapia psicodinámica.

Confianza básica

La importancia de la *confianza básica* en la relación terapéutica se ve ilustrada en la siguiente descripción de Chassell (1977):

Se introduce un *factor oscuro* por la existencia de la confianza básica, la pseudoconfianza básica y la desconfianza básica. Los pacientes con confianza básica sincera tienden a mostrar progresos en la transferencia positiva, ya que desean tener un objeto bueno que les ayude cuando estén en dificultades; tratarán al terapeuta con una gran tolerancia, probado que no contradice excesivamente esta imagen. Los pacientes con pseudoconfianza pueden mostrar curiosos fenómenos de transferencia: enfatizar su necesidad de dependencia, poner a éste en un pedestal –y todo tipo de sospechas infantiles acerca de su *buena fe* (el subrayado es nuestro). Los pacientes con desconfianza básica bien pueden no hacer ningún progreso verdadero hasta que este problema esté solucionado, al menos en parte, y serán muy conscientes de los indicios de discrepancia en la actitud del terapeuta, al tiempo que le atribuirán actitudes que, de hecho no existen. Muy probablemente, el carácter histérico pertenece al grupo de los pacientes con pseudoconfianza; el carácter obsesivo pertenece a este grupo con toda seguridad. (Pág. 11).

En un intento de fomentar o elicitar la confianza en el seno de la relación, el terapeuta cognitivo sopesa cuidadosamente la importancia de la autonomía (dejar al paciente que hable, haga planes, etc.) y la necesidad de estructuración (mostrándose directivo el terapeuta, tomando la iniciativa, etc.); la formalidad y el interés (ser puntual, responder a las llamadas telefónicas, etc.) y la importancia de ponerle límites a la situación (decidir no hacer en su lugar lo que el paciente pueda hacer por sí solo); ser una “persona real” (cordial y con cualidades humanas) y ser objetivo y discreto. En general, en las fases iniciales del tratamiento, el terapeuta suele estructurar más la situación, mostrarse más interesado y más “implicado” en los problemas del paciente. En la segunda mitad del tratamiento, el terapeuta anima al paciente a tomar la iniciativa (por ejemplo, a planificar la agenda para las sesiones y el trabajo para casa); espera que el paciente haga más cosas por sí solo y se implica a sí mismo en la terapia menos que en fases anteriores.

Importancia del rapport

Aunque de importancia relativamente menor en el tratamiento de ciertas alteraciones, como las fobias, el rapport es un componente crucial en el tratamiento de los pacientes depresivos. El término *rapport*, se refiere en general, a un acuerdo armonioso entre varias personas. En la relación terapéutica el rapport consiste en una combinación de componentes emocionales e intelectuales. Cuando se establece este tipo de relación, el paciente percibe al terapeuta como alguien (a) que sintoniza con sus sentimientos y actitudes, (b) que es simpático, empático y comprensivo (c) que le acepta con todos sus “defectos”, (d) con quien puede comunicarse sin tener que explicar detalladamente sus sentimientos y actitudes ni “desmenuzar” todo cuanto dice. Cuando el rapport es óptimo, paciente y terapeuta se sienten seguros y cómodos uno con otro. Ninguno

no de ellos se muestra a la defensiva, excesivamente precavido, desconfiado o inhibido.

Con el término “aceptación” no queremos decir que el terapeuta apruebe o esté de acuerdo con todo cuanto el paciente dice, sino únicamente que no le juzga. Esto ayuda al paciente a desprenderse de su máscara social y proporciona la base para una relación más auténtica con el terapeuta.

El terapeuta que experimenta la sensación de rapport se siente interesado por el paciente. Al igual que éste, respira cierta libertad en la comunicación entre ambos. Experimenta empatía y siente que ambos están en la misma longitud de onda; sabe que puede hablar espontáneamente sin temer que sus palabras sean malinterpretadas.

Evidentemente, la libre expresión de los sentimientos por parte del paciente hace más fácil que el terapeuta experimente el rapport y la empatía. Es mucho más fácil empatizar cuando el paciente es capaz de comunicar sus sentimientos con claridad que cuando el terapeuta tiene que hacer verdaderos esfuerzos por descubrir los sentimientos del paciente. Además de tener la sensación de ser aceptado y comprendido, el paciente percibe al terapeuta como una persona que le quiere ayudar y que puede hacerlo.

Suele ser positivo para el tratamiento que el terapeuta exprese *acertadamente* sentimientos de interés, aprecio, aprobación y ánimo. Es más, también suele ser positivo que, en ocasiones, el terapeuta reconozca sus propios sentimientos “negativos”, tales como decepciones, frustraciones, irritaciones. No obstante, debe ser precavido respecto a la proporción de sentimientos propios que expresa ante el paciente depresivo. Debe darse cuenta de que una auténtica expresión de sentimientos por su parte puede ser malinterpretada por el paciente. Dada su tendencia a distorsionar o exagerar, los pacientes depresivos pueden interpretar como poco sinceras las expresiones positivas o, en el extremo opuesto, como signos de amor o insinuaciones sexuales. Paralelamente, la excesiva comunicación de los problemas propios por parte del terapeuta puede alimentar el pesimismo del depresivo: “Es demasiado débil para poder ayudarme”.

No existe un conjunto estándar de conductas para inducir la sensación de rapport en el paciente. Algunas respuestas del terapeuta pueden ser útiles para un paciente (por ejemplo, respuestas en una línea seria y objetiva), en tanto que, para otros, puede ser más positivo otro estilo distinto (respuestas cordiales, cálidas, vivas).

Si existe rapport, el terapeuta tendrá la sensación de que sus observaciones y comentarios le influyen verdaderamente al paciente. Este se mostrará relajado, abierto, locuaz, hará gestos de asentimiento y se interesará por las afirmaciones del terapeuta.

El rapport no sólo refleja la colaboración terapeuta-paciente, sino que también influye sobre ella. Por ejemplo, el rapport puede utilizarse para reforzar las

conductas adaptativas del paciente. Con un alto grado de rapport, el paciente tenderá a verse más influido por la conducta del terapeuta (por lo cual, tenderá a identificarse con o a comportarse como el terapeuta). El sentimiento de rapport mantendrá al paciente motivado para el tratamiento y lo motivará para emprender determinados procedimientos de tratamiento (por ejemplo, hacer las tareas para casa). El rapport estimula la libre expresión de ideas y sentimientos. Las ideas o sentimientos negativos del paciente que podrían inducirle a abandonar el tratamiento pueden controlarse más fácilmente cuando el paciente posee un profundo sentimiento de rapport.

¿Cómo puede el terapeuta establecer o fomentar el sentimiento de rapport? Muchas de las conductas relevantes “surgen de un modo natural” en algunos terapeutas. Pero, como no siempre es éste el caso, existen varias técnicas de gran utilidad. Para empezar, una buena base es la cortesía: no hacer esperar al paciente, recordarle hechos importantes acerca de él y recibirle con un sincera (pero no efusiva) aprobación. También suele ser muy positivo mantener el contacto visual, seguir con atención el contenido de lo que el paciente está diciendo, tratar de inferir y reflejar los sentimientos del paciente y formular con diplomacia las preguntas y comentarios.

Otros factores que influyen en el establecimiento del rapport son el aspecto físico del terapeuta, sus gestos y su expresión facial. Una actitud de cálida neutralidad y de profesionalidad puede ser lo mejor. El terapeuta debe determinar cuidadosamente cuándo hablar y cuándo escuchar. Si hace interrupciones frecuentes o con poco tacto, el paciente puede sentirse bloqueado, lo cual repercutirá negativamente en el rapport. Por el contrario, si el terapeuta permite largos silencios o, simplemente, le deja al paciente divagar sin un propósito claro, éste puede sentir una excesiva ansiedad; esto afectaría asimismo al rapport. Un tono de voz suave y tranquilo por parte del terapeuta también puede contribuir positivamente. Igualmente es importante la elección de las palabras (por ejemplo, la expresión “ideas no productivas” es mejor que los términos pensamiento “neurótico”, “enfermo”, o “irracional”).

La actitud cognitiva del propio terapeuta hacia el paciente y hacia el tratamiento desempeña un papel importante. Algunos terapeutas llegan a sentirse frustrados y molestos cuando perciben al depresivo como pasivo o con una gran “resistencia”. En estos casos, la actitud del terapeuta genera directamente sentimientos negativos que debilitan el rapport.

Inicialmente puede facilitarse el rapport elicitando las expectativas del paciente con respeto a la terapia e informándoles de lo que debe esperar durante el proceso de tratamiento. Por ejemplo, aconsejamos al terapeuta que discuta con el paciente la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, los objetivos de cada fase del tratamiento y la posibilidad de que se den “días malos” tras una mejoría.

Además, el terapeuta puede fortalecer el rapport reflejando y devolviéndole al paciente sus propios sentimientos en forma de resumen, analogía o metáfora. Por ejemplo, una paciente volvió a la consulta tras haber sufrido una recaída (había experimentado pensamientos de suicidio). El terapeuta le recordó una frase que ella había empleado en una de las sesiones, “Puedo sentirme como un ratoncillo, pero tengo un corazón de león”. En ese momento, esta frase hizo surgir los sentimientos y la actitud que la paciente necesitaba para seguir adelante.

La colaboración terapéutica

Recogida de “datos brutos”

Al principio, el terapeuta intenta comprometer al paciente en una especie de alianza de colaboración terapéutica. En contraposición con la terapia “de apoyo” o “de relación”, la relación terapéutica no se emplea aquí simplemente como *instrumento* para aliviar el sufrimiento, sino como vehículo para facilitar el esfuerzo común para alcanzar determinados objetivos. En este sentido, el terapeuta y el paciente forman un “equipo”. Inicialmente, el punto central de la colaboración es el interés común por los pensamientos, sentimientos, deseos y conductas del paciente. Concretamente, terapeuta y paciente trabajan juntos para determinar cómo y qué piensa el paciente, la base de sus pensamientos y las ventajas o inconvenientes prácticos que conllevan tales pensamientos. La única aportación del paciente a esta colaboración consiste en proporcionar datos brutos —es decir, manifestar sus pensamientos, sentimientos y deseos. La aportación específica del terapeuta consiste en indicar al paciente qué datos recoger y cómo utilizarlos en el marco de la terapia.

Cada paso progresivo en el tratamiento sirve para desarrollar y hacer más profundos los aspectos colaborativos de la relación. Al principio, con la guía y el estímulo del terapeuta, el paciente aprende a reconocer y registrar las interpretaciones negativas automáticas que hace de sus experiencias. A partir de aquí, el equipo terapeuta-paciente comienza a analizar esos datos y busca patrones específicos de pensamiento automático. ¿Qué tipo de eventos ambientales estimulan los pensamientos negativos? ¿Qué grado de certeza posee el paciente de que estos pensamientos describen correctamente el hecho real? ¿Qué tipo de errores de lógica comete el paciente en la visión de sí mismo, del futuro y del mundo que le rodea? Por ejemplo, ¿generaliza excesivamente a partir de los eventos negativos, pasando por alto los positivos? ¿Existen temas recurrentes en el contenido de estas cogniciones? (Por ejemplo, ¿está el paciente evaluando continuamente su grado de competencia o si los demás le aprueban o no?). El modo como surgen los pensamientos y creencias del paciente y el modo como se validan o refutan es crítico para promover el rapport y la colaboración.

Autenticación de los datos introspectivos

El terapeuta anima al paciente a identificar, observar y evaluar sus pensamientos de una manera objetiva. Los pensamientos (o cogniciones) del paciente se entienden como eventos psicológicos que pueden reflejar con mayor o menor exactitud las circunstancias o situaciones reales. Terapeuta y paciente colaboran para determinar en qué medida las inferencias y conclusiones de éste último se corresponden con las observaciones y conclusiones de personas más objetivas. De este modo, terapeuta y paciente tratan de poner a prueba las inferencias y conclusiones de éste. El terapeuta hace preguntas para averiguar si el paciente está atribuyendo un significado idiosincrático a ciertos eventos o si, por el contrario, está haciendo inferencias racionales.

En muchas ocasiones, estas cogniciones idiosincráticas de los depresivos son estereotipadas y su contenido gira en torno a temas recurrentes, tales como “Soy un incompetente”, o “Nunca me sale nada bien”. Cuando el terapeuta logra identificar estos temas, atrae sobre ellos, con mucho tacto, la atención del paciente. Juntos ambos miembros del equipo, comienzan a formular hipótesis sobre qué tipo de supuestos subyacen a estos temas (por ejemplo, “Si no lo hago todo a la perfección, significa que soy un fracasado”). De este modo, el paciente aprende a identificar estos supuestos y a evaluar si son válidos o ilógicos.

Investigación de los supuestos subyacentes

Investigar la validez de los supuestos subyacentes exige un esfuerzo conjunto. El terapeuta le pide al paciente que busque evidencias (normalmente a partir de experiencias recientes) a favor y en contra de cada uno de los supuestos y creencias. Otra alternativa consiste en que el terapeuta le pide al paciente que intente aplicar estos supuestos a otras personas, con el fin de determinar si está aplicándose a sí mismo un conjunto especial de reglas que no aplicaría a los demás. Durante la discusión de las creencias, es importante que el terapeuta no se precipite en etiquetar algunas de estas creencias como “obviamente ilógica” o “claramente ridícula”. En lugar de esto, lo indicado es un comportamiento diplomático gentil, empático, objetivo y lógico.

Diseño de experimentos

Un método muy útil para investigar la validez de un determinado supuesto consiste en diseñar un experimento o tarea para someter a una prueba empírica dicho supuesto. ¿Cómo se puede diseñar un experimento de ese tipo? En cierto sentido, terapeuta y paciente van a actuar como dos detectives siguiendo una pista. En primer lugar, se debe especificar la pista o el supuesto que van a someter a prueba. Un ejemplo podría ser, “Si me muestro asertivo con otra persona, ésta me rechazará”. El terapeuta expone una hipótesis concreta a partir de

esta regla general. La hipótesis se formulará en términos operativos y terapeuta y paciente pueden diseñar un experimento para probar la predicción hecha a partir de la regla general.

Una hipótesis derivada de la regla general expuesta anteriormente sería, “Si le digo a mi jefe que me gustaría tomarme un día libre porque necesito un descanso, tomará represalias y me dirá que soy perezoso, que eludo mis responsabilidades y que me quejo demasiado”. Terapeuta y paciente pueden llegar a la conclusión de que la prueba para esta hipótesis concreta podría consistir en que el paciente hablase realmente con su jefe. Una vez lo haya hecho, el paciente registrará los resultados del experimento, tanto en términos de lo que el jefe le respondió como en lo referente a las ideas o inferencias que él desarrolló a partir de lo ocurrido. Terapeuta y paciente se centrarán en estos datos para evaluar los resultados del experimento, considerando varias interpretaciones de los mismos. Por último, el equipo comparará los resultados *reales* con las *predicciones* del paciente en base a la hipótesis original.

Asignación de tareas para casa

La manera como el terapeuta aborde cada paso de la terapia (por ejemplo, el registro de los pensamientos automáticos, la asignación de las tareas para casa, las pruebas para determinar la validez de los pensamientos y supuestos) determinará directamente el que la colaboración y el rapport se incrementen o disminuyan. Y a la inversa, el grado de colaboración y rapport afectará al grado de participación del paciente en cada una de las fases o tareas del programa terapéutico. El terapeuta puede fomentar la colaboración terapéutica animando al paciente a planificar por sí mismo las tareas para casa. Cada tarea se presenta como un experimento –una oportunidad para averiguar algo más acerca de las situaciones con las que el paciente se enfrenta normalmente. Asimismo, el terapeuta puede fortalecer la colaboración explicando al paciente los objetivos y el fundamento teórico de cada tarea. Si los pacientes saben cómo hacer las tareas para casa y por qué hacer estas tareas puede ayudarles; probablemente estarán mucho más motivados para llevarlas a cabo.

La asignación de las tareas para casa afecta de un modo crucial a la relación terapéutica. A menudo, los pacientes interpretan el trabajo en casa como una prueba de su valía personal, de sus capacidades, o de su grado de motivación; o bien pueden pensar que lo que se persigue es que lleven a cabo sus tareas con la máxima perfección. El terapeuta debe intentar captar o preguntar abiertamente acerca de este tipo de actitudes, dado que constituyen distorsiones y son antiterapéuticas. Animará vivamente a los pacientes a que compartan sus pensamientos y sentimientos referentes al trabajo para casa, tanto *antes* como *después* de haberlo realizado. Por ejemplo, el paciente que lleva a cabo una tarea satisfactoriamente puede interpretar este éxito como un fracaso, “ya que

cualquiera podía haberlo hecho”. Esta clase de distorsiones cognitivas deben ser rápidamente identificadas y corregidas. Como en el caso de otras cogniciones, se examinan estos pensamientos y, cuando sea necesario, se corrigen. El terapeuta deberá explicar sin rodeos, “Lo que se pretende es que usted intente realizar determinadas tareas, no que lo haga tan bien como podía hacerlo antes de la depresión”.

Técnicas terapéuticas “no-colaborativas”

Existen muchas técnicas que pueden ser relevantes para el tratamiento clínico de la depresión. No obstante, muchas veces renunciamos a ellas si no se ajustan a nuestro marco conceptual y terapéutico. Además pensamos que la modificación de las interpretaciones erróneas y de las conductas desadaptativas del paciente debe constituir una empresa de colaboración entre paciente y terapeuta. Aún más, suponemos que los cambios operados en el pensamiento y la conducta del paciente serán más duraderos si éste comprende y conoce el fundamento de las técnicas. Por otra parte, el objetivo de la empresa colaborativa hace que quede contraindicado el que al paciente puede transmitírsele la idea de que el terapeuta es manipulador o está practicando el “control del pensamiento”. Por todo ello, rechazamos aquellas técnicas que no permitan que el paciente conozca el propósito de los métodos empleados, así como su participación voluntaria y activa en los procedimientos.

Reacciones de “transferencia” y “contratransferencia”

Con demasiada frecuencia, los terapeutas perciben a los pacientes depresivos como “deliberadamente” pasivos, indecisos y manipuladores. El terapeuta llega a sentirse frustrado y el paciente, criticado; en estas condiciones, el paciente puede incluso llegar a abandonar el tratamiento. En la literatura psicoanalítica, estas interacciones se sitúan en el contexto de las reacciones de transferencia y contratransferencia. El tipo de colaboración terapéutica que nosotros proponemos contribuye a reducir este tipo de problemas y frustraciones.

El terapeuta debe afrontar directamente las reacciones negativas que surjan en el ámbito de la terapia. Tratando de identificar y corregir las distorsiones cognitivas del paciente que contribuyen a hacerlo positivo, falta de iniciativa y “oposicionistas”, terapeuta y paciente están caminando ya hacia la solución de los diversos problemas que influyen sobre las frustraciones de ambos. De hecho, los pensamientos inadecuados que llevan a la pasividad, a la indecisión, a la falta de motivación, etc., constituyen en sí uno de los objetos específicos del tratamiento (ver capítulo 7). Como sucede con otras distorsiones cognitivas, el terapeuta aplicará la lógica y el método empírico para corregir los errores existentes en este tipo de pensamientos.

También las reacciones de transferencia positiva pueden entorpecer el curso de la terapia. El paciente puede ver al terapeuta como su salvador y exagerar sus cualidades positivas. Esta evaluación y las expectativas demasiado elevadas deben discutirse, señalando las distorsiones, a pesar de que estas vayan en una dirección positiva. El terapeuta debe subrayar que el trabajo en equipo es un medio para resolver los problemas del paciente, no un fin en sí mismo. El manejo terapéutico de los “problemas de transferencia”, como, por ejemplo cuando el paciente se enamora del terapeuta, ya han sido descritos en el Capítulo 2.

Existen algunos aspectos de la terapia activa y estructurada que pueden dar lugar a reacciones terapéuticas “negativas”. Dependiendo de la situación, cualquiera de las técnicas que se han descrito en este capítulo podría ser percibida por algunos pacientes como hostil, supercontroladora o coercitiva. Además, existen algunas acciones con una probabilidad particularmente elevada de ser consideradas negativas por los pacientes depresivos (así como por muchos otros pacientes de otro tipo). Entre estos comportamientos se incluyen el sermoneo, las exigencias, las amenazas, las discusiones, los interrogatorios, culpabilizar al paciente, moralizar y enjuiciar. Si el terapeuta, sin más explicaciones, desvía la conversación hacia temas distintos de los que el paciente desea seguir tratando, o si se vale del humor para ridiculizar al paciente (no sus *pensamientos*), éste puede sentirse manipulado y despreciado.

Algunas otras dificultades pueden debilitar la naturaleza colaborativa de la relación paciente-terapeuta; dos de ellas son especialmente frecuentes con los pacientes depresivos. En primer lugar, el terapeuta puede comenzar a creer en la visión negativa y persistente del paciente acerca de sí mismo y de su situación frente a la vida. Si se sitúa fuera del papel de observador científico, el terapeuta puede “filtrarse” dentro de la construcción distorsionada de la realidad que tiene el paciente. En lugar de tomar las interpretaciones negativas del paciente como *hipótesis que han de ser comprobadas empíricamente*, el terapeuta puede comenzar a suponer que estas cogniciones negativas son afirmaciones correctas que se pueden aceptar por el valor que en sí mismas poseen. Cuando surge este problema, el terapeuta suele empezar a ver al paciente como un “perdedor nato” o como una persona atrapada inextricablemente en una situación imposible de la realidad, en lugar de darse cuenta de que el paciente puede estar abrumado por su visión pesimista y de autocrítica que manifieste solamente observaciones negativas y generalizaciones erróneas⁸. A fin de mantener una actitud objetiva, pero empática, el terapeuta debe recordar que los puntos de vista negativos del paciente son solamente cogniciones y creencias; i. e. han de someterse a prueba antes de ser confirmados o refutados.

Una nueva fuente de interrupción de la colaboración terapéutica puede darse en las últimas fases de la terapia, en el caso de que el paciente abandone su

objetividad hacia cogniciones negativas. Por ejemplo, el paciente puede experimentar nuevos fracasos o frustraciones debidos a eventos ambientales traumáticos. Si esto sucediera, el paciente podría verse inundado por una corriente de cogniciones negativas que automáticamente tomaría como válidas, sin someterlas a mayores consideraciones. En consecuencia, sería probable que se sintiese más deprimido y desesperado. Esta exacerbación de los síntomas puede llevar al paciente a pensar que la terapia cognitiva es ineficaz y/o que él es incurable. Asimismo, el paciente puede sentirse desilusionado por el terapeuta. Cualquiera de estos factores puede hacer que el paciente deje de cooperar con el terapeuta, deje de hacer las tareas para casa, olvide las citas, o abandone la terapia. Esta reacción puede llevar a una *folie á deux* si el terapeuta acepta la construcción que hace el paciente de la relación terapéutica y de sus propios progresos en la terapia sin plantearse ninguna cuestión. Si el paciente comienza a faltar a las citas, el terapeuta debe ponerse en contacto con él y dejar claras todas las ideas que estén interrumpiendo la colaboración terapéutica.

En la práctica real, son comunes las recaídas durante el tratamiento. Por ello, el terapeuta deberá informar al paciente de la posibilidad de fluctuaciones negativas muy al comienzo del tratamiento. Las recaídas proporcionan al paciente una valiosa oportunidad para aplicar las técnicas y habilidades que ha aprendido en la terapia. Es más las recaídas “mantienen en forma” al paciente, haciendo que se enfrente con problemas que, tarde o temprano, se le presentarán al finalizar el tratamiento.

* Hemos observado que algunos pacientes, enviados a nuestra clínica con el diagnóstico de “depresión realista”, habían hecho que el especialista que los enviaba aceptase como válidas sus interpretaciones de las situaciones reales, llegando así a conclusiones erróneas.

CAPÍTULO 4

ESTRUCTURA DE LA SESIÓN TERAPÉUTICA

Pautas específicas para el terapeuta

Conocer el “paradigma personal” del paciente

Durante el tratamiento, el terapeuta debe tener presentes algunos principios específicos*. La visión que el depresivo tiene de su mundo, sus ideas y creencias negativas le parecen razonables y plausibles, aun cuando serán inverosímiles para el terapeuta. El paciente cree, y es bastante consistente en sus creencias, que es un fracasado, un inútil, un antipático, etc. De hecho, esta consistencia interna se mantiene a veces incluso a pesar de que exista evidencia externa contraria a estas creencias. Las creencias suelen estar organizadas en un sistema similar al que Kuhn (1962) describió como “paradigma” científico. Las observaciones e interpretaciones del paciente acerca de la realidad están moduladas por su marco conceptual. Como en el caso del cambio de creencias científicas, un paradigma personal puede tambalearse y experimentar un cambio cuando el individuo se dispone a reconocer una anomalía que no se podía integrar en el paradigma existente, o algún tipo de evidencia que va en contra del paradigma.

Sin embargo, el paciente no suele prestar atención, o bien llega a asimilar el significado de los eventos que podrían ir en contra de sus puntos de vista. Si se aceptan como subjetivamente válidas, dado su estado actual, las ideas del paciente, éstas adquieren *validez objetiva*; este problema se tratará en el apartado siguiente. Con frecuencia, el paciente manifiesta sus ideas negativas al principio

* En el Apéndice se incluye una Lista comprensiva que esboza los procedimientos generales y específicos de la terapia cognitiva de la depresión. Esta Lista, que contiene apartados referentes a las actitudes personales y profesionales del terapeuta, puede emplearse como pauta o guía para la realización de las sesiones y, a la vez, como escala para la evaluación de estas últimas.

del tratamiento. En el momento en que el terapeuta comienza a investigar las razones en base a las cuales el paciente mantiene estas ideas, se suelen descubrir dos fuentes de datos. En primer lugar, el paciente presenta su visión de determinados eventos *pasados* que él piensa apoyan sus ideas negativas. En segundo lugar, puede interpretar uno o más eventos *actuales* de modo que apoyen dichas ideas. La terapia se centra más bien en los eventos actuales, que el paciente puede reunir datos recientes y registrar sus interpretaciones acerca de dichos eventos (sus cogniciones). Las interpretaciones erróneas de eventos actuales pueden ser corregidas más fácilmente, dado que se puede recoger evidencia empírica más reciente y, por lo tanto, observaciones más fiables que en el caso de experiencias pasadas. Sin embargo, algunos pacientes parecen “impermeables” a las informaciones recientes que vayan en contra de los conceptos que se habían formado previamente.

El siguiente ejemplo ilustra cómo una paciente comenzó el tratamiento con un autoconcepto negativo sólidamente establecido que se reflejaba tanto en sus interpretaciones de situaciones actuales como de situaciones pasadas.

En la primera sesión de tratamiento, se presentó evidencia que refutaba su visión negativa. La paciente encontró razones para desechar la evidencia. Después de varias sesiones, la paciente comenzó a dudar de su autoconcepto y a ofrecer evidencia nueva en contra de su autoimagen negativa. Cuando se llevaron a cabo pruebas empíricas (por ejemplo, hacer que la paciente asistiese a reuniones sociales), se obtuvieron datos adicionales que sirvieron a la paciente para evaluar su autoimagen de un modo más realista.

Una paciente depresiva, madre de cinco hijos, se autodescribía como incompetente y estúpida. En apoyo de la idea de que era una estúpida, alegaba la evidencia siguiente: su miedo a los exámenes finales, que le impidió terminar la carrera; el hecho de no tener carrera, a diferencia de su marido, que era médico; la reciente aparición de problemas escolares de dos hijos adolescentes (que le hacían verse a sí misma como una madre incompetente).

En la primera sesión, el terapeuta intentó prematuramente ir en contra de su concepto negativo. Le dijo que su cociente de inteligencia, basado en pruebas psicológicas, era de 135. Inmediatamente, ella adujo varias razones según las cuales esta puntuación no era válida por ser excesivamente alta.

Transcurridas varias sesiones, la paciente abordó espontáneamente algunos aspectos de su vida que no había mencionado anteriormente: en la escuela superior, había sido una estudiante muy destacada; tenía el título de modelo profesional; había actuado en representaciones teatrales; era fotógrafo amateur; su marido le consideraba sumamente bella e inteligente; y, en algunas reuniones sociales recientes, varias personas (profesores de Universidad, médicos, etc.) le habían dicho que la consideraban encantadora y muy importante –no aburrida y sombría, como ella parecía suponer.

Aquí se ve claramente que, aunque el concepto que esta paciente tenía de sí misma no poseía ningún tipo de *validez externa*, sí contaba, en cambio, con un grado significativo de *consistencia interna* (para la paciente); la “validez” interna de sus creencias era consistente con otras ideas acerca de sí misma, con sus observaciones, con sus recuerdos. Al principio, el terapeuta trató de hallar la base de estas concepciones aparentemente erróneas; aceptó las interpretaciones de la paciente y no intentó rechazar sus ideas. (De hecho, un ataque a su paradigma personal posiblemente habría dado lugar a una gran confusión en la paciente, respecto a los métodos que empleaba para organizar e interpretar la realidad). La validez objetiva de sus creencias negativas se sometió a prueba recogiendo datos adicionales de su historia anterior y “diseñando –y llevando a cabo– un experimento” para reunir datos acerca de su autoevaluación negativa.

Si los datos en contra de las creencias erróneas del paciente se presentan demasiado pronto (por ejemplo, en el caso anterior, el hecho de que el terapeuta se precipitase a exponer el C.I.), el paciente puede rechazar o distorsionar tales datos. El terapeuta podría colocarse así en el *papel de adversario*, más que en el papel de colaborador o guía. Parece, pues, que, solamente cuando el paciente sienta que ha tenido la oportunidad de “presentar su caso” y ser comprendido, se mostrará dispuesto a considerar los datos en contra de sus ideas y a someter a prueba la validez externa de sus creencias.

Evitar “etiquetar” al paciente y hacer juicios de valor

El terapeuta debe ver al paciente como una persona que tiene problemas específicos o que mantiene creencias irracionales, nunca como una persona irracional o que tiene un carácter anormal. En este sentido, es indicado evitar el empleo de la jerga profesional para etiquetar al paciente (por ejemplo, pasivo, agresivo, masoquista, neurótico, histérico). Este tipo de etiquetas peyorativas influyen en la actitud del terapeuta hacia el paciente y del paciente hacia sí mismo. Además, las etiquetas implican que el paciente es intrínsecamente anormal y relativamente incapaz de cambiar. Aún más, este tipo de actitudes negativas generales impiden la consideración y definición de los problemas específicos y la prescripción de soluciones específicas. En realidad, los pacientes depresivos suelen ser competentes en muchas áreas de funcionamiento y en una amplia variedad de situaciones; sus capacidades para resolver problemas tienden a fallar en condiciones específicas.

Los pensamientos negativos crónicos de los pacientes depresivos pueden convertirse fácilmente en fuente de irritación para el terapeuta. Este puede verse tentado en muchas ocasiones de culpar a los pacientes por sus “recitales de síntomas crónicos” o por su “falta de voluntad”. Estos pacientes suelen ser calificados por los demás, incluido el terapeuta, como personas que se quejan constantemente, básicamente pasivas, excesivamente dependientes y que presentan

resistencias. Estas construcciones negativas pueden llevar al terapeuta a criticar al paciente por no “cooperar en la terapia” o por continuar expresando ideas pesimistas. Cuando el terapeuta se frustra, lo que probablemente ocurre es que no está siendo lo suficientemente objetivo hacia las cogniciones y creencias negativas del paciente como para comprender que la conducta de éste es completamente consistente con su pensamiento distorsionado.

Es mejor suponer que, si pudiera elegir, el paciente preferiría ser menos desvalido, más independiente y menos pasivo (en caso de que creyese que estas opciones eran posibles). Cuando el paciente no intenta realizar alguna tarea que se le ha propuesto, olvida las citas, o minusvalora sus capacidades, el terapeuta experimentado buscará cogniciones o actitudes que puedan estar generando esta conducta regresiva. El terapeuta debe tomar las cogniciones negativas como un componente típico de la depresión, nunca como una característica inherente al paciente.

Evitar la conducta contraproducente a “deseos inconscientes”

El terapeuta jamás debe explicar al paciente su conducta contraproducente en base a los “deseos infantiles”. En la terapia cognitiva, el terapeuta supone que el factor dominante en la determinación de la conducta es la visión que el paciente tiene de sí mismo, de su vida y de sus expectativas sobre el futuro. Teorías como el psicoanálisis clásico suponen que, una vez que el paciente percibe los deseos inconscientes que, se presumen, subyacen a su conducta opositora y contraproducente, elegirá otras estrategias más adaptativas. Sin embargo, cuando se enfrenta a los pacientes depresivos con una interpretación motivacional de su conducta (por ejemplo, que pretenden satisfacer deseos de alimentación, venganza, simpatía, etc.) ellos suelen utilizar este “insight” para confirmar su visión negativa de sí mismos como “malos” o “indignos”, sintiéndose así más deprimidos.

Ajustar el nivel de actividad y estructurarlo según las necesidades del paciente

A la mayoría de los pacientes depresivos les resulta difícil concentrarse y fijar su atención. En consecuencia, a menudo son incapaces de definir los problemas, mucho más de resolverlos. Por ello, se sienten inútiles y abrumados ante las dificultades. A causa de sus cogniciones negativas, es probable que interpreten como rechazos los silencios que se producen durante las sesiones de terapia, o como evidencia de que nunca mejorarán el hecho de que se mantengan contactos sin tiempo limitado. Incluso en la conducta del terapeuta tienden a “encontrar” evidencia de que son anormales, antipáticos e inútiles. Por estas razones, una terapia no estructurada daría rienda suelta a las fantasías negativas de los pacientes.

El terapeuta cognitivo es más activo y toma la iniciativa con más frecuencia que el psicoterapeuta tradicional. El terapeuta cognitivo lleva al paciente a discutir aquellas áreas que se han fijado como objetivo del terapéutico. Esta estrategia contrasta con los enfoques no directivos –o menos directivos–, en los que se le deja libertad al paciente para programar las actividades de las sesiones, mientras el terapeuta simplemente escucha o reflexiona sobre lo que el paciente está diciendo. El terapeuta cognitivo actúa como experimentador, como guía, como un educador al estilo socrático. En este sentido, tiende a dirigir la conversación y la atención del paciente hacia los objetivos específicos.

El terapeuta cognitivo tiende a ser más activo en las primeras fases de la terapia. Ajusta su nivel de actividad en función de la necesidad aparente de estructuración del paciente. Frecuentemente, las personas profundamente deprimidas sólo con capaces de responder a las preguntas con una o dos palabras, o con una frase sencilla. El terapeuta se mostrará muy activo con estos pacientes a fin de infundirles energías y hacerles salir de su “letargo”: Las afirmaciones breves, sencillas, directas y concretas son más afectivas; es más, el terapeuta tratará de elicitare respuestas muy concretas a las preguntas que formule.

Cuando la depresión cede, el terapeuta se mostrará menos activo que al comienzo. Espera que el paciente tome las riendas del tratamiento y, de hecho, le anima a hacerlo; por ejemplo, podría esperarse que el paciente identificase el contenido de las cogniciones que manifiesta o que tratase de detectar los supuestos que pueden estar operando en una determinada situación. No obstante, en comparación con otras terapias, el terapeuta cognitivo se muestra bastante activo y toma la iniciativa a menudo, incluso en las últimas fases del tratamiento.

Naturalmente, incluso el más activo de los terapeutas cognitivos dejará un intervalo razonable tras haber formulado una pregunta o hecho un comentario, para permitir que el paciente organice sus propios pensamientos y elabore una respuesta. El terapeuta debe evaluar, a partir de su experiencia concreta con cada paciente, si la pausa de tiempo es demasiado breve o demasiado larga. Los pacientes depresivos pueden sentirse confundidos y necesitar que el terapeuta los dirija para conseguir responder cuando la pausa se ha prolongado demasiado. En cambio, el paciente retrasado necesita más tiempo para organizarse y articular su respuesta a una pregunta.

Para determinar el grado de actividad y estructuración más adecuado, el terapeuta debe ser especialmente sensible a las necesidades y reacciones del paciente. Ningún otro aspecto de la terapia cognitiva entraña tantos riesgos ni requiere tanta habilidad y experiencia. Cuando es preciso mostrarse activo y directivo, el terapeuta corre el peligro de excederse, o bien de no llegar. Los pacientes depresivos se suelen sentir seguros con un cierto grado de estructuración y actividad por parte del terapeuta. Por ejemplo, el paciente puede pen-

sar, “El terapeuta me habla, luego quiere decirse que le caigo bien”. Además, los intercambios terapéuticos estructurados tienden a mitigar la dificultad de concentración y atención que experimentan los depresivos más profundos. Por otro lado, sin embargo, si el terapeuta se muestra demasiado activo y directivo, el paciente puede pensar que le está manipulando y que no le interesa realmente lo que él siente o quiere; puede llegar a la conclusión de que al terapeuta le interesa más ensayar sus técnicas que prestarle ayuda.

Así pues, hemos visto que las distorsiones cognitivas influyen en el modo cómo el paciente interpreta la relación terapéutica. El terapeuta activo experimentado hará que el paciente exponga su visión de la terapia, tratando de corregir y dejar clara esta percepción a intervalos regulares.

Emplear las preguntas como instrumento terapéutico

A lo largo de este volumen, iremos viendo que la mayor parte de las verbalizaciones del terapeuta se expresan en forma de preguntas. El empleo de las preguntas sirve para una amplia variedad de funciones intrínsecas a la terapia cognitiva. De hecho, una sola pregunta puede intentar simultáneamente dirigir la atención del paciente hacia un área concreta, evaluar sus respuestas ante un contenido nuevo, obtener información directa sobre este problema, generar métodos de resolución de problemas que se interpretaban como irresolubles y, por último, suscitar dudas en el paciente sobre conclusiones distorsionadas anteriores.

Los objetivos de una pregunta pueden resumirse en los siguientes:

1. Obtener datos biográficos, de la historia previa, etc. relevantes para el diagnóstico.
2. Formarse una idea general de la naturaleza del problema psicológico del paciente.
3. Obtener una visión general de la forma de vida del paciente, de los factores específicos generadores de ansiedad y del sistema social en que se desenvuelve.
4. Evaluar los mecanismos y habilidades de que dispone el paciente para manejar diversas situaciones, su tolerancia al stress y su nivel de funcionamiento y capacidad para la introspección y la objetividad consigo mismo.
5. Convertir las quejas abstractas y vagas en problemas más concretos.

Por ejemplo una paciente se quejaba a su terapeuta, “No sé dónde voy”. La había diagnosticado una “depresión existencial” porque afirmaba que carecía del sentido de identidad y que no estaba segura de su rol. El terapeuta le pre-

guntó, “¿Qué problema específico ha estado usted tratando de resolver?”. Ella respondió, “Mi problema es que no logro decidir si quedarme en casa y dedicarme a las tareas domésticas o volver a la universidad y comenzar la carrera de Derecho”.

6. Provocar la toma de decisiones presentando distintas alternativas a un problema.
7. Hacer que el paciente seleccione una alternativa determinada. Uno de los métodos consiste en sopesar los pros y los contras de cada opción y, así, ir eliminando las menos adecuadas.
8. Animar al paciente a examinar las consecuencias de su conducta desadaptativa: Preguntando, por ejemplo, ¿qué consigue usted con quedarse en la cama?
9. Evaluar la importancia de una conducta más adaptativa: ¿Qué tiene usted que perder? ¿Cuáles con las ventajas de mostrarse asertivo, aun exponiéndose a ser criticado? ¿Cuáles son los inconvenientes?
10. Elicitar las cogniciones específicas del paciente, relacionadas con efectos desagradables y conductas inadecuadas.
11. Determinar el significado que el paciente atribuye a una circunstancia o circunstancias concretas.
12. Inducir al paciente a examinar los criterios que definen su autoestima negativa (por ejemplo, ser inútil, débil, incompetente).

El terapeuta plantea una serie de cuestiones tales como las siguientes: ¿Cómo definiría usted la inutilidad? ¿Qué características o acciones deberían observarse necesariamente en una persona para saber que es un inútil? ¿Cuáles se aplica usted a sí mismo? ¿En qué se basaría usted para considerar a alguien como un inútil? ¿Es posible que esté usted aplicando un criterio –un criterio extremadamente severo y rígido– para sí mismo y otro distinto, mucho más suave, para los demás?

Al mismo tiempo, podría pedírsele al cliente que hiciese una lista con sus criterios de “inutilidad” y, a continuación, preguntarle si él satisface alguno de los criterios que aparecen en la lista.

Este tipo de preguntas suele permitir al paciente reconocer la naturaleza arbitraria de sus autoevaluaciones y la falta de congruencia con cualquier definición sensata de los términos que se aplica a sí mismo.

13. Demostrar la abstracción selectiva de datos negativos que hace el paciente cuando elabora sus inferencias. Este tipo de problema conceptual se

ve ilustrado en el siguiente ejemplo: Una paciente depresiva estaba muy disgustada porque había tomado dulces, cuando seguía una dieta alimenticia y le estaba prohibido tomarlos.

PACIENTE: No tengo en absoluto ningún tipo de autocontrol.

TERAPEUTA: ¿En base a qué dice usted eso?

P: Me ofrecieron un pastel y no fui capaz de rechazarlo.

T: ¿Toma usted dulces todos los días?

P: No, solamente en esta ocasión.

T: Durante la semana pasada, ¿hizo usted algo positivo en relación con su dieta?

P: Bueno, no caí en la tentación de comprar dulces, aunque los viera en las pastelerías o en otros sitios... Además tampoco tomé ninguno, salvo la vez que ya le he mencionado.

T: Si compara usted el número de ocasiones en que se controló con el número de veces que no pudo resistirse, ¿qué porcentaje obtendría?

P: Pues, en uno por ciento.

T: Entonces, si se controló en el 99% de las ocasiones y no pudo controlarse en un 1%, ¿sería este un signo de que es usted completamente incapaz de autocontrolarse?

P: Supongo que no –no *del todo* (Sonrisa).

14. Ilustrar la tendencia del paciente a negar o quitar importancia indiscriminadamente a las experiencias positivas.

PACIENTE: Realmente, no he hecho ningún progreso en la terapia.

TERAPEUTA: ¿No es necesaria una cierta mejoría para dejar el hospital y volver a la Facultad?

P: ¿Y dónde está la proeza de ir a clase todos días?

T: ¿Por qué dices eso?

P: Es fácil acudir a clase porque todo el mundo está sano, son personas normales.

T: ¿Y qué me dices de cuando acudías a la terapia de grupo en el hospital? ¿Qué sentías entonces?

P: Supongo que entonces pensaba que era fácil estar con los demás porque todos estaban tan chiflados como yo.

T: ¿No crees que es posible que tengas tendencia a desacreditar todo cuanto logras hacer?

15. Descubrir y explorar ciertas áreas problemáticas que el paciente había evitado previamente.

El depresivo presenta una notable inclinación a correr un velo en torno a ciertos tópicos y a hacerlo prematuramente. A menudo, zanja un problema rápida-

mente porque su conclusión, dictada por su patrón de pensamientos dominante, le parece suficientemente plausible. O bien puede pensar, “Esa idea es estúpida y neurótica, por lo que no voy a volver a pensar en ella”; desgraciadamente, la creación errónea persiste y continúa influyendo en su reacciones.

Emplear el método de hacer preguntas, en vez de discutir, o sermonear

Una oportuna y cuidada serie de preguntas puede ayudar al paciente a aislar y considerar en profundidad un determinado tema, decisión o idea. Una serie de preguntas puede hacer que los pensamientos del paciente sobre un contenido determinado se tornen más abiertos, permitiéndole así tener en cuenta otra informaciones y experiencias ya sean actuales o pasadas. La curiosidad del paciente puede ser suscitada por una serie de preguntas pudiendo convertir en hipótesis de trabajo sus aparentemente rígidos puntos de vista. En este sentido, las preguntas se emplean para eliminar lo pensamientos depresivos.

Es importante hacer que el paciente exprese lo que él piensa, en lugar de decirle lo que el terapeuta cree que está pensando. Con frecuencia, la respuestas del paciente difieren en gran medida de lo que el terapeuta esperaba.

El ejemplo siguiente ilustra cómo empleó el terapeuta una serie de preguntas para hacer cambiar al paciente respecto a su conducta contraproducente (permanecer en la cama todo el día). El terapeuta subrayó la importancia práctica de sentirse mejor y trató de ayudar al paciente a reflexionar sobre la utilidad de volver a la cama después de la sesión.

TERAPEUTA: ¿Cuál es la probabilidad de que vuelva a la cama cuando deje la consulta?

PACIENTE: Más o menos, el 100%.

T: ¿Por qué piensa usted volver a costarse?

P: Porque quiero hacerlo.

T: ¿Cuál es la razón de que desee hacerlo?

P: Porque me siento mejor.

T: ¿Durante cuánto tiempo?

P: Unos minutos.

T: ¿Y qué ocurrirá después?

P: Supongo que volveré a sentirme peor.

T: ¿Cómo lo sabe?

P: Porque siempre sucede así.

T: ¿Está seguro?... ¿Ha habido alguna ocasión en que estar en la cama le hiciera sentirse mejor durante un cierto tiempo?

P: No lo creo.

T: ¿Ha comprobado usted alguna vez si el hecho de no ceder al deseo de volver a la cama le ayudaba en algo?

- P: Supongo que, cuando estoy activo, me siento mejor.
- T: Volvamos al deseo de irse a la cama. ¿Cuáles son sus razones?
- P: Que me siento mejor.
- T: ¿Qué otras razones tiene usted?
- P: Bueno, en teoría, sé que después me sentiré peor.
- T: Entonces, ¿Existen razones para no volver a la cama y hacer algo más constructivo?
- P: Sé que, cuando estoy haciendo cosas, me siento mejor.
- T: ¿Y por qué es eso?
- P: Porque mantiene mi mente alejada del problema, de lo mal que me encuentro, y soy capaz de concentrarme en otras cosas.

A continuación, el terapeuta pidió al paciente que evaluase sus motivaciones. Resultó que el deseo de volver a la cama había disminuido del 100% a un 5%; su motivación para llevar a cabo la actividad que se le había asignado, según el programa, había aumentando de 0% a un 50%.

Debe observarse que todas las expresiones verbales pronunciadas por el terapeuta tenían forma de preguntas. Observemos también que el terapeuta perseveraba en hacer que el paciente expresase ambas caras del argumento e incluso pusiese en duda la validez de las razones para iniciar una actividad constructiva. En el Capítulo 10 se cita un ejemplo en que el terapeuta se vale exclusivamente de preguntas para elicitar las razones de llegar al suicidio, probando después la lógica de esta decisión.

Hemos observado en muchas ocasiones que el paciente tiende a repetir en forma de diálogo interno el tipo de conversación que hemos descrito. Algunos pacientes lo hacen espontáneamente e incluso “oyen” la voz del terapeuta. De hecho, en algunos casos, llegan a tener imágenes visuales del terapeuta hablándoles. Otros pacientes, en cambio, han de ser entrenados antes de experimentar estos diálogos internos. Deben ser “reanimados” mediante práctica cognitiva para lograr que se planteen el tipo de preguntas que aparecen en el ejemplo anterior. También debe animárseles a que anoten sus diálogos internos o los graben en un magnetofón, a fin de que puedan escucharlos posteriormente.

Las preguntas constituyen un instrumento importante y muy potente para identificar, considerar y corregir las cogniciones y creencias. Como ocurre con otros instrumentos, pueden emplearse erróneamente o aplicarse sin las debidas precauciones. El paciente puede sentirse interrogado o atacado si las preguntas se emplean para “pillarle” en una contradicción. Además, el hacer preguntas sin límites prefijados a veces lleva al paciente a la posición defensiva de tratar de adivinar lo que el terapeuta “espera” como respuesta. Las preguntas deben formularse cuidadosamente para ayudar al paciente a reconocer sus ideas y conceptos y a reflexionar sobre ellos –a evaluar sus pensamientos con objetividad.

Emplear el humor con prudencia y sensatez

Para algunos pacientes terapeutas cognitivos, el humor constituye un instrumento muy útil. Recientemente, varios autores han subrayado la importancia del humor en otras formas de psicoterapia (Greenwald, 1973).

El humor resulta especialmente útil cuando es espontáneo, cuando permite al paciente observar con objetividad sus pensamientos o ideas y cuando se presenta de tal modo que el paciente no piense que lo están despreciando o ridiculizando.

El terapeuta puede servirse de un ejemplo hipotético para exagerar una determinada postura del paciente. La exageración puede poner de manifiesto lo poco razonable o inadecuado que es el pensamiento del paciente. Este puede llegar a reírse abiertamente de los aspectos incongruentes de sus creencias.

Gracias al humor, el terapeuta puede reorganizar o desentumecer el sistema de creencias del paciente sin atacar directamente una creencia determinada. El terapeuta, indirectamente, puede suscitar dudas sobre las afirmaciones del paciente sin tener que discutir todos y cada uno de los argumentos a favor y en contra de una determinada idea. En este sentido, el terapeuta puede servirse del humor para provocar una disonancia cognitiva, y, en consecuencia, para hacer que el paciente busque explicaciones o ideas alternativas más adaptativas.

De nuevo, se hacen necesarias unas palabras de advertencia. En primer lugar, sencillamente ocurre que algunos terapeutas no poseen un sentido del humor espontáneo. Como sucede en muchas otras técnicas terapéuticas, no todos los terapeutas pueden valerse del humor. En segundo lugar, incluso aunque el paciente ría o sonría, es importante determinar si ha interpretado la broma en un sentido negativo. Así, podrían buscarse y corregirse las posibles interpretaciones inadecuadas. En tercer lugar, el terapeuta debe tener muy claro que el objeto del humor son los pensamientos o ideas del paciente –nunca el paciente en sí. Es más, se necesita una cierta capacidad de juicio para seleccionar qué pensamientos son apropiados para ser objeto de una broma. Algunos pacientes están tan convencidos de la validez de ciertas ideas que bromear acerca de ellas podría ser perjudicial y llegar a debilitar la relación terapéutica.

Estructura formal de la terapia cognitiva

Preparar al paciente para la terapia cognitiva

Dos elementos son importantes en el transcurso de la terapia cognitiva. (1) El paciente debe comprender la naturaleza y el fundamento teórico del tratamiento cognitivo. (2) El paciente debe estar preparado para enfrentarse con fluctuaciones en el nivel de intensidad de la depresión a lo largo del tratamiento.

Explicación teórica: El terapeuta prepara a cada paciente para la terapia cognitiva durante la primera sesión y parte de la segunda. Presenta el plan general

y el fundamento teórico del tratamiento cognitivo. A continuación, expone la definición y algunos ejemplos de cogniciones o “pensamientos automáticos”. Por ejemplo, durante la primera sesión, el terapeuta describirá la relación entre pensamiento y sentimientos. Con frecuencia, el paciente comprenderá mejor esta relación si el terapeuta se vale de un ejemplo. A continuación, se exponen las palabras de un terapeuta para explicar al paciente la idea de que los pensamientos influyen en los sentimientos:

TERAPEUTA: La manera como las personas interpretan sus experiencias influye en sus sentimientos. Por ejemplo, hace poco, una paciente que ya ha terminado el tratamiento, me habló sobre los pensamientos que tenía antes de cada sesión, mientras se hallaba en la sala de espera. Siempre estaba atenta al momento en que yo llegaba. Cuando me retrasaba, aunque fuesen pocos minutos, ella pensaba, “No quiere verme”, y se sentía triste. Cuando yo llegaba pronto, se decía a sí misma, “Realmente debo estar progresando muy poco, ya que él dedica tiempo extra para ayudarme”, lo cual le causaba cierta ansiedad. Si yo llegaba a la hora en punto, ella pensaba, “Lo tiene todo calculado. No soy más que un número para él”. Esto le irritaba mucho. Como puede usted ver, independientemente del momento en que yo comenzara la sesión (con adelanto, a la hora en punto o con retraso), la paciente de quien le hablo experimentaba pensamientos negativos acerca de la terapia y se sentía mal. Pero logró descubrir la *conexión* entre los pensamientos negativos y los sentimientos desagradables. Una vez que aprendió a identificar sus pensamientos y a manifestarlos, se dio cuenta de que estos pensamientos negativos eran poco realistas. La siguiente vez que experimentó este tipo de pensamientos y sentimientos desagradables en la sala de espera, comenzó a corregir sus interpretaciones negativas. A medida que iba corrigiendo las interpretaciones arbitrarias, sus sentimientos negativos iban desapareciendo.

Si parece que el paciente va a ser capaz de entenderlo, el terapeuta puede explicarle el enfoque cognitivo del siguiente modo:

Quando las personas depresivas consideran sus experiencias, tienden a pensar en los significados más negativos que pueden atribuirseles. Cuando esto sucede, al paciente le parecen realistas sus pensamientos negativos. Cuanto más válidos le parecen al paciente sus pensamientos, peor se sentirá.

A lo largo del tratamiento, el terapeuta se centrará repetidas veces en la conexión entre pensamientos y sentimientos. Si el paciente dice, “Me siento verdaderamente mal”, el terapeuta le preguntará, “¿En qué está pensando?” Si el paciente relata un suceso reciente y califica los sentimientos asociados como “terribles” o “de depresión”, el terapeuta le preguntará qué pensamientos se dieron inmediatamente antes de los sentimientos desagradables. Otra alternativa consiste en que el terapeuta pregunte qué significa para el paciente el suceso

ocurrido. Del mismo modo, si un paciente, desesperado y extremadamente triste, llama por teléfono al terapeuta, éste puede emplear la conversación para ayudar al paciente a identificar sus pensamientos automáticos negativos: “¿Cuáles son sus pensamientos en este momento?” La preparación del paciente para el enfoque cognitivo durante la primera sesión se tratará con mayor profundidad en el capítulo siguiente.

En el curso de la terapia cognitiva de la depresión, seguimos el procedimiento siguiente: Una vez que el terapeuta ha explicado el fundamento teórico de la terapia cognitiva y ha expuesto el proceso de tratamiento, le entrega al paciente el manual *Coping with Depression* (Cómo hacer frente a la depresión) (Beck y Greenberg, 1974), que presenta un material similar en forma impresa. El terapeuta le pide al paciente que lea este manual, que subraye las partes que le susciten o que sean especialmente relevantes para su caso y que haga anotaciones al margen. Esta sugerencia puede constituir la primera tarea a realizar en casa. Las respuestas del cliente ante el manual se revisarán en la segunda sesión.

Este procedimiento general de explicar con claridad cada paso del tratamiento y cada tarea para casa se mantiene a lo largo de toda la terapia. El terapeuta trata de hacer el tratamiento lo más comprensible y creíble posible, de modo que el paciente pueda participar activamente en la identificación de sus propios problemas y ayudar a desarrollar estrategias para tratar cada uno de estos problemas. En consecuencia, el paciente aprende principios generales para identificar y resolver problemas.

Recientemente, hemos comenzado a hacer experiencias piloto con cintas de video dirigidas a explicar a los pacientes el fundamento teórico y la base de la terapia cognitiva. Se ha observado que la “socialización de la terapia” reduce la tasa de abandonos e incrementa la responsividad a la terapia en pacientes poco inteligentes o pertenecientes a una clase socioeconómica baja (para una revisión, véase Rush y Watkins, 1977). Asimismo, para los pacientes es positivo observar sus propias entrevistas filmadas en película o en cinta de video. Son capaces de identificar las conexiones existentes entre las ideas que verbalizan y las reacciones emocionales subsiguientes.

Fluctuaciones en la intensidad de los síntomas; recaídas. Es importante que, durante las primeras sesiones, el terapeuta elicite las expectativas del paciente de cara al tratamiento. Algunos pacientes esperan que se produzca un milagro y suelen experimentar graves decepciones cuando no ocurre así. Otros depresivos, como resultado de la combinación de su pesimismo patológico y los fracasos de intentos de tratamiento anteriores, piensan que la terapia no logrará producir una mejoría duradera. Debido a estas expectativas, muchos individuos tienden a interpretar toda intensificación de los síntomas o de los problemas en un sentido negativo.

Por estas razones, es importante que el terapeuta deje claro que el curso natural de la depresión conlleva altibajos. Los pacientes pueden experimentar una fuerte bajada de ánimo después de varios “días buenos”. Es más, es posible que algunos pacientes no experimenten mejoría alguna durante varias semanas. Es importante que el terapeuta informe al paciente de que, aunque sea razonable abrigar expectativas de mejoría, ambos deben estar preparados para una posible agudización de los síntomas o intensificación de los problemas.

Como se explicará en el capítulo 15, el terapeuta debe indicar al paciente que la intensificación de los síntomas o de los problemas externos, las recaídas durante o después del tratamiento, etc., les proporcionan una excelente oportunidad para identificar los factores específicos que producen estos retrocesos. Con frecuencia, hemos observado que un aparente contratiempo de esta naturaleza es, en realidad, una ventaja, en el sentido de que proporciona al paciente una experiencia para aprender a aplicar determinadas estrategias. Es conveniente, por lo tanto, preparar al paciente para que espere fluctuaciones y motivarlo para que trate de servirse de estas ocasiones en su propio beneficio.

Formular un plan de terapia para cada sesión

Los principales objetivos de la terapia cognitiva son (a) eliminar los síntomas del síndrome depresivo y (b) prevenir las recaídas. Estos objetivos se implementan entrenando al paciente (a) a aprender a identificar y modificar sus pensamientos erróneos y su conducta inadecuada y (b) a reconocer y cambiar los patrones cognitivos que producen estas ideas y conductas desadaptativas. El terapeuta esboza y explica los objetivos en la primera sesión de tratamiento. La mejoría de los síntomas de la depresión implica el incremento de los sentimientos de satisfacción, etc. Cuando se toca este punto, los pacientes depresivos pueden discutir la idea con argumentos como, “Es imposible que yo me sienta bien hasta que mi novio regrese”. En tales casos, el terapeuta responderá directamente a este tipo de pensamientos: “Independientemente de si su novio regresa o no, lo más probable es que usted no desee seguir sintiéndose tan mal como hasta ahora” o “Usted puede estar más capacitada para hacerle volver una vez que haya conseguido superar la depresión”.

La importancia de las técnicas encaminadas a la resolución de problemas merece una especial atención. Aunque, en general, el objetivo principal es la eliminación de los síntomas, los pasos a seguir para conseguirlo consisten en la definición y resolución de problemas concretos. En este sentido, el paciente aprende a evaluar los problemas con lógica y a aplicar sistemáticamente la técnica más adecuada para resolverlos. Es decir, el énfasis se pone en el aprendizaje o en la práctica de una técnica o destreza, no en la mera neutralización del dolor. Encontramos una formulación análoga a ésta en el tratamiento conductual de la obesidad, cuyo objetivo es la pérdida de peso. En este caso, el tera-

peuta se centra en aquellas conductas y actitudes que reducen la ingestión de alimentos, no en la pérdida de peso en sí misma. Estas conductas constituyen habilidades concretas que llevarán no sólo a la pérdida de peso, sino también a un control de peso permanente.

En este mismo sentido, el objetivo inmediato –la eliminación de los síntomas depresivos– se consigue gracias a una serie de sesiones o pasos sucesivos encaminados a definir los problemas objetivos y diseñados para enseñar al paciente determinadas habilidades o estrategias. El desarrollo de éstas consiste en: (a) aprender a evaluar las situaciones relevantes para sí mismo de una manera realista, (b) aprender a atender a todos los datos existentes (no sólo a datos sesgados en uno u otro sentido) sobre estas situaciones específicas, (c) aprender a formular explicaciones alternativas para el resultado de las interacciones, y (d) poner a prueba los supuestos desadaptativos llevando a cabo comportamientos diferentes que proporcionen oportunidades para un repertorio más amplio de cara a la interacción con otras personas y a la resolución de los problemas.

El objetivo a largo plazo de la terapia cognitiva se centra en facilitar la maduración, es decir, en generar habilidades para corregir las distorsiones cognitivas (y, por lo tanto, para hacer pruebas de realidad) y en incorporar actitudes más racionales y adaptativas. Es más, la maduración se refiere también al desarrollo de métodos más afectivos para manejar o adaptarse a las circunstancias ambientales difíciles o complejas y para hacer frente a los sentimientos negativos: asimismo se refiere a la sofisticación o perfeccionamiento de las habilidades sociales.

Establecer la agenda al comienzo de la sesión

El terapeuta hace las veces de un guía experto: elabora un plan y proporcionaba un mapa y los instrumentos necesarios. No obstante, debe asegurarse de que el paciente está dispuesto y desea seguir el plan. Así, terapeuta y paciente proponen unos temas determinados por la agenda de cada sesión, que fijarán al comienzo de ésta. Es conveniente que el orden del día incluya un breve resumen de las experiencias del paciente desde la última sesión y el correspondiente feedback. A partir de aquí, terapeuta y paciente deben estar de acuerdo en los objetivos específicos de la sesión. Los temas a tratar deben formularse en términos concretos y precisos, de modo que la atención del paciente se centre en la tarea que se tiene entre manos. Por ejemplo, el terapeuta puede decir, “El primer punto que tenemos en la lista es revisar los pensamientos automáticos que usted registró y ver cómo se pueden interpretar racionalmente para hacerlos frente”.

La agenda específica de la sesión depende de varios factores. Obviamente, uno de ellos es la fase en que se halle la terapia y los progresos que vaya haciendo el paciente. Por ejemplo, es importante tener en cuenta si el paciente ha

aprendido a detectar y registrar las cogniciones desadaptativas, a emitir respuestas racionales, a identificar y corregir errores de lógica en su pensamiento, etc.

Un segundo factor de peso es el referente a los problemas que más perturbaban al paciente en ese momento. Un tercer factor consiste en la intensidad de la depresión. Solemos emplear técnicas de tipo conductual con los pacientes más gravemente deprimidos. A medida que la depresión cede, se utilizan más tareas de tipo cognitivo que requieren razonamiento abstracto.

Otro nuevo factor se refiere a los contenidos o asuntos que quedaron pendientes en la sesión anterior. A veces, el paciente puede haber experimentado una reacción retardada hacia alguno de los contenidos tratados en la última sesión. El terapeuta debe preguntarle si ha experimentado algún sentimiento relacionado con la última sesión; en caso de que la respuesta sea afirmativa, el material pasa a formar parte de la agenda de la sesión actual.

Finalmente, el terapeuta debe estar atento a la “agenda secreta” del paciente, que puede contener temas que éste se muestre reacio a tratar; puede suceder que el paciente suscite estos temas al final de la sesión, cuando ya no queda tiempo para discutirlos.

Es de crucial importancia que el terapeuta no se aferre a una determinada secuencia de problemas, aunque sean de la mayor importancia, ya que ello podría hacer que pasase por alto *fenómenos actuales también importantes*. Evidentemente, una crisis aguda tiene carácter de urgencia, por lo cual tendrá prioridad respecto a otros contenidos, aunque éstos figurasen en la agenda con anterioridad. El terapeuta puede determinar la importancia de un contenido examinando el Registro Diario de Pensamientos Distorsionados o el resumen de actividades diarias que el paciente registra en su cuaderno de notas. ¿Existe un tema recurrente que sea común a pensamientos distintos (por ejemplo, asumir la responsabilidad de que todo el mundo se sienta bien)? ¿Son los pensamientos de suicidio o la desesperanza un tema predominante?

Después de considerar todos estos factores, el terapeuta ayuda al paciente a elaborar la agenda de la sesión. Inicialmente, el terapeuta selecciona; y define varios temas. A continuación, llegan a un consenso sobre la prioridad de los temas. Entonces, el terapeuta comienza a reflexionar sobre las estrategias más adecuadas para hacer frente a los problemas concretos, discutiendo siempre sus conclusiones con el paciente. Dada la necesidad de adaptar la técnica al paciente, suele ser conveniente que éste tome la decisión final sobre qué técnica emplear (por ejemplo el role-playing, las imágenes inducidas o la refutación de los pensamientos automáticos).

En resumen, la formulación de la terapia consiste en preparar una agenda para la sesión *con el paciente*; normalmente esto se hará al principio de cada sesión. Los asuntos que queden pendientes al final de una sesión se incluyen en la agenda de la siguiente. Los objetivos concretos se formulan explícitamente.

te al comienzo de la sesión: se seleccionan los problemas al tratar (ver Capítulos 5-8) y una o varias técnicas para resolverlos. Ya que tal terapia cognitiva es de tiempo limitado, el terapeuta debe utilizar con gran cuidado el tiempo de que se dispone en cada sesión. La elaboración de la agenda ayuda al terapeuta y al paciente a distribuir al tiempo de un modo racional.

Formular y comprobar hipótesis concretas

Es crucial construir un modelo –un anteproyecto– que se adecue a cada paciente. Basándose en las respuestas de éste a preguntas específicas, el terapeuta puede formular varias hipótesis. Los datos se elicitán según una secuencia lógica de preguntas (a) para comprobar hipótesis, (b) para modificar hipótesis, (c) para descartar hipótesis anteriores, o (d) para derivar hipótesis nuevas. Cuando el terapeuta piensa que la hipótesis es razonable, debe “probarla” en el paciente. Lo que hace es pedirle a éste su opinión sobre la “adecuación” de la hipótesis en cuestión y trabajar con el para modificarla, de modo que aumente la aplicabilidad de ésta a las circunstancias concretas del paciente. Más adelante, el paciente pondrá a prueba la (s) hipótesis en su vida diaria como si estuviese llevando a cabo un experimento.

Siempre que el terapeuta hace una pregunta o un comentario, debe apoyarse en un *fundamento teórico claro*, derivado del marco de la terapia cognitiva; además, debe formularlos de modo que eliciten una información concreta. Hemos observado que las preguntas específicas son más útiles para delimitar el área de problemas del paciente. Por el contrario, las preguntas abstractas, vagas y generales llevan a respuestas igualmente ambiguas. Además, las frases abstractas y vagas tienden a confundir o inquietar al paciente y es mucho más fácil que éste las interprete en un sentido negativo. Por ejemplo, si el terapeuta quiere conocer las ideas del paciente, podría preguntar, “¿Cuáles son sus pensamientos en este momento?” o “¿Cómo se siente ahora?”. Las preguntas directas y específicas dan lugar a respuestas específicas. Un comentario como, “Me pregunto qué estará pensando usted” elicitará cogniciones menos específicas que otro, mucho más concreto, como “Trate de recordar las palabras o imágenes exactas que acudieron a su mente en el momento de aquel suceso”.

A partir de lo que el paciente informa sobre sus pensamientos, el terapeuta tiende a elaborar notaciones concretas acerca de las interpretaciones incorrectas, los errores de lógica y los supuestos básicos. Para detectar inconsistencias y supuestos subyacentes, el terapeuta formula hipótesis en base a los contenidos recurrentes que haya encontrado en el pensamiento del paciente. En el momento adecuado, pondrá a prueba las hipótesis en colaboración con el paciente.

Por ejemplo, el paciente podría manifestar continuos pensamientos automáticos sobre si les cae bien o no a los demás. El terapeuta podría presentar hipótesis como la siguiente:

Usted pasa mucho tiempo dando vueltas a lo que los demás piensan de usted. La mayor parte de la atención que usted presta a las circunstancias ambientales se centra en averiguar si es una persona agradable. Incluso las situaciones que tienen poco o nada que ver con este tema –por ejemplo, la forma de comportarse del cajero del supermercado– las interpreta usted como relevantes para esta cuestión. ¿Le parece que estas observaciones se ajustan a la realidad?

Esta última pregunta es esencial para hacer que el paciente opine sobre la hipótesis formuladas por el terapeuta. Ello fortalecerá la colaboración entre terapeuta y paciente. Además, al formular el terapeuta estas hipótesis, también ayuda al paciente a considerar sus pensamientos como una serie de eventos psicológicos que consisten en su propia construcción de la realidad, pero que son necesariamente una representación de la realidad auténtica.

En este ejemplo, el terapeuta podrá expresar las hipótesis del siguiente modo:

Hipótesis 1: “Su respuesta automática ante cualquier interacción con otra persona es ‘Le agrado’ o ‘Le desagrado’”. *Comprobación:* “Observe la frecuencia con que se pregunta lo que otras personas piensan de usted”.

Hipótesis 2: “Dado que usted está deprimido, la mayor parte de sus expectativas e interpretaciones serán negativas”. *Comprobación:* “Registre en su contador de pulsera el número de expectativas e interpretaciones negativas”.

Hipótesis 3: “Usted tiende a ver juicios de valor (principalmente negativos) en las respuestas de otras personas, aunque no exista ningún tipo de evidencia para establecer tal conclusión, o incluso, aunque se trate de personas que no tienen razón para juzgarle a usted –ni en sentido positivo ni negativo”. *Comprobación:* “Después de cada interacción pregúntese, (a) ‘¿Me he sentido dolido o rechazado tras la interacción?’ (b) ‘¿Tengo evidencia de que la otra persona siquiera se haya dado cuenta de mi presencia?’ (c) ‘En caso afirmativo, ¿tengo evidencia de que su reacción no haya sido neutral?’”.

Nota: Es esencial que el terapeuta recuerde que las hipótesis no son más que meras conjeturas formales y no hechos ni datos. Los datos consisten en las observaciones introspectivas e informes del paciente mas los resultados de las pruebas “experimentales”.

Si se confirman las hipótesis, los resultados preliminares se dejan aparte hasta que llegue el momento de formular los supuestos subyacentes del paciente, que se discuten en las últimas fases de la terapia. Algunos de los supuestos subyacentes del caso del ejemplo podrían ser: (1) “Es crucial para mi felicidad saber que le caigo bien a todo el mundo”, (2) “Mi autoestima depende de lo que otras personas piensen de mi”. Estos posibles “supuestos” deben someterse a prueba para su verificación o refutación, al igual que cualquier constructo psicológico inferido.

Elicitar feedback del paciente

La colaboración entre terapeuta y paciente requiere un esfuerzo conjunto para identificar y evaluar cogniciones, formular hipótesis y realizar “experimentos”. A través de todos estos intercambios verbales, el terapeuta debe observar las reacciones del paciente ante su conducta verbal y no verbal. Este feedback adquiere una importancia especial en el marco de la terapia con depresivos —es un factor crucial para afianzar la relación terapéutica. Es más, el mecanismo de feedback anima al paciente a expresar sus sentimientos y percepciones sobre la terapia, las tareas para casa, el propio terapeuta, etc. Este iniciará el procedimiento en los primeros momentos de la terapia, pidiéndole al paciente que evalúe la sesión que están a punto de concluir, la anterior, las tareas para casa, etc. No debe olvidarse que, con frecuencia, los depresivos se muestran reacios a “hablar continuamente” con el terapeuta por miedo al rechazo, a la crítica o a cometer un error. Según esto, pueden mostrar su acuerdo con una formulación por puro y simple conformismo. El terapeuta deberá hacer un esfuerzo adicional para que el paciente exprese posibles sentimientos o deseos que tengan que ver con el conformismo o la sumisión (ansiedad ante el rechazo, deseo de agradar, etc.).

El feedback es especialmente importante cuando los pacientes interpretan negativamente las afirmaciones y preguntas del terapeuta. Por ejemplo, al escuchar las explicaciones sobre la autoevaluación negativa, una paciente —al borde del llanto— dijo, “Me siento terriblemente deprimida y ahora usted me dice que *mis pensamientos tampoco son adecuados*”. El feedback es el único medio de que dispone el terapeuta para averiguar si él y el paciente están en la misma “onda” y poder corregir las posibles interpretaciones erróneas que se hagan de su conducta o de las técnicas que emplea.

El modo de elicitar este tipo de feedback del paciente se debe establecer en la primera sesión. Tras la explicación introductoria de los métodos que sigue la terapia cognitiva, el terapeuta le pide al paciente que exprese lo que sienta o piense. Debe animar al paciente a manifestar su acuerdo o desacuerdo en todo momento.

Por ejemplo, en la primera sesión, el terapeuta puede decir:

Ahora que hemos hablado de sus emociones y pensamientos negativos, es importante dejar claro que estas mismas reacciones negativas pueden darse con respecto a la propia terapia. Es decir, es posible que yo diga o haga algo que a usted le parezca hiriente o insultante. Su interpretación puede ser correcta o no, pero el único modo de saberlo es discutiéndolo entre los dos. Yo no puedo saber si usted experimenta esta clase de pensamientos o sentimientos a no ser que me lo diga explícitamente. Como podrá comprobar, estas *manifestaciones* por su parte *son muy valiosas* porque nos proporcionan una información que puede ser útil para la terapia. De hecho, suele ser el mejor material a emplear en el curso

del tratamiento. Al final de cada sesión, revisaremos las reacciones que haya experimentado a lo largo de la misma; es muy importante que usted me comunique cualquier detalle que le haya molestado o confundido y cualquier sentimiento negativo o desagradable que haya experimentado.

Muchos depresivos se muestran particularmente reacios a expresar sus percepciones negativas del terapeuta. Pueden pensar, “Si me quejo, le molestará o incluso abandonará mi caso”. Por esta razón es responsabilidad del terapeuta buscar el feedback, al menos al principio. Transcurrido un tiempo, el paciente puede comenzar a expresar voluntariamente sus opiniones, sin necesidad de que el terapeuta le haga preguntas. En general, el tipo de interpretaciones erróneas, respuestas exageradas o distorsiones del paciente con respecto a otras personas suelen tener un cierto paralelismo con sus reacciones ante el terapeuta.

Entre las respuestas cognitivas típicas que los pacientes expresan al terapeuta, se encuentran las siguientes:

1. “A usted no le caigo bien”.
2. “Soy su peor paciente”.
3. “Usted no puede curarme”.
4. “Usted está deseando librarse de mí”.
5. “No le interesa escuchar mis problemas”.
6. “Lo que usted pretende es que me internen en un hospital, que me apliquen electroshock, etc.”.
7. “Se aburre conmigo”.
8. “No me comprende”.
9. “Está usted más interesado en aplicar sus técnicas que en sí mismo”.
10. “Actúa como si supiese más acerca de mis propios sentimientos de lo que sé yo mismo”.
11. “Siempre trata de poner en boca mía palabras que yo no he pronunciado”.

Es conveniente que al comienzo de cada sesión el terapeuta busque feedback acerca de las últimas tareas para casa y de la sesión anterior. Por ejemplo, “¿Ha pensado usted algo sobre las tareas para casa?” o “Probablemente ha pensado algo sobre la última sesión. ¿Qué reacción experimentó?”. Por otra parte, también es conveniente elicitare feedback hacia el final de la sesión. Por ejemplo, “¿Ha experimentado algún pensamiento o sentimiento a lo largo de esta sesión?”, “En este momento, se siente mejor o peor que al empezar la sesión?”.

El terapeuta debe prestar mucha atención a la conducta no verbal (por ejemplo, cambios bruscos en la expresión del rostro, lágrimas o incipientes cambios en el tono de voz, etc.) como forma de feedback. Si observa este tipo de reacciones, debe actuar con mucho tacto, puede preguntar, por ejemplo, “¿Qué es-

tá pensando ahora?”. Cuando surgen pensamientos automáticos durante la sesión, se tratan de la misma forma que las cogniciones que el paciente registra en sus tareas para casa. El terapeuta busca los estímulos que evocan estas respuestas, así como la evidencia que apoye las cogniciones de que informa el paciente. Cuando se encuentran errores cognitivos específicos (por ejemplo, inferencias arbitrarias, sobregeneralización, atención sesgada, etc.), éstos pueden llegar a convertirse en el centro de la discusión. El terapeuta debe abstenerse de apoyar o contradecir al paciente prematuramente. Suele ser más conveniente guiarle y ayudarle a reconstruir cómo llegar a la distorsión cognitiva de que se trate.

En ocasiones, los pacientes hacen observaciones directas sobre la conducta antiterapéutica del terapeuta. Pueden decir, por ejemplo, “Me parece que usted habla demasiado y no me da oportunidad para expresar lo que yo pienso”. El terapeuta debe estar preparado para reconocer que puede cometer errores como cualquier persona y podría responder, “Otros pacientes también me han hecho observaciones parecidas. Cuando le parezca que estoy hablando demasiado, le agradeceré que me interrumpa o me haga una seña, como agitar la mano o algo así”. Este comportamiento no sólo mejora la relación, sino que estimula al paciente a ser más asertivo –lo cual constituye un eficaz antídoto de la depresión.

Resúmenes intercalados

Hemos observado que hacer síntesis o resúmenes en determinados momentos de la sesión resulta de gran utilidad para el terapeuta. Al mismo tiempo, es conveniente pedirle al paciente que haga un resumen breve sobre lo que cree que el terapeuta intentaba comunicarle. Si se hace sistemáticamente a lo largo de la sesión, este procedimiento sirve para determinar si paciente y terapeuta están en la misma “onda” y ayuda al paciente a centrarse en problemas concretos.

En la sesión inicial, por ejemplo, el terapeuta puede sintetizar los distintos temas que haya extraído de la descripción de los problemas y síntomas por parte del paciente y preguntar si su resumen es correcto y está completo. En las últimas sesiones, el terapeuta puede repetir expresiones del paciente, por ejemplo, “Así pues, usted dice que...” o “Creo entender que usted dice que...”. Si el terapeuta no está seguro del contenido concreto del material verbal, puede preguntar, “¿Estoy en lo cierto al pensar que...?”. En cualquier caso, el terapeuta esperará la confirmación, corrección o rechazo del resumen antes de continuar.

Asimismo, se intenta determinar con qué exactitud comprende el paciente las explicaciones o sugerencias del terapeuta. En ciertos momentos de la sesión, el terapeuta puede decir, “Para asegurarnos de que nos entendemos mutuamente

te, le pediría que me explicase con sus propias palabras lo que yo he dicho”. A medida que avanza la terapia, el paciente debe ir sumiendo la responsabilidad de sintetizar el contenido de la discusión, ¡A menudo suele ocurrir que la versión del paciente sobre lo que se ha tratado difiere notablemente de la del terapeuta!

En la práctica real, el terapeuta se vale de los resúmenes al menos tres veces a lo largo de una sesión terapéutica standard: (1) Al preparar la agenda, repasa los puntos principales que el paciente y él acordaron abordar durante la sesión; (2) hacia la mitad de la sesión, recopila el material tratado hasta ese momento; (3) hacia el final de la sesión, presenta un último resumen que incluya los aspectos principales de la sesión –este resumen final puede hacerlo el paciente.

Hemos observado que los pacientes suelen responder favorablemente cuando se les pide feedback y cuando se presentan resúmenes intercalados. Muchos de ellos han subrayado que estos procedimientos les hacían sentirse más cerca del terapeuta. Al analizar algunas entrevistas filmadas en video, hemos hallado evidencia empírica de que estas técnicas facilitan el desarrollo de la empatía y la aceptación.

Contar con la participación de personas significativas

Existe bastante evidencia de que la participación de un familiar o un amigo puede incrementar el efecto terapéutico de una sesión. El terapeuta debe juzgar el momento más oportuno para incluir la participación de un tercero, que puede ser el esposo/a o un amigo íntimo. A no ser que existan contraindicaciones específicas, se entrevistará a la persona en cuestión inmediatamente después de la primera entrevista con el paciente. Este procedimiento permite al terapeuta obtener información sobre los síntomas del paciente, su nivel de funcionamiento, posibles intentos de suicidio, etc. Además, proporciona la oportunidad de explicarle a la persona de que se trate el fundamento teórico, los procedimientos terapéuticos y las tareas para realizar en casa, de modo que esta persona pueda reforzar el régimen terapéutico. Es más, con la participación de un pariente o amigo, el terapeuta va a poder neutralizar algunas de las posibles conductas antiterapéuticas de éstos (por ejemplo, mostrarse demasiado solícito, hacer sugerencias incorrectas o inconvenientes, reñir al paciente, etc.). Por último, las entrevistas con una persona significativa pueden arrojar datos sobre posibles tensiones entre esta persona y el paciente que hayan contribuido a la génesis o al mantenimiento de la depresión. La información, recogida puede sugerir la conveniencia de una “terapia de pareja”.

En algunos casos, por ejemplo, con personas de edad o con adolescentes, puede ser recomendable la participación de un paraprofesional entrenado para implementar el programa terapéutico global. Este terapeuta auxiliar puede ayu-

dar al paciente no sólo a realizar las tareas conductuales, sino también a identificar las cogniciones negativas y a formular respuestas relacionales ante ellas.

Utilizar técnicas auxiliares

El terapeuta puede servirse de distintos recursos para reforzar y ampliar el impacto de la sesión terapéutica, Suele ser conveniente que el paciente escuche lo que se ha dicho en una sesión grabada en cinta magnetofónica. A no ser que existan contraindicaciones específicas, es recomendable que el paciente escuche la cinta entre sesión y sesión. Muchos pacientes han manifestado que ver películas de las sesiones les ayuda a corregir algunas de sus percepciones distorsionadas acerca de sí mismos y también a ver más claras sus conductas desadaptativas.

También solemos emplear cintas magnetofónicas y cintas de video especialmente encaminadas a ilustrar las técnicas terapéuticas y a demostrar al paciente cómo aprender dichas técnicas; por ejemplo, a reconocer los “pensamientos automáticos” negativos y a responder a ellos.

CAPÍTULO 5

LA ENTREVISTA INICIAL

Comienzo de la entrevista inicial

A lo largo de años de experiencia, hemos observado que la terapia comienza con el primer contacto con el paciente –sea éste telefónico o en la consulta del terapeuta. Como se expuso en los Capítulos 2 y 3, el terapeuta intenta establecer una relación personal y relajada con el paciente, sin por ello perder de vista las evidentes diferencias de rol; el hecho de que el paciente es un individuo con problemas que busca la ayuda de un experto. El establecimiento de la relación, la recogida de la información relevante y la aplicación de técnicas cognitivas específicas pueden quedar determinadas ya desde la entrevista inicial.

Muchos terapeutas encuentran conveniente comenzar la entrevista con una pregunta como, “¿Qué sentimientos le produce acudir a un terapeuta?” o “¿Qué sentimientos ha experimentado ante la idea de venir hoy aquí?” Muchos pacientes responden con expresiones de ansiedad o pesimismo. En estos casos, el terapeuta puede investigar algunos de los pensamientos automáticos que se encuentren detrás de estos sentimientos desagradables mediante preguntas como, “¿Recuerda lo que ha pensado en la sala de espera o en el camino desde su casa hasta aquí?” o “¿Qué esperaba usted que ocurriese al llegar aquí?”. Por el mero hecho de compartir sus expectativas con el terapeuta, el paciente puede facilitar el camino hacia una relación de colaboración.

El siguiente diálogo ilustra un modo de comenzar la entrevista inicial:

TERAPEUTA: ¿Qué sentimientos ha experimentado ante la idea de venir hoy aquí?

PACIENTE: Estaba muy nervioso.

T: ¿Ha pensado algo concreto acerca de mí o de la terapia antes de venir?

P: Estaba nervioso por si usted pensaba que yo no era adecuado para este tipo de terapia.

- T: ¿Ha experimentado algún otro pensamiento o sentimiento?
- P: Bueno, para serle sincero, le diré que estaba un poco desesperado –he visto a varios terapeutas y sigo deprimido.
- T: Y ahora que ya hemos hablado un poco, ¿sigue pensando que le voy rechazar como paciente?
- P: No sé... ¿Piensa usted hacerlo?
- T: No, por supuesto, pero quiero que vea que ése es un ejemplo de cómo las expectativas provocan ansiedad... Ahora que ya sabe que sus expectativas eran negativas, ¿cómo se siente?
- P: Bien, ya no estoy tan nervioso, pero sigo teniendo la terrible sensación de que usted no va a poder ayudarme.
- T: Bien, quizá más tarde podamos volver sobre este sentimiento de pesimismo y ver si aún lo sigue manteniendo. En cualquier caso, creo que ha aportado usted algo muy importante: el hecho de que las ideas negativas producen sentimientos negativos o desagradables –en su caso, ansiedad y tristeza... ¿Cómo se siente ahora?
- P: (más relajado): Mejor, creo.
- T: Muy bien... Ahora, ¿podría decirme en pocas palabras en qué aspectos concretos desea ayuda?

Este tipo de diálogo sirve para varios propósitos: (a) Ayuda a tranquilizar al paciente, favorece una relación terapéutica informal y facilita la labor terapéutica. (b) Proporciona al terapeuta información sobre las expectativas del paciente. (c) Proporciona una oportunidad para situar la relación entre la cognición y el afecto. (d) La mejoría inicial de los sentimientos desagradables del paciente puede servirle como incentivo para identificar y corregir sus distorsiones cognitivas.

Recogida de la información relevante

Es importante observar que una entrevista bien llevada no sólo hace surgir la información relevante sobre (a) el diagnóstico del paciente, (b) su historia, (c) su situación actual, (d) los problemas psicológicos, (e) su actitud ante el tratamiento y (f) su motivación para el mismo, sino que además ofrece al paciente una cierta objetividad en relación con su problema concreto. Esta objetividad en sí misma suele ser bastante alentadora*.

* Disponemos de una entrevista grabada en video, preparada especialmente para mostrar las técnicas cognitivas de la entrevista inicial, que puede resultar útil para ilustrar estos puntos. Consultar el Apéndice en caso de que desee obtener información sobre cómo conseguir una copia de esta cinta.

En nuestro grupo tratamos de obtener el máximo de información posible a través de autoinformes, siempre antes de la primera entrevista; de este modo, se reduce considerablemente el tiempo necesario para hacer la evaluación clínica. Los cuestionarios proporcionan datos biográficos e información sobre los síntomas, enfermedades anteriores, contactos previos con profesionales de la salud, otros tratamientos, etc. Uno de los instrumentos terapéuticos más útiles es el Inventario de depresión (Beck, 1967; Beck, 1978), que no sólo proporciona una evaluación rápida de la gravedad del problema, sino que también suele poner de manifiesto ciertos síntomas (por ejemplo, las ideas de suicidio) que exigen una intervención inmediata. Por otra parte, los diversos ítems del Inventario de Depresión proporcionan información sobre los pensamientos negativos del individuo, lo cual constituye una guía natural hacia los problemas principales del paciente (por ejemplo, sus expectativas de que todo le va a salir mal, la percepción de sí mismo como un fracasado, la creencia de que es incapaz de hacer algo por sí solo, las ideas de suicidio, etc.). Paralelamente, la Hopelessness Scale (Escala de Desesperanza) (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974) presenta múltiples ítems que pueden servir como punto de partida para abordar la visión negativa del futuro por parte del paciente. La mayor parte de las respuestas a las preguntas del terapeuta ofrecen un conjunto de informaciones relevantes de las ideas del paciente y la conexión entre sus pensamientos negativos y sus emociones desagradables. La “socialización de la terapia”, ya descrita en el Capítulo anterior, es de gran importancia. Aunque muchos pacientes conocen ya el marco conceptual de la terapia cognitiva, casi todos requieren demostraciones e ilustraciones relacionadas con sus propios problemas para lograr la total comprensión de este enfoque.

En algunos casos, concretamente en aquéllos en que el paciente presenta una gran dificultad para expresarse o no conoce la estructura básica de la terapia cognitiva, suele ser conveniente introducir algunas instrucciones preliminares e informar al paciente sobre la terapia cognitiva de la depresión. Este material ayuda a formar las expectativas del paciente y a esbozar las líneas generales del tratamiento. La siguiente explicación suele ser suficiente para este propósito. De hecho, puede que no sea necesario entrar en más detalles.

En principio, vamos a concretar las dificultades o problemas que usted tiene; emplearemos técnicas que, probablemente, servirán para resolver esas dificultades. Será muy importante conocer sus reacciones ante situaciones específicas y los efectos que ejercen sobre sus sentimientos. Observando atentamente sus reacciones, tendremos más y mejores datos para poder ayudarle. A continuación, estudiaremos otras maneras de hacer frente al stress, a la tensión, especialmente aquéllas que puedan servir para prevenir posibles depresiones futuras. La mayoría de los procedimientos quedarán más claros una vez que los pongamos en práctica. ¿Tiene alguna pregunta antes de seguir adelante?

En nuestros estudios de investigación sobre la terapia cognitiva de la depresión, seguimos el procedimiento siguiente: Una vez que el terapeuta ha explicado el fundamento teórico de la terapia cognitiva y ha expuesto el proceso de tratamiento, le entrega al paciente el manual *Coping with Depression* (Cómo hacer frente a la depresión), que presenta un material similar en forma impresa. El terapeuta le pide al paciente que lea este manual, que subraye las partes que le susciten dudas o que sean especialmente relevantes para su caso y que haga anotaciones al margen. Esta sugerencia puede constituir la primera tarea a realizar en casa. Las respuestas del cliente ante el manual se revisarán en la segunda sesión*.

Este procedimiento general –explicar con claridad cada paso del tratamiento y cada tarea para casa– se mantiene a lo largo de toda la terapia. El terapeuta trata de hacer el tratamiento lo más comprensible y creíble posible, de modo que el paciente pueda participar activamente en la identificación de sus problemas y pueda ayudar a desarrollar estrategias para tratar cada uno de estos problemas. En consecuencia, el paciente aprende principios generales para identificar y resolver problemas.

Recientemente, hemos comenzado a hacer experiencias piloto con cintas de video dirigidas a explicar a los pacientes el fundamento teórico y la base de la terapia cognitiva. Se ha observado que la socialización de la terapia reduce la tasa de abandonos e incrementa la responsividad a la terapia en pacientes poco inteligentes o pertenecientes a una clase socioeconómica baja.

Nota: La cantidad de información que puede obtenerse del paciente es prácticamente infinita, pero *el tiempo y el número de preguntas que pueden formularse son finitos*. Dadas las limitaciones de tipo práctico, el terapeuta se ve forzado a obtener el mayor partido de una información limitada. Por lo tanto, es esencial que trate de formular siempre preguntas relevantes. Esto quiere decir que es posible que el problema de fondo no surja sino después de varias sesiones. No obstante, es esencial que los problemas principales queden claros ya en la primera sesión y que se le presente al paciente un esbozo del plan de tratamiento, en especial cuando aquél se encuentra seriamente perturbado. Es más, gracias a las preguntas en busca de información y a los comentarios que hace el terapeuta, es de esperar que el paciente se sienta mejor al final de la primera sesión. Esto es de particular importancia en el caso de pacientes suicidas, quienes pueden decidir incurrir en el acto suicida si se sienten desalentados después de la primera sesión. En cualquier caso, es recomendable dedicar al menos una hora u hora y media a la entrevista inicial.

* Como ocurre en otros procedimientos terapéuticos, se anima al paciente a expresar su desacuerdo con la información o las sugerencias que le hace el terapeuta. La expresión de opiniones contrarias es muy útil porque da pie para conseguir las interpretaciones incorrectas del terapeuta y las distorsiones del paciente, para evitar el conformismo o la sumisión, para incrementar la asertividad y, en general, para fomentar el esfuerzo colaborativo.

Información para el diagnóstico

Es obvio que el terapeuta debe efectuar una evaluación diagnóstica completa, a no ser que ya se haya realizado un diagnóstico previo antes de que el paciente acudiese a la consulta. Incluso en este caso, el terapeuta debe confirmar el diagnóstico y estar atento a señales no verbales que puedan especificar más el diagnóstico o indicar una psicopatología determinada. En el tratamiento de las depresiones, el terapeuta debe poseer amplios conocimientos y una larga experiencia para reconocer las múltiples “caras” de la depresión. Debe prestar atención, por ejemplo, a la “depresión sonriente”, a los trastornos orgánicos enmascarados tras una depresión y a las depresiones enmascaradas detrás de trastornos orgánicos (Beck, 1967). Muchos de estos suelen ponerse de manifiesto al hacer la historia del paciente.

Desde luego, las preguntas nunca deben formularse como si se tratase de un interrogatorio rápido, lo que ocurre con frecuencia en diversos centros cuando se llevan a cabo las exploraciones psicológicas. Algunas preguntas relacionadas con síntomas concretos pueden, a la vez, dar lugar a alusiones a determinadas tensiones procedentes del ambiente, lo cual permite obtener información sobre la situación en que se desenvuelve el paciente y el contexto social del trastorno. Por ejemplo, el siguiente diálogo proporciona información sobre los síntomas, los factores que influyen y, al mismo tiempo, sobre la situación vital del paciente:

TERAPEUTA: ¿Puede hablarme sobre las emociones que le están causando problemas?

PACIENTE: Me siento verdaderamente deprimido... Tengo que redactar un trabajo para clase... Me levanto temprano, pero me dedico a deambular durante todo el día; no consigo concentrarme y ponerme a trabajar...

El terapeuta hace una pausa suficientemente larga para asegurarse de que el paciente ha terminado antes de pasar a la siguiente pregunta.

T: ¿De qué trabajo se trata?

P: Es para graduarme en Arqueología.

T: ¿Qué otros síntomas tiene?

P: Me pongo muy nervioso cuando tengo que llamar a una chica para pedirle una cita... Es un gran problema.

T: ¿Ha estado casado?

P: No, pero estuve viviendo con una chica... Rompí con ella hace tres meses.

T: ¿Existe alguna conexión entre esta ruptura y el comienzo de la depresión?

P: Supongo que sí. Me sentía tan mal que volví a casa de mis padres... En realidad, detesto vivir con ellos.

Como puede observarse, se obtiene bastante información sobre los síntomas del paciente, su nivel cultural/nivel de estudios, tensiones y situación en casa. Además, observemos que hacer una pausa después de la primera respuesta a una pregunta permite obtener información adicional. Ante el silencio del terapeuta, el paciente comprende que se espera de él una mayor elaboración.

Nota: Para hacer óptima la duración de las pausas, se necesita experiencia y mucho entrenamiento; por lo general, las pausas demasiado largas no son recomendables, ya que el paciente puede malinterpretar el silencio como un rechazo, o bien puede caer en una autocrítica obsesiva.

Exploración del estado mental

Es crucial que el terapeuta haga su propia evaluación de si el paciente es psicótico o no lo es. Del mismo modo, es imprescindible que determine rápidamente si se trata de un paciente suicida. Las propias expresiones de desesperación del paciente pueden proporcionar pistas para identificar tendencias de suicidio. Para una explicación más detallada de cómo pueden elicitar las tendencias al suicidio durante la entrevista, véase el Capítulo 10 que versa, sobre el tratamiento del paciente suicida.

Asimismo, el terapeuta debe prestar atención a posibles trastornos “orgánicos”, tales como una lesión cerebral, enfermedades camufladas como depresión, deficiencia mental, etc. El Inventario de Depresión es un buen instrumento que cubre las distintas facetas de la depresión. Ahora bien, pueden darse otros muchos síntomas junto con la depresión y es un hecho, que, en algunos casos, la depresión puede ser solamente un factor más de otro problema más grave, como puede ser la esquizofrenia. Por todo ello, el terapeuta debe poseer una gran experiencia en la evaluación y diagnóstico psiquiátricos, así como un relativo conocimiento de los trastornos orgánicos.

Nota: El desarrollo de la primera entrevista y las respuestas del paciente ante algunas preguntas pueden proporcionar información sobre la capacidad de introspección de éste, su capacidad para interpretar objetivamente sus ideas y su situación de vida, su capacidad para concentrarse en un asunto concreto, su capacidad de razonamiento y su capacidad para aplicar los principios que le indica el terapeuta. Es más, la entrevista puede informar sobre la facilidad del paciente para establecer el rapport, su sentido del humor, su motivación para la terapia, etc. Por lo tanto, la entrevista terapéutica no debe concebirse como una prueba de resistencias al stress, sino que debe dirigirse a suscitar y movilizar los recursos de que disponga el paciente (su “fuerza del ego”), con objeto de que el terapeuta cuente con una base racional para formular el plan de tratamiento.

Transformar las “quejas principales” en “síntomas objetivo”

Hemos observado que cada paciente depresivo presenta unos síntomas o problemas concretos que para él representan el aspecto más problemático de su trastorno. Por esta razón, suele ser conveniente que el terapeuta obligue al paciente a concretar sus quejas o problemas.

A menudo, puede ocurrir que las quejas no se reconozcan como síntomas de la depresión, si el terapeuta las interpreta según su significado aparente. A continuación, figuran algunos ejemplos de quejas que constituyen signos de depresión:

1. “Mi cerebro se está deteriorando. Por eso quiero morir”. El problema real resultó ser que el paciente tenía dificultad de concentrarse, síntoma que interpretaba como una lesión cerebral progresiva.

2. “Quiero divorciarme de mi marido”. El problema subyacente era que la paciente interpretaba todas sus relaciones e interacciones en términos absolutos, de “blanco y negro”. La paciente sólo era capaz de ver las características negativas de su esposo –de hecho, las exageraba. Otro componente de la depresión consistía en su incapacidad de responder con afecto a ninguna persona; sin embargo, interpretaba la pérdida de sentimientos hacia su marido como signo equívoco de que su amor por él estaba perdido irremisiblemente. De hecho, cuando ya no se encontraba deprimida, mantenía una relación feliz y satisfactoria con su marido.

3. “No tengo sentimientos”. Como ya se ha apuntado, los depresivos suelen experimentar una reducción de los sentimientos “positivos” como amor, placer, alegría, humor, etc. Algunos pacientes interpretan esta ausencia de respuestas afectivas como señal de que están sufriendo una transformación permanente. Varios pacientes se han descrito como “zombies” o como seres “subhumanos”. Es decir, no consideran estos síntomas como aspectos de la depresión sino como señal de una serie de cambios de personalidad irreversibles.

4. “No Puedo hacer frente a mis problemas”. En este caso, la paciente exageraba sus dificultades interpersonales, a la vez que subestimaba su capacidad para hacer frente a distintas situaciones. Como resultado de estas autoevaluaciones negativas, su confianza en sí misma disminuía cada vez más. De este modo, se iba creando un círculo vicioso que minaba progresivamente su capacidad para enfrentarse a las situaciones.

5. “Soy mala persona”. La paciente interpretaba otros síntomas de la depresión (lentitud, dificultad para concentrarse, pérdida del afecto hacia su familia, etc.) en el sentido moralista típico que se observa en los pacientes depresivos. Consideraba que estos síntomas indicaban que “Soy perezosa egoísta; no me preocupo más que de mí misma”.

6. “La vida no tiene sentido”. Suele ser índice de tendencias suicidas. (Véase Capítulo 10).

Objetivos terapéuticos de la entrevista inicial

Uno de los objetivos terapéuticos de la entrevista inicial es conseguir al menos una cierta mejoría de los síntomas. Obviamente, esto sirve a las necesidades del paciente, en el sentido de que reduce su sufrimiento, a la vez que satisface el deseo del terapeuta de ayudar a otra persona. Además la mejoría de los síntomas incrementa el rapport, la colaboración terapéutica y la confianza en la efectividad de la terapia. Es probable que la mejoría de los síntomas en sí misma haga que el paciente se sienta más optimista; por otra parte, el efecto reforzante de haber “trabajado sobre” un determinado problema suele estimular al paciente a realizar las tareas para casa entre una y otra sesión.

Con objeto de facilitar el proceso terapéutico, es conveniente que la mejoría de los síntomas tenga una base más sólida que el simple rapport, una actitud amable y abierta, o promesas de una “mejoría rápida”. Las promesas dirigidas a tranquilizar al paciente deben usarse con mucho cuidado, dado que ejercen solamente un afecto transitorio en los procesos cognitivos, en las distorsiones de la realidad y en las predicciones negativas. De hecho, las promesas que hace el terapeuta a menudo son perjudiciales cuando el paciente experimenta fluctuaciones en los síntomas.

La manera más eficaz de conseguir este primer objetivo terapéutico y una *base racional* para las promesas consiste en delimitar un conjunto de problemas y, en el transcurso de la entrevista, enseñar al paciente estrategias para hacer frente a esos problemas. La aplicación técnica de las estrategias debería comenzar (en un caso ideal) durante la entrevista y, por supuesto, el paciente debería ponerla en práctica una vez finalizada la sesión. Cualquier “experiencia de éxito” que tenga el paciente –por ejemplo, conseguir aislar un problema y considerarlo objetivamente durante la entrevista– puede incrementar su sensación de que puede hacer frente a los problemas. En cierto sentido, la sesión terapéutica puede considerarse como una serie de “miniconfrontaciones”: El terapeuta expone un “problema” (formula una pregunta, propone un plan) y el paciente ofrece una solución (responde a la pregunta; acepta, rechaza o modifica el plan propuesto). Si se llega a un acuerdo en cuanto a que la respuesta del paciente es satisfactoria o, cuando menos, adecuada, todo el proceso constituirá una experiencia de éxito para el paciente. Darse cuenta por sí solo de que su respuesta es adecuada y recibir feedback positivos por parte del terapeuta constituyen hechos que refutan la idea del paciente de que es incapaz de hacer nada bien o de que su interacción con otras personas es inadecuada. La repetición de estas experiencias “de éxito” a lo largo de la sesión contrarresta las cogniciones negativas del paciente. Naturalmente, el terapeuta debe plantear problemas (o preguntas) a los que el paciente pueda responder con soluciones “correctas”. Por ejemplo, aplicando el modelo de resolución de problemas, el terapeuta for-

mulará preguntas específicas, en vez de abstractas, con objeto de que el paciente pueda concentrarse mejor y emitir respuestas concretas.

Seleccionar los síntomas objetivo

Resulta difícil determinar de antemano los problemas más urgentes y el nivel de acercamiento a los mismos. No obstante, en general, en los pacientes que presenten un grado medio o grave de depresión, el punto central de la intervención terapéutica se situará en el nivel de los síntomas objetivo*. Un síntoma objetivo puede identificarse como cualquiera de los componentes de la depresión que conlleva sufrimiento o algún tipo de incapacidad funcional. Los síntomas objetivo pueden clasificarse en las siguientes categorías (para una descripción más completa de estas categorías, véase Beck, 1967, págs. 10-43):

1. Síntomas afectivos: tristeza, pérdida de la gratificación, apatía, pérdida de sentimientos, y afecto por otras personas, pérdida de la alegría, ansiedad.

2. S. Motivaciones: deseo de escapar (normalmente, vía suicidio); deseo de evitar “problemas” o incluso actividades cotidianas.

3. S. Cognitivos: dificultad para concentrarse, problemas de atención, dificultades de memoria. Las distorsiones cognitivas –que se sitúan más bien a nivel conceptual o en el nivel del procesamiento de la información– se discutirán en el siguiente apartado.

4. S. Conductuales: suelen ser reflejo de otros tipos de síntomas ya mencionados; se incluyen la pasividad (por ejemplo, quedarse en la cama o permanecer sentado en una silla durante horas), la evitación o huida del contacto con otras personas, la lentitud, la agitación.

5. S. Fisiológicos o vegetativos: alteraciones del sueño (tiempo de sueño por encima o por debajo de los períodos normales); del apetito (hiperfagia o hipofagia), etc.

El terapeuta (en colaboración con el paciente) determina los síntomas objetivo por los que van a comenzar, basándose en varios factores:

- a. ¿Cuáles son los más problemáticos para el paciente?
- b. ¿Cuáles son los más susceptibles de intervención terapéutica?

Las *técnicas* específicas a aplicar no se discutirán en detalle en este apartado, ya que constituyen el contenido de los cinco capítulos siguientes. En general, las técnicas pueden clasificarse en (a) predominantemente conductuales –que generalmente consisten en estimular al paciente a realizar determinadas

* En contraposición a la Terapia Racional Emotiva, que se centra más bien en las “Ideas Irracionales” generales que se supone subyacen a todo trastorno neurótico. En el capítulo 9 se presenta una discusión completa sobre los síntomas objetivo típicos y su tratamiento.

actividades o proyectos que servirán para aliviar sus sufrimientos, a la vez que influirán positivamente en otros síntomas; (b) predominantemente cognitivas –que se centran en los pensamientos del paciente.

Cuando se trata de una depresión más leve, la terapia suele centrarse en los problemas externos que tengan relación con el comienzo o mantenimiento de la depresión. Entre estos problemas pueden encontrarse las tensiones o dificultades en casa, en clase o en el trabajo. Suelen tener un componente de pérdida, como la ruptura de una relación amistosa; el fracaso en la consecución de un objetivo deseado, o la privación de alguna actividad agradable. Así, terapeuta y paciente trabajarán juntos con objeto de ayudar al paciente a tomar una decisión relativa a un problema que está manteniendo la depresión, discutirán técnicas especiales que le ayuden a hacer frente a las dificultades que se le presenten, considerarán modos de aliviar la tensión o las demandas del ambiente. Este método (centrarse en problemas externos) también se emplea en los casos de depresiones profundas, una vez se han suavizado los síntomas del paciente. El terapeuta no debe olvidar que los problemas situacionales y la depresión pueden agravarse mutuamente. Esta interacción recíproca puede modificarse al aliviar tanto las presiones externas como los síntomas depresivos.

Contrarrestar los síntomas objetivo

En este enfoque, se intenta delimitar la configuración de los problemas cognitivos que contribuyen a mantener y agravar los síntomas depresivos anteriormente mencionados. El paradigma (así como la evidencia experimental que lo apoya) que explica cómo la resolución de los problemas conceptuales produce la mejoría de los síntomas ya se ha descrito en detalle en otro lugar. (Para profundizar en este método terapéutico, el terapeuta debe acudir a Beck, 1967; Beck y Greenberg, 1974; y Beck, 1976, Capítulos 5 y 11). Las técnicas se describen más detalladamente en capítulos posteriores de este libro; ahora, las esquematizaremos brevemente con fines ilustrativos.

Por decirlo en pocas palabras, este método de tratamiento se dirige a identificar y corregir las distorsiones, deficiencias o alteraciones cognitivas específicas responsables de los síntomas del paciente. Para ilustrar el método, podemos centrarnos en las relaciones entre los problemas cognitivos y los síntomas del siguiente modo: Si el paciente se siente triste, lo más probable es que existan problemas focales que le hagan interpretar distintas situaciones o estímulos internos como representación de una pérdida, de una privación, etc. y que, además, le hagan creer que su situación va a empeorar cada vez más.

Si el síntoma objetivo es la “tendencia al suicidio”, buscaremos (a) un deseo de escapar de una vida “intolerable”, (b) una exageración de los problemas reales, (c) una subestimación de sus propias capacidades y destrezas por parte del

paciente, (d) una falta de consideración de las opciones potencialmente efectivas para resolver los problemas y (e) una intolerancia a la disforia o incapacidad para esperar hasta que el problema pueda resolverse.

Si la dificultad principal del paciente es que no puede concentrarse, que se olvida de las cosas, etc. se puede programar una sucesión progresiva de tareas cognitivas que le ayuden a incrementar el período de tiempo que pasa concentrado en algo relevante. Por lo general, esta dificultad para concentrarse y recordar se debe a la constante intrusión de cogniciones depresivas. Por lo tanto, la estrategia terapéutica consiste en aplicar técnicas para “sitiar” estas cogniciones, hacer prácticas de concentración y distracción, “tiempo-fuera”, etc.

Si los síntomas principales son la pasividad y la lentitud, pueden aplicarse tareas conductuales como la Asignación de tareas Graduales. Cuando el síntoma objetivo es que el paciente no obtiene gratificación de actividades que antes le resultaban agradables, puede emplearse un programa de actividades potencialmente agradables. Esta estrategia sirve para hacer al paciente más “consciente cognitivamente” de las situaciones potencialmente satisfactorias y, al mismo tiempo, para hacerle más consciente de los sentimientos de agrado. Debido a su pensamiento de todo-o-nada, el paciente tiende a considerar globalmente desagradable cualquier actividad que elicite un grado de satisfacción menor del que solía experimentar. Podría decirse que se evalúe el nivel de agrado en una escala de 0-5. Esta estrategia también incluye algunas técnicas especiales para hacer que el paciente recuerde situaciones agradables.

Cuando el problema principal radica en el deterioro funcional de la capacidad del paciente para realizar sus actividades normales, como las tareas de casa o de clase, o incluso llevar a cabo los hábitos de higiene más imprescindibles, también puede emplearse la Asignación de Tareas Graduales.

Enfasis en el procesamiento de la información adecuada

En ciertos aspectos, los problemas cognitivos del paciente depresivo están interrelacionados con un procesamiento de la información inadecuada. Tiende a percibir el presente, el futuro y el mundo exterior (la tríada cognitiva) en un sentido negativo, mostrando, por lo tanto, una interpretación sesgada de sus experiencias, unas expectativas negativas sobre el éxito de cualquier actividad que emprenda, y una gran proporción de autocrítica. Así, el paciente se sumerge en su corriente de distorsiones cognitivas viendo todas sus experiencias con un sentido de pérdida; percibiéndose feo, enfermo, etc.; e interpretando los problemas externos como abrumadores e irresolubles.

Por consiguiente, el terapeuta puede centrarse en los errores de lógica que dan lugar a la matriz de pensamientos negativos del paciente. La “alteración del pensamiento” que muestran los depresivos incluye características como la sobre-

generación, la abstracción selectiva, el olvido de la información positiva (“visión de túnel”), la inferencia arbitraria, etc. Asimismo, el paciente muestra una tendencia a pensar en términos extremos o absolutistas (pensamientos de blanco-o-negro) y a personalizar excesivamente los acontecimientos. Es más, manifiesta una fuerte inclinación a emitir continuos juicios de valor en términos moralistas (“inútil”, “perezoso”, “irresponsable”, “odioso”) relacionados consigo mismo. Más aún, se autocastiga por sus pretendidas deficiencias morales.

Feedback en la entrevista inicial

En el capítulo anterior, mencionamos la importancia de recibir feedback del paciente. Esto adquiere una importancia primordial en la primera entrevista. El feedback no sólo consistirá en la observación de las respuestas emocionales manifiestas del paciente durante la entrevista, sino también en las afirmaciones explícitas que éste haga sobre sus reacciones ante el terapeuta y el proceso terapéutico en sí.

El feedback recíproco es importante para determinar (a) si el terapeuta entiende el problema del paciente y (b) si el paciente comprende lo que el terapeuta le dice. El feedback puede obtenerse por diversos cambios. Los diálogos típicos entre terapeuta y paciente podrían desarrollarse como se expone a continuación:

1. El terapeuta resume lo que el paciente ha expuesto o entresaca los problemas principales. Por ejemplo, en el primer tercio de la entrevista inicial, el terapeuta puede resumir el problema del paciente de un modo similar al siguiente:

Bien, resumiendo los distintos problemas que parecen afectarle, encontramos tres áreas principales. En primer lugar, está disgustada por los problemas escolares de su hijo; se siente tan preocupada y tan culpable por su supuesta mala conducta que no ha sido capaz de definir el problema con claridad, con lo cual habría podido ayudarle. La segunda área está relacionada con su marido. Usted está preocupada porque llega tarde con más frecuencia que antes, lo que podría significar que ve a otra mujer. Teme abordar el asunto con él por miedo a que se lo confirme. También se preocupa porque piensa que, si le pide que vuelva antes, lo va a tomar como una queja estúpida... ¿Voy bien hasta ahora?... Muy bien... El tercer problema es que está disgustada consigo misma por estar descuidando su aspecto personal. Ha engordado y no se siente capaz de controlar su peso. ¿Están aquí representados todos los problemas?

El paciente tiene oportunidad de modificar o añadir algo al resumen. Si éste es correcto, el paciente se sentirá satisfecho y contento de que le comprendan, al tiempo que se dará cuenta de que sus problemas, aparentemente sin so-

lución, pueden reducirse a cuestiones sobre las que es posible trabajar. Por el contrario, si el resumen no se ajusta a la realidad, el terapeuta, con la ayuda del paciente, puede rectificar, con lo cual nunca se formará una idea equivocada sobre los problemas del paciente.

2. Para asegurarse de que el paciente “ha sintonizado” con el resumen, el terapeuta puede pedirle que destaque los aspectos más importantes. A continuación, se expone un ejemplo de este tipo del mismo caso anterior. El terapeuta pregunta a la paciente cómo percibe su análisis de los problemas. La paciente responde:

Veo que sólo me he fijado en los aspectos negativos de la conducta de Johnny y que me he obsesionado tanto con la idea de que es un mal chico que ni siquiera he intentado averiguar cuáles fueron los hechos. Lo que debería hacer es hablar con el profesor y luego con Johnny... Creo que me sugiere usted que deje de quejarme y de culpar a mi marido por el hecho de llegar tarde. Cuando me encuentre con fuerzas, debo preguntarle si hay otra mujer. Mientras tanto, debo salir de mi depresión y cuidar un poco más mi aspecto, de modo que pueda estar en mejor situación cuando llegue el momento de hablar con mi marido.

Este resumen muestra no sólo que la paciente aceptó el análisis que el terapeuta ha hecho de sus problemas, sino también que es capaz de elaborar soluciones constructivas a sus problemas.

3. El tercer tipo de feedback ya se ha mencionado anteriormente. El terapeuta intenta detectar las posibles reacciones encubiertas hacia la terapia por parte del paciente. Si observa algún signo de “pasividad”, es conveniente que le pregunte al paciente qué está pensando.

En cualquier caso y como regla general, es recomendable que el terapeuta investigue las reacciones del paciente antes de dar por terminada la sesión con objeto de prevenir cualquier posible reacción demorada una vez finalizada la sesión. El terapeuta puede formularse preguntas del tipo de, “Hasta ahora, hemos cubierto una parte de la sesión. ¿Hay algo de lo que yo he dicho que le haya molestado? ¿Necesita más explicación sobre algún punto? ¿Cree que nos hemos olvidado de algo importante?”. Muchas veces resultará que el paciente ha malinterpretado o no ha entendido algunos de los comentarios del terapeuta. Este tipo de fallos en la comunicación son inevitables y, por supuesto, se acentúan cuando se trata de una persona que está atravesando una época de crisis o de confusión y que además tiende a distorsionar los comportamientos y comentarios de los demás.

4. Igualmente, tras proponer una tarea para casa, el terapeuta puede decirle al paciente, “¿Qué piensa de esta tarea? ¿Cree que es algo que puede abordar o le parece excesivo? Quizá prefiera reflexionar sobre ello”. Proporcionándole al paciente varias opciones, como en este caso, es más fácil obtener una respuesta sincera por su parte.

5. Por último, también es importante que, durante la primera parte de una sesión, el terapeuta le pida al paciente feedback sobre la sesión anterior; es decir, reacciones que haya experimentado entre una sesión y la siguiente. Esta puede ser una buena ocasión para conocer las posibles reacciones negativas del paciente ante las tareas que se le asignen para realizar en casa. Como hemos observado que los pacientes tienden a manifestar reacciones positivas ante las tareas que se les asignaron en la sesión anterior, no es tan necesario explorar las reacciones positivas como descubrir las negativas.

Resumen

1. El terapeuta dedicado al tratamiento de pacientes depresivos debe poseer amplios conocimientos de psicopatología y diagnóstico.
2. Las entrevistas deben estar planificadas para establecer:
 - a. Una relación de trabajo terapéutica, donde se incluya un buen rapport.
 - b. Un acuerdo en cuanto a los objetivos y métodos de tratamiento.
 - c. Colaboración para definir y “resolver” los problemas.
 - d. Diálogos adecuados que proporcionen feedback tanto al paciente como al terapeuta sobre la comprensión y entendimiento mutuos, los retrocesos de la terapia, el avance hacia la consecución de los objetivos, etc.
3. El terapeuta debe poner en práctica procedimientos técnicos para lograr una cierta mejoría en la primera sesión, así como en las siguientes. Debe establecerse un mecanismo que mantenga la mejoría y que pueda ponerse en práctica entre una y otra sesión (por ejemplo, la asignación de tareas para casa, la grabación en cinta de una sesión para que el paciente pueda escucharla en casa, etc.).
4. La mejor manera de motivar al paciente para que trabaje sobre sus problemas es conseguir una reducción de los síntomas gracias al trabajo conjunto de terapeuta y paciente en problemas determinados. Por lo tanto, es preferible la “educación” o “reeducación” que las promesas.
5. Dentro de los límites de tiempo arbitrarios de cada sesión, el terapeuta debe trabajar para lograr los siguientes objetivos técnicos concomitantes:

- a. Establecer el diagnóstico.
 - b. Evaluar el grado de patología.
 - c. Estimar los recursos de que dispone el paciente para la terapia y el sistema social en que se desenvuelve.
 - d. Obtener una base de datos sólida sobre la cual formular los problemas del paciente. Esto implica elaborar una jerarquía de hipótesis y someterlas a comprobación.
 - e. Improvisar y poner a prueba distintas estrategias de tratamiento, siempre teniendo en cuenta la fase en que se halle la terapia.
6. Emplear el tiempo de la mejor manera posible obligará, en ocasiones a interrumpir al paciente cuando comienza a divagar y a hacer que vuelva a centrarse en el problema.

CAPÍTULO 6

EL TRATAMIENTO SESIÓN POR SESIÓN: CURSO TÍPICO DE LA TERAPIA

Visión general de las sesiones

Este capítulo ilustra el curso de tratamiento de una paciente que estaba recibiendo terapia cognitiva de la depresión. La “mecánica” práctica de la terapia cognitiva se obtuvo revisando las anotaciones del tratamiento del caso. Se seleccionó este caso porque refleja respuestas típicas a la terapia cognitiva, incluidos los “retrocesos” y los “obstáculos” terapéuticos. Dado que lo que intentamos es exponer los detalles más relevantes del tratamiento, solamente presentaremos las interpretaciones que el terapeuta hizo de los datos más importantes.

En principio, el terapeuta se centró en desarrollar un concepto común; es decir, presentó el fundamento teórico de la terapia cognitiva y discutió la reacción de la paciente ante el modelo. Antes de la primera sesión, el terapeuta envió a la paciente el manual *Coping with Depression* (Cómo hacer frente a la depresión), pidiéndole que lo leyese porque sería beneficioso para el tratamiento. La terapia se centró en los síntomas de la paciente, fijando inicialmente la atención en las dificultades conductuales y motivacionales. Una vez que la paciente hubo mostrado cambios significativos en ambas áreas, se comenzó a dar un mayor énfasis al patrón de pensamientos y a los contenidos de los mismos; es decir, al reconocimiento, recuerdo y puesta a prueba de determinadas cogniciones. En las últimas sesiones, terapeuta y paciente discutieron sobre los supuestos básicos de ésta, que se interpretaron como causantes de su predisposición a la depresión.

Historia del caso

Datos personales

La paciente era una ama de casa de 36 años casada y madre de dos niños (de 14 y 9 años) y una niña (de 7 años). Llevaba casada 15 años; su marido era jefe de ventas de una compañía de repuestos para automóviles, tenía 37 años y la paciente le describió como una “persona cariñosa y segura de sí misma”. La paciente se describió a sí misma como “alguien que es incapaz de hacer nada bien, un fracaso como esposa y como madre”. Había llegado a cuestionarse si verdaderamente quería a su marido y a sus hijos y, en varias ocasiones, había llegado a pensar en el suicidio como único medio de “quitar un peso” a su familia.

Evaluación

La paciente fue inicialmente diagnosticada por un psiquiatra (distinto del terapeuta) que determinó que sufría una “depresión grave con trastornos de personalidad”. Se le envió a un terapeuta cognitivo dada su tendencia a la autocrítica y a la desesperanza. Dos tratamientos anteriores (o sesiones de terapia de pareja y una terapia farmacológica a base de dos componentes antidepresivos de 17 semanas de duración) habían dado lugar a una mejoría de los síntomas ligera y transitoria durante los 19 meses anteriores. El terapeuta se entrevistó con la paciente y confirmó el diagnóstico de depresión primaria. La puntuación en el Inventario de depresión de Beck fue 41, y en la Hamilton Rating Scale for Depression (Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton), de 23, indicando ambas medidas el grado o la gravedad de la depresión.

Sesión 1 (IDB = 41)

Plan (Agenda):

- Explorar los síntomas de la depresión.
- Evaluar las ideas de suicidio y desesperanza.
- Discutir la influencia de los pensamientos sobre la conducta, haciendo referencias específicas al *Coping with Depression* (Cómo hacer frente a la Depresión).
- Explorar y determinar el nivel de actividad, si es indicado.

La paciente acudió a la primera sesión afirmando que se hallaba “al borde del abismo”. Estaba especialmente preocupada por la pérdida de afecto hacia su familia. Había pensado en el suicidio, pero experimentó cierta esperanza al leer la “autodescripción” del manual *Coping with Depression* (Cómo hacer frente a la depresión). Se autocrítico por ser tan “egoísta” y “pensar de un modo infantil”. Pensaba que su trabajo en casa “carecía totalmente de importancia” y temía el “rechazo” por parte de su marido. Reconoció que las autocríticas la hacían sentirse peor, pero observó, “La verdad hace daño”. El terapeuta le aclaró que estaba deprimida y que sus reacciones negativas podían ser signos de la depresión.

Trabajo a realizar en casa:

- Llevar un programa de actividades: para evaluar el grado de actividad de la paciente y para obtener datos “objetivos” sobre su nivel de funcionamiento actual.
- Responder al Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) para evaluar la gravedad de la patología y obtener datos adicionales.
- Responder al Life History Questionnaire (Lazarus, 1972) para obtener datos relevantes de la historia.

*Sesión 2 (IDB = 43)**Plan*

- Revisar los síntomas de la depresión.
- Supervisar el programa de actividades para evitar posibles omisiones y distorsiones.
- Comenzar a demostrar las relaciones entre pensamientos, conducta y afecto, basándonos en experiencias de la paciente.

En esta sesión, la paciente se presentó en un estado lloroso y manifestó que su matrimonio estaba “abocado al divorcio”. Relató una situación en la que ante un ligero, pero positivo, cambio de humor suyo, su marido respondió invitándole a ir al cine. La paciente respondió que “no merecía salir” y, a continuación, censuró a su marido por proponer una actividad que suponía un “derroche de dinero”.

Dijo que no comprendía por qué su marido no “percibía” su irritabilidad hacia él y los niños. Concluyó que la “insensibilidad” de él indicaba una actitud de despreocupación (“y no le culpo”), una actitud que les llevaría al divorcio. El terapeuta le hizo notar su falta de atención ante la propuesta de su marido y le indicó que ésta se contradecía con la conclusión a la que había llegado. Estos comentarios influyeron muy poco sobre la paciente.

Tareas de casa

- Continuar con el programa de actividades agradables y/o actividades a las que pudiese hacer frente adecuadamente y sin dificultad por poseer las habilidades necesarias (actividades *mastery* o de dominio).
- Definir problemas que la paciente considerase que podían influir o contribuir a la depresión.

*Sesión 3 (IDB = 38)**Plan*

- Revisar las actividades de “Grado y Dominio”.
- Continuar elicitando pensamientos relacionados con la tristeza.

La paciente presentó el programa de actividades: las mañanas se llenaban con las rutinarias tareas de la limpieza de la casa; por las tardes no hacía nada:

“matar el tiempo y llorar”. Se autocrítica por “no hacer lo que debía haber hecho”. Mencionó su incapacidad por controlar a los niños; concretamente, se refirió a los problemas que le suponía hacer que su hijo mayor se levantara por las mañanas. Este problema, bastante simple por lo demás, era el resultado de que la paciente no le hubiera dejado al chico ser el responsable de su propio comportamiento. Ella tenía el hábito de llamarle repetidas veces por las mañanas, reforzando así su dependencia de ella. La paciente estuvo de acuerdo en modificar esta conducta proponiéndole a su hijo una “nueva regla” de responsabilidad personal: levantarse solo por la mañana.

Entre otros problemas apuntados figuraban la falta de comunicación con su marido y una cierta dejadez en el cumplimiento de sus actividades. En general, la paciente permanecía relativamente activa durante el día: esto indica un nivel de motivación y actividad razonable, por lo que el tratamiento se centró directamente en las cogniciones.

Tareas de casa

- Registrar las cogniciones durante períodos de tristeza, ansiedad y enfado y durante períodos de “apatía”, con objeto de hacer más clara la relación entre pensamiento, conducta y afecto.

Sesión 4 (IDB =31)

Plan:

- Discutir las cogniciones específicas que diesen lugar a efectos desagradables.

La paciente trajo una lista de 12 situaciones ocurridas en los tres días anteriores que le habían producido depresión, irritación o culpabilidad. La mayoría de las situaciones se referían a interacciones con sus hijos que le habían hecho llegar a la conclusión de que era una “madre incompetente”. Tendía a castigar a sus hijos por cualquier comportamiento inadecuado, en un intento de cambiar la conducta de los chicos con objeto de que otras personas (su esposo, el resto de su familia, sus amigos) no pudiesen criticarla. Por otra parte pasaba mucho tiempo atendiendo las necesidades y peticiones de sus hijos.

Entre las cogniciones figuraban muchas referencias a tareas de la casa que “debería” llevar a cabo. La paciente intentaba mantener un alto nivel de actividad (llevando la casa, cocinando) para agradar a su marido, si bien ella creía que “lo que se merecía era el rechazo”.

El terapeuta logró abrirse camino entre las autocríticas de la paciente y sus ideas de “incompetencia”, observando que, en lugar de colgarse la etiqueta de incompetente, quizás podría corregir la “conducta inadecuada” de sus hijos mediante distintas técnicas de entrenamiento. La paciente mostró interés por aprender nuevos métodos para educar a los niños, pero mantuvo una actitud escéptica.

Tareas para casa

- Continuar registrando cogniciones –si es posible, registrar explicaciones alternativas; evitar etiquetas como “incompetente” o “egoísta”, ya que estos términos peyorativos lo único que hacen es enmascarar los verdaderos problemas.
- Evaluar en una escala de 0 a 10 hasta qué punto la paciente “*deseaba realizar las actividades*” y hasta qué punto lo que buscaba era satisfacer las expectativas del terapeuta o de su marido.

*Sesión 5 (IDB = 36)**Plan:*

- Discutir las cogniciones e identificar contenidos recurrentes o frecuentes.

El contenido principal de las cogniciones de la paciente era su creencia de que era un fracaso como esposa. Las “obligaciones” en las que fallaba como esposa comprendían desde hacer las labores domésticas hasta responder sexualmente. Ella pensaba que su marido le abandonaría a no ser que “se desembarazase” de la presión. El terapeuta le dijo claramente que no “se iba a quitar de encima” la depresión de buenas a primeras, sino que, examinando sus pensamientos, iría aprendiendo a hacerla frente y eventualmente a comprenderse mejor. Fue interesante observar que la negación del terapeuta ante la demanda de la paciente de “eliminar” la depresión fue recibida con un cierto alivio por parte de aquélla. “Sabía” que sus sentimientos no cambiarían de la noche a la mañana y, de hecho, reconoció que estaba simulando las órdenes de su marido de que mejorase. También se quejaba de problemas de sueño (le resultaba difícil conciliarlo por la noche). Esta reacción parecía ser consecuencia de sus autocríticas por la falta de energía sexual y la “disminución del sentimiento de cariño”.

Tareas para casa

- “Las camas sirven para dormir”. Si no se duerme en 15 minutos, debe levantarse y hacer algo que le distraiga y aleje sus pensamientos.
- Continuar registrando los pensamientos; hacer una lista de las responsabilidades para con su marido y viceversa.

*Sesión 6 (IDB = 29); Sesión 7 (IDB = 26); Sesión 8 (IDB = 26)**Plan*

- Revisar las cogniciones, en particular, las expectativas de la paciente ante sus “debo” en lugar de “quiero”.
- Discutir los pensamientos relacionados con sus responsabilidades matrimoniales.

En estas tres sesiones, el terapeuta intentó concretar las expectativas de la paciente. En sesiones anteriores, había sido capaz de darse cuenta de que sus

autocríticas y su desesperanza se debían a que se comparaba con una madre, esposa *ideal*.

Pensaba en los errores que había cometido, ignorando selectivamente la realidad de sus logros. Por ejemplo, en una ocasión, se entrevistó a su marido; éste, a excepción de una cierta frustración a causa de las “actitudes negativas” de su esposa, manifestó en todo momento una actitud de cariño, preocupación. Indicó que él trataba de expresarle a su mujer su afecto para contrarrestar la idea de que le iba a “rechazar”, pero estas acciones daban lugar a nuevos períodos de llanto y culpabilidad. La paciente empezó a comprender que sus ideas no constituían un reflejo de la realidad, sino más bien falsas interpretaciones de la misma y, por tanto, eran susceptibles de ser evaluadas de nuevo.

La paciente presentaba una gran dificultad para definir un conjunto de objetivos razonables. Solía hablar en términos globales como ser “mejor madre”, “mejor esposa”, etc., sin definir claramente el significado de expresiones como éstas. Cuando se le propuso un cambio de conducta específico, como, por ejemplo, expresarle abiertamente a su marido que deseaba sus actividades compartidas, o fijar los límites de la conducta de su hijo mayor, su repuesta inicial fue “No puedo hacerlo”. Al aplicar técnicas específicas, role-playing y práctica cognitiva, se sorprendió a sí misma con una serie de éxitos. Como era de esperar en esta fase, este resultado constituyó, a lo más, un alivio transitorio, ya que el paciente continuó subestimando sus logros (los interpretaba como “respuestas normales, cosas que hace todo el mundo y yo también debería hacer, nada especial”). Después de un éxito, ella pensaba en la interminable serie de problemas que aún tenía que afrontar.

El terapeuta hizo que la paciente se diese cuenta del derrotismo de su sistema cognitivo y pasó bastante tiempo discutiendo sobre la naturaleza contraproducente de su patrón de pensamientos. La paciente reconoció, por ejemplo, que inicialmente se autocastigaba por su falta de eficacia, pero que, una vez sometió a prueba y rechazó esta idea, se despreciaba por no esforzarse lo suficiente. Cuando se hizo consciente de sus errores cognitivos y fue capaz de practicar respuestas más razonables ante sus “pensamientos automáticos”, observó una significativa reducción de los síntomas depresivos. Las cuñadas de la paciente comentaron que había adquirido mayor seguridad, cambio éste que la paciente no había advertido; este feedback sirvió de apoyo a los resultados terapéuticos. Por otra parte, sin embargo, comenzó a experimentar una gran ansiedad cuando recibía comentarios favorables por parte de su marido. Esta ansiedad no era fácilmente comprensible en esta fase de la terapia.

Tareas para casa

- Continuar identificando errores cognitivos y proponer explicaciones alternativas a los “pensamientos automáticos” negativos.

Sesión 9 (IDB = 23); Sesión 10 (IDB = 22); Sesión 11 (IDB = 301)

Plan:

- Centrarse en las autocríticas y trabajar en respuestas para hacerlas frente (es decir, evaluar los problemas de una forma realista, en lugar de autocriticarse).
- Intentar responder a los “quiero” en lugar de hacerlo a los “debo”.

La paciente identificó distintas situaciones que le hacían autocriticarse. Algunas de ellas tenían que ver con su marido y su familia y se referían a sus obligaciones para con ellos. Por ejemplo, cocinar le resultaba especialmente costoso y, a veces, compraba platos preparados. En el pasado, se había criticado por su conducta “despreocupada” a este respecto. Con un gran esfuerzo, había comenzado a preparar comidas sencillas, incrementando gradualmente la dificultad hasta alcanzar prácticamente “el nivel normal”.

Uno de los puntos que se tocaron fue el de las autocríticas dirigidas a sus guisos; durante las comidas, solía hacer comentarios sobre la mala presentación de los platos. Su familia discrepaba en la mayoría de las ocasiones (“intentan que me sienta mejor”), aunque a veces hacían críticas o comentarios negativos. En consecuencia, la paciente encontraba estos momentos del día especialmente molestos. En esta fase del tratamiento, la paciente aprendió a abstenerse de pronunciar las críticas, y, en su lugar, a valorar su esfuerzo al hacer la comida. En consecuencia, recibió respuestas “sinceras” por parte de su familia y experimentó cambios en sus propias respuestas no realistas.

Un segundo punto de interés fueron sus “quiero”. Entre los objetivos del tratamiento se incluían discusiones más asertivas (“Si expreso mis sentimientos, seré rechazada”), distribución del tiempo (“tengo que ocuparme de las necesidades de otros; así, nadie tendría que ayudarme”) y planificación del futuro (“Antes trabajaba en unos almacenes y me gustaba, pero ahora no puedo hacerlo”). Como lo indican estos pensamientos, había que trabajar sobre las ideas inadecuadas de la paciente. Como nota interesante, ante la pregunta de qué significaba para ella el hecho de que alguien no estuviese de acuerdo con sus ideas distorsionadas, respondió, “Significa que no soy buena, que no valgo nada, que mi opinión no cuenta”.

Sesión 12 (IDB=15); Sesión 13 (IDB=20); Sesión 14 (IDB=17), Sesión 15 (IDB=17)

Plan:

- Continuar trabajando sobre las autocríticas, centrándose en los supuestos subyacentes. (En este momento, la paciente estaba lista para evaluar la base de sus autocríticas y otras reacciones depresivas. El terapeuta decidió investigar las actitudes y creencias de la paciente que pudiesen estar manteniendo la depresión).

La paciente comenzó a pensar que podía controlar la depresión neutralizando su tendencia a autocriticarse. Una vez aprendió a evaluar las situaciones ob-

jetivamente, se dio cuenta de que, efectivamente, su marido la censuraba si no mantenía la casa “inmaculada” y le preparaba sus platos favoritos. Así pues, la paciente actuaba según sus propias expectativas de crítica, autocriticándose antes de que lo hiciera su marido.

La paciente nunca había hablado con su marido de *sus propios* “deseos” y “necesidades”. Comenzó a dejar de autocriticarse por ser “una carga” y una “mala madre” –con el conocimiento de que estas etiquetas no servían más que para hacerla sentirse triste y/o culpable. Ponerse este tipo de etiquetas no tenía ningún efecto sobre sus problemas reales. Al principio, cuando intentaba cumplir sus propias expectativas, relacionadas con modelos o cánones de perfección, obtenía muy poca gratificación. A medida que la terapia se fue centrando en sus expectativas y en las consecuencias de éstas, la paciente se fue dando cuenta de que muchas de las labores domésticas no le gustaban y de que, por lo tanto, era digna de alabanza cuando hacía las cosas bien. Poco a poco, llegó a pensar que se merecía un elogio por realizar tareas que no le gustaban, en lugar de considerar éstas como un “deber”. En épocas anteriores, su supuestos básicos habían sido, “Los demás sentirán antipatía por mí e incluso me rechazarán si no cumplo sus expectativas”. En consecuencia, hacía lo que debía hacer, se autocriticaba cuando percibía críticas por parte de otros y restringía sus actividades para satisfacer las necesidades de los demás.

En esta fase de la terapia, la paciente comenzó a identificar su patrón de pensamientos y de conducta y a preguntarse por qué no actuaba de acuerdo con sus “deseos” y no con sus “obligaciones”. Su nivel de ansiedad aumentó y hubo que asegurarle que lo estaba haciendo bien. Por ejemplo, le preocupaba convertirse en una persona egoísta y egocéntrica, siempre pidiendo a los demás que actuaran como ella quisiese. Se le dijo que lo principal era que pensase en sus propios deseos. De hecho, habría ocasiones en que tendría que dejarlos a un lado y hacer lo que quisiese su marido. Este tipo de compromiso fue especialmente gratificante para ella.

Tareas para casa

- Hacer una lista de “deseos”, prestando especial atención a objetivos futuros. La finalidad de esta tarea consistía en que la paciente se centrara en sus propias necesidades y expectativas.

Sesión 16 (IDB=22); Sesión 17 (IDB=18); Sesión 18 (IDB=12); Sesión 19 (IDB=14)

La paciente manifestó el deseo de buscar un empleo de media jornada, pero inmediatamente comenzó a desprestigiar la idea, reacción que no había tenido lugar en las cuatro últimas sesiones. Cuando el terapeuta le hizo notar esta reacción, la paciente quedó muy sorprendida.

Observó que había vuelto a sentirse deprimida y que inicialmente pensó que la depresión “había caído del cielo”. Había tenido lugar un acontecimiento que vino a agravar la incertidumbre que tenía acerca de sí misma. Sus padres habían venido a visitarle y ella había observado que su madre criticaba mucho a su padre. La paciente tenía la idea de que ella era responsable de la felicidad de su padre. También pensaba que su madre iba a sufrir un ataque al corazón (era muy “aprensiva”), dejando a su padre en una mala situación.

Así pues, esta visita suscitó una serie de dudas acerca de sus padres. La paciente llegó a la conclusión de que tenía que velar por la felicidad de su familia y esto exigiría estar a su entera disposición.

Esta reacción implicaba de nuevo satisfacer las expectativas de los demás; durante un tiempo, la paciente estuvo muy preocupada por cometer un error al seguir sus propios criterios respecto a su familia. Por ejemplo, comenzó a dar vueltas a la idea de si sería positivo o no ponerse a trabajar, si bien ella lo deseaba y le resultaba agradable. Le preocupaba que su marido la abandonase o que toda la familia le criticase.

Esta fase de la terapia fue crucial, ya que *parecía existir la posibilidad de una recaída*. A la paciente le había influido fuertemente la interacción con sus padres, y, desde el punto de vista de la teoría clínica, parecía que de nuevo estaba sumergida en sus cogniciones inadecuadas anteriores, a saber, “Haz lo que se espera de ti; de lo contrario, las cosas se podrán muy tensas”. Este pensamiento le llevó a enfocar su problema como lo hacía antes, comportándose según lo que creía que los demás esperaban de ella.

En torno a esta época se hicieron dos intervenciones clave. Primera, el terapeuta revisó la similitud entre la reacción actual y el patrón de pensamientos anterior. Comparó ambas situaciones en presencia de la paciente y ésta se dio cuenta de que estaba “siguiendo el mismo patrón que antes”. Segunda, su marido comentó que le gustaba más el “nuevo yo” de ella que su “antiguo yo”. Ambos diálogos fueron muy significativos y la paciente recuperó la motivación para seguir un curso de acción racional.

Poco después de esta última sesión, consiguió un puesto de media jornada en unos almacenes. Manifestó que no se sentía especialmente contenta (“Parece diferente”), pero esto es comprensible, dados los problemas que experimentaba en todo lo relacionado con la toma de decisiones.

Tareas para casa

- Discutir en profundidad los objetivos con su marido, concretamente los referentes a sus responsabilidades en el hogar.

Sesión 20 (IDB=8); Sesión 21 (IDB=6); Sesión 22 (IDB=7)

Las últimas sesiones se dedicaron a consolidar la mejoría conseguida. La paciente mencionó un hecho que quizás ilustre mejor sus cambios cognitivos y conductuales.

Al principio de estar trabajando, volvió a casa y se quejó a su marido de que trabajar no le resultaba tan agradable. Su marido, que antes le había animado (aunque con ciertas reservas), le respondió, “Si no estás contenta, déjalo”. La paciente se enfrentó así a una crisis y pensó que debía renunciar a su empleo. Pero había aprendido a examinar “los pros y los contras” antes de una decisión y a prestar especial atención a su tendencia a responder automáticamente a las expectativas de los demás. Así pues, una vez hecho este análisis, llegó a la conclusión de que su malestar en el trabajo era la consecuencia de tener unas expectativas demasiado elevadas –poco realistas (esto es, el trabajo tenía que ser perfecto para justificar el tiempo que pasaba fuera de casa, descuidando sus obligaciones).

Sus manifestaciones de malestar pusieron al descubierto las dudas de su marido, ante lo cual ella se decidió a discutir las con él, en lugar de comportarse directamente como él pretendía. Lo que sucedió es que su marido tuvo que admitir su propia incertidumbre y aburrimiento cuando ella no estaba en casa. Acordaron que, mientras estuviese en casa solo, se dedicaría a actividades de su agrado; el marido quedó gratamente sorprendido ante esta nueva “libertad”. La consecuencia de todo esto fue que la paciente reaccionó positivamente al cambio operado en el comportamiento de su marido y comenzó a disfrutar de su propio trabajo.

Seguimiento: 1 mes (IDB=9); 2 meses (IDB=5); 6 meses (IDB=2)

Durante el período de seguimiento, la paciente continuó sin deprimirse y observó, contenta, que se encontraba más segura. Ella y su marido comenzaron un curso de educación infantil con el propósito de ser “unos padres más eficientes”. Ella seguía teniendo que afrontar problemas, concretamente cuando las personas cercanas (su marido, sus hijos, sus padres) se ponían sentimentales o exigentes. Reconocía que los “pensamientos automáticos” podían surgir de nuevo, pero seguía convencida de que la mejor manera de contrarrestar estas ideas era hacer cuidadosa reevaluación de la situación.

A excepción del seguimiento a largo plazo, el tratamiento había finalizado.

CAPÍTULO 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 satis-

facción 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 autocrítican 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 pro-

PROGRAMA SEMANA DEL 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 TV Leer un rato, Ir a dormir	Llamar a mi hermana. Ver la TV, Leer, ir a dormir.	Trabajos manuales, Leer, Ir a dormir				

Figura 1. Programa de Actividades Asignadas al Paciente A.

PROGRAMA SEMANA DEL 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 D0 A0	Me preparé para salir D2 A0			
10-11		Hice la compra D3 A0	Me quedé en la cama D0 A0	Fui a la ciudad			
11-12		Hice la compra D3 A0	Avisé al técnico del lavavajillas D0 A0	Cita con el doctor			
12-1	COMIDA D0 A1	COMIDA D0 A0	COMIDA D0 A1				
1-2	Volví a casa D0 A0	Llamé a una amiga D0 A3	Lavé la ropa D4				
2-3	Leí A3	Vi la D0 A1	Lavé la ropa D4 A0				
3-4	Limpie la habitación D5 A2	Vi la TV D0 A1	Lavé la ropa D4				
4-5	Limpie la habitación D5 A2	Vi la TV D0 A1	Vi la TV D0 A2				
5-6	Preparé la cena D4 A2	Preparé la cena D3 A0	Preparé la cena D2 A0				
6-7	Recogí la cocina D0 A1	TV D0 A0	TV D0 A1				
7-8	TV D0 A1	TV D0 A0	TV D A1				
8-12	TV D0 A1 Me acosté A1	TV D0 A0 Recogí la cocina D3 A0	TV D0 A1 Me acosté A1				

Figura 2. Actividades realizadas por el Paciente A

pósito 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 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	0
5-6 p.m.	Cené con la familia	0	1
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 estubo 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 elicito 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 ma-

rado, 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, centémonos 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 pacientes 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 período 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 cómo 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? ¿Desperdició 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.

Golfried (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 in-

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 inferir con su repertorio de conductas habitual. La dificultad para concentrarse puede impedir la formulación y/o la ejecución de conductas automáticas o habituales. 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 período 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.

CAPÍTULO 8

TÉCNICAS COGNITIVAS

Fundamento teórico de las técnicas cognitivas

Como se ha mencionado anteriormente, el terapeuta novel debe ser consciente del hecho de que muchos pacientes depresivos están tan preocupados con sus pensamientos negativos que la introspección puede agravar sus ideas perseverantes. Cuando el paciente es capaz de emprender actividades más constructivas, y, por lo tanto, ha modificado la estimación negativa de sus capacidades, el terapeuta puede centrarse directamente en los componentes cognitivos de la depresión. Evidentemente, si parece que se pueden explorar los pensamientos, deseos y sentimientos del paciente ya al comienzo del tratamiento, pueden aplicarse inmediatamente las técnicas introspectivas, sin necesidad de aplicar previamente las estrategias conductuales. Las técnicas cognitivas, no obstante, deben aplicarse lo antes posible en el tratamiento de pacientes suicidas. La mayoría de los pacientes depresivos requieren una combinación de técnicas conductuales y cognitivas.

Específicamente, las técnicas cognitivas se dirigen a proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente. Técnicas como la de hacer preguntas, identificar pensamientos ilógicos, determinar las reglas en base a las cuales el paciente organiza la realidad, etc., se emplean para ayudar tanto al terapeuta como al paciente a entender la interpretación que éste último hace de la realidad. Ya que las preguntas del terapeuta y otras técnicas verbales derivan de su propia teoría, debe estar atento para evitar “poner ideas en boca del paciente”. El terapeuta debe tener presente la sugestionabilidad del paciente y su deseo de agradarle, emitiendo las respuestas que, según él, espera el terapeuta.

Dado que se da una mayor interacción verbal durante la “fase cognitiva” del tratamiento, es probable que este aspecto de la terapia esté mucho más cerca de ser una empresa conjunta que la fase previa, en la que se enfatizan las téc-

nicas conductuales. Aunque el terapeuta puede iniciar el espíritu de colaboración ya durante la fase conductual, a menudo se ve obligado a adoptar la postura contraria, debido a la inercia y a la indecisión del paciente durante las fases de depresión más profunda.

A la hora de aplicar las técnicas cognitivas, es importante que el terapeuta trabaje dentro del marco del modelo cognitivo de la depresión. Como se señaló en el Capítulo I, la concepción reduccionista de la terapia cognitiva ve este método como una serie de pasos preestablecidos que se ejecutan a modo de vals o tango. En realidad, la terapia cognitiva es un sistema amplio que se ocupa de proporcionar procedimientos específicos para identificar y modificar el “paradigma personal” del paciente. En este sentido, una parte crucial de la terapia consiste en que el terapeuta obtenga la información adecuada, de modo que le sea posible penetrar en el mundo del paciente y experimentar el modo como éste organizada la realidad. Debe verse implicado en sus conceptos idiosincráticos –las pautas cognitivas concretas que generan o mantienen la depresión.

Frecuentemente, la exploración conjunta de la vida interior del paciente engendra un espíritu de aventura y, por lo general, cuando éste descubre su peculiar construcción de la realidad, se motiva aún más para centrarse en los acontecimientos reales y en los significados que les atribuye. Descubriendo los significados inadecuados que ha estado atribuyendo a sus experiencias, la vida puede adquirir un “significado nuevo” –concordante con la realidad y abierto al tipo de satisfacciones y objetivos que persigue. Puede identificar directamente los obstáculos reales que se interponen para alcanzar determinados objetivos y/o determinadas fuentes de satisfacción y así desarrollar métodos para vencer o rodear dichos obstáculos.

Explicar el fundamento teórico al paciente

En primer lugar, el terapeuta revisa los intentos que haya hecho el paciente para definir y resolver sus problemas psicológicos. Para modificar las ideas inadecuadas o distorsionadas asociadas con las áreas problemáticas, el terapeuta expone brevemente el modelo cognitivo de la depresión. Entre los puntos más importantes a exponer se encuentra el de la íntima relación entre los pensamientos de una persona acerca de sí misma, de su entorno y de su futuro (la tríada cognitiva) y sus sentimientos, motivaciones y conductas. El terapeuta subraya el efecto negativo que ejercen los pensamientos inadecuados o distorsionados sobre los sentimientos y la conducta del paciente. Sin embargo, decirle al paciente que “piensa de una manera irracional” puede ser contraproducente. Los pacientes depresivos están profundamente convencidos de que ven las cosas “tal como son en realidad”. Así pues, el terapeuta debe proporcionar al paciente evidencia de que su modo de pensar o de ver las cosas contribuye a

mantener la depresión y de sus observaciones y conclusiones pueden ser “incorrectas” (no “irracionales”). El terapeuta puede hacer notar, por ejemplo, que, cuando son posibles varias interpretaciones de un mismo fenómeno, el paciente selecciona sistemáticamente la más negativa. En este mismo capítulo, se describirán métodos específicos para proporcionar este tipo de evidencia a la que nos referimos.

La idea principal que el terapeuta debe comunicar es que ambos (paciente y terapeuta) van a actuar como dos colaboradores científicos que pretenden “investigar” el contenido de los pensamientos del paciente. En este trabajo conjunto, es crucial determinar la información relevante que se va a obtener e investigar. La información central que se necesita para la terapia cognitiva es cómo comprende e interpreta el paciente sus experiencias.

La investigación de los pensamientos del paciente se basa en dos premisas. Primera, que los pacientes depresivos piensan de un modo idiosincrático (esto es, presentan un sesgo sistemático en el modo de verse a sí mismos, el mundo y el futuro). Segunda, que su manera de interpretar los acontecimientos contribuye al mantenimiento de la depresión.

Como ya hemos dicho, la estrategia típica que adopta el terapeuta cognitivo es elicitación de las ideas del paciente acerca de la naturaleza de sus problemas, en lugar de ofrecerle interpretaciones y explicaciones. El terapeuta trata de comprender los factores que, según el paciente, contribuyen a mantener la depresión.

Es esencial conocer las expectativas del paciente ante el tratamiento (por ejemplo, lo que sucederá, los objetivos razonables, el resultado que puede esperar, etc.). A este respecto, mencionaremos el caso de una paciente que fue tratada por uno de nosotros (Brian F. Shaw). Esta paciente ya había recibido tratamiento anteriormente; le habían dicho que la depresión estaba causada por anomalías bioquímicas. Había sido tratada con tres fármacos antidepressivos distintos sin que ninguno de ellos produjese una mejoría clínica significativa. La paciente estaba convencida de que ningún método eliminaría la depresión. Por consiguiente, hubo que proporcionarle información específica sobre la terapia “basada en conversaciones” (o de entrevistas), sobre las diferencias de ésta con la quimioterapia, sobre su base teórica, sus implicaciones y la probabilidad de mejoría.

Paralelamente, un paciente que esté convencido de que la depresión tiene sus raíces en sus experiencias infantiles y que crea que es necesario recordar, “revivir” y analizar los acontecimientos significativos que tuvieron lugar en la infancia, necesita que le orienten hacia las bases de la terapia cognitiva. De lo contrario, este paciente podría llegar a la conclusión de que la terapia cognitiva, con sus énfasis en el “aquí y ahora”, no es más que una “primera aproximación” al verdadero tratamiento. En casos como éste, puede ser útil para el terapeuta comentar el hecho de que se puede modificar un patrón de pensamiento o de conducta sin necesidad de identificar la causa ni el curso del aprendizaje.

Para ilustrar este punto, puede servirnos una analogía. Por ejemplo, aunque una persona hable con frases cortas, mal construidas y utilice frecuentemente palabras de argot, no es necesario revisar sus experiencias anteriores con respecto a la gramática. En lugar de ello, esta persona necesitaría un entrenamiento específico, consistente en la corrección de sus errores y en la especificación de frases bien construidas. En ocasiones, no obstante, puede ser conveniente revisar experiencias de aprendizaje anteriores para demostrar al paciente que está interpretando los acontecimientos de forma inadecuada.

Una manera de evaluar los puntos de vista del paciente acerca de la terapia, a la vez que se le proporciona información sobre el modelo conceptual de terapia cognitiva, es hacer que lea una introducción al método, tal como *Coping with Depression* (Cómo hacer frente a la depresión) o *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* (La terapia cognitiva y los trastornos emocionales). El terapeuta puede animar al paciente a subrayar las partes que considere relevante para su caso. El terapeuta debe cuidar especialmente de que el paciente comprenda el concepto de pensamiento distorsionado y la relación entre los pensamientos y los síntomas de la depresión.

En la siguiente conversación terapéutica, se expone un ejemplo de la exploración del *significado* atribuido a los acontecimientos. El paciente era un estudiante graduado de 26 años con una historia de cuatro meses de depresión recurrente.

PACIENTE: Estoy de acuerdo con la descripción que hace de mí, pero no con la idea de que es mi manera de pensar lo que hace que me sienta deprimido.

TERAPEUTA: ¿Cómo lo entiendes tú?

P: Me deprimó cuando las cosas van mal. Por ejemplo, cuando fracaso en un examen.

T: ¿Cómo puede deprimirte el hecho de fracasar en un examen? conseguiré ingresar

P: Está claro; si suspendo, nunca conseguiré ingresar en la Facultad de Derecho.

T: Así pues, suspender un examen significa mucho para ti. Pero, si el hecho de suspender un examen fuese suficiente para producir una depresión, ¿no sería de esperar que todo el que suspendiese cayera en una depresión? ¿Sería una depresión tan profunda como para necesitar tratamiento?

P: No, pero depende de lo importante que sea el examen para la persona.

T: Bien, ¿y quién determina la importancia?

P: Yo.

T: Entonces, lo que tenemos que explorar es tu manera de percibir el examen (o tus *pensamientos* acerca del mismo) y cómo influye en la oportunidad de acceder a la Facultad de derecho, ¿Estás de acuerdo?

P: Sí.

T: ¿Estás de acuerdo en que tu forma de interpretar el examen te influye?

Podrías sentirte deprimido, podrías tener problemas de sueño, perder el apetito, o incluso abandonar el curso.

P: Sí, estoy de acuerdo.

T: Entonces, ¿qué significaría el fracaso?

P (lloroso): Que no podría ingresar en la Facultad.

T: ¿Y qué representa eso para ti?

P: Que no soy lo suficiente inteligente.

T: ¿Nada más?

P: Que nunca podré ser feliz.

T: ¿Y cómo te hacen sentir estos *pensamientos*?

P: Muy desgraciado.

T: Así pues, el significado de suspender el examen es lo que hace que te sientas desgraciado. De hecho, la creencia de que nunca podrás ser feliz es un factor muy poderoso para producir infelicidad. Tú mismo te estás tendiendo una trampa –pensando que si no entras en la Facultad, “nunca podrás ser feliz”.

La etapa más importante de la terapia cognitiva es el entrenamiento del paciente para observar y registrar sus cogniciones. Obviamente, si no se llega a un acuerdo sobre los datos relevantes que van a estudiarse, la comunicación terapéutica se verá seriamente limitada. El entrenamiento en la observación y registro de las cogniciones hace que el paciente se de cuenta de la existencia de la imágenes y autoverbalizaciones (“corriente de pensamientos”). El terapeuta entrena al paciente a identificar las cogniciones inadecuadas y distorsionadas. A veces, el paciente necesita aprender previamente a discriminar entre sus propios pensamientos y los acontecimientos reales. También debe comprender la relación entre sus cogniciones, afectos y conducta, y los acontecimientos ambientales.

La tarea de entrenar al paciente a observar y registrar sus cogniciones debe realizarse en pasos sucesivos: (1) Definir lo que es un “pensamiento automático” (cognición); (2) demostrar la relación entre cognición y afecto (o conducta), valiéndose de ejemplos concretos; (3) demostrar la presencia de las cogniciones, tomando como base la experiencia reciente del paciente; (4) asignar para casa la tarea de registrar las cogniciones; y (5) revisar los registros del paciente y proporcionarle feedback.

Definición de “cognición” para el paciente

El terapeuta puede definir la cognición como “un pensamiento o una imagen de la que uno puede no ser consciente, a no ser que le preste atención”. De forma característica, una cognición es una valoración de acontecimientos hecha desde cualquier perspectiva temporal (pasada, presente o futura). Las cogniciones típicas que se observan en la depresión y en otros problemas clínicos se suelen denominar “pensamientos automáticos”, los cuales forman parte de un determinado patrón de pensamiento. Excepto en ciertas situaciones bien definidas (por ejemplo, el intento del artista o del poeta de ampliar las fronteras de lo real), las cogniciones suelen ser interpretadas por el individuo como representaciones objetivas de la realidad y, por lo tanto, se toman como verdaderas. Dado que las cogniciones son automáticas, habituales y creíbles, el individuo raramente se detiene a probar su validez. Por todo esto, no es infrecuente que el depresivo se vea abrumado por cuestiones retóricas (“¿Por qué soy tan débil?” o “¿Por qué soy una persona incompetente?”) o por imágenes desagradables (“Tengo el aspecto de un cerdo, gordo y feo”). Da por supuesto que es débil, feo o incompetente y se pregunta por qué le ha caído una desgracia así.

Influencia de las cogniciones sobre los afectos y la conducta

Existen varios métodos para demostrar la relación entre pensamientos, sentimientos y conducta. Muchos pacientes pueden ver una cierta relación entre ellos mismos y determinados estereotipos que no les impliquen personalmente. Un estereotipo típico se presenta en la siguiente conversación entre el terapeuta y un paciente de 43 años.

TERAPEUTA: La manera que tienen las personas de interpretar los acontecimientos influye en sus sentimientos y en su conducta. Por ejemplo, imaginemos a una persona que está sola por la noche y oye un ruido en otra habitación. Si pensara “Hay un ladrón”, ¿cómo cree usted que se sentiría?

PACIENTE: Muy ansioso, aterrorizado.

T: ¿Y cómo se comportaría?

P: Podría intentar esconderse; si fuera una persona inteligente, llamaría a la policía.

T: Bien, así que, en respuesta al pensamiento de que el ruido lo hizo un ladrón, esta persona se sentiría ansiosa y su conducta iría encaminada a protegerse. Ahora, imaginemos que ha oído el mismo ruido, pero piensa “Se han quedado las ventanas abiertas y el viento ha tirado algo”. ¿Cómo se sentiría?

P: Desde luego no se asustaría. Podría sentirse triste si pensase que se había roto algo de valor; o enfadado porque los niños se hubiesen dejado abiertas las ventanas.

T: Según este pensamiento, ¿se diferenciaría su conducta de la del caso anterior?

P: Por supuesto, probablemente se levantaría a ver qué se había roto. Evidentemente no llamaría a la policía.

T: Muy bien. Lo que nos demuestra este ejemplo es que existen diferentes maneras de interpretar una situación. Asimismo, que el modo de interpretar la situación influye sobre los sentimientos y la conducta.

Este ejemplo sirve para proporcionar al paciente una cierta distancia psicológica con respecto a sus propios problemas, constituyendo al mismo tiempo el marco para examinar sus propios pensamientos y sentimientos. Resulta difícil predecir la dificultad (o la facilidad) con que un paciente determinado va a comprender estos conceptos. La principal estrategia del terapeuta consiste en probar varias demostraciones, pero también debe estar preparado para desarrollar o ampliar el modelo en función de las experiencias del paciente.

Otra técnica para demostrar la relación entre pensamientos y afectos es la de las “imágenes inducidas”. En primer lugar, el terapeuta le pide al paciente que imagine una escena desagradable. Si el paciente manifiesta una respuesta emocional negativa, el terapeuta puede preguntar acerca del contenido de sus pensamientos. A continuación, le pide que imagine una escena agradable y que describa sus sentimientos. Normalmente, el paciente será capaz de reconocer que, cambiando el contenido de sus pensamientos, puede modificar sus sentimientos. Para algunos pacientes, esta sencilla técnica sirve para poner de manifiesto el impacto de las imágenes que ellos mismos se forman y les hace comprender cómo los pensamientos influyen en el estado de ánimo. Esta técnica está indicada para los pacientes con una depresión moderada, quienes suelen experimentar períodos de tristeza transitorios.

Cognición y experiencias recientes

Algunos pacientes tienen dificultad para identificar los pensamientos o ideas inadecuadas; otros pueden no ver la relación entre pensamientos y sentimientos. Otros pacientes, sin embargo, pueden entender rápidamente la naturaleza de las cogniciones e incluso aportar cogniciones negativas típicas a partir de sus propias experiencias. En cualquier caso, es conveniente demostrar al paciente la presencia de las cogniciones. En el primer caso, lo esencial es que los pacientes se hagan conscientes de sus cogniciones negativas y sean capaces de detectarlas. En el segundo, resulta útil registrar las cogniciones junto con el paciente para asegurarse de que comprende la importancia de sus pensamientos. Este último procedimiento también sirve como salvaguardia, ya que el estar de acuerdo con las formulaciones del terapeuta de una manera automática indica más bien conformismo que un verdadero aprendizaje. Tales pacientes requie-

ren el mismo entrenamiento que el paciente que no se da cuenta del papel que las cogniciones desempeñan en la depresión.

Un primer procedimiento para demostrar la presencia de las cogniciones consiste en preguntar al paciente por sus pensamientos inmediatamente anteriores a la primera cita. Muchos pacientes manifiestan haber experimentado pensamientos referentes al terapeuta, al tratamiento y a las posibles consecuencias de la ayuda que iban a recibir. A continuación, el terapeuta denomina o etiqueta los pensamientos o ideas como “pensamientos automáticos” (cogniciones). Si el terapeuta piensa que el vocabulario del paciente es limitado, puede emplear otros términos para describir los fenómenos cognitivos, como, por ejemplo, “las cosas que se dice a sí mismo” o “autoafirmaciones”.

Además de determinar la presencia de las cogniciones, el terapeuta puede corregir cualquier concepto o información incorrecta referente al tratamiento. Por ejemplo, a una paciente de 38 años, casada y madre de dos hijos, se le pidió que recordarse los pensamientos que hubiese experimentado en la sala de espera. Manifestó que su mayor preocupación era que no iba a sobrevivir al período de tratamiento. Aunque había sido informada de la duración media de la terapia cognitiva (sesiones semanales de 1 hora durante 12 semanas aproximadamente), no podía conjugar esta información con la que le habían dado anteriormente en otra consulta (3 sesiones semanales durante un período de 2 a 3 años). De hecho, la paciente no había llegado a entender que el terapeuta al que había acudido previamente se regía por un procedimiento terapéutico distinto (terapia psicoanalítica) y tenía un conjunto de objetivos diferente (“reconstrucción completa de la personalidad”). Cuando se dio cuenta de que la terapia cognitiva iba a centrarse en problemas concretos (específicamente, en su depresión), el miedo que había experimentado en la sala de espera dejó paso a preocupaciones más relevantes, como “¿Tendrá éxito esta terapia?” o “¿Qué ocurrirá si no mejor?”.

Detección de los pensamientos automáticos

Una vez que el paciente ha entendido la definición de la cognición y reconoce la presencia de imágenes y pensamientos automáticos, el terapeuta expone un proyecto diseñado para poner de manifiesto las cogniciones inadecuadas.

Lo que se le dice al paciente depende del problema concreto que se esté investigando. Lo más frecuente suele ser que se le den instrucciones de “atrapar” cuantas cogniciones sea posible y registrarlas en un cuaderno. Dado que es extraño que una persona esté “totalmente en blanco”, si es que ello es siquiera posible, el paciente puede tomar las variaciones en su estado de ánimo como indicio o pista para identificar o recordar sus cogniciones*.

* La identificación de los pensamientos automáticos se verá facilitada por la lectura de sus características en *Coping with Depression* (Beck y Greenberg, 1.974).

Cuando mejor se identifican las cogniciones es inmediatamente después de que hayan tenido lugar. Sin embargo, por múltiples razones, un individuo puede no ser capaz de registrar sus cogniciones inmediatamente.

Por lo tanto, un segundo método consiste en que el paciente reserve un cierto período de tiempo, por ejemplo, 15 minutos cada tarde, para recordar los acontecimientos del día y las cogniciones asociadas con cada uno de ellos. El terapeuta le pide al paciente que registre cualquier pensamiento negativo con la mayor precisión posible. Es decir, en lugar de anotar, “Experimenté el sentimiento de que era incompetente en el trabajo”, como si estuviera manifestando el pensamiento en el curso de una conversación, debería escribir, “Soy incompetente en el trabajo”, reproducción más precisa del pensamiento. Este método de entrenamientos para registrar las cogniciones fuera de la sesión terapéutica resulta especialmente útil para los pacientes que han recibido la instrucción de mantenerse ocupados con objeto de evitar los pensamientos depresivos recurrentes.

Un tercer método para concretar las cogniciones consiste en identificar las situaciones ambientales que tengan relación con la depresión del paciente. Por ejemplo, una paciente de 31 años, madre de tres hijos, manifestó que los “peores momentos del día” eran entre las 7 y las 9 de la mañana. Durante este período de tiempo era cuando preparaba el desayuno de su familia. La paciente no podía explicar por qué estas horas se le hacían tan difíciles hasta que comenzó a registrar sus cogniciones. Descubrió que lo que hacía era compararse sistemáticamente con su madre, quien se mostraba irritable y con ganas de discutir por las mañanas. Cuando los niños se portaban mal, la paciente solía pensar, “No te enfades o terminarán odiándote”; en consecuencia, los ignoraba. Con mayor frecuencia, sin embargo, no podía contenerse y “explotaba”; entonces pensaba, “Soy peor que mi madre. No sirvo para cuidar a mis hijos. Sería mejor para ellos si yo estuviese muerta”. Se deprimía aún más el recordar las experiencias negativas de su infancia, como “mi madre pegándome en cuanto me quejaba por algo”. Una vez que la paciente identificó estas cogniciones, ella y el terapeuta iniciaron una conversación ciertamente fructífera que dio como resultado la elaboración de una lista de las semejanzas y diferencias entre ella y su madre, la revisión de lo que ella consideraba mal comportamiento de los hijos y la refutación de su creencia de que cualquier muestra de enfado haría que sus hijos la odiasen para siempre.

Otra alternativa es que el terapeuta enfrente al paciente con una de las situaciones ambientales perturbadoras con objeto de activar e identificar las cogniciones depresivas. Por ejemplo, una paciente de 49 años se culpaba por la muerte de su hijo, que se había suicidado dos años antes de que ella acudiera a la terapia. Se dio cuenta de que muchos objetos y situaciones (por ejemplo, las guitarras, la música, las exposiciones de arte, etc.) le recordaban a su hijo,

desencadenando un torrente de cogniciones negativas, un marcado pesimismo y un sentimiento de culpabilidad. Para sentirse mejor, la paciente solía evitar situaciones que evocaban a su hijo. Por esta razón, a la paciente le resultaba difícil identificar con claridad las cogniciones depresógenas. Consecuentemente, el terapeuta sugirió a la paciente que acudiesen a una galería de arte y se centrara en sus cogniciones. Lo que sucedió es que observó pensamientos automáticos autoacusatorios centrados en “su incapacidad para escuchar a su hijo”, “su decisión de mantener un matrimonio desgraciado” y “su incompetencia como madre”. A la paciente le resultó muy útil identificar estas cogniciones, ya que, a partir de aquí, podía probar la validez de éstas. Al comentar con el terapeuta algunos aspectos concretos de sus ideas negativas, la paciente concluyó que sus autoacusaciones eran infundadas. El exagerado sentimiento de culpa de la paciente desapareció y así comenzó a hacer frente a la tristeza producida por la muerte de su hijo.

Una técnica provechosa consiste en instruir al paciente para que registre las cogniciones que tengan contenidos comunes. Una estudiante de 21 años se hallaba en la sexta semana de tratamiento, cuando el terapeuta le dijo que tenían que cancelar la siguiente cita.

PACIENTE: Bien, tiene usted que ir a una cita. (Pausa). Hay algo que creo que debo decirle, tengo la sensación de que me está rechazando. No sé por qué. Porque, si lo pienso bien, veo evidente y necesario que anule nuestra cita.

TERAPEUTA: ¿Hay algún tipo de evidencia que apoye tu idea?

P: Bueno, francamente, me pregunto si usted no podría hacer un esfuerzo para quedar conmigo en otro momento. Y ni siquiera sé si va a estar en esta parte de la ciudad.

En este caso, se pidió a la paciente que prestase especial atención a otros pensamientos centrados en el tema del rechazo. Volvió a la siguiente sesión y manifestó su sorpresa por haber experimentado 27 pensamientos de este tipo en una semana. Además, se sentía más deprimida si pensaba que el “rechazo” era premeditado. Terapeuta y paciente se centraron entonces en la definición de “rechazo” por parte de la paciente y en su tendencia a esperar que los demás (“las personas a quienes importo”) actuaran siempre en defensa de sus intereses. Estaba claro que había interpretado la anulación de la cita como un rechazo, ya que, según la idea, la conducta del terapeuta indicaba que ella “no le importaba”.

Como hemos visto, existen diferentes métodos para ayudar al paciente a especificar las cogniciones que mantienen o agravan la depresión. Una vez que el paciente aprende a especificar sus cogniciones, él y el terapeuta pasan a examinar la fuente de la depresión.

Examinar y someter a una prueba de realidad las imágenes y los pensamientos automáticos

El terapeuta hace que el paciente someta sus ideas a pruebas de realidad no para inducir un optimismo pasajero haciéndole creer que “las cosas son realmente mejores de lo que parecen”, sino para suscitar una descripción y un análisis más correctos de cómo son las cosas. Aunque el depresivo tiende a ver su mundo bajo una luz negativa, el terapeuta no debería caer en la trampa de suponer que todos los pensamientos pesimistas del paciente son necesariamente erróneos. Debería examinar una muestra de los pensamientos del paciente en colaboración con éste. La base o evidencia de cada pensamiento debe someterse a una prueba de realidad, aplicando las pautas que emplean las personas no depresivas a la hora de emitir un juicio.

Por ejemplo, una estudiante expresó su creencia de que no iba a poder acceder a la Universidad en la que había solicitado plaza. Cuando el terapeuta investigó las razones que le habían llevado a esta conclusión, descubrió que no existían bases suficientes. La serie de preguntas fue la siguiente:

TERAPEUTA: ¿Por qué piensas que no te admitirán en la Universidad que has elegido?

PACIENTE: Porque mis notas no son suficientemente buenas.

T: ¿Cuál es la nota media?

P: Bastante buena hasta el último semestre en la escuela superior.

T: ¿Cuál es la medida total?

P: Sobresalientes y Notables.

T: ¿Cuántos sobresalientes y cuántos notables?

P: Bueno, creo que la mayoría son sobresalientes, pero tuve muy malas notas el último semestre.

T: Pero, ¿cuáles son las notas exactamente?

P: Dos sobresalientes y dos notables.

T: Si la nota media es prácticamente sobresaliente, ¿por qué crees que no vas a poder entrar en la Universidad?

P: Me dijeron que un Notable alto era suficiente.

T: ¿Y no es tu medida mejor que esa?

P: Creo que sí.

En este caso, la paciente no trataba deliberadamente de estorbar al terapeuta, pero de hecho había llegado a una conclusión negativa (incorrecta) respecto a la probabilidad de ser admitida. Su razonamiento puede tomarse como ejemplo del pensamiento de “todo o nada”, según el cual, cualquier nota inferior al Sobresaliente era considerada como un fracaso. La paciente apoyó esta conclusión incorrecta con otra igualmente errónea, referente a su posición relativa con respecto a otros compañeros de clase. Se dio cuenta de que, aunque creía que

era una estudiante media, en realidad estaba más cerca del límite superior de la clase. Solamente cuando el terapeuta acudió a los hechos, la paciente logró darse cuenta de cómo había distorsionado la realidad.

El terapeuta pudo haber empleado dos métodos diferentes que podrían haber ejercido una influencia positiva sobre la paciente, pero que no la habrían enseñado realmente a examinar y autenticar sus ideas. Por ejemplo, podía haberle asegurado que, dado su nivel intelectual, entraría en la Facultad. También podía haber empleado el método que recomiendan los seguidores de la Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1962) y haber lanzado un reto a su creencia de que el acceso a la Universidad era un índice de su valía personal. Empleando otra técnica diferente de la T.R.E., el terapeuta podía haber investigado, en colaboración con la paciente, las consecuencias de no ser admitida en la Universidad.

Sin embargo, si el terapeuta hubiese elegido estos procedimientos en la fase de terapia en que se encontraban, habría olvidado un punto esencial porque (a) no habría establecido unos datos sólidos con los que contrastar las conclusiones de la paciente y (b) no habría dado a la paciente la oportunidad de aplicar la evidencia para poner a prueba sus conclusiones. En consecuencia, aunque la paciente hubiese podido experimentar una mejoría temporal como resultado de los procedimientos racional-emotivos, sus cogniciones negativas habrían seguido influyendo. Es decir, habría seguido interpretando incorrectamente otras situaciones, o incluso habría vuelto a la conclusión errónea inicial sobre su admisión en la Universidad. Una vez que la paciente aprende a contrastar sus cogniciones con la evidencia real, tendrá la oportunidad de evaluar sus supuestos. Los pacientes depresivos necesitan una prueba de realidad antes de intentar modificar sus creencias (si es que se ha demostrado que éstas son incorrectas).*

Evidentemente, sabemos que no todos los estudiantes que solicitan plaza en la Universidad tienen buenas notas; por eso, es posible que las expectativas de rechazo por parte de un estudiante depresivo constituyan, de hecho, una pre-

* En respuesta a esta afirmación, Ellis (comunicación personal, 1.978) escribe: La T.R.E. no excluye la posibilidad de recoger lo que usted llama “datos sólidos” con los que se pueda contrastar las conclusiones del paciente. Aunque los terapeutas que siguen la T.R.E. no tienen que proceder necesariamente del mismo modo que ustedes, pueden hacerlo sin ninguna dificultad, si lo creen conveniente. En muchos casos, yo he actuado como sus terapeutas lo hacen en el diálogo que se presenta en este apartado del manual; en otros, posiblemente habría discutido la valía personal del paciente o su tendencia a interpretar negativamente las situaciones –en el transcurso de la conversación, iría surgiendo la información necesaria para reunir unos “datos sólidos”. En algunos otros, finalmente, ayudaría al paciente a aceptarse a sí mismo o a dejar de interpretar las situaciones en un sentido negativo sin necesidad de acudir a los datos que usted menciona- pero recogiendo, por supuesto, otras informaciones. La T.R.E. no sigue una única pauta para las preguntas y diálogos”.

dicción correcta. En este caso, una vez que el terapeuta haya determinado que las afirmaciones del paciente son ciertas y sus predicciones plausibles, pasará a investigar el *significado* de no ser admitido en la Universidad y el cúmulo de actitudes con él asociadas. Por ejemplo, supongamos que el terapeuta sabe que las posibilidades de una paciente de comenzar una carrera universitaria son verdaderamente escasas, incluso nulas; podría dirigirse entonces a averiguar las actitudes del paciente con respecto a la admisión en la Universidad. El estudiante podría decir, por ejemplo, “Si no consigo entrar en la Universidad, significa que soy un verdadero estúpido”, “... nunca seré feliz”, o, “... mi familia y mis amigos se sentirán defraudados”.

Estas actitudes en sí mismas pueden investigarse con mayor profundidad para ver hasta qué punto se ajustan a la realidad. Si es cierto que la familia y los amigos se sentirían decepcionados, terapeuta y paciente pueden discutir por qué éste último ha de estar controlado por lo que piensen o sientan otras personas. El terapeuta puede señalar que no es que otras personas le *bagan* sentirse decepcionado, sino que, incorporando la actitud de los demás, el paciente se “*obliga*” a sí mismo a sentirse decepcionado. Es decir, que son sus propios pensamientos, no los de las demás personas, los que producen emociones desagradables.

Lo esencial de la prueba de realidad es que permite al individuo corregir sus distorsiones. El análisis del significado y de las actitudes pone de manifiesto la naturaleza irracional y contraproducente de las actitudes. Sin embargo, hemos observado que, a medida que el individuo continúa distorsionando la realidad, los intentos del terapeuta de modificar su sistema de creencias y hacerlo más racional resultan ineficaces.

Resultó que una mujer que se quejaba de fuertes dolores de cabeza, así como de otros trastornos somáticos obtuvo una puntuación alta en depresión. Cuando se le preguntó acerca de las cogniciones que parecían hacerla desgraciada, dijo, “Mi familia no me aprecia”; “Nadie me aprecia, no me hacen ningún caso”; “Soy una inútil”.

Como ejemplo, manifestó que su hijo (en plena adolescencia) ya no quería hacer cosas en su compañía. Aunque esta afirmación muy bien podría haber sido cierta, el terapeuta decidió determinar su autenticidad. En la siguiente conversación, el terapeuta buscó la “evidencia” que apoyase esta afirmación:

PACIENTE: Mi hijo ya no quiere ir al cine o al teatro conmigo.

TERAPEUTA: ¿Cómo sabe que no quiere ir con usted?

P: A los adolescentes no les gusta hacer cosas con sus padres.

T: ¿Le ha pedido que salga con usted?

P: No, el caso es que él me ha preguntado en varias ocasiones si quería que saliéramos a..., pero yo creo que en realidad a él no le apetecía ir.

T: ¿Y si usted le plantease la pregunta directamente?

P: Bueno.

T: Lo importante no es si él sale o no con usted, sino saber si usted está decidiendo por él en lugar de dejarle que diga lo que piensa.

P: Espero que tenga usted razón, pero es que él es muy desconsiderado. Por ejemplo, siempre llega tarde a cenar.

T: Cuántas veces ha ocurrido eso?

P: Oh, una o dos veces...

T: ¿Piensa usted que el que llegue tarde a cenar se debe a que es desconsiderado?

P: Bueno, déjeme pensar; las dos noches que llegó tarde, dijo que había estado trabajando. En realidad, suele ser amable casi siempre.

Como la paciente pudo comprobar después, su hijo estaba deseando ir al cine con ella. El terapeuta no aceptó sin más las conclusiones e inferencias de la paciente, sino que intentó determinar su validez. En el caso de que las conclusiones de la paciente hubiesen sido ciertas, el terapeuta habría investigado el modo como la paciente asignaba un significado al “rechazo” por parte de su hijo. El terapeuta podría también haberla animado a entablar relaciones y salir con otras personas.

Una característica de los pacientes depresivos es su tendencia a considerar sus ideas como hechos. Aunque esta característica es típica de los seres humanos en general, adquiere una mayor importancia en la depresión, debido al grado de distorsión que sufren las ideas. Además, el problema aumenta al comportarse el paciente de un modo consistente con sus pensamientos.

Cuando el paciente ha adquirido las habilidades de observación y registro necesarias, será capaz de reconocer que ciertas cogniciones son especialmente frecuentes en momentos de sentimientos negativos o desagradables. La estructura y contenido específicos de cada cognición se relacionan con el sentimiento negativo subsiguiente (Beck, 1976). Por ejemplo, la ansiedad se asocia con cogniciones en las que el paciente se considera en peligro inmediato (amenaza física o social). Las cogniciones asociadas con la depresión suelen reflejar la creencia del paciente en su incompetencia, falta de atractivo, fracaso en el “cumplimiento de sus responsabilidades”, o aislamiento social.

Generalmente, con la ayuda del terapeuta; el paciente puede clasificar sus cogniciones en función de los contenidos de éstas (por ejemplo, culpabilidad, inferioridad, carencia, etc.). El terapeuta puede ayudar al paciente a identificar las distintas interpretaciones y significados que se pueden asignar a una determinada situación. Puede mostrarle el sesgo negativo sistemático que presenta al seleccionar sus interpretaciones e indicarle sus inferencias negativas indiscriminadas en contra de la evidencia real. Evidentemente, el terapeuta no puede es-

perar que el paciente modifique sus interpretaciones solamente por haberse hecho consciente del sesgo negativo que aplica sistemáticamente. En su lugar, la autenticidad de cada interpretación requiere un cuidadoso examen, de modo que el paciente pueda mejorar tanto su capacidad de observación como su capacidad para hacer inferencias lógicas y realistas.

El terapeuta puede valerse de distintas técnicas cognitivas para evaluar y validar las conclusiones del paciente. Modificar las respuestas negativas estereotipadas del paciente depresivo es esencial porque (1) provocan la experiencia de sentimientos negativos intensos y (2) desvían la atención del paciente de los problemas reales. Dos técnicas dirigidas a incrementar la objetividad del paciente son la “retribución” y la “conceptualización alternativa”. Una de las ventajas principales de estas técnicas es que el paciente aprende a “distanciarse” de sus propios pensamientos; es decir, comienza a ver sus pensamientos como eventos psicológicos.

Técnicas de retribución

Un patrón cognitivo frecuente en la depresión consiste en autoatribuirse –incorrectamente– la culpa o responsabilidad de acontecimientos negativos. Los pacientes depresivos presentan una fuerte tendencia a autoculpabilizarse por consecuencias negativas de situaciones que escapan a su control, así como por las relativas a sus acciones y juicios. La técnica de “reatribución” se emplea cuando el paciente atribuye, de forma poco realista, las consecuencias negativas a una deficiencia personal, como la falta de capacidad o de esfuerzo. El terapeuta y el paciente revisarán los acontecimientos relevantes y aplicarán leyes lógicas a la información disponible, con objeto de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente le corresponda. Lo importante no es liberar al paciente de toda responsabilidad, sino definir los múltiples factores que pueden intervenir en una experiencia adversa. Conforme va ganando en objetividad, el paciente no sólo deja de atribuirse el peso de la culpa, sino que además puede buscar caminos para evitar las situaciones adversas e incluso prevenir su ocurrencia futura.

El siguiente caso ilustra la utilidad de atribuir adecuadamente la responsabilidad en la solución realista de los problemas.

El paciente era un director de banco de 51 años, moderadamente deprimido. Se quejaba fundamentalmente de “ineficacia en el trabajo”. Por “ineficacia” el paciente se refería a una dificultad que había experimentado para tomar decisiones de negocios. El paciente acudió a la cuarta sesión en un estado de profunda depresión.

PACIENTE: No sé cómo explicarle el lío que he formado. He cometido un error de tal calibre que podía haberme costado el empleo.

TERAPEUTA: Dígame qué error fue ése.

P: Di la aprobación para un préstamo que fue un fracaso total. Tomé mal la decisión.

T: ¿Recuerda los detalles específicos relevantes para la decisión?

P: Sí, recuerdo que todo parecía bien sobre el papel: buenos avales; estaba dentro de los límites de las facilidades crediticias..., pero debí haberme dado cuenta de que habría problemas.

T: ¿Tenía toda la información pertinente en el momento de tomar la decisión?

P: En aquel momento, no; pero sí 6 semanas después. Me pagan por tomar decisiones provechosas, no para hacer perder dinero al banco.

T: Comprendo su situación, pero me gustaría dar un repaso a la información que usted tenía en el momento de tomar la decisión, no a la que podía haber tenido acceso 6 semanas más tarde.

Cuando el terapeuta y el paciente revisaron la información pertinente disponible en el momento de tomar la decisión, el paciente llegó a la conclusión de que su decisión inicial era correcta, de acuerdo con los principios de la banca. Incluso recordó haber revisado detalladamente el estado financiero de la cuenta del cliente. Al paciente le resultó útil el método de la reatribución, es decir, darse cuenta de que la causa del problema estaba fuera de sí mismo. No obstante, aún le quedaba otro problema por resolver. Como resultado de sus auto-críticas, había evitado ponerse en contacto con la oficina central para iniciar los procedimientos legales pertinentes contra el cliente. Se le deja con un problema “del que sólo yo soy responsable”, pero se le animó diciéndole que aún había tiempo para “corregir el error”. Paciente y terapeuta elaboran un programa paso a paso para rectificar los errores anteriores del paciente. Aunque este recibió de sus superiores algunas críticas debidas a su tardanza, logra aceptarlas en un sentido “constructivo” y sin autocastigarse.

La reatribución resulta especialmente útil con los pacientes que tienen tendencia a culpabilizarse y/o a atribuirse la responsabilidad de cualquier circunstancia adversa. El terapeuta puede decidir contrarrestar las cogniciones del paciente que se culpabiliza (a) revisando los “hechos” que dieron lugar a la auto-crítica (como en el caso anterior); (b) mostrando los distintos criterios existentes para atribuir la responsabilidad que el paciente aplica a su propia conducta y demostrando cómo podrían haber sido aplicados a la conducta de otra persona; o (c) poniendo en duda la creencia de que el paciente es “100%” responsable de cualquier consecuencia negativa. Para referirse a esta técnica se ha empleado el término “de-responsabilización”.

Búsqueda de soluciones alternativas

El sistema lógico y de razonamiento que el paciente depresivo presenta tan limitado se va ampliando a medida que el individuo se distancia de sus propias cogniciones y se da cuenta de sus rígidos patrones de pensamiento y de los contenidos de sus ideas. Los problemas que anteriormente se consideraban irresolubles pueden ahora conceptualizarse bajo otra óptica. En este momento, puede ser útil la “búsqueda de alternativas”. Esta técnica se refiere a la investigación activa de otras interpretaciones o soluciones a los problemas del paciente. Este procedimiento constituye la piedra angular de la resolución adecuada de los problemas.

Gracias a la definición cuidadosa de sus dificultades, el paciente puede llegar espontáneamente a soluciones para problemas que antes consideraba irresolubles. Además, con una comprensión de los problemas basada en la realidad, las opciones que anteriormente habían sido descartadas pueden ahora considerarse prácticas y útiles. El terapeuta no debe fiarse solamente de las afirmaciones del paciente de que lo ha “intentado todo”. Dado que los pacientes depresivos creen sinceramente que han explorado todas las opciones posibles, es probable que rechacen automáticamente algunas de las alternativas y abandonen la búsqueda de otras nuevas, debido a que previamente habían llegado a la conclusión de que el problema era irresoluble. Como hemos indicado anteriormente, la base de la desesperanza del paciente depresivo proviene de su selección, sistemáticamente sesgada, de datos negativos. El siguiente ejemplo ilustra la tendencia de los pacientes depresivos a considerar que los problemas son irresolubles sobre la base de su conjunto de cogniciones negativas.

La paciente era una mujer de 28 años moderadamente deprimida. Su marido le había abandonado a ella y a sus tres hijos un mes antes. La paciente pensaba continuamente en la idea de que no podría salir adelante sin su marido. “Apoyaba” esta postura aludiendo a las dificultades que había experimentado en el pasado con respecto a la “independencia”. Durante su adolescencia, la paciente tenía fobia a estar sola. “Siempre tenía problemas para desenvolverse” cuando su marido salía en viaje de negocios. No había recibido ninguna información sobre asuntos financieros y estaba convencida de que sus hijos pagarían las consecuencias. Describió como una “pesadilla” sus intentos para hacer frente a la pérdida de su marido.

Empleando el método de las “alternativas”, lo que el terapeuta hizo en primer lugar fue listar los problemas (por ejemplo, hacerse cargo de las cuentas del banco, educar a los niños, la soledad, etc.). En todos los casos, la paciente concluyó que no sería capaz de resolver los problemas porque tampoco lo había logrado en el pasado. Decía, “Nunca se me han dado bien las matemáticas”, “Nunca me ocupé de la disciplina de Jack”, “Siempre me ha asustado quedarme sola en casa, por si ocurría algo”.

Estas afirmaciones podían haber sido corregidas, en general, en el pasado; pero lo importante ahora era si la paciente iba a ser capaz de aplicar determinadas técnicas para hacer frente a los problemas en el presente. El terapeuta supo que la paciente no se había graduado en la escuela superior y que, de hecho, había estado sometida a un cierto dominio por parte de su marido, quien insistiría en “hacerse cargo de todo”. Las soluciones alternativas elaboradas por la paciente pusieron de manifiesto una capacidad de resolución de problemas bien desarrollada. Por ejemplo, en el área de las finanzas, se enteró de la existencia de algunos cursillos, preguntó cuál era el nombre del director de su agenda bancaria; asimismo, estaba considerando la posibilidad de buscar un empleo de secretaria. El terapeuta, tras subrayar una serie de alternativas, volvió a la creencia original de la paciente de que “no podría salir adelante sin su marido”. En aquellos momentos la paciente había experimentado una notable mejoría de su estado de ánimo y estuvo de acuerdo en abordar una de las soluciones posibles para su problema financiero (hacer unos cursillos). Consiguió obtener un préstamo y este éxito desbancó la idea de incompetencia. Como consecuencia de este logro, la paciente se mostró deseosa de emprender nuevas soluciones para el resto de sus problemas.

Hemos de mencionar que la “búsqueda de soluciones” suele producir cambios en los efectos del paciente depresivo. El reconocimiento súbito de que su situación puede no ser tan “desesperada” es lo que explica dichos cambios. El objetivo del terapeuta, sin embargo, no puede conseguirse considerando simplemente enfoques alternativos para resolver problemas. El terapeuta también revisa la conclusión del paciente (“Nunca he hecho nada bien”) desde un punto de vista objetivo. Aunque es altamente improbable que dicha conclusión sea válida, el paciente depresivo *cree* que lo es y puede presentar “evidencia a favor” de su fracaso o incompetencia. El terapeuta, por lo tanto, debe estar preparado para dejar al paciente el tiempo suficiente para integrar la nueva conclusión (“He aprendido algo, pero necesito más asesoramiento en el área de las finanzas, en el de la educación infantil y para hacer frente a la soledad”). La búsqueda de vías alternativas para afrontar los problemas constituye una técnica muy importante en el tratamiento de los pacientes suicidas (véase el Capítulo 10).

La búsqueda de explicaciones alternativas proporciona otro enfoque ante los “problemas irresolubles”. El paciente depresivo presenta un sesgo negativo sistemático a la hora de interpretar los acontecimientos. Pensar en interpretaciones alternativas le permite identificar y contrarrestar sus sesgos y sustituir las conclusiones anteriores por otras más objetivas. El resultado de la modificación producida en la manera de pensar es un cambio positivo en los sentimientos y en la conducta. El siguiente ejemplo ilustra los efectos que se producen al corregir el conjunto de cogniciones negativas.

Una estudiante de 22 años estaba convencida de que su profesor de Inglés le consideraba como “un fracaso”. Para demostrar su punto de vista, trajo la copia de un ensayo que había hecho recientemente y por el que sólo había recibido un Aprobado, junto con dos páginas de críticas del profesor. La paciente estaba muy disgustada por esta nota. Había redactado el ensayo durante un período de gran angustia, producida por la creencia de que “no podía obtener buenos resultados en el curso”. Al recibir esta nota, la paciente consideró que había “demostrado que no podía conseguirlo” y estaba dispuesta a abandonar el curso.

El terapeuta mencionó dos puntos importantes referentes a las conclusiones de la paciente. Primero, la paciente estaba deprimida cuando escribió el ensayo, por lo cual podría pensarse que no lo hizo lo mejor que podía. De hecho, cuando ella reflexionó sobre la época en que había escrito el ensayo, recordó que se había sorprendido de haber llegado a terminarlo. Su ejecución y la calificación obtenida debían interpretarse, por lo tanto, en este contexto. Antes de tomar este curso de acción, sin embargo, el terapeuta decidió que era prioritario ayudar a la paciente a investigar la idea de que era un “fracaso”.

El terapeuta buscó explicaciones alternativas de la calificación y de las críticas del profesor, siendo estas alternativas discutidas y evaluadas por la paciente. La evaluación consistió simplemente en que la paciente determinase el porcentaje de “credibilidad” de cada una de las explicaciones. La lista de explicaciones alternativas, en orden decreciente de “credibilidad” fue la siguiente:

1. “Soy un fracaso, no tengo ninguna aptitud para el Inglés”. 90%
2. “El profesor está especialmente predispuesto en contra de las estudiantes”. 5%
3. “Mi calificación era muy parecida a la del resto de los compañeros”. 3%
4. “El profesor me hizo algunos comentarios críticos para orientarme sobre futuros ensayos y, por lo tanto, piensa que tengo ciertas aptitudes”. 2%

Afortunadamente, el terapeuta convenció a la paciente de que buscara más información antes de abandonar el curso. Le animó a llamar al profesor desde la propia consulta (“No hay mejor momento que el presente”). Gracias a la llamada telefónica, la paciente encontró que (1) la media de la clase era Aprobado y (2) el profesor pensaba que, aunque el estilo de su ensayo “dejaba mucho que desear”, el contenido era bastante “prometedor”. Además, le sugirió que podrían tener una conversación para explicarle sus críticas. Como resultado de esta nueva información, la paciente se animó algo más. En lugar de considerarse un “fracaso”, comenzó a pensar que lo que le hacía falta eran algunas correcciones en su forma de escribir. Decidió acudir a alguien que pudiese guiarla y finalizar el curso.

Este ejemplo muestra los efectos que ejercen las interpretaciones negativas del paciente sobre sus sentimientos y su conducta. La paciente del ejemplo ex-

perimentaba una intensa disforia no sólo por haber obtenido una calificación mediocre, sino también porque, para ella, eso significaba que era un fracaso. Sin embargo, estaba preparada para *actuar* en relación con su conclusión negativa. El abandono del curso podría haber sido un gran error a la luz de la evidencia. De hecho, habría convencido a la paciente de la validez de la conclusión negativa referente a sus aptitudes. Cuando hubo explorado otras interpretaciones, logró tomar una decisión más razonable.

Tanto para la paciente como para el terapeuta resultó útil listar y evaluar las creencias de aquélla a la hora de formular hipótesis empíricamente comprobables. La paciente volvió a evaluar sus interpretaciones al final de la sesión y se dio cuenta de que había sobrestimado la hipótesis del “rechazo-falta de capacidad” a partir de una evidencia muy limitada. Es interesante observar que, una vez que la paciente se hubo formado una idea más adecuada de las críticas del profesor, dejó de prestar atención a la idea de que era un fracaso (que ya no le parecía plausible) para pasar a estudiar racionalmente los errores o incorrecciones en su forma de redactar. A diferencia del terapeuta que practica “el poder de los pensamientos positivos”, el terapeuta cognitivo no intenta negar o ignorar la falta de objetividad y ajuste a la realidad.

Por supuesto, no siempre es posible que el paciente reúna los datos relevantes desde la propia consulta, como en este caso. Cuando sea factible, sin embargo, el esfuerzo valdrá la pena, ya que el progreso en otras áreas se verá dificultado si el paciente se siente abrumado por las ideas de rechazo. Si los datos no se pueden recoger desde la consulta, se asignará al paciente una “tarea de emergencia para casa”; esto es, obtener la información (por ejemplo, contactar con el profesor) y llamar al terapeuta lo antes posible. De este modo, existen menos oportunidades de que los pensamientos y conclusiones negativas contaminen otros aspectos de la vida del paciente. Incidentalmente, hemos observado que, cuanto mayor sea la discrepancia entre la conclusión incorrecta original y los datos reales recogidos por el paciente, mayor es el rechazo hacia la conclusión. En ocasiones, puede ser conveniente contar con una “persona significativa” o con un terapeuta auxiliar para ayudar al paciente a reunir los datos pertinentes fuera de la consulta.

Registro de pensamientos inadecuados

Anotar las cogniciones y las respuestas en columnas paralelas es un modo de comenzar a examinar, evaluar y modificar las cogniciones. El paciente recibe la instrucción de escribir sus cogniciones en una columna y, a continuación, una “respuesta razonable” a cada cognición en otra columna. Se pueden incluir columnas adicionales donde se especifiquen los sentimientos y conductas del paciente, así como la descripción de la situación que precedió a la cognición.

En este sentido, y en función del número de columnas, la técnica puede ser de dos, tres, o incluso cuatro columnas. Se dispone de una hoja de registros para facilitar al paciente la tarea de anotar sus pensamientos e imágenes inadecuadas. Los encabezamientos de las columnas de esta hoja son: Datos, Situación, Emoción (es), Pensamientos automáticos, Respuesta racional y Resultado.

El terapeuta debe explicar detalladamente el empleo de la hoja, una vez que el paciente haya entendido la noción de pensamientos (o cogniciones) automáticos. Es conveniente ofrecer algunos ejemplos de cogniciones inadecuadas y respuestas racionales durante la sesión. El terapeuta también debe enseñar al paciente a evaluar el grado de sus experiencias emocionales y a determinar hasta qué punto cree en sus pensamientos automáticos. El fundamento teórico de este procedimiento consiste en enseñar al paciente a discriminar con más precisión sus emociones y sirve para asegurarse de que el paciente anota los pensamientos que resultan “extraños” (esto es, que tienen un bajo grado de credibilidad). Las evaluaciones, naturalmente, proporcionan un método para cuantificar los cambios en las respuestas emocionales y en los pensamientos del paciente. El Registro Diario de Pensamientos Distorsionados es un instrumento muy útil para la terapia cognitiva. A medida que avanza el tratamiento, muchos pacientes consultan sus anotaciones para recordar los tipos de situaciones y errores de pensamiento que puedan mantener o acentuar la depresión.

El objetivo principal del terapeuta es ayudar al paciente a elaborar respuestas racionales a sus cogniciones negativas. El siguiente ejemplo muestra el empleo de la hoja de registros. Al irse anotando las situaciones y las cogniciones, el paciente experimenta un cierto alejamiento de los efectos que producen. El objetivo del terapeuta consiste en incrementar la objetividad del paciente respecto a sus cogniciones; demostrar la relación entre cogniciones negativas, sentimientos desagradables y conductas inadecuadas; y lo que es más importante, distinguir entre una interpretación realista de los acontecimientos y una interpretación distorsionada por significados idiosincráticos.

El terapeuta puede determinar el encabezamiento de las columnas en función de las necesidades concretas del paciente. El siguiente ejemplo ilustra tanto la adaptación de la técnica de las alternativas como la participación de una “tercera persona objetiva” que respondió a las cogniciones.

La paciente con una depresión de 6 años de duración estaba empleada en un Archivo de discos de Medicina.

<i>Situación</i>	<i>Sentimientos</i>	<i>Cogniciones</i>	<i>Otras interpretaciones posibles.</i>
Cuando fui a recoger datos para la revista del Archivo, la enfermera responsable de la unidad de cuidados coronarios se comportó de forma brusca y dijo: "Detesto los discos sobre medicina".	Tristeza Ligero enfado Soledad	No le caigo bien.	La enfermera jefe siempre suele estar de mal humor. Detestar los discos de Medicina no es lo mismo que odiarme a mí; en realidad detesta el trabajo administrativo. Experimenta gran despresiones por razones desconocidas. Hace mal en detestar los discos; podrían ser su única defensa en caso de pleito.

Una enfermera de 24 años con una depresión profunda presentó el siguiente registro poco después de haber sido dada de alta en el hospital:

<i>Situación</i>	<i>Sentimientos</i>	<i>Cogniciones</i>	<i>Otras interpretaciones posibles</i>
Poco después de que me hubieran dado de alta en el hospital, asistí a una fiesta; Jim me preguntó: "¿Cómo te encuentras?".	Ansiedad.	Jim piensa que soy un caso perdido. Realmente debo tener muy mal aspecto para que él se preocupe.	Se preocupa porque verdaderamente le importo. Se ha dado cuenta de que tengo mejor aspecto que antes de ir al hospital y quiere saber si realmente me siento mejor.

En el Capítulo 13 se exponen más descripciones en relación con el Registro Diario de Pensamientos Distorsionados.

Empleo del contador de pulsera

Hemos observado que, aunque no se dan cuenta de la naturaleza repetitiva y estereotipada de sus pensamientos automáticos negativos, el empleo de un instrumento técnico les ayuda a identificar y controlar sus cogniciones.

Para este propósito puede emplearse un Contador de Respuestas adaptado a partir de un contador de golf (parecido a un reloj de pulsera). Una vez que el paciente ha recibido instrucciones precisas del terapeuta para identificar los pensamientos automáticos y ha leído *Coping with Depression*, se le pide que anote sus pensamientos automáticos. Cuando el terapeuta piensa que el paciente identifica correctamente sus cogniciones (y las distingue de los pensamientos “normales”, adaptativos o neutros), pasa a mostrarle el empleo del contador de pulsera. Es esencial que el terapeuta efectúe comprobaciones periódicas para asegurarse de que el paciente registra las cogniciones que son relevantes para la terapia. Como se expone en *Cognitive Therapy Emotional Disorders* (Beck, 1976) y en *Coping with Depression*, estas cogniciones negativas tienen varias características específicas: (1) Son *automáticas* –aparecen como si fuesen reflejas, sin ningún proceso de razonamiento previo; (2) son *irracionales e inadecuadas*; (3) al paciente le parecen completamente *plausibles y las acepta como válidas*; (4) son *involuntarias* –al paciente le cuesta bastante “detenerlas”.

Con el tiempo, el terapeuta va descubriendo que cada paciente tiene sus propios pensamientos automáticos *idiosincráticos*. Para algunos pacientes, los pensamientos automáticos pueden tomar la forma de interpretación de las situaciones y los acontecimientos en términos de rechazo; otros pueden pensar constantemente en el fracaso; otros pueden hacer predicciones negativas relativas a las interacciones o actividades que van a emprender. Algunos, en fin, pueden perseverar en pensamientos de inutilidad, enfermedad, etc.

El empleo del contador es útil para demostrar al paciente el modo como sus pensamientos producen, mantienen o intensifican sus sentimientos negativos y otros síntomas de la depresión. Sin embargo, en algunos casos, el empleo del contador y el registro de los pensamientos automáticos está *contraindicado*: Cuando el paciente se halla tan inmerso en sus propios pensamientos negativos que es incapaz de concentrarse en algo distinto, se le debe entrenar en ignorar la cognición y concentrarse en la tarea que tenga entre manos.

CAPÍTULO 9

DETERMINACIÓN DE LOS SÍNTOMAS OBJETIVO

Ya hemos discutido la importancia de aliviar en la medida de lo posible los síntomas del paciente, transformando sus quejas principales en *problemas resolubles* (Capítulo 5). Cualquiera de los componentes de la depresión que implique malestar o inmovilidad puede considerarse como un síntoma objetivo, el cual puede reformarse en términos de un problema resoluble. En los Capítulos 7 y 8 se especificaron procedimientos generales de tratamiento; en éste, delimitaremos el campo de intervención en relación con síntomas objetivo concretos. Dado que la selección de un objetivo central tiene en cuenta no sólo lo que el paciente percibe con sus problemas principales, sino también la posibilidad o facilidad de resolver éstos con prontitud, existen momentos en que ha de posponerse la consideración de los problemas más generales del paciente hasta que se hayan aliviado sus síntomas. Por ejemplo, un paciente se encontraba muy deprimido porque no encontraba trabajo; pero antes de poder abordar directamente este tema, el paciente debía mostrar una mayor actividad. Solamente cuando el paciente se mostrase más activo y hubiese comenzado a sentirse mejor, sería capaz de afrontar la ansiedad social que le producía buscar trabajo.

Ya que la depresión incluye componentes efectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos, el terapeuta puede centrarse en uno de ellos o en la combinación de varios para conseguir la modificación del síndrome depresivo. Cada uno de los componentes mantiene una relación recíproca con los demás; por lo tanto, la mejoría en una de las áreas problemáticas afecta a las demás. En cada caso, la especificación del problema a tratar y las técnicas específicas que se van a emplear dependen de multitud de factores. El terapeuta debe discutir los objetivos con el paciente, a fin de llegar a un consenso sobre el problema “objetivo” y sobre los procedimientos a emplear. A continuación, el terapeuta cognitivo formula los problemas del paciente en términos de pensamientos e imágenes que subyacen en sus respuestas. Así, la primera tarea del

terapeuta consiste en entender cómo los signos y síntomas de la depresión reflejan una profunda alteración en la organización cognitiva del paciente.

Como ya hemos mencionado, el individuo depresivo tiende a percibirse a sí mismo, sus experiencias y su futuro en un sentido negativo. Estas concepciones negativas se ponen de manifiesto en el modo como el paciente malinterpreta sistemáticamente sus experiencias de acuerdo con los contenidos de su pensamiento. Las concepciones negativas del paciente influyen en los síntomas de la depresión: tristeza, pasividad, culpabilidad, falta de placer o agrado y tendencia al suicidio. Se establece un círculo vicioso: los pensamientos negativos, los sentimientos desagradables, la falta de motivación y, en general, la pasividad se refuerzan mutuamente. El terapeuta cognitivo rompe este círculo vicioso seleccionando uno o varios de los síntomas susceptibles de intervención terapéutica. El primer objetivo, por tanto, puede centrarse en uno o varios de los síntomas afectivos, cognitivos, motivacionales o conductuales.* (Para conseguir resultados duraderos, los supuestos inadecuados que subyacen a los síntomas deben ser modificados).

Selección de objetivos y técnicas

La selección del conjunto de síntomas y de las técnicas a emplear puede llevarse a cabo en base a varias consideraciones:

1. El principio de la “colaboración terapéutica” suele sentar una buena base para la toma de este tipo de decisiones. El terapeuta puede delimitar varias áreas susceptibles de intervención y describir algunos de los procedimientos terapéuticos que parezcan más indicados. Tras una discusión, terapeuta y paciente pueden tomar una decisión conjunta (una vez que haya comprobado que el paciente no está demasiado encerrado en sí mismo como para participar en la toma de decisiones).

2. Generalmente, en las primeras fases del tratamiento y en el tratamiento de los pacientes depresivos más graves, es probable que las técnicas conductuales sean más recomendables que las estrictamente cognitivas. En este sentido, debería prestarse más atención a procedimientos como la programación de activi-

* El Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1967, 1978) puede constituir un instrumento útil para elicitar los problemas de aquellos pacientes que tienen dificultad para centrarse en sus síntomas o en situaciones concretas. Hemos observado que casi todos los items del Inventario pueden constituir una puerta de acceso a los constructos inadecuados o distorsionados del paciente. Por ejemplo, cuestiones específicas referentes a puntuaciones altas en los items denominados Sentimiento de Fracaso, Momentos de Tristeza, Fatigabilidad, etc., suelen dar lugar a una gran riqueza de datos acerca de las autoevaluaciones negativas del paciente, de su fijación en carencias reales o que él imagina y de sus expectativas negativas referentes a cualquier actividad dirigida a un objetivo, respectivamente.

dades, la asignación de tareas graduales y la práctica cognitiva que a la identificación y modificación de las cogniciones inadecuadas.

3. El terapeuta debe intentar conjugar el procedimiento con el nivel cultural del paciente, su estilo personal, etc.

4. La urgencia y gravedad relativas de los distintos problemas y síntomas son los factores que deben dictar la prioridad; es decir, el problema(s) que ha de tratarse en primer lugar.

5. En cierto sentido, suele ser necesario poner en práctica el método de “ensayo y error”. Al paciente debe decirsele: Disponemos de varios procedimientos que han resultado útiles para solucionar distintos problemas. Podemos poner a prueba algunas de estas técnicas para encontrar la que mejor le sirva a usted. Aunque un método no nos resulte demasiado útil, siempre nos proporcionará información sobre otros métodos con mayor probabilidad de éxito”.

En resumen, el procedimiento de centrarse en los problemas consiste en descomponer el complejo fenómeno de la depresión en sus problemas constituyentes, seleccionar los problemas concretos que se van a abordar y determinar el tipo de intervención terapéutica para el paciente. A continuación, figuran algunos de los principales síntomas objetivo.

Síntomas afectivos

Tristeza

La mayoría de los pacientes depresivos suelen informar de un cierto grado de tristeza e infelicidad. Algunos pacientes experimentan períodos alternantes de tristeza, en tanto que otros, incapacitados por la extrema gravedad de la depresión, no. Es posible que los pacientes describan estos sentimientos en términos de sensaciones corporales; por ejemplo, “Un sentimiento de tristeza impregna todo mi cuerpo”. Se da la circunstancia de que el paciente experimenta este dolor psíquico en un momento en que su tolerancia y su capacidad para afrontar el dolor –de cualquier tipo– se sitúan a unos niveles muy bajos. Por esta razón, proporcionar al paciente un cierto alivio suele ser uno de los primeros objetivos de la intervención terapéutica.

Cuando se está trabajando sobre los efectos del paciente, el terapeuta debe conocer con exactitud el significado de lo que dice el paciente al describir sus sentimientos.

Los pacientes tienden a intensificar su tristeza utilizando expresiones como, “No puedo soportar este sentimiento”, “Me siento muy mal todo el tiempo”, “Siempre seré desgraciado”, etc. El terapeuta puede valerse de cualquiera de los procedimientos cognitivos/conductuales descritos para ayudar al paciente a corregir estas distorsiones.

Las cogniciones que producen sentimientos de tristeza no siempre son fáciles de identificar. Es posible que el paciente no sea capaz de detectar los pensamientos que le producen sentimientos de tristeza. En estos casos, el terapeuta debe proporcionar al paciente otros modos de aliviar o reducir la disforia.

Por ejemplo, el terapeuta puede mitigar la tristeza induciendo al paciente a “sentir autocompasión”. A propósito de este método, Beck (1976) escribió:

Animar al paciente a expresar sus emociones negativas verbalizándolas o incluso llorando reduce a veces la intensidad de éstas y hace que el paciente se sienta más aliviado, más como una “persona completa”. (Evidentemente, algunos pacientes se sienten peor tras liberar sus emociones; por lo tanto, métodos como éste deben emplearse con suma precaución). Cuando un paciente llora, es posible que sienta lástima de sí mismo. De este modo, sus cogniciones referentes a sí mismo pasan de ser actitudes de rechazo o de menosprecio a ser actitudes de compasión o lástima. Y la autocompasión es incompatible con el sentimiento de culpabilidad. (Pág. 295).

Se puede acelerar el proceso a través de otras técnicas. Por ejemplo, contarle al paciente la historia de otra persona con un problema similar al suyo y con quien él pueda identificarse fácilmente puede suscitar su compasión. Sentir compasión por otra persona en condiciones parecidas puede ayudar al paciente a sentir compasión por sí mismo. Las técnicas de dramatización, como el role-playing, en las cuales el terapeuta asume el papel de paciente, también puede servirle a éste para cambiar su conjunto de cogniciones de autocríticas a compasivas.

Los procedimientos de autocompasión resultan especialmente útiles para los pacientes que sienten deseos de llorar, pero que son incapaces de hacerlo. Tradicionalmente a los hombres de nuestra cultura les resulta difícil llorar, pero, a medida que se van difuminando los roles sexuales, aumenta el número de mujeres con el mismo problema. El terapeuta puede descubrir experiencias personales propias para facilitar el llanto del paciente. Un paciente, por ejemplo, fue incapaz de derramar una sola lágrima al morir su esposa. Su muerte se produjo tras un prolongado y doloroso período de hospitalización. El paciente consiguió llorar y sentir autocompasión cuando el terapeuta refirió sus propios sentimientos de dolor y preocupación cuando su esposa estuvo hospitalizada a causa de un accidente.

Cólera inducida

La experiencia de ira también puede contrarrestar los sentimientos de tristeza del paciente. Sin embargo, a no ser que se haga con mucho cuidado, el paciente puede culparse por su enfado y, de este modo, sentirse peor. En la consulta, el terapeuta puede emplear técnicas para inducir sentimientos de ira con objeto de aliviar la tristeza del paciente. No obstante, el objetivo final es enseñar al paciente a aplicar dichas técnicas para combatir los sentimientos de tris-

teza fuera de la consulta. Una vez que el paciente ha aprendido a aplicar estos procedimientos durante la sesión, recibe la instrucción de practicarlos entre una sesión y otra. Para impedir que el paciente se encohere demasiado, recibe la instrucción de poner límites temporales a la expresión de los sentimientos de ira y, a continuación distraerse con alguna actividad.

Distracción

Los pacientes pueden valerse de la distracción para reducir (temporalmente) casi todos los sentimientos dolorosos. La distracción es especialmente eficaz para aliviar la tristeza. Cuando la distracción se entiende como una habilidad para hacer frente a los problemas, el terapeuta le pide al paciente que evalúe el nivel de tristeza; a continuación, el paciente recibe la instrucción de concentrarse en un objeto determinado de la consulta y el nivel de tristeza: lo habitual es que este nivel haya disminuido en cierta medida.

Si el “ejercicio” de la consulta tiene éxito, se pide al paciente que practique ejercicios de distracción entre las sesiones. Se le dice que, cuando comience a sentirse triste, considere la tristeza como un indicio para llevar a cabo actividades que le distraigan. Estas actividades pueden consistir en dar un paseo, leer, conversar con alguien, llamar por teléfono, contemplar el paisaje, etc. A menudo ocurre que el paciente sólo es capaz de distraerse durante pocos minutos al principio. Como en otros procedimientos cognitivos, el paciente recibe la instrucción de comenzar dedicando poco tiempo; poco a poco, notará que le resulta más fácil incrementar la duración de las actividades distractoras.

En ocasiones, el paciente puede aprender a desviar su atención aumentando su disponibilidad sensorial. Este procedimiento consiste en que el paciente se concentre en el medio que le rodea, poniendo en juego cuantas modalidades sensoriales le sea posible: el gusto, el oído, el olfato, la vista y cualquier tipo de sensación corporal. El procedimiento suele ser eficaz para aquellos pacientes que experimentan pensamientos negativos recurrentes. Por ejemplo, un vendedor con disforia crónica llegó a controlar este tipo de pensamientos durante el trabajo aumentando su disponibilidad hacia los estímulos ambientales. Cuantas más modalidades sensoriales ponía en juego, menos pensamientos recurrentes experimentaba y, por lo tanto, mayor era la sensación de alivio.

Algunos pacientes emplean las imágenes visuales para distraerse: imaginan escenas agradables, como jugar al tenis en Florida o ganar a la lotería. Cuantos más detalles aparezcan en las escenas, más probable es que resulten afectivas. Una variante de este método consiste en que el paciente visualice mentalmente momentos pasados de felicidad o imagine escenas futuras en que ya no esté triste. Sin embargo, el empleo de las imágenes visuales suele ser perjudicial para los pacientes depresivos más graves, debido al predominio de los contenidos negativos en la interpretación de las experiencias cotidianas.

Humor

El humor suele ser un buen distractor de los sentimientos de tristeza del paciente. Muchos pacientes conservan el sentido del humor a pesar de su falta de alegría; en base a ello, el terapeuta ducho en poner de manifiesto el sentido gracioso de las situaciones puede distraer la atención del paciente, aunque sólo sea temporalmente, valiéndose del humor. Cuando un paciente depresivo capta el aspecto humorístico de una situación, suele ser un signo de que está desarrollando o aplicando una importante habilidad para hacer frente a los problemas.

En este procedimiento, los pacientes reciben instrucciones de buscar la parte humorística o irónica de las situaciones siempre que comiencen a sentirse tristes. Por ejemplo, un paciente comenzó a sentirse triste cuando se dirigía hacia su coche por la mañana. Se detuvo y se dio cuenta de que estaba triste porque acababa de ver que el basurero, tras recoger la basura, dejaba el cubo tirado de cualquier forma; este hecho había desencadenado pensamientos sobre el radio que el paciente tenía a aquel barrio. En lugar de dejarse llevar por la tristeza, el paciente buscó algo de humor en la situación y observó que el nombre de la compañía de los camiones de basura era "Vile and Sons"*. Esta coincidencia le pareció tan divertida que contrarrestó satisfactoriamente su tristeza.

El recurso del humor y de otras formas de distracción quizá no sea la solución ideal a los problemas del paciente. Sería preferible conseguir cambios actitudinales a largo plazo. Sin embargo, muchas veces es necesario lograr una mejoría en el funcionamiento y en el estado de ánimo del paciente antes de pasar a aplicar soluciones más generales y duraderas. El conocimiento de que posee recursos adecuados para hacer frente a la tristeza suele producir en el paciente la sensación de que puede ejercer un cierto control, lo cual se traduce en un sentimiento de seguridad y bienestar.

Limitación de las expresiones de disforia

Las personas aquejadas de problemas psíquicos, igual que las que padecen alguna enfermedad física, suelen sentirse aliviadas cuando comentan sus sufrimientos con otras personas. Dado que la atención por parte de los demás no es la causa de la tristeza, como muchos parecen creer, las conversaciones prolongadas o frecuentes sobre estos sentimientos suelen intensificarlos. Al comentar con otros sus problemas, los pacientes se están centrando innecesariamente en los sentimientos de tristeza. Además, si los pacientes están constantemente hablando de sus sentimientos, pueden producirse tensiones en la relación con sus amigos y familiares. Por estas razones, se pide a los pacientes que restrinjan sus manifestaciones de infelicidad.

* "Vile" puede traducirse como "Sucio". Por lo tanto, el nombre de la compañía de los camiones de basura sería "Sucio e Hijos" (N. del T.).

Después de presentar las razones y el fundamento teórico de la restricción de dichas expresiones, el terapeuta puede pedir al paciente que registre el tiempo que pasa hablando de sus sentimientos, ya que muchos pacientes no se dan cuenta de cuán frecuente es en ellos este comportamiento. El paciente puede buscar la ayuda de otras personas a la hora de modificar su conducta; por ejemplo, a las personas que continuamente le preguntan cómo se siente, puede decirles que agradece su preocupación, pero que está intentando no hablar tanto de sus problemas. Si es necesario, el terapeuta puede tratar este tema con las personas significativas para el paciente.

En algunos casos, hemos asignado un período de tiempo del día determinado para “sentirse mal”. Por ejemplo, el terapeuta puede sugerir al paciente que trate de posponer la experiencia de sus sentimientos hasta última hora de la tarde, pongamos de 7-8. Los pacientes a quienes se ha asignado esta tarea parecen esperar la ocasión de “sentirse mal”, actuando más adaptativamente durante el resto del día.

“Construir un piso” bajo la tristeza

Otro procedimiento útil consiste en enseñar al paciente a aumentar su tolerancia a los sentimientos de disforia. Este método es recomendable en el tratamiento de emociones negativas, como la ansiedad. En lugar de, o en respuesta al pensamiento, “No puede soportarlo”, se anima al paciente a que se diga a sí mismo, “Soy bastante fuerte para aguantarlo” o “Voy a ver cuánto tiempo soy capaz de soportarlo”. A base de práctica, las personas aprenden a aumentar su tolerancia ante casi cualquier forma de malestar.

Al paciente se le puede decir que, aumentando su tolerancia a la tristeza, se fortalece y se “autoinocula” contra posibles momentos futuros de disforia. Observando que realmente es capaz de tolerar niveles altos de disforia sin sentirse demasiado alterado, el paciente suele experimentar un mayor sentimiento de control que, en sí mismo, detiene los efectos de la tristeza. Para afrontar la tristeza, los pacientes suelen recurrir a mecanismos conductuales desadaptativos, como dormir demasiado, comer o beber en exceso, etc. El paciente puede fortalecer su tolerancia a la tristeza incrementando el tiempo transcurrido entre el sentimiento de tristeza y la puesta en práctica de estos “antídotos”. Paralelamente, posponer la puesta en marcha de medidas adaptativas también ayuda a incrementar el nivel de tolerancia.

Dado que se espera que el paciente siga experimentando distintos grados de tristeza mientras dure la depresión, es importante que aplique algunas estrategias que eviten el *agravamiento de la disforia*. La comprobación de que es capaz de contener la fuerza de sus sentimientos de tristeza sirve como antídoto para el pensamiento, “La tristeza cada vez va a más, llegará a hacerse insoportable”.

Una técnica sencilla aplicable a los pacientes que experimentan momentos especialmente difíciles a una determinada hora del día (por ejemplo, a primera hora de la mañana) consiste en elaborar un programa de actividades distractoras para ese período de tiempo. Por ejemplo, un autor asignó la tarea de subrayar capítulos y escribir el mayor número de párrafos posible entre las 6 y las 8 de la mañana –el período de disforia más intenso de su paciente. Una ama de casa llenaba este mismo período de tiempo haciendo las labores domésticas. Los fines de semana, particularmente problemáticos para esta misma paciente, los empleaba para distintas actividades sociales.

Las tareas distractoras no sólo hacen que el paciente experimente la disforia en menor medida, sino que también son positivas porque desvían los pensamientos del paciente, impidiendo que los contenidos de éstos giren en torno a interpretaciones del significado de la disforia.

Para contrarrestar la tendencia del paciente a atribuir significados de “catástrofe” o autocondenación a su estado de ánimo, suele resultar muy útil una técnica específicamente cognitiva. Hemos observado, por ejemplo, que algunos individuos se censuran por sentirse tristes, lo cual hace que se sientan peor. Una paciente que se acababa de mudar de un piso que estaba en una zona ruidosa a un chalet en las afueras de la ciudad, se culpabilizaba por sentirse mal. Sus pensamientos eran, “Disponemos de un montón de habitaciones, jardín, mucho sitio para que jueguen los niños y bastante intimidad. *Debería ser feliz*”. En realidad, lo que ocurría es que la mudanza había supuesto prácticamente el fin de la relación con sus antiguos vecinos, con quienes había llegado a intimar bastante; por otro lado, había sido una época de trabajo agotador.

El terapeuta señaló que sus sentimientos de tristeza se habían intensificado debido a sus autoacusaciones:

Todos tenemos una amplia variedad de sentimientos. Habitualmente, los sentimientos de tristeza surgen cuando se producen pérdidas de primordial importancia. Respecto a la mudanza, usted reaccionó bien al principio –por ejemplo, pensó en la pérdida inmediata de sus amigos y vecinos, y esto le hizo sentirse triste. Pero entonces, se precipitó de la tristeza a la depresión con sus “debería” y sus reproches. Usted se dice, “Debería sentirme feliz... ¿Por qué no estoy contenta en esta casa nueva y bonita? Algo me pasa”.

Al principio, la paciente se sorprendió de que el deber de ser feliz no fuese realista. Una vez que asumió los comentarios del terapeuta sin embargo, fue capaz de controlar los sentimientos de tristeza diciéndose, “Es natural que me sienta triste durante una temporada. Pero hay varios vecinos a quienes me gustaría conocer mejor... En realidad tiene más sentido que ahora me sienta triste que si estuviera contenta”.

Este caso ilustra la situación de una persona tiranizada por los “deberes” que la sociedad impone implícitamente. El código social dictamina que una persona debe sentirse feliz bajo circunstancias que realmente pueden producir tristeza o infelicidad (al menos, a corto plazo). La persona que tiene tendencia a censurarse o culpabilizarse llega a la conclusión de que el no responder de la forma esperada –con una respuesta de agrado– es síntoma de una anomalía en su carácter y de que *nunca* podrá ser feliz. Al darse cuenta de que una determinada decisión (por ejemplo, mudarse) no es fatal y de que las pérdidas inmediatas se paliarán con otras ganancias a largo plazo, el paciente logra mitigar, en lugar de exacerbar, sus sentimientos de tristeza.

períodos de llanto “incontrolable”

Los períodos de llanto son un síntoma frecuente en la depresión. Habitualmente se da más en las mujeres. En ocasiones, los pacientes se sienten mejor después de haber llorado, pero generalmente lo que ocurre es que se deprimen aún más. Algunos pacientes lloran hasta tal punto que la comunicación con los demás y, por tanto, con el terapeuta se ve seriamente impedida.

Suele suceder que los pacientes lloran en algún momento de la terapia. Si el terapeuta no reacciona de un modo desmesurado, no constituye ningún problema. Algunos pacientes lloran durante la sesión porque creen que es lo que se espera de ellos. Esta idea equivocada puede corregirse con facilidad. El terapeuta también debe estar atento a cualquier signo de azoramiento o vergüenza que pueda presentar el paciente después de haber llorado. Esta reacción se da con más frecuencia en los pacientes varones.

El hecho de llorar no suele ser la principal preocupación del paciente. Pero si este síntoma entorpece la comunicación verbal, ha de aplicarse una solución para que el terapeuta pueda recoger la información relevante. La estrategia suele consistir en que el paciente aprenda un procedimiento de autocontrol que le permita evitar el llanto. Esta estrategia puede incluir entrenamiento en distracción, autoinstrucción activa para *no* llorar y la fijación de unos límites temporales para el llanto.

Una paciente lloraba tanto durante las sesiones que la terapia propiamente dicha prácticamente no tenía lugar. El llanto también constituía un problema para su tratamiento fuera de la consulta; era incapaz de mantener una conversación sin llorar. Después de probar varios procedimientos de autocontrol sin ningún éxito, el terapeuta estructuró las sesiones (con el consentimiento de la paciente) de modo que la paciente disponía de tres períodos de tres minutos para poder llorar: uno al principio, otro hacia la mitad y el tercero al final de la sesión. Este procedimiento resultó satisfactorio para controlar los períodos de llanto de la paciente, tanto en la consulta como fuera de ella. Tras varios ensayos de “llanto controlado”, la paciente dijo que se había dado cuenta de que

podía controlarse. Además, la capacidad para controlarse aumentó su sentimiento de seguridad y mejoró su autoimagen.

Sentimientos de culpabilidad

Ya que el sentimiento de “estar haciendo las cosas mal” se basa en patrones arbitrarios e idiosincráticos, el terapeuta debe evitar llegar a conclusiones sobre la fuente de los sentimientos de culpabilidad del paciente. Una paciente, por ejemplo, manifestó que se sentía culpable respecto al sexo. Una explicación más profunda indicó que en realidad no se sentía culpable por sus diversas “aventuras” extramatrimoniales, sino porque se masturbaba. Cuando los pacientes no admiten un sentimiento de culpabilidad por una “conducta antisocial”, el terapeuta no debe suponer simplemente que el paciente está reprimiendo sus sentimientos de culpabilidad.

Algunos pacientes pueden sentirse más culpables por pensamientos o deseos que por acciones. Una paciente, por ejemplo, no se sentía culpable por tener relaciones con un hombre casado, pero sí por desear que su esposo, que estaba enfermo, muriese. El terapeuta observó que los pensamientos no son acciones y que, como la paciente no era omnipotente, sus deseos no podían influir en la realidad. También explicó que su deseo, aunque contrario a su sistema de valores, era comprensible dada la esperanza de casarse con su amante.

El sentimiento de culpa de un paciente se debe frecuentemente a que se supone –de forma poco realista– responsable de la conducta de otras personas.

Preguntando simplemente al paciente *por qué* es responsable, el terapeuta le obliga a examinar la naturaleza de su excesivo sentido de la responsabilidad. Puede ser conveniente obtener información adicional para ayudar al paciente a modificar su interpretación de las situaciones, cuando ésta genera sentimientos de culpabilidad. Este procedimiento se aplicó con éxito en el caso de una paciente que se sentía culpable del suicidio de su hija.

TERAPEUTA: ¿Por qué es usted responsable del suicidio de su hija?

PACIENTE: Debí haberme dado cuenta de que ella pensaba suicidarse.

T: Hay autores que llevan muchos años estudiando sobre el suicidio y todavía no se puede predecir con exactitud cuándo una persona se va a suicidar.

P: Pero yo debí haberme dado cuenta.

T: Creer que usted debía saber lo que es imposible saber es contrario a las leyes de la naturaleza. Todo lo que sabemos es que su hija cometió un error al decidir suicidarse y que usted lo está cometiendo al sentirse responsable de su muerte.

Hemos observado que las madres (más que los padres) tienden a sentirse en gran medida responsables de las deficiencias; dificultades o “defectos” de sus hi-

jos. En contraposición, los hombres tienden más a sentirse responsables de los problemas en el terreno laboral. La “madre culpable” suele buscar tratamiento en el momento en que sus hijos ya son adultos o adolescentes, se siente culpable por el deseo de emanciparse de sus hijos, ya que sigue albergando el sentido de la responsabilidad y la obligación que tenía cuando eran pequeños.

Algunos pacientes creen que el sentimiento de culpa les impide llevar a cabo conductas contraproducentes y antisociales. No se dan cuenta de que actuar en función de los propios intereses tiene consecuencias positivas (incluyendo las conductas presociales) y actuar de otro modo también puede tener consecuencias negativas. Muchas veces, los sentimientos de culpa añaden una carga innecesaria que puede incrementar la conducta contraproducente. Un ejemplo clásico es el del alcohólico que se siente culpable por beber, y como se siente culpable, bebe para olvidar su culpabilidad. Si el paciente lleva a cabo algún tipo de conducta contraproducente, como fumar o beber en exceso, y se siente culpable por ello, su atención debe orientarse a controlar esta clase de conductas y las autocríticas por fracasar a la hora de conseguir este objetivo.

Vergüenza

Muchos pacientes sienten vergüenza a causa de algún aspecto “socialmente indeseable” de su personalidad o de su conducta. A diferencia de los sentimientos de culpabilidad, motivados por una supuesta infracción de los códigos *ético o moral* por parte del paciente, la vergüenza surge de la creencia del paciente de que le juzgan como infantil, débil, loco o, en general, inferior. Así, los comportamientos que el paciente supone les van a parecer ridículos a los demás son los que inician la secuencia: “Parezco un loco” → “Es terrible parecerlo” → vergüenza. Ya que los pacientes no suelen admitir espontáneamente que se sienten avergonzados, el terapeuta necesita indagar acerca de este sentimiento. El terapeuta puede explicar que la vergüenza, hasta cierto punto, la crea uno mismo. Para dejar claro que el propio paciente se autoinduce sentimientos de vergüenza, el terapeuta puede preguntarle: (a) ¿Existen cosas de las que usted se avergonzase en el pasado y ahora no? (b) ¿Existen cosas de las que usted se avergüenza y otras personas no? (c) ¿Existen cosas de las que otras personas se avergüencen y usted no?

Puede decirse al paciente, que si adopta una filosofía de “antivergüenza”, logrará poner fin a muchos de sus problemas. Por ejemplo, cuando el paciente comete un error que le parece vergonzoso, puede realizar un ejercicio de “antivergüenza” simplemente reconociendo el error, en lugar de ocultarlo. Si continúa con esta “política abierta” durante cierto tiempo, su tendencia a sentirse avergonzado disminuirá. Además, se volverá menos inhibido y más flexible y espontáneo en sus respuestas.

En el siguiente diálogo se ilustra cómo el terapeuta puede ayudar al paciente a superar los sentimientos de vergüenza por estar deprimido:

PACIENTE: Si mis compañeros de trabajo supieran que estoy deprimido, pensarán mal de mí.

TERAPEUTA: Aproximadamente un 10% de la población sufre una depresión en algún momento de su vida. ¿Qué hay de vergonzoso en ello?

P: Los demás piensan que los depresivos son inferiores.

T: Está usted confundiendo una condición psicológica con un problema social. Según lo que usted dice, resulta que se culpa a la víctima. Incluso aunque los demás piensan mal de usted –aparte de su propia ignorancia y de su modo infantil de clasificar a las personas–, no tiene por qué aceptar su evaluación. Usted se sentirá avergonzado cuando se aplique a sí mismo el sistema de valores de los demás, es decir, si usted piensa realmente que es vergonzoso.

Se pueden aplicar otros procedimientos, como por ejemplo hacer que los pacientes anoten las ventajas e inconvenientes de manifestar vergüenza.

Cólera

Los sentimientos depresivos de cólera no son uno de los problemas típicos del paciente depresivo. Algunos de ellos experimentan más ira cuando comienzan a sentirse mejor. Este período de cólera excesiva suele ser de corta duración e indica que el paciente está progresando. Sin embargo, existen pacientes cuyos enfados aparecen al principio y son persistentes. En estos casos, muchos de los procedimientos –la distracción, el incremento de la tolerancia, etc. que se emplean con otras emociones negativas pueden también aplicarse. Los pacientes pueden aplicar las técnicas de relajación cuando comiencen a enfadarse. Goldfried y Davison (1976) proporcionan una excelente descripción de las técnicas de relajación.

Se enseña al paciente a emprender alguna actividad cuando comience a sentirse enfadado. Como señala Novaco (1975), la persona malhumorada suele estar abrumada por pensamientos que giran en torno a la intolerancia hacia otros y a una necesidad de venganza. Se anima al paciente a que se tranquilice. Frecuentemente se le enseña a incrementar su capacidad de empatizar con la otra persona; así, puede surgir en el paciente un conjunto de cogniciones de aceptación que son incompatibles con la cólera.

Por ejemplo, una estudiante universitaria solía ponerse furiosa contra su padre porque éste no aprobaba la vida poco convencional que ella llevaba. El terapeuta preparó un role-playing en el que la paciente representaba el papel de su padre; así, ella se dio cuenta de que su padre pensaba que estaba cometiendo “un terrible error” y arruinando su vida. También se dio cuenta de que la conducta de su padre reflejaba su preocupación y su cariño por ella.

Ansiedad

Con frecuencia, los pacientes manifiestan ansiedad como un problema que acompaña a la depresión o que surge cuando la depresión va desapareciendo. Algunos pacientes se ven demasiado afectados por la ansiedad porque no clasifican correctamente sus emociones. El terapeuta puede aliviar a estos pacientes simplemente identificando los síntomas como ansiedad y asegurándoles que, aunque estos sentimientos sean molestos, no son peligrosos. Este procedimiento ayuda a quitar importancia a la ansiedad y a evitar que el paciente experimente ansiedad por la ansiedad.

El primer paso en el tratamiento de la ansiedad es animar al paciente a controlar este síntoma. Además de registrar las variables situacionales, como la hora, el lugar, las circunstancias, etc., se pide al paciente que evalúe el grado de ansiedad experimentado durante un cierto período de tiempo. Este procedimiento se lleva a cabo pidiendo al paciente que represente gráficamente el nivel de ansiedad en “unidades subjetivas de ansiedad” de 0 a 100 en un eje y la “hora” (habitualmente en intervalos de media hora) en el otro. La gráfica resultante proporcionará al terapeuta una información muy valiosa y mostrará al paciente que la ansiedad suele estar producida por la situación exterior y que tiene una *duración limitada*. Muchas veces, los pacientes en medio de un ataque de ansiedad piensan que nunca desaparecerá.

Se puede enseñar a los pacientes diversas técnicas de autocontrol para hacer frente a la ansiedad. Generalmente, el mejor antídoto de la ansiedad es la actividad física. Las actividades físicas repetitivas, como botar una pelota, saltar a la cuerda o correr, suelen ser recomendables. A algunos pacientes les alivia realizar actividades como limpiar la casa o trabajar en el jardín. La distracción es un modo de disminuir el nivel de ansiedad. Dos miembros de nuestro equipo que estaban en un embotellamiento de tráfico consiguieron reducir su ansiedad –generada por la posibilidad de perder el tren– gracias a una complicada fórmula para predecir cuántos coches de los que estaban delante de ellos pasaban mientras el semáforo estaba en verde. Se les puede decir a los pacientes que compren rompecabezas de bolsillo o que presten atención a lo que ocurre a su alrededor cuando comiencen a sentir ansiedad. Los pacientes que se concentren demasiado en la ansiedad pueden necesitar formas de distracción más tajantes. Algunos pacientes han empleado campanillas o cascabeles para distraerse de la ansiedad.

Muchos de los procedimientos empleados para modificar los pensamientos depresivos también son eficaces en el tratamiento de la ansiedad. El procedimiento típico en el que el paciente evalúe el nivel de ansiedad de una situación anticipada. A continuación, después de discutir modos más realistas de hacer frente a la situación, el paciente evalúa de nuevo la ansiedad. En su momento, evaluará la ansiedad experimentada de hecho en la situación real. A menudo

sucede que los pacientes no se dan cuenta de que la ejecución de una persona puede ser adecuada aun cuando experimente ansiedad. Muchos estudios han mostrado que los niveles altos de ansiedad no tienen por qué impedir necesariamente que una persona realice una buena ejecución en situaciones generadoras de ansiedad.

Con frecuencia, los pacientes se olvidan de los “factores de salvamento” en las situaciones ansiógenas. El paciente que teme las averías del automóvil en carreteras solitarias pasa por alto la existencia de teléfonos de emergencia, vehículos remolcadores, etc. Paralelamente, la persona que experimenta ansiedad social olvida la empatía que los demás suelen sentir hacia la persona que padece ansiedad. Es más, el paciente ansioso no suele darse cuenta de que la mayoría de las situaciones pueden dar lugar a un amplio rango de resultados neutrales, o incluso positivos; el hecho de que un dependiente no consiga hacer una venta no significa que el cliente vaya a cortarle la cabeza.

Generalmente, el terapeuta ha de preguntar sobre las imágenes visuales del paciente ansioso, ya que éste no suele ofrecer información acerca de sus fantasías espontáneamente. Es frecuente encontrar que los pacientes ansiosos imaginan con una gran viveza las escenas de “catástrofes” (Beck, 1976). Puede acudir a una amplia variedad de métodos para controlar estas imágenes modificando el contenido visual. Una paciente que temía a su jefe lo imaginaba como un monstruo. Logró modificar esta imagen por otra en que el jefe aparecía como un cordero.

Como ocurre con otros estados afectivos negativos, el terapeuta tiene que descubrir específicamente qué es lo que asusta al paciente de una determinada situación. Las categorías como “fobia a los aviones” o “fobia a la escuela” son demasiado generales y difusas a efectos terapéuticos. Muchas veces, al ayudar a los pacientes a crear el escenario concreto de una situación ansiógena, es cuando surge el miedo principal. Por ejemplo, el propietario de una tienda experimentaba ansiedad porque tenía que hacer un viaje de negocios a Nueva York. Una exploración más profunda reveló que lo que le asustaba era tener que decir “no” a los mayoristas. Una vez aislado este problema, el terapeuta preparó un role-playing para desensibilizar al paciente.

Puede ocurrir que algunos pacientes deban incrementar su nivel de tolerancia a la ansiedad. Si estos pacientes evitan las situaciones generadoras de ansiedad, están perdiendo la oportunidad de poner a prueba sus pensamientos inadecuados. Se les dice que, buscando estas situaciones o, simplemente, “soprotándolas”, se desensibilizarán. Muchas veces, los pacientes evitan las situaciones que perciben como peligrosas, no llegando así a ninguna solución*.

* En el Centro de Terapia Cognitiva tenemos disponible un extenso manual para el tratamiento cognitivo de la ansiedad (ver Apéndice).

Síntomas motivacionales

Pérdida de la motivación positiva e incremento de la tendencia a la evitación

La ausencia de motivación del paciente para llevar a cabo incluso las tareas más simples suele ser uno de los síntomas principales de la depresión. El paciente sabe lo que tiene que hacer, pero no tiene el deseo o estímulo interno para hacerlo. En la mayoría de los casos, el paciente permanece inmóvil porque cree que es incapaz de realizar la actividad o que no recibirá ningún tipo de satisfacción al hacerlo. La pérdida de la motivación positiva suele ir acompañada de una fuerte tendencia a *evitar* actividades constructivas. Esta tendencia a la evitación se pone de manifiesto en las reacciones negativas del paciente en relación con las tareas para casa (ver Capítulo 13).

Las técnicas cognitivas y conductuales expuestas en capítulos anteriores pueden emplearse para ayudar al paciente a superar los bloqueos motivacionales. La estrategia general consiste en que el paciente trate de realizar la actividad evitada sobre una base experimental. El “experimento” puede servir para corregir los pensamientos erróneos del paciente y proporcionar experiencias satisfactorias. Obviamente, el éxito es un factor motivante. Cuando el paciente se da cuenta de que puede ejercer control sobre algún aspecto de su vida, es más probable que también intente controlar otros.

A los pacientes con problemas motivacionales graves les resulta útil el método de autoinstrucción desarrollado por Low y su equipo (1950). En este método, el paciente se da a sí mismo instrucciones concretas para poner su cuerpo en acción. Por ejemplo, un paciente que tuviese problemas para levantarse de la cama diría, “Piernas... moveos... alcanzad el suelo... Músculos... moveos”. A algunos pacientes les resulta extraordinariamente útil este procedimiento, mientras que a otros, no. La técnica de Low se discute con más detalle en el Capítulo 13. Con frecuencia, el paciente desea evitar o escapar de sus rutinas y quehaceres habituales. Una actitud de desesperanza suele estar a la base de este síntoma. Dado que la desesperanza, la tendencia al suicidio y el deseo de escapar son síntomas característicos y cruciales en la depresión, se tratarán en profundidad en capítulo siguiente.

Dependencia

La dependencia excesiva es uno de los síntomas principales de la depresión. El paciente depresivo suele presentar una marcada tendencia a pedir ayuda a los demás para realizar sus actividades cotidianas. Este deseo de ayuda, que puede tomar la forma de quejas o exigencias, generalmente excede la necesidad real de ayuda del paciente. Aunque el hecho de conseguir la ayuda solicitada puede aportar al paciente un alivio temporal, también puede reforzar su dependencia y su falta de seguridad.

En ocasiones resulta conveniente que el terapeuta explique al paciente la diferencia “adaptativa” y dependencia “regresiva”. Pretender aprender modos de hacer frente a la depresión es una forma de dependencia adaptativa; el paciente tiene un problema que es incapaz de resolver por sí solo y, por lo tanto, solicita ayuda de un experto. Por otra parte, la dependencia regresiva se manifiesta al buscar ayuda para algo que el individuo es capaz de hacer por sí mismo. La dependencia regresiva refuerza la idea de inutilidad que tiene el paciente.

A veces los pacientes se sienten preocupados por si llegan a depender demasiado del terapeuta. Este debe aclarar que el propósito de la terapia es proporcionarles los instrumentos necesarios para ser más independientes. Aprendiendo nuevas fórmulas de pensamiento y nuevas habilidades para resolver problemas, el paciente será menos dependiente de otras personas.

Si no se tienen garantías, la dependencia adaptativa puede degenerar en dependencia destructiva. Esta tendencia se pone de manifiesto en el paciente que aprende a tolerar la depresión, pero continúa insistiendo en que el terapeuta solucione todos sus problemas. (Algunas medidas para hacer frente a este problema específico se exponen en el Capítulo 15, sobre la terminación de la terapia).

Los pacientes con problemas de dependencia reciben entrenamiento en confianza en sí mismos (ver Emery, en prensa). El procedimiento consiste en enseñar al paciente a ser cada vez más responsable de sus actos y de la modificación de sus reacciones emocionales. Al principio, el paciente vuelve a instaurar sus actividades independientes anteriores, como, por ejemplo, hacerse la cama. A medida que va mejorando, se va incrementando el ámbito de actividades independientes. Al paciente que cree que solamente puede divertirse estando con otros, se le anima a que vaya al cine, al museo o a que salga a cenar solo. En este procedimiento, el paciente debe intentar hacer por sí solo el mayor número de actividades posible. Esta tarea puede incluso trascender los estereotipos sexuales: el varón puede cocinar o hacer las labores domésticas y la mujer, llevar a cabo algún trabajo en el jardín o reparar el coche.

El paciente puede acudir al amplio repertorio de técnicas cognitivas para aumentar la confianza en sí mismo. En este repertorio se incluye la puesta en práctica de experimentos para ver si es capaz de hacer más de lo que creía, así como la eliminación de pensamientos de desánimo, como: “¿Para qué molestarse?”, “Es demasiado difícil”, “Que lo haga otro” y “No tengo tiempo”. En muchas ocasiones sucede que el paciente aumenta radicalmente la confianza en sí mismo poniéndose en situaciones en las que se vea forzado a tener seguridad en sí mismo, por ejemplo, pasar un fin de semana solo en otra ciudad. A lo largo del día, una persona se enfrenta a numerosas situaciones en las que puede *elegir ser dependiente o independiente*. Una estrategia típica consiste en hacer que el paciente registre el número de veces que elige la independencia y que gradualmente lo vaya incrementando.

El papel del entrenamiento en autoconfianza en el tratamiento cognitivo de la depresión es similar al papel de entrenamiento en asertividad. Antes de la depresión, el paciente tenía un repertorio adecuado de conductas asertivas e independientes; sin embargo, ya deprimido, presenta un déficit en ambas áreas. En este momento, la falta de asertividad y la dependencia se convierten en síntomas objetivo, haciéndose necesario el entrenamiento en asertividad y/o autoconfianza. Cuando la depresión va cediendo, el paciente gradualmente dejará de necesitar estas formas especiales de intervención.

Algunos pacientes, sin embargo, siguen siendo excesivamente dependientes o poco asertivos tras desaparecer la depresión. Quizá necesiten un entrenamiento adicional en asertividad o autoconfianza. Suele ocurrir que el paciente aún mantiene algunos supuestos incorrectos en torno a la asertividad o la dependencia. Un entrenamiento especial puede servir para debilitar dichos supuestos. Por ejemplo, el entrenamiento en asertividad puede ayudar al paciente que cree que es necesario caer bien a todo el mundo para ser feliz; el entrenamiento en autoconfianza puede ayudar al paciente que piensa que no es capaz de hacer nada sin la ayuda de los demás.

Síntomas cognitivos

La importancia de las cogniciones de un paciente en el mantenimiento de la depresión se ha mencionado en el Capítulo 1. En los Capítulos 2-8 se han descrito varias técnicas para tratar las cogniciones inadecuadas o distorsionadas. En este apartado nos centraremos en los problemas cognitivos que no se han mencionado antes.

Indecisión

A menudo la toma de decisiones constituye un problema para los paciente depresivos. El paciente suele creer que su trabajo, su familia o las situaciones exteriores son la *causa* de su depresión y, consecuentemente, que, si abandona la situación problemática, la depresión desaparecerá; pero no está demasiado seguro de lo acertado de esta decisión. Otro tipo de problema también muy frecuente surge cuando ha cambiado algún aspecto de la vida del paciente –un nuevo empleo, la mudanza a otra casa, etc.– y no ha quedado satisfecho. El paciente cree que, si invierte el cambio, dejará de estar deprimido. En general, el terapeuta le dice al paciente que no es aconsejable tomar decisiones importantes mientras se está deprimido. En casi todos los casos, las decisiones importantes pueden posponerse sin consecuencias negativas. También le dice que, al estar funcionando por debajo de su capacidad normal, no está en las mejores condiciones para tomar decisiones a largo plazo. Además, es posible que vea su vida de un modo diferente que antes de la depresión.

En el caso de decisiones importantes que no puedan esperar, terapeuta y paciente hacen una lista con las ventajas e inconvenientes de cada alternativa, usando esta lista como una guía para la toma de decisiones. En este procedimiento, el paciente lista las distintas opciones de la decisión y las posibles consecuencias de cada una.

En muchas ocasiones, el paciente no toma decisiones debido a los resultados negativos que prevé. En los casos en que todas las opciones sean igualmente aceptables, se anima al individuo depresivo a tomar una decisión. Existen varias técnicas bastante sencillas para ayudar al paciente a tomar este tipo de decisiones. Una de ellas consiste en que el paciente haga una lista de las alternativas en orden alfabético y elija la primera de la lista. En otras ocasiones, se trata de lanzar una moneda al aire. Lo principal es que el paciente tome una decisión y comience un curso de acción.

Muchas veces, los pacientes depresivos creen que deben tener certeza absoluta de lo acertado de una decisión. El terapeuta debe aclarar que la certeza absoluta no existe en la vida. No se puede asegurar que los acontecimientos favorables o desfavorables vayan a ocurrir o no. No obstante, terapeuta y paciente pueden investigar más a fondo algunas de las alternativas. Al paciente debe decirse que muchas veces ninguna de las opciones es necesariamente “errónea”, sino que son simplemente distintas. Cada una de ellas tiene unas consecuencias diferentes. También suele ser una buena estrategia comprobar si el paciente tiene tendencia a estructurar la decisión como una situación sin ganancias. Por ejemplo, un paciente no se decidía entre ir a una gran Universidad o ir a una más pequeña. Veía los inconvenientes de cada una de las dos alternativas, pero no las ventajas. En la terapia, se le enseñó a evaluar las ventajas de las dos alternativas, así como algunas medidas para modificar ganancias por una situación “sin pérdidas”.

A continuación, se expone un procedimiento para aplicar a las situaciones en que ha de tomarse una decisión inmediata. La paciente llevaba dos o tres semanas especialmente alterada a causa de una decisión que debía tomar. La decisión se refería a la elección de una de dos Universidades. En una de ellas era más fácil conseguir una beca, pero la otra tenía más prestigio. Además la paciente no sabía si seguir su propio criterio y elegir la que ella consideraba mejor (pero esto sería un comportamiento egoísta) o ceder a la opinión de sus padres y elegir la otra. No se lo planteaba como una situación sin pérdidas, sino como una situación sin ganancias.

Finalmente, se decidió por la que ella prefería –la que no ofrecía becas. El día en que debía tomar la decisión final, le asaltaban oleadas de pánico. En aquel momento, el terapeuta le explicó los siguientes puntos:

1. En su caso, el hecho de *tomar* una decisión era más importante en sí que cualquiera de las dos posibles decisiones.

2. Su conducta era el resultado de su obsesividad. Deseaba la certeza absoluta. Su ansiedad era producto del miedo a que ninguna de las alternativas fuese “adecuada”.

3. La respuesta racional es que no se puede aspirar a la certeza absoluta. Nadie puede predecir el futuro. Siempre habría consecuencias no previstas (positivas y negativas), cualquiera que fuese la Universidad elegida.

4. No hay necesidad de garantía absoluta. Debía tomar una decisión y después hacer frente a los acontecimientos, no lamentarse.

5. Sería de esperar un cierto remordimiento durante aproximadamente una semana, independientemente de la alternativa seleccionada. La paciente debía aceptarlo e intentar resolverlo mediante técnicas cognitivas.

Después de explicar esto, el terapeuta tomó una moneda. Le dijo a la paciente que la cara correspondería a la Universidad A y la cruz, a la Universidad B; a continuación, lanzó la moneda. Antes de mostrarle el resultado a la paciente, el terapeuta le preguntó qué esperaba que hubiese salido. Al responder ella “La A”, el terapeuta devolvió la moneda al bolsillo sin mostrar el resultado y le dijo, “Ya has tomado la decisión”. A continuación, la paciente llamó por teléfono para confirmar su ingreso. El terapeuta había estructurado la situación de modo que la paciente se viese forzada a tomar una decisión, sin tiempo para seguir esperando inútilmente. Esta estrategia proporcionó la elección que se necesitaba urgentemente. Además sirvió para que la paciente eligiese en función de sus deseos y no de sus miedos. Asimismo, el procedimiento muestra cómo dismantelar la tupida red de la indecisión obsesiva.

A veces, los sentimientos de culpabilidad influyen en la toma de decisiones. Por ejemplo, un paciente no acababa de decidir si comprar o no un coche nuevo. Pensaba que iba a privar a su familia de algunas cosas, pero sabía que necesitaba un coche nuevo debido a su trabajo.

Cuando se trabaja sobre la indecisión del paciente, a veces el terapeuta tendrá que emplear métodos para modificar o eliminar los sentimientos de culpabilidad. El paciente debe darse cuenta de que solamente existen soluciones parciales, pero que el efecto acumulativo de varias soluciones parciales puede resolver el problema. Debe aprender a inocularse contra los sentimientos de culpa, que resultan de su creencia de que está cometiendo un error.

Percibir los problemas como abrumadores

La “tríada cognitiva” consiste en una visión negativa del mundo exterior, de sí mismo y del futuro. La visión negativa del futuro (“desesperanza”) se tratará en el próximo capítulo. Los otros dos componentes de la tríada se discuten en este apartado y en el siguiente.

La estrategia general para tratar los “problemas abrumadores” consiste en hacer que el paciente señale un problema concreto sobre el que desee trabajar y

desarrollar procedimientos adecuados para resolverlo. La formulación que el paciente hace del mundo que le rodea se modifica de “Es abrumador” a (1) “¿Cuáles son los problemas concretos?” (2) “¿Cuáles son las soluciones?”. Al paciente puede decirse que sólo debe hacer una cosa cada vez y que, por lo tanto, no puede prestar atención a todas las cosas que él crea tiene que hacer. Sin embargo, sí puede hacer una lista de todos sus problemas y establecer un orden de prioridades. La programación de actividades puede ser conveniente cuando seguir las prioridades constituya un problema para el paciente. Además, se le ofrecen modos concretos para que las actividades. El terapeuta puede decirle que comenzar a poner en práctica un proyecto le resulta difícil a todo el mundo, pero que la tarea se va haciendo más fácil a medida que se va realizando.

A menudo se hace necesario enseñar modos creativos de resolución de problemas. Los pacientes depresivos suelen experimentar una especie de bloqueo que le impide aportar soluciones que le resultarían evidentes si no estuviesen deprimidos. Por ejemplo, un hombre de negocios estaba agobiado por la cantidad de trabajo que tenía por delante; ni siquiera podía abandonar el despacho por si alguien llamaba por teléfono. El terapeuta le sugirió que comprase un contestador automático. Esta sencilla intervención resolvió el problema. Una estrategia alternativa consistiría en preguntar al paciente qué soluciones le habría ofrecido a otra persona que se encontrase en esta situación. Al responder a esta pregunta, el paciente se convierte en su propio asesor.

Muchos pacientes se hacen cargo de más trabajo del necesario. Otros creen –erróneamente– que se espera de ellos más de lo que los demás esperan de hecho. Esta creencia ha de ser comprobada. Por ejemplo, un ama de casa aceptó un trabajo voluntario, llegó a presidenta de una gran organización y estaba haciendo planes para presentarse como candidata para un cargo político local. *Creía* que le era imposible renunciar a ninguna de sus obligaciones, ni siquiera delegar en otros. Este tipo de pacientes necesitan mostrarse más asertivos y no acceder a todas las demandas que se les hacen.

Muchos pacientes se ven agobiados por los problemas porque exageran las dificultades y minimizan la posibilidad de rectificar; en consecuencia, permanecen inactivos. El terapeuta debe mostrarles que pueden hacer frente a muchas situaciones. El siguiente ejemplo ilustra esto.

Una paciente depresiva manifestó que le gustaría ir a nadar, pero que estaba abrumada por los problemas que ello entrañaría:

PACIENTE: No hay manera de que pueda ir a nadar.

TERAPEUTA: ¿Cómo podría encontrar una piscina?

P: Podría ir a una Asociación de Mujeres Cristianas... Pero tendría que salir a la calle con el pelo mojado y cogería un resfriado.

T: ¿Cómo podría ir allí?

P: Mi marido me llevaría.

T: ¿Qué quería decir del pelo?

P: No podría llevar el secador porque podrían robármelo.

T: ¿Puede usted hacer algo al respecto?

P: No tienen taquillas con llave.

T: ¿Cómo lo sabe?

P: No creo que tengan.

T: Para empezar, ¿por qué no llama y lo pregunta?

La paciente hizo las averiguaciones necesarias y eventualmente consiguió ir a nadar. Hubo que desmenuzar sus problemas con detalle y así ella logró investigar las posibilidades.

En ocasiones, resulta que los pacientes están llevando a cabo más cosas de las que creen. Haciendo que anoten todo lo que hacen puede conseguirse que corrijan esta distorsión cognitiva. Se les puede decir que el mero hecho de intentar hacer algo o de pensar en la manera de hacerlo representa ya un éxito parcial.

Autocrítica

Como la mayoría de las personas, el paciente depresivo también busca la explicación de sus problemas. Según su idea de causalidad, el depresivo tiende a interpretar cualquier deficiencia suya como la causa de sus problemas psicológicos. Muchas veces, esta tendencia se ve apoyada por algunas de las personas significativas, que afirman que el paciente “podría mejorar si quisiera”. Los pacientes con una depresión grave llevan la noción de causalidad hasta extremos aparentemente absurdos. Un paciente, hospitalizado a causa de la depresión, oyó estornudar a otro paciente de la sala y pensó automáticamente, “Yo tengo la culpa. Debo estar contagiando a toda la planta”. Este tipo de autoculpabilizaciones –en absoluto realistas– contribuyen a que el paciente se sienta peor. El terapeuta debe tratar con cuidado las autocríticas de los pacientes, ya que cualquier refutación directa puede dar lugar al pensamiento, “No entiende mi debilidad”. Un paciente, cuando oyó que sus autocríticas eran desadaptativas, comenzó a culparse “por haberse culpado”.

El método cognitivo para la autocrítica consiste en hacer que el paciente se dé cuenta de que la autocrítica está presente en casi todas las situaciones y, como resultado de este darse cuenta, que realice una evaluación objetiva de los pensamientos de autoculpabilización. La naturaleza estereotipada y recurrente de las autocríticas del paciente permite al terapeuta y al paciente obtener grandes beneficios una vez que los pensamientos han sido modificados. Identificar la autocríticas no es difícil, ya que el paciente suele sentirse peor inmediatamente des-

pués. Así, cuando experimente un incremento en la disforia, sólo tiene que “repetir” los pensamientos precedentes para identificar la autocrítica.

El siguiente paso consiste en incrementar la objetividad del paciente respecto a la autculpabilización. Este paso es crucial, ya que el paciente cree que sus autocríticas están justificadas. Un procedimiento consiste en formular al paciente una pregunta como, “Suponga que yo cometiese los mismos errores que usted. ¿Me despreciaría por ello?”. Ya que generalmente el paciente reconoce que no haría tantas críticas si se tratase de otra persona, también puede darse cuenta de la naturaleza exagerada de sus autocríticas. Los pacientes con una depresión de grado medio pueden darse cuenta de la naturaleza contraproducente de sus autocríticas si el terapeuta les dice:

¿Cómo cree usted que yo me sentiría si una persona estuviese constantemente evaluando o criticando todo cuanto yo hiciese?... Hasta cierto punto, eso es lo que usted se hace a sí mismo sin proponérselo deliberadamente... Los efectos de esto no sólo consisten en que usted se sienta peor, sino que además afectan a su ejecución. Usted observará que se siente más libre y más satisfecho ignorando las autoevaluaciones.

Role-Playing. El proceso de ir haciéndose más objetivo respecto a la destructividad de las autocríticas puede acelerarse a través del role-playing. El terapeuta puede representar el modo como el paciente se ve a sí mismo: inadecuado, inepto, débil... Al paciente se le prepara para asumir el papel de un crítico que va a atacar verbalmente al “paciente” siempre que éste se autocritique. El terapeuta representará su papel de modo que el paciente pueda darse cuenta de sus distorsiones e inferencias arbitrarias. Si el paciente, por su parte, se ajusta bien al papel de crítico, puede actuar y observar la extravagancia de sus juicios negativos simultáneamente.

Otra estrategia para que el paciente se dé cuenta de sus autocríticas consiste en invertir los papeles: el paciente trata de ayudar al terapeuta, que adopta un papel de autorrechazo.

El siguiente ejemplo ilustra el empleo de este procedimiento con una paciente depresiva de 27 años en régimen de hospitalización. Había participado ya en sus sesiones, pero, en la cuarta, seguía considerándose “demasiado estúpida” y “ridícula”. Estas autocríticas interferían seriamente con sus intentos de emprender cualquier tarea y, de hecho, interrumpían la propia sesión de terapia:

PACIENTE: Ahora que sé que puedo controlar mis pensamientos, me siento realmente estúpida por estar deprimida.

TERAPEUTA: Tiene que aprender cosas sobre sí misma antes de poder hacer cambios. Antes de la terapia, no sabía eso y no parece razonable que se critique después de saberlo.

- P: Realmente debo ser una estúpida.
- T: ¿Se da cuenta de las veces que se autocritica por ser “estúpida”?
- P: Si el zapato te sirve, pónelo. Nunca he sido brillante. En matemáticas siempre fui la última de la clase, un zopenco.
- T: Puedo entender que se critique por no saber resolver un problema de matemáticas. Pero se autocritica continuamente cuando vamos a emprender algo nuevo. ¿Quiere echar un vistazo a los “efectos ocultos” que ejercen sobre usted las autocríticas?
- P: Bien.
- T: De acuerdo, vamos a hacer un role-playing. Tengo entendido que usted es una nadadora bastante buena; ¿por qué no hacemos como si fuese a enseñarme a nadar? Imaginemos la escena; escucho sus instrucciones.
- P: Lo primero que tiene que aprender es a relajarse en el agua.
- T: Soy demasiado tonto para aprender eso. No he sido capaz de aprender nada nuevo desde el cuarto curso.
- P: Bueno, usted inténtelo y yo le enseñaré.
- T: Si me meto en el agua, tendré un aspecto ridículo.
- P: Pero tiene que meterse en el agua si quiere aprender a nadar.
- T: La voy a poner en ridículo delante de los demás porque seguro que hago alguna tontería. Siempre me pasa.
- P: Está empezando a cansarme.
- T: ¿Porqué? ¿Porque cree que soy incapaz de aprender a nadar? ¿Piensa que soy demasiado estúpido?
- P: No, es *porque usted piensa que es demasiado estúpido*. Ni siquiera he tenido ocasión de verle en el agua. (Risas)

En el momento, la paciente se dio cuenta de que se necesita una información objetiva para aprender. Y que, sin embargo, el proceso completo de aprendizaje podría verse dificultado por sus continuas autocríticas. El terapeuta le dio la siguiente instrucción, “Emprenda un solo paso cada vez y sustituya *toda* falta de capacidad inherente con un breve esfuerzo extra”. Terapeuta y paciente tenían que hacer frente al temor de ésta última a ponerse en ridículo o a dejar en ridículo al terapeuta por cualquier conducta torpe o inadecuada que siempre cabe esperar en un principiante, sea alguien que está aprendiendo a nadar o a resolver sus problemas.

Otra estrategia para eliminar las autocríticas del paciente es enseñarle a emitir respuestas racionales “automáticas” ante cualquier pensamiento automático negativo. El paciente aprende a determinar la validez de estos pensamientos negativos y a sustituirlos por una evaluación de sí mismo más razonable. La técnica de la “triple columna”, descrita en el Capítulo 8, permite que el paciente

especifique el pensamiento negativo y lo que en él hay de incorrecto o desadaptativo. Estas asignaciones para casa son cruciales para implementar las estrategias practicadas durante la sesión.

En el siguiente caso, se ilustra la técnica de identificar y responder a las autocríticas. La paciente había recibido la instrucción de emitir respuestas positivas en una situación de role-playing.

Una paciente depresiva se consideraba como una esposa y madre incompetente. Este supuesto básico se puso de manifiesto en la evaluación que hizo de sus responsabilidades en casa. Cuando preparaba la cena para su familia, solía decir, “Espero que esta comida sea lo suficientemente buena. Si no puede ni tomarse, os traeré otra cosa”. El hecho de minusvalorar continuamente sus esfuerzos ejercía el efecto de reforzar su autoimagen negativa, especialmente porque concedía más importancia a sus responsabilidades familiares que a ningún otro aspecto de su vida. Su familia, sin embargo, había aprendido a esperar sus autocríticas, pero siempre respondía con comentarios de apoyo —que la paciente no creía sinceros.

La paciente identificó dos aspectos de sus autocríticas de naturaleza automática. En primer lugar, siempre que emprendía una tarea, le acudían imágenes de su marido decepcionado por ella. En consecuencia, ella se iba poniendo cada vez más ansiosa hasta que llegaba a la conclusión de que de un “incompetente” sólo podía esperarse “incompetencia”. Sus propias autocríticas continuaban a partir de aquí. En segundo lugar, en cuanto veía a su marido (o a sus hijos mayores), verbalizaba automáticamente sus autocríticas “antes de que puedan decir nada”. Después, se autocriticaba aún más por no expresar sus sentimientos y “estar siempre a la defensiva”.

La primera parte del procedimiento elegido para tratar este problema consistió en examinar el significado de sus autocríticas. El significado se buscó desde dos perspectivas. Por un lado, se intentó examinar objetivamente las autocríticas empleando la técnica de la triple columna, discutiendo a continuación la evidencia en apoyo de su “mala ejecución de las labores domésticas”. Por ejemplo, la paciente señaló que los invitados solían elogiar espontáneamente sus bizcochos. Reconoció que muchas de sus autocríticas procedían de la exageración de errores sin importancia (por ejemplo, puso demasiado colorante insípido en la cobertura final de un pastel y llegó a la conclusión, “No había quien lo comiera”).

Por otro lado, se exploraron *respuestas alternativas* a las autocríticas. El terapeuta pidió a la paciente que recordase el mensaje concreto que *quería* comunicar a su familia. Pensó que había estado intentando decir, “Decidme lo que pensáis de mis esfuerzos” y/o “Prestad atención a las cosas que hago”. El terapeuta decidió preparar un role-playing de la situación, con la instrucción de que la paciente comunicase cualquier mensaje, excepto los de autocrítica. Se imaginó a la hora de la cena y le dijo al terapeuta (en el papel de su marido), “Quería hacer

un bizcocho que te gustase, pero cometí un error y le puse demasiado colorante; de todas formas, estará bueno de sabor”. En ese momento, la paciente se puso nerviosa y dijo, “A él no le importaría el bizcocho. Probablemente se preguntaría qué me pasa que no consigo quitarme de encima esta depresión”. Logró contrarrestar esta idea con “Te gustará el bizcocho, aunque no está perfecto”.

Pensamiento absolutista (todo o nada)

Como se mencionó en el Capítulo 1, las alteraciones del pensamiento que se dan en la depresión pueden analizarse en términos de modos primitivos de organizar la realidad vs. modos maduros de organizar la realidad. Los individuos depresivos tienden a hacer juicios categóricos y los significados que atribuyen a sus experiencias suelen ser extremos, unidimensionales y absolutistas. Un modo más duro de pensamiento conceptualiza las situaciones según *más dimensiones*, emplea términos más bien cuantitativos que cualitativos y aplica pautas relativas y no absolutas. Además, los individuos depresivos tienden a percibir las consecuencias negativas como irreversibles.

El pensamiento categórico y absolutista puede ser modificado por diversos medios.

Buscar ganancias parciales (“pluses”) en los contratiempos. Los depresivos suelen mostrar la típica respuesta de todo o nada ante un acontecimiento adverso. Su “dolor” tiende a ser proporcional a la pérdida simbólica. En realidad, incluso un acontecimiento que parezca representar una pérdida absoluta puede tener algunas ventajas. Por ejemplo, a una paciente que se había recuperado de una depresión le fue denegado el ascenso que había solicitado. El terapeuta le preguntó si la experiencia había tenido algo de positivo. Inicialmente respondió que había sido una experiencia “completamente negativa”. Pero el terapeuta le pidió que hiciese una lista con las posibles ventajas. Después de reflexionar, confeccionó la lista siguiente:

1. Fue la primera vez que reuní el valor suficiente; así será fácil la próxima vez. Tarde o temprano, tendré que aprender a ser más asertiva.
2. En realidad, el jefe fue muy amable y creo que me resultará más fácil hablar con él de ahora en adelante.
3. Pensándolo bien, no me dijo rotundamente que no. Dijo que lo consideraría y que quizás me diese el ascenso dentro de pocos meses. Espero que esto haya sido un paso para conseguirlo.

Otro ejemplo sería una única consecuencia (negativa) de un determinado acontecimiento. Por ejemplo, un industrial se veía atrapado en un proceso de aumento de los costes con la consiguiente disminución de los ingresos. La única salida que creía posible era la bancarrota, hasta que el terapeuta le preguntó, “Es posible sacar algo bueno de todo esto?”. Al pensar en ello, el paciente se dio cuenta de que esta situación podía darle la oportunidad de vender un in-

ventario que había ido acumulando durante varios años y que le parecía un obstáculo para cambiar de negocio. Llegó a la conclusión de que saldría adelante –haciendo un cambio de negocio.

Empleo de las preguntas dirigidas a uno mismo. A medida que el paciente va siendo capaz de ver más objetivamente cuán “primitivos” son sus juicios, puede entrenarse en la aplicación de varias técnicas, en especial la de las preguntas dirigidas a sí mismo, para que modifique su forma de pensamiento.

Esta técnica se ilustra a continuación:

CONCLUSION ABSOLUTISTA DEL PACIENTE: Siempre he sido un fracasado total.

PREGUNTAS DEL TERAPEUTA:

1. ¿Cómo definiría usted un fracasado? ¿Cuáles son sus criterios?
2. ¿Existen *grados* de fracaso? Esto es, ¿se puede decir que algunos fracasos lo son más que otros?
3. Si una experiencia solamente representase un fracaso parcial, ¿significaría eso que también representa un éxito parcial?
4. ¿Existe algún aspecto de su vida (amistoso, familiar, escolar/universitario, laboral, deportivo, etc.) en el que no haya fracasado o incluso haya conseguido sus objetivos?
5. Aunque haya fracasado en determinados aspectos, ¿implica esto que no pueda mejorar y alcanzar el éxito?
6. ¿Fracasar en la consecución de un objetivo significa que es usted una persona fracasada?
7. Las personas que han experimentado algún fracaso, se ven necesariamente rechazadas por los demás?
8. Una persona que ha sufrido un contratiempo, ¿debe seguir sufriendo a causa de su propio autorrechazo?

Hemos observado que el método hecho de que el paciente se formule ese tipo de preguntas resulta útil para hacer más flexibles los criterios según los cuales se juzgaba. Sus juicios se hacen menos arbitrarios y más adaptativos.

Problemas de memoria y dificultad para concentrarse

Los problemas de memoria y la dificultad para concentrarse suelen estar interrelacionados. El paciente es incapaz de recordar la información porque no se concentra en el material que debe aprender. Como se hace con otros síntomas, el terapeuta debe asegurar al paciente que estos problemas son síntomas de la depresión. Se trata de problemas que “se supone van a estar presentes” en el individuo depresivo y no implican que el paciente esté perdiendo memoria.

El principal problema de concentración que tiene el paciente es el de la fijación de la atención. El paciente suele estar preocupado por materiales distintos de los que desea atender; por ejemplo un estudiante que desea concentrar-

se en lo que dice el profesor, pero, en lugar de ello, está continuamente dando vueltas a sus problemas. El terapeuta puede ayudar al paciente a fijar su atención gracias a sencillos ejercicios estructurados; por ejemplo, pidiéndole que lea en voz alta párrafos de un libro o que resuelva problemas matemáticos sencillos. Esto puede servir también para ayudar al paciente a corregir la creencia de que no es capaz de concentrarse en absoluto. Después de realizar este ejercicio, se le dice al paciente que compre un reloj de arena y que, entre una sesión y otra, practique ejercicios de concentración en determinadas actividades durante períodos de tiempo cada vez mayores.

A un paciente que era incapaz de concentrarse en ninguna de sus labores domésticas se le proporcionó una lista con los pasos necesarios para lavar el coche. Para su propia sorpresa, pasó tres horas lavando el coche e hizo un excelente trabajo.

Si el paciente tiene que recordar una información determinada en el trabajo o en la escuela, se le puede enseñar el método SQ3R (Survey, Question, Read, Recite, and Review) (Examinar, Preguntar, Leer, Recitar y Revisar). En primer lugar, el paciente examina o inspecciona el material que quiere aprender. Esto le proporciona una idea preliminar a partir de la cual trabajar. A continuación, escribe preguntas concretas sobre el material a recordar; esto le ayuda a fijar la atención y a atribuir un significado al material. En tercer lugar, lee el material. A continuación, lo recita, bien escribiéndolo, o bien repitiéndolo en voz alta. Por último, el paciente vuelve a revisar el material (Robinson, 1950).

Un importante subproducto de la concentración, la fijación y la orientación a una tarea es el hecho de que estas actividades distraen al paciente de sus pensamientos negativos perseverantes.

Síntomas conductuales

Pasividad, evitación e inercia

La inactividad y la pasividad del paciente se encuentran entre los principales síntomas objetivo. Algunas técnicas para hacer frente a este problema se han discutido en el capítulo sobre técnicas conductuales (Capítulo 7) y se tratarán en el capítulo sobre las tareas para casa (Capítulo 13). Una explicación más detallada se presenta en *Cognitive Therapy, and the Emotional Disorders (La terapia cognitiva y los trastornos emocionales)* (Beck, 1976, págs. 274-287).

La pasividad e inactividad que se observan en la depresión se han interpretado históricamente como una forma de inhibición neurofisiológica: lentitud psicomotriz. Muchas veces, un programa de actividades sirve para contrarrestar la pasividad y la lentitud.

Programas de actividades. Un programa de actividades diseñado racionalmente tiene muchas ventajas. Algunas de ellas son: (a) Se modifica el autocon-

cepto del paciente. Este evalúa sus experiencias de un modo más realista. Consecuentemente con la mejoría de su autoconcepto, el paciente alberga más esperanzas de cara al futuro. (b) El paciente se distrae de sus pensamientos depresivos y de sus sentimientos desagradables concentrándose en la actividad. (c) Las respuestas de las “personas significativas” se hacen más positivas, ya que generalmente refuerzan la actividad constructiva del paciente. (d) El paciente puede comenzar a disfrutar de las actividades, con lo cual recibe una recompensa inmediata por emprender actividades.

Por supuesto, cualquiera que haya tratado a pacientes depresivos sabe que éstas suelen esforzarse por estar más activos. Es típico que la familia y los amigos les halaguen, empujen o exhorten a estar más activos –sin ningún éxito duradero. Estos esfuerzos suelen fracasar porque estos individuos no conocen la psicología de la depresión. Es esencial, en primer lugar, suscitar una *motivación* para la actividad, explicando el fundamento teórico de modo que el paciente lo entienda. En un principio, el terapeuta puede elicitarse las razones del paciente para permanecer inactivo.

Existen varios procedimientos para averiguar las razones de la inactividad del paciente. Por ejemplo, el terapeuta puede asignar una determinada tarea que el paciente, claramente, pueda realizar. Cuando el paciente expresa su desgano o su incapacidad para llevar a cabo la tarea propuesta, el terapeuta le pide que detalle sus razones. Estas se tratarán como hipótesis a probar a través del diseño de un proyecto.

Las razones que los pacientes suelen manifestar para justificar su pasividad y resistencia a emprender una determinada tarea son: (a) “Es inútil intentarlo”; (b) “No soy capaz de hacerlo”; (c) “Cuando intento algo, nunca consigo nada más que sentirme peor”; (d) “Estoy demasiado cansado para hacer nada”; (e) “Es mucho más fácil estar sentado”.

El paciente suele tomar sus razones como válidas y no se le ocurre pensar que puedan ser erróneas o, al menos, inadecuadas. Cuando el terapeuta elabora un programa de actividades junto con el paciente, se probará la validez de estas “razones”. Si el paciente alcanza el objetivo, es importante que el terapeuta subraye el hecho de que la experiencia de éxito contradice su actitud negativa (por ejemplo, “soy demasiado débil para hacerlo”).

Antes de comenzar el programa, deben explorarse y discutirse los significados y connotaciones de los síntomas. Por ejemplo, una connotación de la inmovilidad es que el paciente es un “vago” o un “perezoso”. El propio paciente tiende a asumir esta visión de sí mismo, también compartida por las personas que le rodean. En consecuencia, se autocritica –como también lo critican los demás. Haciendo que el paciente emprenda actividades, el terapeuta le ayuda a combatir sus autoevaluaciones negativas.

Dado que el deseo del paciente depresivo de escapar a sus actividades cotidianas es muy fuerte y que sus creencias negativas están firmemente arraigadas, es importante que el terapeuta exponga explícitamente cómo el paciente se perjudica sin darse cuenta y cómo se hace más desgraciado aceptando blandamente sus actitudes contraproducentes y cediendo a sus deseos regresivos. El terapeuta debe indicar al paciente, directa o indirectamente, que, cuestionándose sus ideas, es probable que se sienta mejor.

Es crucial que el terapeuta exponga sus preguntas y comentarios relacionados con las ideas y deseos contraproducentes del paciente de modo que no sean –ni parezcan– juicios de valor. Debe evitar que parezca que está reprendiendo al paciente. Ya que los pacientes depresivos suelen responder a las “críticas” haciéndose más reproches y permaneciendo inmóviles, el terapeuta debe investigar las reacciones del paciente con objeto de determinar si éste está aplicando sus comentarios “contra sí mismo”. Además, el terapeuta debe darse cuenta de qué afirmaciones pueden formularse sencillamente como una exhortación o invocación “al poder del pensamiento positivo”. Debe dejar claro que el paciente y él intentan *especificar un problema y conseguir soluciones concretas*.

El siguiente paso en el tratamiento de la pasividad consiste en despertar el interés o la curiosidad del paciente hasta el punto de que coopere en la realización de un proyecto sencillo. Este objetivo preliminar puede alcanzarse presentando un programa nuevo, explicando el fundamento teórico del procedimiento y convenciendo al paciente de que se trata de una alternativa para que se encuentre un poco mejor. Cuando el paciente accede a cooperar, pueden aplicarse distintos procedimientos cognitivos y/o conductuales verbales para hacer que complete el programa.

Un último objetivo consiste en enseñar al paciente a identificar sus pensamientos negativos antes de emprender el programa o mientras lo está llevando a cabo. A medida que el paciente se va dando cuenta de cómo le perjudican sus pensamientos negativos, puede comenzar a hacerles frente espontáneamente. En una última fase, aprenderá a modificarlos y a interpretar su situación de un modo más racional.

El programa terapéutico puede formularse según los pasos siguientes: (1) proponer al paciente un programa concreto; (2) suscitar sus razones para oponerse a la propuesta; (3) pedirle que sopesa la validez de sus “razones” (o actitudes negativas); (4) indicar al paciente por qué estas razones (o actitudes) pueden no ser válidas y sí perjudiciales; (5) estimular su interés de modo que acceda a intentar la ejecución del programa propuesto; (6) formular el programa de modo que la ejecución del paciente sirva para comprobar (o refutar) la validez de sus ideas. La realización satisfactoria de la tarea sirve para contrarrestar las hipótesis del paciente de que no es capaz de hacer nada.

Es importante que el terapeuta recuerde que el paciente puede “fracasar” en un determinado proyecto. Por lo tanto, la experiencia debe formularse de modo que siempre se obtenga información útil, independientemente del resultado. El terapeuta puede poner de manifiesto las generalizaciones excesivas que hace el paciente a partir de un solo “fracaso” y señalar la distorsión cognitiva. A continuación, el paciente y él proponerse un nuevo objetivo más fácil de conseguir.

El siguiente ejemplo ilustra el empleo de un programa de actividades en el tratamiento de un paciente depresivo de 48 años:

El paciente estaba hospitalizado en la Sección de Psiquiatría de un gran hospital. Tenía una depresión especialmente difícil de tratar. Antes de ingresar en el hospital, había intentado suicidarse con monóxido de carbono. También antes de su ingreso, le habían tratado con antidepresivos tricíclicos y psicoterapia de apoyo durante ocho meses. Como resultado de cinco ocasiones en que se le aplicó terapia electroconvulsiva, había mostrado escasa mejoría (salvo, quizás, un mejor estado de ánimo por la tarde), por lo cual este tratamiento se interrumpió. Gracias a las observaciones de las enfermeras, el terapeuta supo que el paciente había sido capaz, en ocasiones, de llevar a cabo tareas relativamente complicadas (por ejemplo, lavar ropa), permaneciendo inmóvil en su habitación el resto del tiempo. El terapeuta decidió hacer un programa de actividades junto con el paciente.

TERAPEUTA: Tengo entendido que pasa la mayor parte del día en su habitación. ¿Es eso cierto?

PACIENTE: Sí, estar inactivo me trae la paz que mi mente necesita.

T: Cuando está sentado sin hacer nada, ¿cuál es su estado de ánimo?

P: Me siento fatal siempre. Lo único que deseo sería caer en un agujero y morir.

T: ¿Se siente mejor después de estar sentado durante dos o tres horas?

P: No, lo mismo.

T: Así pues, se sienta con la esperanza de estar en paz, pero eso no quiere decir que se encuentre menos deprimido.

P: Estoy tan aburrido.

T: ¿Qué le parecería realizar alguna actividad? Existen varias razones para pensar que, si estuviese más activo, se sentiría mejor.

P: No se puede hacer nada conmigo.

T: ¿Accedería a realizar algunas actividades si yo hiciese una lista?

P: Si usted cree que puede ayudarme... pero creo que está perdiendo el tiempo. No tengo interés por nada.

T: Bueno, veamos si realmente estoy perdiendo el tiempo. Me gustaría saber si se siente mejor o peor después de realizar alguna actividad... para ver cómo influyen éstas en el aburrimiento. En lo referente a los inte-

reses, consideraremos algunas de las cosas que le agradaban *en el pasado* y veremos qué reacción le producen ahora –aunque no le interesen.

Paciente y terapeuta revisaron una lista de posibles actividades que el primero pudiese llevar a cabo en la sala. El paciente sostenía que no estaba interesado en ninguna de ellas (la razón para permanecer inactivo). De nuevo, el terapeuta estableció la diferencia entre (a) el objetivo de hacer algo interesante y (b) pretender hacer algo que rompiera la inactividad del paciente.

TERAPEUTA: ¿Cuándo decide ir a sentarse en su habitación?

PACIENTE: Justo después de desayunar.

T: Bien, vamos a centrarnos en esa hora. Piense en una actividad que estuviera dispuesto a realizar después de desayunar.

P: Ejercicio, no... Me sentaría mal hacer ejercicio justo después del desayuno.

T: Quizás una actividad que mantuviera su mente activa. Podemos dejar el ejercicio físico para una hora más avanzada del día, si le parece.

P: Podría escuchar la radio. (El terapeuta toma nota del ligero cambio de actitud operado en el paciente, pero no olvida que esta actividad puede realizarse sentado).

T: Eso estaría bien si usted pudiera distraerse y olvidarse de las preocupaciones del programa. ¿Hay alguna otra actividad que estuviera dispuesto a realizar y que además le mantuviera alejado de la zona cercana a su habitación?

P: Supongo que podría ir a la terapia ocupacional, pero me aburro enseguida.

T: Me parece una buena idea. Podría trabajar en algo concreto. ¿Qué se le ocurre?

P: Quizás podría hacer un cinturón para mi hijo.

T: Bien. Así podremos averiguar algo más sobre las cosas que hacen que se aburra. ¿Recuerda cuáles son sus pensamientos cuando está aburrido?

P: No.

T: ¿Por qué no nos marcamos un objetivo para averiguarlo? En primer lugar, anotemos “terapia ocupacional” en el programa de actividades. Ahora, nuestro segundo objetivo va a ser registrar los pensamientos que usted experimente cuando esté aburrido. Esto es, si se aburre, trate de “apresar” sus pensamientos y anótelos. Más tarde, puede acudir a escuchar la radio. (El terapeuta va anotando las actividades en una lista). Y no lo olvide, siempre que se aburra, intente detectar cuáles son sus pensamientos... ¿Qué le parece este plan?

P: Estoy dispuesto a intentarlo, pero sigo pensando que pierde el tiempo conmigo.

Para sorpresa del personal encargado, el paciente acudió a la terapia ocupacional (dirigido por un terapeuta de orientación conductual), donde permaneció durante 40 minutos. Se dio cuenta de algunos pensamientos: “Tengo que salir de aquí. Tengo tanto trabajo que hacer en casa” y “Si mi jefe me viera aquí haciendo un cinturón, seguro que me despediría”. Estos pensamientos se comentaron en la siguiente sesión. El paciente manifestó que se había sentido mejor durante los primeros 30 minutos del programa de actividades, pero que volvió a encontrarse “peor” después de un rato en que estuvo pensando en las consecuencias de la hospitalización.

Es interesante observar que el paciente identificó algunas cogniciones portadoras de información asociadas con la sensación de aburrimiento. El terapeuta no habría tenido conocimiento de estos pensamientos depresivos de no haber sido por el programa de actividades y por la instrucción de que el paciente identificase los pensamientos depresógenos. El hecho de que el paciente se sintiese peor al cabo de los primeros 30 minutos no es realmente una experiencia negativa, ya que ofreció la oportunidad de recoger varias cogniciones negativas. En las dos sesiones siguientes, la terapia se centró en la preocupación del paciente de que su jefe le criticase por la depresión. El paciente continuó con el programa de actividades como tarea para casa. En un período de tres días, el “aburrimiento” disminuyó e incluso le parecieron interesantes algunas actividades.

Se puede emplear un programa más amplio, que incluya la programación de actividades, para ayudar a los pacientes relativamente inactivos, pero no inmóviles. El programar todas las horas supone una alternativa concreta a la inactividad; si además se añade la tarea de registrar los pensamientos negativos, el paciente puede utilizar la estructura proporcionada por el programa de actividades para obtener una información adicional.

Uno de los problemas potenciales de asignar un programa de actividades radica en que el paciente puede reaccionar negativamente si el programa es rígido y le exige demasiado.

1. Si fracasa en seguir el horario establecido en la realización de alguna de las actividades, lo considerará como “un mal signo”.
2. Puede interpretar la necesidad de un programa de actividades como evidencia de su grado de regresión.

Hemos desarrollado una técnica (la asignación de tareas graduales) sobre la base de las experiencias clínicas y de los datos de investigaciones. Esta técnica es similar a la programación de actividades; se pretende conseguir una actitud progresivamente mayor, optimismo y mejorar el estado de ánimo demostrando al paciente que las predicciones negativas que hace acerca de sus capacidades son poco realistas.

Asignación de tareas graduales. La elección de la asignación de tareas graduales o de la programación de actividades depende del estado del paciente. En ge-

neral, con los pacientes más graves se aplica la asignación de tareas graduales, con objeto de que *todos los pasos del paciente puedan estar bajo el control de la terapia*. La asignación de tareas graduales permite que el terapeuta descomponga en pasos una tarea y la adecue al nivel conductual del paciente. La programación de actividades, por su parte, se suele emplear con los pacientes que, a juicio del terapeuta, son capaces de realizar actividades no muy complejas. Evidentemente, esta distinción resulta artificial sin el conocimiento de un paciente concreto. Cualquiera de ambas técnicas puede emplearse con un paciente que presente un nivel aceptable de actividad, pero esté intentando llevar a cabo una tarea más difícil o complicada (por lo tanto, puede ser conveniente el procedimiento de tareas graduales).

Haciendo frente a los “problemas prácticos”

Con frecuencia, el paciente presenta problemas prácticos con los que se enfrenta en la vida. Por ejemplo, la dificultad para encontrar trabajo, problemas con los padres, o problemas de organización en general. Estos problemas prácticos, que no son síntomas de depresión, se discuten en este apartado sobre aspectos conductuales porque exigen que el paciente ejerza alguna acción sobre el ambiente.

El terapeuta debe ser capaz de discriminar entre los problemas reales del paciente y la tendencia de este a distorsionar los acontecimientos. Estos problemas prácticos no se pueden pasar por alto sólo porque no sean de naturaleza psicológica. La solución de estos problemas prácticos pueden contribuir a mejorar o a eliminar algunos problemas psicológicos. En algunos casos, los problemas psicológicos surgen de problemas prácticos no resueltos. Esto es una versión de lo que Beck (1976) denomina síndrome del “grano en el ojo”: “...una persona puede estar sufriendo de dolor y ser incapaz de caminar, comer, mantener una conversación o llevar a cabo incluso las actividades más sencillas a causa de un grano en un ojo. Probablemente, el síndrome del ‘grano en el ojo’ se da entre los pacientes psiquiátricos con mayor frecuencia de lo que generalmente se piensa” (pág. 227).

Por ejemplo, una paciente acudió a la consulta quejándose de fatigabilidad e incapacidad para enfrentarse a las labores domésticas. El análisis del problema reveló que pasaba casi todo el día llevando a sus cinco hijos a distintas actividades. Prácticamente no le quedaba tiempo libre. El terapeuta le sugirió que contratase a un conductor para llevar a los niños; cuando lo hizo, desaparecieron rápidamente todos sus síntomas.

Si el paciente presenta un problema que excede la competencia del terapeuta, éste no debe dudar en enviarle a un experto (un médico, un abogado, etc.).

Problemas de habilidades sociales

El paciente depresivo suele presentar un funcionamiento inferior al normal en casi todos los aspectos, incluso el social. Es posible que el paciente evite a los

demás o bien que se someta a sus deseos. Por lo general, el paciente posee habilidades sociales adecuadas; lo que sucede es que no las pone en práctica. El objetivo, por lo tanto, consiste en reactivar dichas habilidades sociales, no en instaurarlas.

Muchas de las técnicas cognitivas y conductuales descritas, como la asignación de tareas graduales, los ensayos conductuales, etc., pueden emplearse para alcanzar este objetivo. También se pueden emplear las técnicas de entrenamiento en asertividad. Dado que existen excelentes libros sobre entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, estos procedimientos no se describirán aquí.

Síntomas fisiológicos

Alteraciones del sueño

Las perturbaciones del sueño son uno de los síntomas más acusados de la depresión. La mayoría de los pacientes depresivos presentan algún tipo de alteración del sueño. Entre los problemas se incluyen la dificultad para conciliar el sueño, las interrupciones frecuentes del mismo y despertar demasiado temprano por la mañana. Por regla general, el paciente recupera su patrón de sueño habitual cuando desaparezca la depresión.

A veces, el terapeuta tiene que proporcionar al paciente una información básica sobre el sueño. Aunque los pacientes depresivos duerman menos que los individuos normales, muchos de ellos exageran. El paciente que afirma haber estado despierto toda la noche, probablemente se mantuvo en sueño ligero la mayor parte del tiempo. La minimización del tiempo real de sueño por parte del paciente suele ir emparejada con la creencia de que necesita más sueño de lo que en realidad le hace falta. Un paciente, por ejemplo, pensaba que estaba poniendo en peligro su salud por no dormir lo suficiente. Este tipo de pensamientos suele agravar el problema del insomnio. El terapeuta debe corregir estas ideas equivocadas y subrayar que la pérdida de sueño no es ninguna catástrofe porque es reversible.

Puede decirse al paciente que, al mejorar en otros aspectos, volverá a recuperar el sueño. Por ejemplo, si un paciente pasa la mayor parte del día sentado en una silla, tumbado en un sofá o echando pequeñas siestas, lo más probable es que no esté cansado y no tenga sueño por la noche. Aunque el ejercicio físico permite dormir mejor, no debe realizarse inmediatamente antes de acostarse, ya que podría activar al paciente.

El tratamiento de las alteraciones del sueño suele consistir en enseñar al paciente a relajarse: pueden emplearse instrucciones grabadas en una cinta. Se pueden emplear las técnicas de relajación combinadas con el procedimiento de que el paciente visualice escenas agradables mientras trata de conciliar el sueño. También se pueden hacer ejercicios de respiración o de yoga.

Se anima al paciente a que averigüe cuál es su ciclo de sueño natural y a que se acueste solamente cuando se encuentre cansado. Una actividad rutinaria inmediatamente antes de acostarse –por ejemplo, tomar un vaso de leche– puede resultar útil. Deben evitarse los estimulantes, como el café o el té. Finalmente, si el paciente no logra conciliar el sueño, es mucho mejor que se levante y haga algo, en lugar de quedarse tumbado experimentando pensamientos negativos.

Alteraciones sexuales y del apetito

La pérdida del apetito y la pérdida sexual son, con frecuencia, los primeros signos de la depresión. Ambos síntomas parecen ser manifestaciones de la pérdida de placer generalizada que experimenta el paciente en relación con cualquier actividad. A medida que la depresión va desapareciendo, retornan el apetito y el interés sexual. El mero hecho de decírselo al paciente puede resultar útil.

La pérdida del apetito o del interés sexual no suelen preocupar demasiado al paciente. Por esta razón, estos síntomas no suelen ser objetivo de cambio. Cuando adquieren el peso o la gravedad suficiente para convertirse en síntomas objetivo, puede resultar útil hacer ejercicios de participación con todas las modalidades sensoriales posibles. El terapeuta debe estar alerta por si el paciente se limita demasiado a una sola modalidad sensorial. Esto puede hacer que se “atrofie” la posibilidad de obtener satisfacción por otras vías/modalidades.

Algunos pacientes comen en exceso, llegando a engordar bastante, al comienzo de la depresión, en tanto que otros ganan peso en la fase intermedia de la depresión y adelgazan cuando la depresión se agudiza. A los pacientes les suele preocupar el engordar. Dado que seguir un régimen de adelgazamiento es un proceso muy difícil y costoso para un paciente depresivo, el objetivo primordial es que el paciente mantenga un peso estable y deje de engordar. Cuando comience a sentirse mejor, podrá seguir un régimen alimenticio. Para el control de la obesidad se están aplicando satisfactoriamente técnicas cognitivas y conductuales. Para una revisión detallada de estos métodos, véanse Mahoney y Mahoney (1976) y Emery (1977).

Contexto social de los síntomas

Como ya hemos mencionado, el buen entrevistador es capaz de entresacar los aspectos más relevantes referentes a las síntomas del paciente y a su manera idiosincrática de interpretar sus experiencias. La mayoría de los síntomas suelen estar relacionados con un determinado ambiente social. Los sentimientos de culpa, la reducción de la satisfacción, la evitación y la lentitud generalmente están ocultos por la manera como el paciente interpreta los estímulos externos, se autoevalúa y cree que los demás le evalúan.

Tomemos, por ejemplo, el caso de un abogado de mediana edad que busca consejo profesional porque quería separarse de su esposa. Supimos, sin em-

bargo, que presentaba varios síntomas: desesperanza, deseos de suicidio, evitación social, ausencia de satisfacción, sentimientos de culpa, disminución de la motivación, indecisión y autocrítica.

Cuando su problema quedó al descubierto, nos dimos cuenta de que prácticamente todos sus síntomas estaban relacionados entre sí y tenían un claro significado en términos del contexto social. Rehuía a sus socios y a sus amigos porque pensaba que era aburrido y un fracasado y que constituía una carga para todos ellos. Se *criticaba* por no ser más cordial y por “esconder la cabeza bajo el ala” ante sus responsabilidades en casa y en el trabajo. *Evitaba* asumir responsabilidades y no estaba motivado para llevar a cabo ninguna actividad porque pensaba que lo haría mal. La *ausencia de satisfacción* se debía a sus autocríticas al emprender cualquier actividad, fuese de tipo profesional o social. Se sentía *triste* a causa de los fracasos que se atribuía. Se sentía *culpable* porque creía haber defraudado a todas las personas importantes para él: su esposa, sus amigos, sus socios y sus clientes. Estaba *desesperanzado* porque creía que sus dificultades eran de carácter irreversible y que, por lo tanto, continuaría fracasando (siempre que intentase algo) y sufriendo por causa de los fracasos. Ya que su vida en aquel momento carecía de todo tipo de satisfacciones y estaba poblada de sentimientos de culpa y de tristeza, y el paciente no veía la posibilidad de mejoría, buscaba una vía de escape. La única solución que se le ocurría era poner fin a su vida: el *suicidio*. Todos los síntomas del paciente estaban interrelacionados porque mostraban un vínculo común con el problema psicológico esencial: la visión negativa del paciente acerca de sí mismo, del futuro y de sus experiencias. Esta interpretación negativa se superponía a cualquier relación, actividad o experiencia que fuese significativa para él.

¿Cómo explicaríamos ahora la “razón” del paciente para buscar el consejo de un abogado? Vemos que desea la separación o el divorcio porque se cree una carga para su esposa. Sin embargo, al compartir un hogar con ella, no puede evitarla del mismo modo que lo hace con sus socios y sus amigos. Cree que, mediante la separación le quitará a su esposa un peso de encima.

Al tratar los síntomas objetivo, el terapeuta debe conocer cómo están interrelacionados y cómo tienen que ver con las relaciones interpersonales, las expectativas y las actividades habituales. Sobre todo, debe esclarecer la relación entre los síntomas y el sesgo negativo sistemático del paciente a la hora de autoevaluarse y de evaluar sus experiencias. En resumen, los síntomas deben entenderse dentro de un contexto social (las relaciones interpersonales significativas) y desde una perspectiva cognitiva (el significado de las experiencias del paciente). Cuando el terapeuta ayuda al paciente a desarrollar un programa terapéutico, debe aplicar todos los procedimientos a una situación específica relacionada con los síntomas concretos y las interpretaciones negativas generales.

CAPÍTULO 10

TÉCNICAS ESPECÍFICAS PARA EL PACIENTE SUICIDA

Evaluación del riesgo de suicidio

Dado que la tendencia al suicidio es un problema prevalente y potencialmente letal en los pacientes depresivos, es importante que el terapeuta comprenda por qué el paciente está considerando una solución tan drástica. De esta manera, el terapeuta estará en mejor posición para seleccionar las técnicas más adecuadas y eficaces para tratar este problema concreto. Sin embargo, ninguna estrategia antisuicidio resulta útil a no ser que el terapeuta haya detectado y evaluado previamente el grado de intencionalidad suicida.

Muchos profesionales aún creen en el mito de que preguntar a una persona depresiva acerca de la presencia de ideas suicidas puede “hacer que empiece a pensar en ello” o hacer que le parezca más aceptable la idea del suicidio. En realidad, hemos observado que el hecho de animar a un paciente a hablar de sus ideas suicidas suele ayudarle a ver estas ideas de una forma más objetiva, proporciona información relevante para la intervención terapéutica y ofrece un cierto grado de alivio.

Los terapeutas, así como los amigos y los miembros de la familia, se sorprenden muchas veces cuando un paciente intenta suicidarse; esto es porque ellos sólo son conscientes de los factores que (según su propia perspectiva) alientan el deseo de seguir viviendo. Después de un intento de suicidio, estas personas pueden decir, “Parecía estar algo más animado”, “Realmente estaba haciendo progresos en la terapia”. Este tipo de afirmaciones indican que el terapeuta y las personas que rodean al paciente no se daban cuenta de los deseos suicidas de éste, o bien, que el individuo sabía disimular muy bien sus pensamientos suicidas. Por otro lado, estas afirmaciones ilustran la incongruencia entre la percepción del paciente y la situación y la percepción “más realista” de las demás personas de su ambiente social.

A la hora de evaluar el riesgo de suicidio del paciente, el terapeuta debe tener en cuenta factores como la forma posible de suicidio, la familiaridad del individuo con dosis letales de medicamentos y la accesibilidad a la vía de suicidio: acceso a armas de fuego, píldoras para dormir, etc. Otro factor que el terapeuta debe tener en consideración es la posibilidad de utilizar los recursos ambientales con fines terapéuticos; por ejemplo, la posibilidad de que otro individuo detecte el intento de suicidio a tiempo para evitarlo; la facilidad para conseguir la asistencia médica adecuada inmediatamente después de producirse el intento; etc. Evidentemente, la existencia de un sistema de apoyo social viable es un recurso terapéutico de gran importancia.

La tendencia al suicidio puede detectarse en algunas conductas manifiestas, como el sigilo, una decisión súbita de cumplir un deseo y en las expresiones verbales. El suicida puede decir, por ejemplo, “No deseo seguir viviendo” o “Quiero terminar con todo”. Otras expresiones que pueden indicar ideas de suicidio son: “No voy a aguantar mucho más”, “Soy una carga para todo el mundo”, “Las cosas no van a mejorar nunca”, “Toda mi vida ha sido inútil”, etc. En ocasiones, la expresión de los deseos de suicidio es indirecta y sólo puede comprenderse retrospectivamente. Por ejemplo, un paciente depresivo que ha obtenido un pase de fin de semana puede decir, al dejar el hospital, “Supongo que no volveremos a vernos” o “Quiero agradecerle sus esfuerzos por intentar ayudarme”. O bien, al irse a dormir, el paciente puede decir, “Adiós” en lugar de “Buenas noches”. Es importante mencionar que aproximadamente un 40% de los individuos que intentan suicidarse o que, de hecho, consuman el suicidio han visitado un servicio psiquiátrico en el período de la semana anterior al intento de suicidio (Yessler, Gibbs y Becker, 1961).

Algunos estudios sistemáticos han mostrado que suele seguirse un período de calma después de haber tomado la decisión de suicidarse (Keith Spiegel y Spiegel, 1967). Una aparente tranquilidad repentina en un paciente anteriormente agitado es una señal de peligro que suele ser interpretada incorrectamente por los demás como índice de mejoría. Esta interpretación errónea lleva a una disminución de la vigilancia, lo cual puede facilitar la comisión del intento de suicidio.

La intencionalidad suicida como un continuo

La intencionalidad suicida de un individuo puede considerarse como un punto de un continuo. En uno de sus extremos estaría la intención irrevocable de suicidarse; en el otro, la decisión de seguir viviendo. A lo largo del continuo, se pueden encontrar diversos grados de intencionalidad. La apuesta con la muerte queda ejemplificada por el individuo que juega a la ruleta rusa abandonándose a la probabilidad de morir. Otro punto del continuo se ve ilustra-

do por el caso de una mujer que había sido abandonada por su amante; ingirió una sobredosis de tranquilizantes y llamó por teléfono a su amante. Dejaba en manos del Destino la probabilidad de que él llegase a tiempo para salvarle la vida. Presumiblemente si no le amaba lo suficiente como para precipitarse en su ayuda, ella moriría. También a lo largo del continuo de la intencionalidad suicida está el individuo que, simplemente, desea dejar de seguir viviendo. Aunque las expresiones como “No puedo soportarlo más” no representan necesariamente un deseo de suicidarse, sí constituyen una manifestación del deseo de bloquear toda experiencia de tristeza, al menos durante un cierto período de tiempo. El deseo de un paciente depresivo de huir de la vida puede ser tan grande que la idea de suicidio represente una mejoría respecto a su situación actual.

Algunos factores casuales e imposibles de controlar pueden inclinar la balanza a favor del suicidio. Por ejemplo, un paciente con tendencias suicidas muy acusadas logró controlarse hasta el momento en que su esposa le anunció que estaba embarazada. La idea de la paternidad le llevó a cometer el suicidio. Paralelamente, un paciente que sufría depresiones periódicas acompañadas de impulsos suicidas siempre acudía a su médico cuando estos impulsos se agudizaban. En una ocasión en que el médico canceló una cita porque estaba enfermo, el paciente se suicidó. Dejó una nota que dejaba traslucir que la anulación de la cita le parecía “la gota que colmaba el vaso” tras una serie de experiencias negativas.

Por el contrario, un paciente suicida vio frustrado su intento por la llegada inesperada de un amigo. La idea de la amistad le disuadió de volver a intentar suicidarse.

Exploración de los motivos para el suicidio

Como discutiremos más adelante, el terapeuta debe comenzar a tratar las tendencias suicidas ya desde la primera sesión. Las razones de un paciente para intentar suicidarse proporcionan un punto de entrada para la pronta intervención terapéutica.

Hemos observado que las razones que los pacientes aducen con más frecuencia para explicar sus intentos de suicidio o los impulsos suicidas se pueden clasificar fácilmente. Algunos pacientes manifiestan que su objetivo es darse por vencidos, escapar de la vida: La vida es “simplemente demasiado” o “no merece la pena vivirse”. Su malestar emocional o mental es intolerable; no ven solución a sus problemas y están cansados “cansados de luchar”.

Otros suicidas afirman que han jugado con la muerte con objeto de producir algún cambio interpersonal. Esperaban que el intento de suicidio llamase la atención de alguna persona importante para ellos, hiciese que los demás se

diesen cuenta de que “necesitaban ayuda”, resolviese algún problema ambiental, o diese lugar a un período de hospitalización como escape temporal de su ambiente. Con frecuencia, hemos observado una combinación de varios de estos motivos, por ejemplo, huida del ambiente y manipulación de otras personas. Cuando el motivo es principalmente manipulativo, el intento de suicidio suele ser menos grave que cuando el objetivo que se persigue es huir de la vida.

De una muestra de 200 pacientes hospitalizados por haber intentado suicidarse, 111 (56%) manifestaron razones que podrían incluirse en la categoría de escape/huida. La mayoría de los pacientes no deseaban vivir, querían escapar de la vida y se habían decidido por el suicidio como la única solución viable a sus problemas. Por su parte, un 13% de los pacientes manifestaron que habían intentado suicidarse con el único propósito de intentar producir un cambio en otras personas o en el ambiente.

El 31% restante expuso distintos motivos en que se combinaban los fines manipulativos y de escape. De estos pacientes, aquéllos que obtuvieron puntuaciones más altas en desesperanza y en depresión tendían a apuntar la “huida de la vida” como razón principal para el intento de suicidio. En contraposición, los que puntuarían más bajo en desesperanza y en depresión tendían a designar razones manipulativas (Kovacs, Beck y Weissman, 1975).

Como primer paso para ayudar al paciente suicida, *el terapeuta debe entrar en su mundo y ver la realidad desde la óptica del paciente*. El motivo para el suicidio que exponga el paciente puede ayudar al terapeuta a determinar el ámbito de tratamiento y las técnicas más adecuadas. Por ejemplo, si el objetivo del paciente es huir hacia la muerte a través del suicidio, el ámbito principal del tratamiento sería su desesperanza y la ausencia de expectativas positivas. Si resulta que la visión negativa del paciente está basada en la realidad (por ejemplo, si su situación económica es verdaderamente desesperada, si él o algún miembro de su familia padece una enfermedad incurable, etc.), habría que recurrir a la intervención social adecuada. Sin embargo, cuando las expectativas negativas del paciente se basan en modos distorsionados o patológicos de verse a sí mismo y el mundo exterior, el terapeuta debe centrarse en las interpretaciones incorrectas y en el sistema de creencias irracionales.

Si el paciente ha intentado suicidarse para llamar la atención de los demás, el terapeuta ha de ayudarle a clasificar sus distintos motivos manipulativos. ¿Fue motivado el intento de suicidio por un deseo de amor y afecto, por un deseo de venganza o por la necesidad de expresar sentimientos hostiles? ¿Se debió a un fracaso de los modos de comunicación interpersonal convencionales? Si el objetivo de llamar la atención de otras personas a través del intento de suicidio se debe, por ejemplo, a una incapacidad para comunicar los propios problemas, el terapeuta debe centrarse en identificar las estrategias inter-

personales desadaptativas o deficientes y enseñar al paciente técnicas más adaptativas para relacionarse con los demás.

El terapeuta debe ser capaz de comprender por qué los sentimientos del paciente le llevan a intentar suicidarse y experimentar, hasta cierto punto, la desesperación del paciente. La comprensión y la empatía permiten al terapeuta no sólo adecuar las técnicas de tratamiento a las necesidades concretas del paciente, sino también comunicar a éste que le “comprende”. El terapeuta debe darse cuenta de que, según las premisas del paciente, la tendencia al suicidio no es “descabellada” –más bien parece una deducción lógica a partir de tales premisas–. De este modo, puede trabajar con el paciente para poner al descubierto los supuestos incorrectos que son la base de los impulsos suicidas.

Inclinación de la balanza en contra del suicidio

Al principio, es importante que el terapeuta “gane al tiempo” hasta que el riesgo de suicidio haya pasado. Una estrategia para que el paciente aplaque el suicidio es hacer que se sienta tan implicado en el proceso de la terapia que decida “resistir” hasta ver cómo se desarrolla el tratamiento. Es más, el terapeuta debe suscitar y mantener la curiosidad del paciente y estimular su interés en el proceso terapéutico. Y más aún, el terapeuta debe mantener la continuidad entre sesiones. Por ejemplo, puede trazar el puente de unión con la siguiente sesión elicitando preguntas del paciente y responder diciendo, “Esa es una pregunta que también a mí me intriga. Se me ocurren algunas cosas, pero las abordamos detenidamente la próxima vez. ¿Querría usted apuntar los pensamientos que se le ocurran acerca de esta cuestión entre ésta y la siguiente cita?”.

No es necesario, ni siquiera posible en la mayoría de los casos, conseguir que el paciente se comprometa a no suicidarse *nunca*. Una promesa o un “contrato” para posponer el suicidio durante una semana o dos puede ser de gran importancia, si se piensa en el fuerte deseo de morir que experimenta el paciente. Considerando sus deseos más objetivamente y reconociendo la posibilidad de que puedan estar basados en razonamientos poco válidos, el paciente puede sentirse motivado para dejar de actuar según sus deseos suicidas, al menos hasta haberlos explorado en profundidad junto con el terapeuta.

Al formular el plan de tratamiento, es conveniente que el terapeuta trate la decisión de suicidarse como el resultado del conflicto entre los deseos del paciente de vivir y los deseos de morir. Como si se tratase de una declaración de guerra, puede tomarse una decisión irrevocable con el sólo margen de un voto a favor. En principio, por lo tanto, los esfuerzos del terapeuta deben dirigirse a ganar votos a favor de la vida.

Una vez que el paciente accede a sopesar los pros y los contras del suicidio, el terapeuta puede proceder a elicitar las “Razones para vivir” y las “Razo-

nes para morir”. Aunque, al principio, el paciente puede tener dificultades para encontrar alguna razón en favor de la vida, sí suele ser capaz de recordar las razones que tenía en épocas anteriores para seguir viviendo. Una técnica útil consiste en hacer dos columnas en un pizarra o en una hoja de papel, donde terapeuta y paciente listarán las razones a favor de la vida que eran válidas en el pasado. El terapeuta procede a evaluar cuáles de las razones del pasado son también válidas en el presente o, al menos, cuáles podrían ser válidas en el futuro. Es interesante observar que el paciente suicida minusvalora o anula los factores positivos de su vida: (a) olvidándolos, (b) ignorándolos o (c) disminuyendo su valor. Haciendo que el paciente se dé cuenta de las razones para vivir, el terapeuta puede contrarrestar las razones para suicidarse.

El terapeuta debe tener cuidado al exponer los factores positivos que existen en la vida del paciente. Si éste piensa que lo que el terapeuta pretende es “disuadirle” del suicidio, puede adoptar una actitud negativa. El enfoque debe tomar un tinte empírico, como si se dijese, “Aunque usted esté convencido de que su decisión es correcta, merece la pena hacer una lista de los factores positivos que existen en su vida y ver lo que piensa acerca de ellos”. El terapeuta puede sugerir al paciente que evalúe la validez de cada uno de los factores listados.

Después de haber hecho la lista de las ventajas de vivir, terapeuta y paciente pueden pasar a hacer la lista de las ventajas e inconvenientes de morir. Una vez finalizado este procedimiento, el paciente depresivo suele mostrarse más objetivo: las razones para suicidarse no le parecen ya tan absolutas y convincentes como antes.

Es esencial que el terapeuta considere seriamente las razones que tiene el paciente para suicidarse y no descarte desdeñosamente lo que a él podrían parecerle razones triviales o irracionales. Sobre todo, debe evitar estrategias como decir con ligereza, “Muy bien, si quiere suicidarse, adelante, hágalo”.

El terapeuta también debe darse cuenta de que al paciente puede resultarle doloroso reconsiderar la decisión de suicidarse. El paciente puede haber atravesado momentos de gran confusión antes de tomar la decisión de poner fin a sus problemas suicidándose; retomar la cuestión puede significar para él tener que pasar otro período de confusión y, por lo tanto, acrecentar su dolor.

Tratamiento de la desesperanza

Cuando se le pregunta por qué ha decidido suicidarse, el paciente suicida suele manifestar respuestas como las siguientes:

1. La vida no tiene sentido. No espero nada del futuro.
2. No puedo soportar la vida. Nunca seré feliz.
3. Me siento tan desgraciado que éste es el único modo de escapar.
4. Soy una carga para mi familia: estarán mejor sin mí.

Observamos que todas estas afirmaciones están relacionadas, en uno u otro sentido, con la desesperanza. Típicamente, el paciente considera el suicidio como la solución más atrayente para hacer frente a sus problemas. Se ve a sí mismo atrapado en una situación negativa que no tiene salida y considera insoponible continuar en tal situación. El suicidio le parece la única manera de terminar con sus problemas.

Si la desesperanza está a la base de los deseos de suicidio, pueden emplearse varios métodos para comunicar al paciente que (a) existen interpretaciones alternativas de su situación y del futuro menos negativas que las que él sostiene, y (b) tiene otras opciones aparte de su conducta actual, que, de hecho, puede llevarle a un callejón sin salida. Un ejemplo extremo de conducta desadaptativa nos lo proporciona una mujer que se había desesperado hasta el punto de llegar a pensar en el suicidio porque su novio llevaba varios días sin llamarla. Cuando se le preguntó si había algo que pudiese hacer en vez de sentarse al lado del teléfono a esperar su llamada, se puso muy contenta y dijo, “¡Claro! Podría llamarle”.

Intentamos discutir el sentimiento de desesperanza del paciente en *la primera sesión*. Más adelante, tratamos de inducirle a identificar el grado de pensamientos ilógicos y supuestos erróneos que le llevan a la desesperanza. Hemos elaborado una Escala de Desesperanza (Beck *et al.*, 1974) que sirve como instrumento adicional para evaluar el riesgo de suicidio. Una puntuación alta en esta escala es casi siempre signo de una alta intencionalidad suicida; de hecho, predice la intencionalidad suicida mejor que la propia depresión (Beck *et al.*, 1975). Esta escala, para responder a la cual se necesitan solamente unos minutos, puede aplicarse al paciente al comienzo de cada sesión —con objeto de que el terapeuta evalúe rápidamente el riesgo de suicidio.

Si la evaluación psicométrica y clínica indica un alto nivel de desesperanza, con los deseos suicidas asociados, el terapeuta debe orientar el tratamiento para *hacer frente a estos problemas inmediatamente*. No puede permitirse el lujo de esperar varias sesiones hasta que el cuadro se manifieste. Si el deseo de suicidarse del paciente no se explora a tiempo, éste puede no estar vivo para la siguiente sesión. Es más, a veces es conveniente mantenerse en contacto telefónico con el paciente hasta que haya superado la crisis. Es recomendable advertir del problema a los miembros de la familia o a un amigo, de modo que cooperen con el terapeuta.

La estrategia terapéutica específica para tratar la desesperanza se basa en la premisa de que el paciente se halla atrapado por la arbitrariedad de sus conclusiones. No se cuestionan sus creencias. Y aunque el terapeuta las ponga en duda, al paciente le siguen pareciendo razonables. Sin embargo, suscitando su interés por explorar la validez de sus ideas, podemos desbloquear este sistema cerrado. Al reflexionar sobre la evidencia a favor de sus creencias, el paciente

puede recordar o recoger datos en contra de éstas. Provocando una “disonancia cognitiva”, es decir, demostrando las contradicciones existentes en el sistema de creencias, podemos abrirlo a la luz de la razón y de la información adecuada.

Una técnica empleada en algunos de los casos mencionados en este capítulo consiste en introducir datos que sean contradictorios con el sistema de creencias del paciente. Dado que sus creencias no pueden explicar los datos, se hacen más susceptibles de modificación.

Una paciente experimentó intensos deseos de suicidio tras la ruptura con su segundo marido. Cuando el terapeuta le preguntó por qué pensaba que el suicidio era la única respuesta a sus problemas, dijo, “No puedo vivir sin Peter”. Al irse sucediendo otras preguntas, la paciente dijo, “No puedo salir adelante sin un hombre”.

Cuando se le preguntó si siempre había necesitado un hombre, la paciente experimentó un “click cognitivo”. Como si se tratase de una iluminación, dijo, “En realidad, la mejor época de mi vida fue cuando estaba sola, mi ex-marido había ingresado en el ejército y yo tenía trabajo y vivía sola”. En este caso, el dato contradictorio lo constituía el hecho de que había salido adelante por sí sola. Esta pequeña evidencia hizo que la paciente rechazase la idea, “Cuando estoy sola no sirvo para nada”. Al reconocer la falacia de esta idea, su actitud ante su propia competencia comenzó a modificarse. Recuperó el gusto por la independencia y sus deseos suicidas fueron desapareciendo gradualmente.

Otro ejemplo de como un paciente puede darse cuenta de las inconsistencias en su sistema de creencias se presenta en el siguiente diálogo con una paciente de 25 años que acababa de intentar suicidarse y aún abrigaba esta idea. Pensaba que su vida había “terminado” porque su marido le era infiel. Un aspecto interesante es que el terapeuta se dedicó sistemáticamente a formular preguntas que pudiesen proporcionar datos contradictorios con las conclusiones de la paciente y, por lo tanto, que fomentasen pensamientos más lógicos.*

TERAPEUTA: ¿Por qué quiere poner fin a su vida?

PACIENTE: Sin Raymond, no soy nada... No puedo ser feliz sin él... Pero no puedo salvar nuestro matrimonio.

T: ¿Cómo ha sido su matrimonio?

P: Ha sido muy desgraciado desde el principio... Raymond siempre me ha sido infiel... Apenas le he visto durante los últimos cinco años.

* Este diálogo es la ampliación de una entrevista que apareció anteriormente en *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* La Terapia Cognitiva y los Trastornos Emocionales (Beck, 1976, págs. 289-291).

T: Dice usted que no puede ser feliz sin Raymond... ¿Ha sido feliz mientras estaba con él?

P: No, nos peleábamos continuamente y yo me sentía peor.

T: Entonces, ¿por qué piensa que Raymond es esencial en su vida?

P: Creo que es porque sin él no soy nada.

T: ¿Le importaría repetir eso?

P: *Sin Raymond, no soy nada.*

T: ¿Qué piensa de esa idea?

P: ...Bueno, ahora que lo pienso, creo que no es completamente cierta.

T: Dice que no es “nada” sin Raymond. Antes de conocerle, ¿pensaba que no era “nada”?

P: No.

T: Entonces, ¿está diciendo que es posible ser alguien sin Raymond?

P: Creo que sí. *Puedo* ser alguien sin él.

T: Si usted era alguien antes de conocerle, ¿por qué le necesita para ser alguien ahora?

P (confundida): Mmmm...

T: Usted parece indicar que no puede seguir viviendo sin Raymond.

P: Bueno, no creo que pueda encontrar a alguien como él.

T: ¿Tenía usted amigos antes de conocer a Raymond?

P: Yo era bastante popular entonces.

T: Así pues, si yo la he entendido bien, usted era capaz de enamorarse de otros hombres y varios de ellos se enamoraron de usted.

P: Ya lo creo.

T: ¿Por qué piensa que ahora sin Raymond, no sería popular?

P: Porque los hombres no se sienten atraídos por mí.

T: ¿Ha habido algún hombre que haya mostrado interés por usted, estando ya casada?

P: Muchos hombres se han fijado en mí, pero yo los he ignorado.

T: Si usted no estuviese casada, ¿cree que los hombres se interesarían por usted –sabiendo que no tenía compromiso?

P: Supongo que sí.

T: ¿Es posible que usted encontrase a un hombre más fiel que Raymond?

P: No sé... supongo que podría ser.

T: ¿Cree usted que existen otros hombres tan buenos como Raymond?

P: Creo que existen hombres mejores que Raymond por la sencilla razón de que Raymond no me quiere.

T: Dice que no puede soportar la idea de que se rompa su matrimonio. ¿Es cierto que apenas ha visto a su marido durante los últimos cinco años?

P: Es cierto. Solamente lo he visto un par de veces al año.

- T: ¿Hay alguna posibilidad de volver con él?
P: No, él está con otra mujer. No me quiere.
T: Entonces, ¿qué es lo que perdería usted al disolver el matrimonio?
P: No lo sé.
T: Es posible que a usted le fuese mejor después de poner fin a su matrimonio.
P: Eso no me lo garantiza nadie.
T: ¿Es el suyo un *verdadero matrimonio*?
P: Supongo que no.
T: Si su matrimonio no es un verdadero matrimonio, ¿qué ha de perder si decide ponerle fin?
P (llorando): Nada creo.
T: Bien, ¿qué piensa de la posibilidad de encontrar a otra persona?
P: Ya sé por dónde va usted y sé que va bien encaminado. Realmente he estado pensando que ya no hay ninguna razón para que yo siga “pegada” a Raymond cuando está claro que él no me quiere. Creo que lo mejor que puedo hacer es una ruptura amistosa.
T: Si lo hiciese, ¿cree que podría sentirse atraída por otros hombres?
P: Antes fui capaz de enamorarme de otros.
T: Bien, ¿qué piensa?, ¿podría enamorarse de nuevo?
P: Sí, creo que sí.

En este momento de la discusión, era evidente que la paciente ya no estaba deprimida y que no iba a suicidarse. El objetivo de la terapia era hacer que se diese cuenta de que no perdía nada separándose de Raymond (ya que la relación no existía de hecho) y de que había *otras opciones* para ella. El terapeuta también comenzó a hacer mella en la fórmula, “Si no soy amada, no soy nada”.

Después de esta entrevista, la paciente estaba más alegre y parecía haber superado la crisis de suicidio. En la siguiente sesión, dijo que había una cuestión sobre la que no había dejado de hacerse preguntas en casa: ¿Cómo podía no ser “nada” sin Raymond, cuando había vivido feliz y había sido una persona como las demás antes de conocerle? En base a la revisión de las preguntas formuladas por el terapeuta en la sesión anterior, había decidido separarse legalmente. Al poco tiempo, estaba divorciada y adaptada a una vida más estable.

En este caso, las preguntas iban dirigidas a las creencias de la paciente de que (a) necesitaba a su marido para ser feliz, para funcionar y para tener una identidad propia, (b) tenía un matrimonio viable o, al menos, que podía salvarse, (c) el final de su matrimonio sería una pérdida irreversible y (d) no tenía futuro sin su marido. La paciente consiguió darse cuenta de la falacia de sus creencias y sus pensamientos; en consecuencia, se dio cuenta de que tenía

otras alternativas además de las dos que había considerado: *bien* intentar salvar un matrimonio ya deshecho, o *bien* suicidarse. En otros casos, el terapeuta tiene que trabajar con el paciente para generar alternativas más realistas a las ideas de suicidio.

Resolución de problemas con pacientes suicidas

Muchos pacientes suicidas tienen problemas reales que contribuyen a su desesperanza y su deseo de morir. Estos factores ambientales cubren la amplia gama de presiones sobre el individuo humano, pero existen varias categorías generales que parecen dar cuenta de la mayor parte de dichos factores.

Nuestro análisis de las historias de pacientes *varones* que habían intentado suicidarse sugiere que el factor stressante de más peso en el intento de suicidio está relacionado con la ejecución en el ámbito laboral o escolar/académico. Cuando existe una gran discrepancia entre las expectativas del individuo acerca de sí mismo y su ejecución real, tiende a experimentar una fuerte disminución en su nivel de autoestima y una negativización de sus perspectivas de cara al futuro. En el caso típico de un suicida, la pérdida de autoestima se generalizó, dando lugar a ideas como, "Soy un inútil, ... he decepcionado a todo el mundo". La secuencia natural era, "No hay ningún sitio a donde pueda ir. No puedo hacer nada en este mundo. No hay otra salida más que el suicidio".

Los factores desencadenantes típicos se ilustran en los siguientes ejemplos de pacientes varones que intentaron suicidarse. Un muchacho de 12 años se empezó a preocupar y a poner muy nervioso porque sus notas medias habían bajado hasta el punto de poner en peligro la beca que disfrutaba. El muchacho pensó, "Mi madre se disgustará conmigo... Tendré que ir a la escuela pública... Nunca tendré éxito... Soy un fracaso". Intentó colgarse, pero fue rescatado en el último momento.

Su madre, de hecho, tenía unas expectativas demasiado rígidas y poco razonables y se disgustó, manifestando su rechazo, porque el chico hubiese "fracasado" en la escuela. Parte del tratamiento, por lo tanto, se dirigió a moderar las demandas de la madre y sus muestras de desaprobación hacia el chico. Este por su parte, tenía que definir su problema: (a) Decidir qué quería hacer; es decir, ir a la escuela pública, donde la competitividad sería menor o permanecer en la escuela donde estaba porque recibiría una educación mejor. El muchacho debía darse cuenta de que las dos alternativas tenían ventajas y que su elección, cualquiera que fuese, no sería "desastrosa". (b) Aprender a enfrentarse a su madre, comunicándole la actitud, "Es mi vida, no la tuya".

Un ejemplo distinto nos lo proporciona un cabeza de familia que había perdido su empleo. Sus pensamientos seguían la secuencia típica a partir de, "Soy un inútil, mi familia estaría mejor si yo estuviese muerto". La terapia se centró

en (a) definir el problema de buscar otro trabajo, y (b) obtener los fondos suficientes para mantener a su familia hasta que encontrase otro empleo. La intervención psicológica consistió en pedir al paciente que hiciese una lista de los aspectos en que su familia saldría beneficiada si él muriese y una lista con los sentimientos que experimentarían por su pérdida. Representando el papel de uno de los miembros de su familia, el paciente experimentó la aflicción que su familia sentiría si él muriese.

Hemos observado que los intentos de suicidio entre las mujeres suelen ir precedidos de una fricción o de la ruptura de sus relaciones con otra persona. Una mujer estaba preocupada porque su marido cada vez pasaba más tiempo fuera de casa. Su secuencia de ideas se desarrollaba entre, “Estoy perdiendo a Tom” y “Sería mejor si estuviese muerta”. En este caso, el problema giraba en torno a la relación –realmente deteriorada– con su marido. La paciente necesitaba ayuda para relacionarse más eficaz y satisfactoriamente con su marido. Si este procedimiento resultase insuficiente, sería indicado el consejo matrimonial.

En todos estos casos que acabamos de citar, estaban implicados problemas “de la vida real”: (a) tomar una decisión referente a la escuela, (b) disponerse a encontrar otro empleo y, entre tanto, conseguir un seguro de desempleo, (c) tratar de mejorar una relación poco satisfactoria con el marido.

Al proponer soluciones para estos problemas, el terapeuta debe tener en cuenta que es probable que la carga de pesimismo del paciente anule cualquier alternativa que le sugiere. Dado que el paciente considera sus opciones de un modo distorsionado, el terapeuta debe ser cauto y no aceptar de entrada el rechazo de un plan por parte del paciente. La elección del suicidio como curso de acción razonable suele estar basada en la estimación negativa y poco realista que el paciente hace de la evolución de sus problemas. El tipo de “solución” también refleja el pensamiento dicotómico del paciente: “O mi marido vuelve a mí, o *bien* me suicidaré”, “*Bien* consigo una beca, o *bien* abandonaré la escuela”.

Técnica de inoculación de stress

Los tipos de situaciones que parecen estar relacionados con muchos de los intentos de suicidio no son infrecuentes. De hecho, la mayoría de las personas de nuestra cultura han experimentado este tipo de situaciones ansiógenas en una u otra ocasión.

¿Por qué algunas personas piensan en el suicidio al enfrentarse con un problema grave, en tanto que otras despliegan intentos adaptativos de resolver el problema o bien deciden “vivir con esa carga”, resignándose a no ser felices? Desgraciadamente, no conocemos la respuesta completa, pero hemos recogido algunos indicios a partir de los estudios clínicos.

Los individuos con tendencia al suicidio presentan una disposición a sobrestimar la magnitud y el carácter irresoluble de los problemas. En este sentido, perciben los problemas pequeños como graves y los de cierta magnitud como abrumadores. Además, estos individuos muestran una increíble falta de confianza en sus propios recursos para resolver problemas. Por último tienden a proyectar todo este cuadro de actitudes negativas hacia el futuro. Presentan, por lo tanto, las características principales de la Tríada Cognitiva: una visión exageradamente negativa del mundo que les rodea, de sí mismos y del futuro.

Aún existe otra característica que diferencia al paciente suicida del no suicida. De alguna manera, el suicida ha incorporado la idea de resolver los problemas a través de la muerte: "Todos mis problemas se solucionarían si yo estuviese muerto". El individuo no suicida, por su parte, está frustrado por no encontrar la solución a sus problemas, pero presenta una cierta tolerancia a la incertidumbre: "Quizás consiga resolverlo, quizás no". Además, este individuo es capaz de probar distintas soluciones a lo largo del tiempo. El suicida presenta una tolerancia a la incertidumbre realmente escasa. Si no se le ocurre una solución inmediata, se desencadena la idea de que tampoco se le ocurrirá en el futuro y, por consiguiente, la idea de que "La muerte es la única solución".

El deseo de morir puede alcanzar proporciones verdaderamente increíbles. En cierto sentido, el suicidio actúa como una "droga" para el individuo suicida y, lo mismo que le sucede al drogadicto, el suicida considera deseable y adecuada su propia forma de "alivio".

La tendencia al suicidio de un paciente se va a convertir en el objetivo principal de la terapia. Un procedimiento que parece prometedor consiste en entrenar al paciente a (a) elaborar soluciones a sus problemas y (b) desviar la atención (por medio de la distracción) de los deseos o ideas suicidas, como se hace en el caso de las obsesiones y el dolor (Meichenbaum, 1977). La preparación para hacer frente a los problemas consiste en esbozar situaciones ansiógenas típicas y de ocurrencia probable y pedirle al paciente que elabore soluciones. Con muchos pacientes se puede emplear la técnica de "fantasía forzada" (práctica cognitiva). Se les pide que:

1. Se imaginen a sí mismo en una situación límite.
2. Intenten experimentar la desesperación típica y los impulsos suicidas.
3. Traten de generar soluciones a los problemas, a pesar de los "impulsos suicidas".

A continuación, se anima al paciente a que practique esta técnica en situaciones de la vida real; esto es, poniéndose en una situación desagradable e intentando pensar en soluciones realistas a los problemas que surjan. En la misma línea, la técnica de inoculación de stress se emplea para entrenar al paciente a distraerse de sus ideas de suicidio. Un método similar es el que emplea Dr. Keith Hawton de Oxford. Intenta preparar al paciente para que haga frente a

futuras crisis mediante la siguiente estrategia: Le presenta al paciente situaciones problemáticas hipotéticas, pero realistas, similares a las que el paciente ha vivido en el pasado; a continuación, examinan detenidamente los cursos de acción posibles después de haber tenido lugar la situación. Paralelamente, puede inducirse al paciente a “revivir” problemas anteriores que desencadenarán los impulsos suicidas y a imaginar técnicas adaptativas aplicables para hacer frente a dichos impulsos.

Intensificación de los deseos suicidas durante la terapia

El terapeuta debe saber que el deseo de morir puede fluctuar considerablemente a lo largo del tratamiento. Debe comunicar este hecho al paciente y advertirle que una intensificación repentina de los impulsos suicidas no debe interpretarse como signo de retroceso en el tratamiento. Al principio de terapia, el terapeuta debe revisar junto con el paciente suicida distintas estrategias que éste puede aplicar para hacer frente a una súbita intensificación de los impulsos suicidas. El terapeuta puede preparar al paciente diciéndole:

Uno de los principales objetivos de la terapia es que usted aprenda a hacer frente a los impulsos suicidas. Por eso, debe vigilarlos constantemente. En cuanto se dé cuenta de su aparición, debe poner en práctica las técnicas para enfrentarse a ellos. En este sentido, los deseos suicidas pueden proporcionarle una valiosa experiencia de aprendizaje. De hecho –si quiere– podemos practicar ahora mismo lo que usted debe hacer siempre que experimente el deseo de morir.

El terapeuta siempre debe mantenerse alerta a los efectos de posibles experiencias traumáticas fuera de la terapia que pudiesen activar o intensificar los deseos suicidas. Varias veces se nos ha presentado el caso de pacientes que no presentaban tendencia al suicidio al comienzo de la terapia, pero que se convirtieron en suicidas como consecuencia de varios acontecimientos negativos. En una paciente, por ejemplo, surgieron las ideas suicidas cuando la dejó su novio. El terapeuta tuvo que examinar con todo detalle por qué el abandono llevaba inexorablemente a la decisión de morir. Se puso al descubierto un nido de actitudes irracionales: por ejemplo, las ideas “No puedo vivir sin amor”, “Si nadie me ama, no soy nada”, “La muerte es el único aliviar de mi dolor”.

Los pacientes que han llevado a cabo intentos de suicidio antes de la terapia tienen una especial tendencia a experimentar una intensificación de los deseos suicidas en el transcurso de la misma; es decir, es probable que las presiones habituales de la vida activen los deseos suicidas o los intentos de suicidio, incluso aunque parezca que la terapia va progresando. Algunos pacientes se disgustan cuando experimentan deseos suicidas y llegan a la conclusión de que no progresan o de que la terapia no es eficaz. A estos pacientes debe informár-

seles de que los impulsos suicidas pueden considerarse como un recurso valioso para la terapia. El terapeuta debe adoptar la postura de que este hecho representa una oportunidad en vez de un retroceso: la aparición o intensificación de los deseos suicidas da lugar a “trabajar sobre ellos” en la situación terapéutica.

CAPÍTULO 11

ENTREVISTA CON UN PACIENTE DEPRESIVO SUICIDA

Una prueba del valor de la terapia cognitiva es su ámbito de aplicabilidad a través de un amplio rango de problemas clínicos y de una gran diversidad de pacientes. Para superar esta prueba, el sistema de terapia debe proporcionar un marco conceptual suficientemente flexible y un número de técnicas adecuado para cubrir las diferentes demandas de un paciente determinado en distintos momentos, así como las demandas de diferentes pacientes.

Quizás el principal desafío que tiene planteado la terapia cognitiva es su eficacia en el tratamiento del paciente suicida. En estos casos, es frecuente que el terapeuta tenga que modificar los procedimientos sobre la marcha y adoptar un papel activo para traspasar la barrera de desesperanza y resignación del paciente. Dado que su intervención puede ser decisiva para salvar la vida del paciente, debe apoyarse en su propio ingenio e intentar satisfacer varios objetivos inmediatos: establecer una relación de trabajo con el paciente, evaluar la intensidad de la depresión y de los deseos de suicidio, obtener una visión general de la situación de vida del paciente, especificar las “razones” para desear suicidarse, determinar la objetividad potencial del paciente y descubrir puntos de entrada para penetrar en su mundo fenoménico, introduciendo a la vez elementos de realidad.

Esta empresa, como se ilustra en la siguiente entrevista, requiere todas las cualidades de un “buen terapeuta” –sinceridad, adaptación, empatía–, así como la aplicación de las estrategias adecuadas a partir del sistema de la terapia cognitiva.

La paciente era una psicóloga clínica de 40 años a quien su novio acababa de abandonar. Presentaba una historia de depresiones intermitentes desde la edad de 12 años; había recibido distintos tipos de terapia psicológica, fármacos antidepresivos, terapia electroconvulsiva y había estado hospitalizada varias veces. El terapeuta actual (A. T. Beck) había visto a la paciente en cinco ocasio-

nes a lo largo de un período de 7 u 8 meses. En el momento de realizarse la presente entrevista, era evidente que la paciente estaba deprimida y podía llegar a cometer un suicidio.

En la primera parte de la entrevista, el objetivo principal consistió en *formular las preguntas adecuadas* con objeto de hacer una evaluación clínica y de decantar los problemas psicológicos principales. En primer lugar, el terapeuta tenía que determinar el grado de depresión y el grado de intencionalidad suicida. También debía investigar las expectativas de la paciente acerca de la posibilidad de que la terapia la ayudase (T1; T8) con el fin de saber de cuánta ventaja disponía. Durante este período de tiempo, para sacar a flote el diálogo, el terapeuta también tuvo que repetir las afirmaciones de la paciente.

Dada la aparición de deseos suicidas, parecía evidente que éste era el problema clínico principal y que la desesperanza (T7) sería el punto más apropiado para la intervención.

En relación con la primera parte de la entrevista pueden entresacarse varios aspectos. El terapeuta aceptó con seriedad el deseo de morir de la paciente, pero tratándolo como un tema susceptible de un examen más profundo, como un problema a discutir. “Podemos discutir las ventajas e inconvenientes” (T11). La paciente reaccionó ante este comentario con cierta diversión (un signo favorable). Asimismo, el terapeuta exploró la capacidad de la paciente para verse a sí misma y sus problemas con objetividad. Además, comprobó el arraigo de las ideas irracionales y hasta qué punto aceptaba la paciente su deseo de ayudarla (T13 - T20).

En la primera parte de la entrevista, el terapeuta no hizo muchos progresos debido a que la paciente creía firmemente que las cosas no le podían salir bien. Había decidido que el suicidio era la única solución y rechazaba todo intento de “cambiar de idea”.

En la siguiente parte de la entrevista, el terapeuta se propuso aislar el principal factor desencadenante de la depresión y de la idea de suicidarse, a la sazón, la ruptura con su novio. A medida que el terapeuta iba investigando el significado de la ruptura, se hizo evidente que, para la paciente, este hecho significaba, “No tengo nada” (P23). El terapeuta seleccionó “No tengo nada” como objetivo e intentó elicitarse en la paciente datos contradictorios con esta conclusión. Investigó épocas anteriores en que la paciente no pensaba, “No tengo nada” y en las que tampoco mantenía relaciones con ningún hombre. A continuación (T26), pasó a buscar otras metas y alicientes que fuesen importantes para ella –fuentes concretas de satisfacción (T24 - T33) . Este intento del terapeuta de demostrar que la paciente, de hecho, “tenía algo” se vio entorpecido por la tendencia de ésta a minimizar todos los aspectos positivos de su vida (P32).

Finalmente, la paciente unió sus fuerzas a las del terapeuta y, en la última parte de la entrevista, se ve claramente que estaba dispuesta a distanciarse de

sus problemas y a considerar soluciones viables. El terapeuta, entonces, pasó a exponer los supuestos subyacentes a la desesperanza, a saber, “No puedo ser feliz sin un hombre”. Recordando las experiencias anteriores en contradicción con este supuesto, el terapeuta intentó demostrar lo incorrecto de este. Asimismo, explico el valor de cambiar este supuesto por, “Puedo hacerme feliz a mí misma”. En el mismo sentido, señaló, que era más realista que se viese a sí misma como agente activo en la búsqueda de fuentes de satisfacción que como un receptáculo inerte dependiente de los caprichos de los demás.

La entrevista grabada que duró 60 minutos, aunque aquí aparece con una duración de 35 por razones prácticas, se presenta palabra por palabra. (Únicamente se han hecho los cambios necesarios para proteger la identidad de la paciente). La entrevista se divide en cinco partes.

Primera parte: preguntas para elicitación de la información esencial.

1. Intensidad de la depresión. Grado de intencionalidad suicida.
2. Actitudes ante la cita (expectativas relativas a la terapia).
3. Emergencia de los deseos suicidas: problema crítico inmediato.
4. Intento de encontrar un punto para la intervención terapéutica: desesperanza-actitudes negativas hacia el futuro (P7).
5. Aceptación de la seriedad del deseo de morir, pero considerándolo como un tema susceptible de un examen posterior –“Discutir las ventajas y los inconvenientes” (T11).
6. Capacidad de verse a sí misma con objetividad; probar el grado de fijación de las ideas irracionales; probar la responsividad hacia el terapeuta (T13-T20).

Segunda parte: ampliar las perspectivas de la paciente.

1. Aislar el factor desencadenante –la ruptura con su novio–; reducir el empleo de las preguntas.
2. Determinar el significado de la ruptura para la paciente.
3. Problema psicológico inmediato: “No tengo nada”.
4. Cuestionar la conclusión “No tengo nada”.
5. Probar otras fuentes de satisfacción que sean importantes para ella (T24-T33).
6. Reforzar el contacto con la realidad y el autoconcepto positivo (T35-T37).

Tercera parte: “terapia basada en las alternativas”

1. El terapeuta se muestra muy activo para hacer que la paciente se interese en la comprensión del problema y en el modo de enfrentarse a él. Inducir a la paciente a examinar otras opciones (T38). “Eliminar” el suicidio como opción.
2. Neutralizar o modificar el pensamiento absolutista de la paciente, haciendo que se vea a sí misma, su futuro y sus experiencias en términos cuantitativos (T45).
3. Feedback: información importante. Buscar (a) el cambio de sentimientos, (b) afirmaciones positivas sobre sí misma, (c) el consenso con la solución del problema por parte de la paciente (P47).

Cuarta parte: obtener datos más precisos

1. Mayor colaboración terapéutica: discusión sobre el fundamento teórico y las técnicas terapéuticas.
2. Poner a prueba las conclusiones de la paciente sobre su falta de satisfacción, refutando a la vez, indirectamente, su conclusión.
3. Expresión espontánea de la paciente, “¿Puedo decirle algo positivo?”
4. Intentos periódicos de evocar una respuesta de alegría.

Quinta parte: conclusión

1. Reforzar la independencia (T106), la capacidad de ayudarse a sí misma, el optimismo.

TERAPEUTA (T1): Bien, ¿cómo se ha sentido desde que hablamos por última vez?

PACIENTE (P1): Mal

T2: Se ha sentido mal... bien, hableme de ello.

P2: Empezó este fin de semana... me da la impresión de que todo es un esfuerzo inútil. No tiene objeto hacer nada.

T3: Así pues, existen dos problemas: todo es un esfuerzo inútil y no tiene objeto hacer nada.

P3: Como no tiene objeto hacer nada, eso hace las cosas demasiado difíciles.

T4: (Repitiendo las palabras de la paciente para mantener el diálogo. También para demostrar que entiende sus sentimientos) Ya veo, no tiene objeto hacer nada y todo requiere grandes esfuerzos... Cuando venía hacia aquí hoy, ¿se sentía de la misma manera?

- P4: Bueno no me siento tan mal cuando estoy trabajando. Lo peor es en los fines de semana y especialmente durante la vacaciones. En cierto modo, esperaba que así fuese.
- T5: (Elicitando las expectativas ante la sesión). Así que esperaba un empeoramiento durante las vacaciones... Y, cuando dejó su consulta para acudir aquí, ¿cómo se sentía?
- P5: Más o menos igual. Siento que puedo hacer todas las cosas que tengo que hacer, pero no quiero.
- T6: No quiere hacer las cosas que tiene que hacer.
- P6: No quiero hacer nada.
- T7: Bien... y ¿qué tipo de sentimientos experimentaba? ¿Se sentía mal?
- P7: Siento que no hay esperanzas para mí. Siento que mi futuro... que todo es inútil, que no hay esperanza.
- T8: ¿Que pensamientos experimentó acerca de la entrevista de hoy?
- P8: Pensé que probablemente me ayudaría, como siempre había sucedido hasta ahora... que me sentiría mejor –temporalmente–. Pero esto empeora las cosas porque sé que volveré a sentirme mal.
- T9: ¿Eso empeora las cosas en términos de sus sentimientos?
- P9: Sí.
- T10: ¿Y la razón es que se le levanta el ánimo, pero luego vuelve usted a hundirse de nuevo?
- P10: (Problema inmediato –riesgo de suicidio–). Siento que no tiene fin, que las cosas continuarán así para siempre y yo no mejoraré... Me siento más inclinada al suicidio que en cualquier otra época de mi vida... De hecho, *siento que me voy acercando*.
- T11: Quizás deberíamos hablar un poco de ello, ya que nunca hemos hablado de las ventajas y los inconvenientes de suicidarse.
- P11: (Sonriendo). Usted hace que todo parezca tan lógico...
- T12: (Probando la colaboración terapéutica). ¿Es malo eso? Recuerde algo que escribió en una ocasión... que la razón era su mejor aliado. ¿Se ha vuelto alérgica a la razón?
- P12: Pero no puedo intentar nada más.
- T13: ¿Supone un esfuerzo ser razonable?
- P13: (“Pensamientos automáticos” típicos). Sé que estoy siendo poco razonable; pero los pensamientos me parecen tan reales... que supone un gran esfuerzo intentar modificarlos.
- T14: Pero, si le resultara fácil modificar los pensamientos, ¿cree que seguirían existiendo?
- P14: No... veamos, no digo que esto no sirva para otras personas. No quiero decir eso, pero creo que no me servirá a mí.
- T15: ¿Tiene evidencia de que le haya servido en el pasado?

- P15: Sirve en determinados períodos de tiempo y entonces es como si viniera mi Verdadero Yo.
- T16: ¿Ha ocurrido algo fuera de lo común que lo haya estropeado todo?
- P16: ¿Quiere decir este fin de semana?
- T17: No necesariamente. Como ya sabe, estaba haciendo progresos en la terapia y decidió que iba a ser como “El León Cobarde que Encontró su Corazón”. ¿Qué pasó después?
- P17: (Agitada, baja la cabeza). Es demasiado duro... sería más fácil morir.
- T18: (Intentaba recuperar la objetividad. Recupera perspectiva recordando experiencias positivas anteriores). Por el momento, sería más fácil morir, como usted dice. Pero retrocedamos en la historia porque creo que está usted perdiendo perspectiva y puntos de mira. Recuerde una ocasión en que grabamos la entrevista; a usted le gustó. Al día siguiente, escribió una carta; en ella decía usted que sentía que poseía un corazón propio. No representó un esfuerzo tan grande aquel logro. Estaba usted siendo bastante razonable hasta que se enamoró. ¿Correcto? Se enamoró de Jim. ¿Voy bien? Se puede predecir fácilmente que, al finalizar esta relación, usted se sentiría hundida. ¿Qué conclusión saca usted de esto?
- P18: (Angustiada, rechaza la tentativa del terapeuta). Mi conclusión es que siempre voy a tener que estar sola porque no soy capaz de mantener una relación estable con un hombre.
- T19: Muy bien, esa es una explicación posible. ¿Hay otras?
- P19: es la única.
- T20: ¿Es posible que no estuviese *preparada* para enamorarse profundamente y por ello fracase?
- P20A: Pero, me siento como si nunca fuese a estar preparada (llorando).
- P20B: Nunca le olvido, ni siquiera cuando he estado incluso un año entero sin verle. Siempre está en mi recuerdo, siempre. ¿Cómo voy a pensar que le rechacé?
- T21: Hasta ahora, la relación no se había roto del todo. Siempre quedaba la esperanza de...
- P21: No, no la había; él me dijo claramente que no podía enamorarse de mí.
- T22: Bien, pero hasta enero las cosas no iban tan mal. Usted no estaba locamente enamorada. Todo empeoró en enero, cuando él empezó a mostrar un verdadero interés por usted.
- P22: Por primera vez en cuatro años.
- T23: (Intentando recuperar perspectiva). Bien, fue entonces cuando usted volvió a enamorarse. Antes de enero, no estaba enamorada, no

pensaba en él constantemente, no estaba en la situación en que se encuentra ahora y era feliz a veces. Me escribió aquella carta diciéndome que era feliz, ¿no? Luego, antes de enero, era feliz sin estar con Jim. Ahora en mayo, es desgraciada porque acaba de romper con él. Pero, ¿por qué ha de seguir sintiéndose desgraciada en julio, en agosto o en septiembre?

P23: (Aparece la creencia objetivo). No tengo nada.

T24: Pero en enero no era desgraciada, ¿no es así?

P24: Un poco sí, por eso le llamé.

T25: Bueno, ¿y en diciembre? En diciembre no era desgraciada. Y ¿qué tenía en diciembre? Debía tener algo que la hiciese feliz.

P25: Salía con otros hombres. Eso me hacía feliz.

T26: Aparte de los hombres, hay otras cosas en su vida que usted ha dicho que le gustan.

P26: Sí y yo...

T27: (Centrándose en las creencias objetivo. Demostrándole a la paciente que tenía y tiene algo). Veamos, había otras cosas que a usted le parecían importantes y que ahora ya no lo son. ¿Correcto? ¿Qué cosas eran importantes para usted en diciembre, noviembre, etc.?

P27: Todo era importante.

T28: Todas las cosas eran importantes. Pero, ¿cuáles eran esas cosas?

P28: Me resulta difícil incluso el mero hecho de pensar en cosas que antes me interesaban.

T29: ¿Qué me dice, por ejemplo, de su trabajo?

P29: Mi trabajo...

T30: Su trabajo era importante. ¿Sentía que estaba haciendo bien su trabajo?

P30: La mayoría de las veces.

T31: La mayoría de las veces, sentía que estaba haciendo bien su trabajo. ¿Y ahora? ¿Siente que hace bien su trabajo *ahora*?

P31: (Minimizando los aspectos positivos). No todo lo bien que podría hacerlo.

T32: (Volviendo a introducir los aspectos positivos). No hace su trabajo lo mejor posible, de acuerdo. Pero, incluso en su estado, yo sé que lo hace tan bien o mejor que la mayoría de los profesionales. ¿No es cierto?

P32: (Refutando el comentario positivo). No entiendo por qué dice eso. ¿Como lo sabe? Porque yo se lo he dicho. ¿Y cómo sabe que es verdad?

T33: Porque creo en su palabra.

P33: En la palabra de alguien que se comporta de un modo irracional.

- T34: (Presentando evidencia positiva de su eficiencia en el trabajo y de sus satisfacciones). Pienso que no es probable que alguien tan irracional consigo mismo como usted, diga algo positivo *de sí mismo*, a no ser que el aspecto positivo sea evidente a los ojos de cualquier persona... En cualquier caso, usted está satisfecha con su trabajo actualmente y *sabe* que está haciendo un buen trabajo, aunque no lo haga tan bien como le gustaría. Lo puede ver por sí misma. ¿Mejoraron sus pacientes? ¿Se les está ayudando? ¿Suelen decir que agradecen sus esfuerzos?
- P34: Sí.
- T35: Está usted diciendo que es tan irracional que yo no debo creer nada de lo que me diga. ¿Les dice usted a sus clientes, “Es usted un cliente estúpido... ni pizca de juicio”?
- P35: Yo nunca diría eso de nadie.
- T36: Pero lo piensa de sí misma.
- P36: Sí.
- T37: (Señala inconsistencia. Subraya la capacidad para comportarse de un modo racional de la paciente. Fortalece su papel como profesional). Así pues, se fía de la palabra de sus clientes, pero no de la suya propia. Usted no piensa que sus pacientes sean irracionales; en cambio lo piensa de sí misma cuando es usted la paciente. ¿Cómo es posible que adopte una actitud racional cuando está en el papel de terapeuta y se comporte de modo irracional en el papel del paciente?
- P37A: Tengo diferentes criterios cuando se trata de mí misma y cuando se trata de otras personas.
- P37B: Supongamos que no lo supero nunca.
- T38: (Cambia las opciones, considerando otras soluciones distintas del suicidio. Sopórtelo o haga algo por resolver el problema). ¿Supongamos que no lo supera nunca? Bien, no sabemos si se recuperará o no... de modo que sólo puede hacer dos cosas. Una de ellas consiste en tomarlo pasivamente; quizás se diese cuenta de que podía resignarse a vivir así, al fin y al cabo, la mayoría de la gente atraviesa épocas de tristeza que acaba superando. La otra se refiere a afrontar el problema cara a cara y emprender activamente la elaboración de soluciones. En otras palabras, tomar las riendas del asunto...
- P38: (Piensa en encontrar otro hombre). Estoy desesperada. Creo que tengo que encontrar a alguien ahora mismo.
- T39: Bien, si encontrase a alguien, ¿qué pasaría?
- P39: Sucedería lo mismo de nuevo.
- T40: (Omite el suicidio como opción). Recuerde cuando estuvimos hablando de Jim; usted dijo que en enero tuvo la oportunidad de to-

mar una decisión y eligió salir con él, con la posibilidad de que el resultado fuese positivo. Ahora tiene dos alternativas. Puede intentar “aguantar el chaparrón” con la idea de seguir luchando, o bien puede enamorarse de otra persona. ¿Que camino prefiere tomar?

P41 (Compulsión a enamorarse de alguien). No quiero enamorarme, pero hay algo que me empuja. Ahora no estoy enamorada de nadie y no quiero estarlo, pero siento una compulsión.

T41: Eso es porque lo está pasando mal. ¿No es cierto? Si no fuese así, no sentiría la compulsión.

P41: Pero aún no he hecho nada.

T42: (Enfatiza la opción ideal. Transforma los inconvenientes en ventajas). Bien, es una decisión suya. Si prefiere buscar a otra persona, nadie le va a culpar de nada. Pero estoy intentando mostrarle que existe una oportunidad. Se presenta una oportunidad que quizá no vuelva a tener nunca más: seguir sola... trabajar por sí misma hasta lograr salir de la depresión.

P42: Eso es lo que voy a tener que hacer el resto de mi vida... eso es lo que me preocupa.

T43: Se pone usted en una “situación en la que no hay ganancias”. Admite, sin ninguna prueba, que, si se enamora de otro hombre, se sentirá mejor.

P43: Temporalmente, pero después estaríamos en el mismo caso.

T44: Lo entiendo. Por eso, ahora tiene la oportunidad de no depender de ningún hombre, si bien tiene que pagar un tributo: el dolor ahora para obtener mayores beneficios después. ¿Está dispuesta a pagar el tributo?

P44: Me da miedo no enamorarme de alguien enseguida... Sé que esto es pensamiento dicotómico... Pienso que, si no me enamoro inmediatamente, nunca tendré a nadie.

T45: Eso son pensamientos de todo o nada.

P45: Lo sé.

T46: (Buscando el consenso con la opción de no-suicidio). Eso son pensamientos de todo o nada. Actuar en base a ellos no es una postura muy sensata. Ahora bien, si va a actuar sobre la base de, “El dolor es tan grande que me niego a seguir soportándolo”, muy bien. Se toma una “aspirina” de efectos temporales para afrontar el problema más adelante. La cuestión es la siguiente: ¿está dispuesta a soportarlo ahora mismo? ¿Qué finalidad tiene soportarlo ahora mismo?

P46: No lo sé.

T47: Usted no dice eso sinceramente.

- P47: (Alcanzando el consenso). Teóricamente, sé que podría demostrarme a mí misma que, de hecho, puedo ser feliz sin un hombre; de este modo, si en el futuro tuviese relaciones con un hombre, las abordaría sin sentirme desesperada, con lo cual eliminaría una gran carga de ansiedad y depresión que, en el pasado, iba asociada a este tipo de relación.
- T48: Al menos teóricamente, está de acuerdo en que, sobre una base lógica, sería posible. Si trata de soportarlo... ¿Qué probabilidad de que esto ocurra piensa usted que existe?
- P48: ¿Para mí?
- T49: Para usted.
- P49: Para otra persona, yo diría que la probabilidad es muy alta.
- T50: ¿Para uno de sus clientes?
- P50: Sí.
- T51: ¿Y para los depresivos que vienen a la Mood Clinic? La mayor parte llevan deprimidos siete años o más. ¿También les pronosticaría una probabilidad alta?
- P51: Mire, yo he estado deprimida toda mi vida. Ya a los 14 años pensaba en suicidarme.
- T52: (Neutralizando el pensamiento absolutista sugiriendo probabilidades). Bueno, muchas de las personas que vienen aquí están en un caso similar. Algunas de estas personas son muy jóvenes y por eso no pueden llevar demasiado tiempo deprimidos... Bien, volvamos a lo nuestro. Hipotéticamente, podría ocurrir. Sería posible para cualquier persona. Pero usted piensa que en su caso no sería posible. Bien... también es posible para usted. Pero, ¿cuál es la probabilidad... (recuerde que, cuando hablamos de esta probabilidad en el caso de Jim, pensamos que la probabilidad de que el resultado fuese positivo sería aproximadamente de un cinco por ciento)... de que usted soporte la tormenta y se haga más fuerte, haciéndose a la vez menos dependiente de los hombres que hasta ahora?
- P52: Yo diría que la probabilidad es mínima.
- T53: ¿Qué quiere decir mínima? ¿Un uno por ciento? ¿Uno por millón...
- P53: Quizás un diez por ciento.
- T54: Un 10%. Es decir, que tendría una oportunidad de entre diez de hacerse más fuerte después de todo esto.
- P54: (Más perspectiva, rechaza la evidencia). Sabe por qué digo esto... Lo digo sobre la base de haber pasado un verano completo sin un hombre y haber sido feliz... para después llegar a la situación en que me encuentro ahora. Ningún progreso.

- T55: (Basándose en los datos). Yo diría que eso nos sirve de evidencia. Ese verano constituye una evidencia muy poderosa.
- P55: (Rechazando los datos). Sí, pero mire cómo me encuentro ahora.
- T56: La cuestión es que usted lo hizo muy bien aquel verano y demostró que se las podía arreglar por sí sola. Pero no se lo demostró a sí misma. Borró aquella experiencia en cuanto se enamoró de un hombre. Pasado el verano, aquella experiencia de independencia se anuló en su mente.
- P56: (Cambio de estado de ánimo. Buena señal). ¿Es eso lo que sucedió?
- T57: ¡Claro! Cuando hablé con usted la primera vez que nos vimos, usted dijo, “No puedo ser feliz sin un hombre”. Hablamos de ello durante 35 ó 40 minutos, hasta que le pregunté, “¿Ha habido alguna ocasión en que haya estado sin ningún hombre?”. Usted respondió, “¡Dios mío! Nunca desde que dejé de ir a la escuela”. Eso fue como un rayo de luz. Casi me había convencido de la idea de que no podía funcionar sin un hombre. Pero eso es una *evidencia*. Quiero decir que, si yo le dijese que soy incapaz de atravesar esta habitación y usted consiguiera demostrar que sí soy capaz, ¿me creería usted cuando le digo que no soy capaz de atravesar la habitación? Entiéndame, existe una realidad objetiva. No le estoy ofreciendo una información que no es válida. Existen personas...
- P57: Pero yo diría, ¿cómo puede negarse?
- T58: ¿Qué?
- P58: (Busca una explicación. Buena señal). Me refiero a lo que no va bien en mi mente, ¿cómo podría negarlo?
- T59: (Alianza con la postura racional de la paciente). Porque, desgraciadamente, la naturaleza humana tiende a negar aquellas experiencias que no son consistentes con una actitud predominante. A eso es a lo que se dedica la terapia de las actitudes. Se tiene una creencia muy fuerte y todo lo que sea inconsistente con dicha creencia produce disonancia cognitiva. Supongo que habrá oído hablar de ello. A las personas no les gusta experimentar disonancia cognitiva. Así pues, eliminan o rechazan todo lo que no sea consistente con la creencia prevalente.
- P59. (Aumenta el consenso). Lo entiendo.
- T60: (Salida optimista). Usted tiene una creencia predominante. Afortunadamente, dicha creencia es incorrecta. ¿No le parece alentador? ¿Tiene usted una creencia predominante que la hace desgraciada y resulta que es incorrecta! Pero es necesario un gran esfuerzo para demostrarle, para convencerla de que es incorrecta. ¿Y sabe por qué?
- P60: No.

- T61: (Ya que la paciente está colaborando, pasa a una estrategia didáctica. El propósito es fortalecer la actitud racional de la paciente). ¿Quiere saber por qué? Porque esa creencia la ha tenido siempre. En primer lugar, la creencia apareció a una edad muy temprana. No vamos a remontarnos hasta su infancia, pero usted intentó suicidarse, o al menos pensó en ello, siendo bastante joven. Es una creencia que existe desde hace mucho tiempo. Está profundamente arraigada precisamente porque apareció muy pronto, en una edad en que era usted sumamente vulnerable. Desde entonces, usted se la habrá repetido mentalmente ¿cuántas veces?
- P61: Millones de veces.
- T62: Millones de veces. ¿Y espera que en cinco horas de hablar conmigo desaparezca algo que se ha repetido millones de veces en el pasado?
- P62: Como ya le he dicho, y usted se ha mostrado de acuerdo, la razón es mi aliado. ¿No puede la inteligencia tomar parte? ¿Porqué no puedo hacer que la inteligencia me ayude?
- T63: Sí, claro que la inteligencia puede ayudar. Eso es exactamente lo que estoy intentando que haga usted: que use la inteligencia.
- P63: Sé que mi inteligencia está sana. Lo sé.
- T64: Por supuesto, pero la inteligencia debe contar con instrumentos a su servicio. Usted puede tener fuerza física para levantar una silla, pero, si en el momento de hacerlo, piensa que no va a tener fuerzas, ni siquiera lo intentará. Pensará, "Es inútil". Le pondré un ejemplo mejor, usted puede tener la fuerza necesaria para mover una roca, pero, a la hora de moverla, podría emplear una palanca; es decir, se trata de utilizar la herramienta adecuada. No es cuestión de tener una inteligencia fuera de lo común, sino de dotarla de los instrumentos adecuados. Es posible que una persona, por inteligente que sea, no sepa resolver un problema de cálculo, ¿no?
- P64: Por supuesto que es posible. (Sonríe)
- T65: (Refuerza la confianza en la madurez). Muy bien, necesita conocer de antemano una serie de fórmulas. Para eso precisamente viene usted aquí. Si usted no fuese inteligente, no sería capaz de entender las fórmulas, pero sabe muy bien que no es así. Y no sólo eso, sino que las emplea con sus clientes con mucha más seguridad que consigo misma.
- P65: (Elogio a sí misma. Confirma la afirmación del terapeuta). No me reconocería si me viese con mis pacientes. Pensaría que no era yo. Puedo ser tan optimista con otras personas... Ayer mismo, estuve animando a un terapeuta que estaba a punto de darse por vencido

en uno de sus casos. Le dije, “Pero no puedes hacer eso. Aún no has agotado todas las posibilidades”.

T66: Así pues, no tuvo siquiera la oportunidad de emplear estos instrumentos este fin de semana; aunque tenía la idea en mente, debido a algún factor accidental fue incapaz de hacerlo. Pero, al finalizar el fin de semana, llegó a la conclusión de que los instrumentos no servían, “Soy tan inútil que no puedo emplearlos”. Eso no fue ni siquiera una prueba. Para la próxima semana...

P66: (Asiente)... No fue una buena prueba.

T67: No, no fue una buena prueba de lo que usted podría haber hecho o de lo que los instrumentos podrían haber hecho. A partir de ahora, lo que usted quiere es dedicar los fines de semana a hacer los preparativos para el 4 de julio. Al comenzar el fin de semana, siempre tendrá preparado un programa –por escrito– y algún otro plan en la reserva por si falla alguna de las actividades previstas. Usted sabe que realmente existen varias cosas que le resultan satisfactorias. *Dígame algunas cosas que le resultaran satisfactorias esta semana pasada.*

P67: Fui con Margaret al cine.

T68: ¿Qué vieron?

P68: Una comedia.

T69: ¿?

P69: Una comedia.

T70: Buena idea. ¿Qué comedia vieron?

P70: (Sonríe). Se titulaba “*Mother, Jugs and Speed*”.

T71: ¡Ah, sí! Yo también la he visto.

P71: ¿La ha visto?

T72: Sí, la vi el viernes.

P72: (Sonríe). Me gustó.

T73: Era bastante buena. Tenía mucha acción. Así que le gustó. ¿Cree que todavía puede disfrutar de una buena película?

P73: Sí. Cuando estoy distraída, me encuentro bien.

T74: ¿Entonces?

P74: Porque lo que ocurre... mientras estoy distraída, el dolor se va acrecentando y el impacto es mayor cuando me alcanza. Como anoche, que vinieron dos amigos a cenar. Todo iba bien. Mientras estaban en casa... planifiqué minuciosamente todas las actividades para mantenerme ocupada... mientras estaban en casa, me divertía, estaba a gusto. Pero cuando se fueron...

T75: ¡Eso está muy bien!

- P75: El resultado fue que después lo pasé mucho peor porque el dolor se había acumulado...
- T76: No sabemos por qué usted no ejerció un control, pero no hay duda de que se trata de una decepción después de haber tenido una experiencia satisfactoria... de modo que lo que tiene que hacer es montar un mecanismo para hacer frente a la decepción. Dése cuenta de que lo que usted hizo fue hundirse, derribarse a sí misma diciendo, "Bueno... es peor ahora que si no hubieran venido". En lugar de tomarlo fenomenológicamente: "Estuvieron aquí y me sentí bien mientras tanto; ahora resulta que me siento decepcionada". Así pues, ¿dónde hay que centrarse? En la decepción. ¿A qué hora se fueron sus amigos?
- P76: Alrededor de las nueve.
- T77: ¿Y a qué hora aproximadamente se acuesta usted?
- P77: Más o menos a las diez.
- T78: Es decir, que tenemos una hora que planificar.
- P78: Una hora para sentirse mal.
- T79: Bien, una hora para sentirse mal. Es otro modo de considerarlo. Al fin y al cabo, no es tan malo. Es solamente una hora.
- P79: Pero me siento tan mal durante esa hora. Es entonces cuando pienso que deseo morir.
- T80: No es tan malo sentirse mal. ¿Sabe lo que hemos hecho con algunos pacientes? ¡Y con buenos resultados! Les hemos dicho, "Vamos a asignarle una hora diaria para sentirse mal". ¿Le había hablado ya al respecto? "Quiero que se sienta tan mal como le sea posible"; a veces, podemos, incluso, practicar durante la sesión. Ahora no disponemos de mucho tiempo, quizás en otro momento.
- P80: Se trata de un tiempo limitado.
- T81: (Alianza con el paciente como colega profesional). Si, hacemos que los pacientes piensen en la situación más horrible y negativa que les sea posible. Ciertamente, pueden hacerlo durante la sesión. Cuando se van, son incapaces de sentirse mal de nuevo, por mucho que lo intenten. Es como si se hubiesen "vaciado" y, a la vez, hubiesen ganado en objetividad.
- P81: (Colaborando). Todo eso debe llevarse a cabo bajo control...
- T82: Debe llevarse a cabo en una situación estructurada.
- P82: Debe ser controlado.
- T83: Es cierto. Por eso propuse, "Practiquemos aquí, en primer lugar".
- P83: –
- T84: Usted debe contar con una válvula de seguridad.
- P84: Si lo hace en casa... podría...

- T85: Bien, el terapeuta debe contribuir a estructurar la situación. Quiero decir que una hora diaria de sentirse mal no es necesariamente antiterapéutica. Es decir, usted no tiene que suicidarse por tener una hora de sentirse mal. Lo que tiene que hacer es pensar en ello como, “mi hora de sentirme mal hoy”. Esta es una manera de entenderlo. A continuación, a eso de las 10, usted se va a dormir. Ha pasado una hora mala a lo largo de todo un día. No es tan terrible. Durante este tiempo, se diría a sí misma, “Veamos, he tenido un día bastante bueno y ahora, esta hora, en que me siento tan mal, agotada, mi ego es...”.
- PS5: Estoy pensando, “Nunca se acaba”.
- T86: Durante una hora; pero eso no es del todo cierto porque usted estaba convencida de que no podía tener momentos buenos y resulta que, ayer mismo, tuvo un buen día.
- P86: Pero lo que se me ocurre es el pensamiento de que todo esto no acaba nunca.
- T87: Quizás el pensamiento sea incorrecto. ¿Cómo puede usted saber que el pensamiento es incorrecto?
- P87: No lo sé.
- T88: (Probando hipótesis en base a datos anteriores). Bien, vamos a operativizarlo. ¿Qué quiere decir “Esto no acaba nunca”? ¿Significa que nunca más en toda su vida volverá a sentirse bien? ¿O significa que va a experimentar una tristeza inexorable día tras día, hora tras hora y minuto tras minuto? Pienso que eso es lo que usted cree. Esto es una hipótesis por el momento. Comprobémosla. Ahora, usted experimenta el pensamiento “Esto no va a acabar nunca”. ¿Cuándo lo ha experimentado anteriormente? ¿Ayer a las 9 de la mañana?
- P88: Sí.
- T89: Si la hipótesis es correcta, significa que cada minuto desde que se levantó ayer por la mañana ha venido experimentado una tristeza y una infelicidad inevitables, interminables, inexorables.
- P89: (Refuta la hipótesis). Eso no es cierto.
- T90: Es incorrecta.
- P90: Verá, cuando me despierto por la mañana, incluso cuando aún no estoy totalmente despierta, lo primero que inevitablemente me viene a la cabeza es que no deseo levantarme. Que no tengo nada por lo que vivir. Y que no sé cómo empezar el día.
- T91: Ese es el modo como suelen empezar el día las personas que tienen depresión. Es precisamente la forma más probable de empezar el día, teniendo en cuenta que usted está deprimida.
- P91: ¿Incluso antes de haberse despertado del todo?

- T92: Por supuesto. Cuando las personas están dormidas, sueñan. Usted ya ha leído el artículo sobre los sueños. Incluso los sueños son negativos. Según eso, ¿cómo puede esperarse que se despierten felices y contentos después de toda una noche soñando cosas negativas o desagradables? ¿Y qué ocurre a medida que transcurre el día? Estas personas suelen sentirse mejor. ¿Sabe por qué? Porque tienen un mayor sentido de realidad – la realidad va penetrando en sus creencias.
- P92: ¿Es ésa la razón?
- T93: Por supuesto.
- P93: Yo siempre había creído que era porque, a medida que transcurre el día, queda menos tiempo para volver a acostarse.
- T94: ¿Volver a acostarse para tener malos sueños? Lo que sucede es que la realidad gana terreno, refutando así las creencias negativas.
- T94: Ya, ya veo.
- T95: De hecho, nosotros ya hemos refutado su creencia negativa, ¿no es así? Esta noche tuvo usted esa creencia tan arraigada –y tan potente como para hacer que deseara suicidarse– que sería inevitable, interminable e inexorable.
- P95: (Alegre). ¿Puedo contarle algo muy positivo que hice esta mañana?
- T96: (Bromeando). No, detesto las cosas positivas. Soy alérgico... Bueno, lo soportaré. (Risas)
- P96: (Recuerda una instrucción racional dirigida a sí misma). Experimenté pensamientos negativos incluso antes de estar completamente despierta, y me dije, “¿Quieres detenerte? Date una oportunidad y deja de pensar en esas cosas”.
- T97: ¿Y qué hay de malo en pensar eso?
- P97: Ya, ya lo sé. Pensé que era algo muy positivo. (Risas)
- T98: (Subraya el comentario). Es estupendo. Repítalo para que pueda recordarlo.
- P98: Me dije, “Alto. Date una oportunidad”.
- T99: (Predicción más esperanzadora. Autosuficiencia). Cuando sus amigos se fueron, usted asignó un significado intrínseco. En el contexto de *no tener un hombre...* Ahora que el dolor de la ruptura ha desaparecido por completo, ¿cree que será capaz de disfrutar de las ventajas que se le ofrecen y atribuirles su verdadero significado?
- P99: Supongo que sí, si el dolor es menor...
- T100: Ahora, el dolor es menor, de hecho.
- P100: ¿Tiene importancia?
- T101: Ya lo creo
- P101: Pero no importa que continúe.

- T102: Bueno, usted sabe que, con el tiempo, la gente supera el dolor. Usted misma ha superado experiencias dolorosas en el pasado.
- P102: Suponga que siga echándole de menos siempre.
- T103: ¿Qué?
- P103: Supongamos que siga echándole de menos siempre.
- T104: No hay razón para esperar que siga echándole de menos. Las personas olvidan después de un tiempo y se dedican a otras cosas. Usted lo ha hecho en otras ocasiones.
- P104: Usted me ha hablado de un hombre que estuvo sintiendo la pérdida de su madre durante 25 años.
- T105: (Enfatiza la autosuficiencia). Ehh, no sé... puede ser una excepción... No conozco ese caso... Pero, en general, la gente no funciona así. Superan la pérdida de los seres queridos. ¿De acuerdo? Y uno de los modos de acelerar ese proceso es haciendo que usted, por sí misma, atribuya un valor a las cosas que la rodean... Usted ha demostrado que...
- P105: ¿No intentando sustituir el amor perdido?
- T106: (Reforzando la independencia). ¿Sustituyéndolo? Se trata de que usted encuentre otros medios de obtener la felicidad. El se convirtió en el medio para alcanzar la felicidad. Eso es lo malo, interponer una entidad poco fiable entre uno mismo y la felicidad. Todo lo que tienen que hacer es retirar esa entidad de su camino; de esa forma, no habrá nada que le impida ser feliz. Pero usted continúa entorpeciendo su propio camino. Déjelo libre durante un tiempo y usted misma podrá comprobarlo. Sin ir más lejos, la semana pasada comprobó que podía ser feliz incluso sin tener un hombre. Y, si se olvida de la existencia de los hombres durante un período de tiempo suficiente, comprobará que no los necesita. Después, si desea incluirlos como una más de las *muchas* cosas que resultan satisfactorias, adelante. Pero, si los considera como el *único* medio de alcanzar la felicidad, habrá retrocedido a la situación anterior.
- P106: ¿Es erróneo pensar que, si llego a ese punto en que crea firmemente que no le necesito, tampoco le querré ya?
- T107: Oh, está hablando de él. Pienso que...
- P107: ¿Cualquier hombre!... ¡Cualquiera!
- T108: (Neutralizando la dependencia regresiva)... No, podría seguir queriéndoles, como puede seguir gustándole ir al cine, leer un libro o invitar a sus amigos a cenar. Debe seguir manteniendo relaciones con sus amigos. Pero, si no hubiesen ido a cenar a su casa la otra noche, no la habrían sumido en un abatimiento tan profundo. No pretendo subestimar la satisfacción que proporcionan otras perso-

nas... pero no es una necesidad... Es algo que usted, por sí misma, debe llevar a cabo sobre una base de tú a tú... de un individuo con otro. Usted se relaciona con los hombres como un niño con su padre, como un drogadicto con las drogas. La droga sería el medio para alcanzar la felicidad. Usted sabe que no se puede conseguir la felicidad artificialmente. Pero ha estado considerando a los hombres de un modo artificial. Como si *ellos* fuesen a proporcionarle la felicidad... en lugar de considerarlos sencillamente como uno de los muchos factores externos a través de los cuales usted puede alcanzar la felicidad. *Usted* debe forjar *su propia* felicidad.

P108: Puedo... me he centrado en la dependencia.

T109: (Enfatizando las fuentes de agrado disponibles). Sí, pero usted lo ha conseguido. Se ha hecho feliz a sí misma yendo al cine, trabajando con sus clientes, invitando a sus amigos a cenar, levantándose por la mañana y haciendo cosas con su hija. Ha alcanzado la felicidad por sí sola... no puede depender de nadie para ser feliz del mismo modo que una niña depende de sus padres. Eso no sirve. No es que yo me oponga... No tengo ninguna objeción... Simplemente no sirve. Desde un punto de vista práctico, es un modo muy poco deseable de encauzar la vida. En una sociedad utópica posterior a la nuestra, *se entrenará* a los niños para que no tengan que depender de los demás para ser felices. De hecho, puede incluso demostrárselo a su hija... mediante su propia conducta, ella puede averiguarlo.

P109: Es una chica muy independiente.

T110: (Buscando posibles reacciones adversas a la sesión). ¿Tiene alguna pregunta? ¿Sobre algo que hayamos tratado hoy? ¿Hay alguna cosa que yo haya dicho hoy que insistiese demasiado en el camino negativo?

P110: Usted ha dicho que sería perjudicial... no perjudicial... pero usted piensa que, si no conozco a otro hombre, me privaría de la oportunidad de comprobarlo.

T111: Bueno, es una oportunidad que no se presenta todos los días...

P111: No, no es tan infrecuente porque podría enamorarme de alguien.

T112: (Transformando los inconvenientes en ventajas). Bueno, sí, pero esta es la peor depresión –usted dijo que era la peor– que había tenido en mucho tiempo. Es una oportunidad *poco frecuente* poder demostrarse a sí mismo que se es capaz de salir de lo más profundo de una depresión hasta alcanzar una posición independiente sólida. Quizás no vuelva a presentarse la oportunidad. No tiene usted por qué hacerlo, pero intento decirle que es una buena ocasión

y puede obtener un gran provecho de ella. No pretendo hacer hipótesis en sentido profético, pero usted ha aprendido a esperar el dolor y no desanimarse por ello. ¿Qué va a decirse a sí misma... si siente el dolor esta noche? Suponga que experimenta el dolor al dejar la consulta, ¿qué va a decirse a sí misma?

P112: “Dolor ahora, beneficios en el futuro”.

T113: ¿Qué puntuación tiene ahora en la escala de desesperanza?

P113: Por debajo del 15%

T114: Inferior al 15 % de un total de 95%, pero debe recordar que al dolor hay que hacerle frente de un modo estructurado; lo que le dije de inducir sentimientos de tristeza durante un período de tiempo determinado. Si usted logra estructurar el dolor, éste se convertirá en algo que comportará beneficios futuros. En cambio, si se ve a sí misma como víctima de esas fuerzas sobre las que no tiene control... estará indefensa tanto ante las cosas internas como ante las externas... entonces se sentirá muy mal... Lo que tiene que hacer es dejar de ser una persona que se siente indefensa, ¿de acuerdo?... Y usted es la única persona que puede hacerlo... Yo no puedo hacerle fuerte e independiente, únicamente puedo mostrarle el camino; pero, si lo consigue, no será por mediación mía, sino buscando sus propios recursos internos.

P114: ¿Cómo se compagina eso con el hecho de que sienta más fuerte cuando tengo un hombre? Si las cosas van...

T115: (Contrarresta el supuesto de hacerse más fuerte a través de otra persona. Prueba empírica). Quiere decir que se siente más fuerte porque piensa, “Bueno, tengo a este hombre que es un modelo de fuerza; dado que cuento con él para que me apoye, me siento fuerte”. Pero, en realidad, nadie puede proporcionarle fuerza. Es una falacia que usted se sienta más fuerte con un hombre, pero es incapaz de fiarse de sus propios sentimientos. Probablemente, lo que está haciendo es aprovecharse su propia fuerza. Usted tiene la idea de que, “Soy más fuerte si tengo un hombre”. Pero el reverso de esto es muy peligroso... “Soy débil si no tengo un hombre”... Lo que tiene que hacer, si quiere superarlo es refutar la idea de que, “Soy débil si no tengo un hombre”. ¿Está dispuesta a hacer la prueba? Entonces tendrá la respuesta. Muy bien, llámeme para decirme como va y entonces, prestaremos atención a las demás tareas.

Al final de la entrevista, es evidente que la crisis de suicidio ha pasado. La paciente se sentía notablemente mejor, era más optimista y había decidido hacer frente a sus problemas y resolverlos. A partir de este momento, acudió con

mayor regularidad a las sesiones de terapia cognitiva, trabajando con otro de los miembros del equipo en la identificación y resolución de sus problemas intra e interpersonales.

Esta entrevista constituye el modelo típico de nuestras estrategias de intervención en las crisis de suicidio, pero se desvía en cierta medida del procedimiento sistemático que empleamos durante las fases más moderadas de la depresión. Generalmente intentamos atenernos al principio de empirismo colaborativo (Capítulo 1) en nuestras entrevistas y nos desviamos de los procedimientos standard solamente durante períodos de tiempo limitados. Una vez superada la crisis, el terapeuta vuelve a adoptar un papel menos activo, estructurando la sesión de modo que el paciente asuma la mayor parte de la responsabilidad a la hora de identificar sus problemas y de proponer soluciones.

CAPÍTULO 12

SUPUESTOS DEPRESÓGENOS

A medida que avanza la terapia y que los síntomas del paciente disminuyen, el objetivo principal de la terapia pasa a ser la modificación de los supuestos incorrectos –las creencias básicas que predisponen a una persona a la depresión–. La modificación de los supuestos incorrectos o inadecuados ejerce una influencia directa sobre la capacidad del paciente para evitar posibles depresiones futuras.

Aunque se pueden encontrar temas comunes en el sistema de creencias de los pacientes depresivos, cada paciente tiene un conjunto de reglas propio. Se necesita tiempo y esfuerzo para descubrir y modificar los supuestos inadecuados específicos de un determinado paciente. Tanto por razones prácticas como de la propia terapia, el paciente debe participar activamente en el proceso de tratamiento. Para subrayar la importancia de la modificación de estas reglas, el terapeuta puede decirle al paciente que, incluso cuando hayan desaparecido los síntomas, seguirá siendo vulnerable a otras depresiones futuras hasta que se identifiquen y modifiquen las creencias inadecuadas.

Las reglas en base a las cuales el individuo trata de integrar y asignar un valor a los datos brutos de la experiencia se basan en supuestos fundamentales que conforman su patrón de pensamientos automáticos. Durante el período de desarrollo, todo individuo aprende una serie de reglas o fórmulas a través de las cuales intenta “dar un sentido” al mundo. Estas fórmulas determinan cómo va a organizar el individuo las percepciones en cogniciones, cómo se va a marcar unos objetivos, cómo evalúa y modifica su conducta y cómo interpreta sus experiencias. En esencia, los supuestos básicos forman la matriz de los significados y valores personales, el marco en el cual los acontecimientos adquieren relevancia, importancia y significado. Los supuestos desadaptativos difieren de los adaptativos en que los primeros son inadecuados, rígidos y exagerados. Beck (1976) escribe sobre la naturaleza de estas reglas desadaptativas:

Los errores del pensamiento como la exageración, el exceso de generalización, y los pensamientos absolutistas surgen en el marco de la regla y, en consecuencia, presionan al individuo a llegar a conclusiones exageradas, absolutas y excesivamente generales. (Evidentemente, en los estados normales, existen también reglas más flexibles que tienden a mitigar las reglas extremas que prevalecen en los estados patológicos). Cuando el contenido de la preocupación del paciente se relaciona con su susceptibilidad o sensibilidad, las reglas primitivas desplazan a los conceptos maduros. Una vez que el paciente ha aceptado la validez de una conclusión extrema, se hace más fácil la expansión progresiva de las reglas primitivas... Dado que las reglas suelen expresarse en términos absolutos, dan lugar a conclusiones extremas. Se aplican como en un silogismo.

Premisa mayor: "Si no tengo amor, soy una inútil".

Caso concreto: "Raymond no me ama".

Conclusión: "Soy una inútil".

Evidentemente, el paciente no experimenta la secuencia de pensamientos en forma de silogismo. La premisa mayor es ya parte de su organización cognitiva y se aplica a las circunstancias del momento. El paciente puede darle vueltas a la premisa mayor (la situación específica) y ciertamente es consciente de la conclusión. (pág. 100).

Estas reglas se activan en situaciones que afectan a las áreas relevantes para la vulnerabilidad del individuo, como por ejemplo, aceptación-rechazo, éxito-fracaso, salud-enfermedad, o ganancia-pérdida. Por ejemplo, un paciente que sostenía la creencia de que tenía que ser perfecto, se trazaba objetivos de ejecución muy altos. Medía su propia valía en función de la calidad de las cosas que hacía o del número de objetivos que era capaz de lograr. La valía venía dictada por sus supuestos, que determinaba los acontecimientos a los que prestar atención y el modo de evaluarlos.

Estos supuestos son aprendidos y, en alguna ocasión, pueden haber sido diferentes. Pueden derivarse de experiencias infantiles o de las actitudes y opiniones de los padres o de los compañeros. Muchos de los supuestos se basan en reglas familiares. Por ejemplo, un padre puede decirle a su hijo, "Sé bueno o Nancy no te querrá". El niño puede repetir esto en voz alta, en un primer momento; para sí mismo, después. Transcurrido un tiempo, el niño desarrollará la regla subyacente: "Mi valía depende de lo que otras personas piensen de mí". Además, muchos de los supuestos desadaptativos están reforzados culturalmente.

Beck (1976) especificó algunos de los supuestos que predisponen a la tristeza o a la depresión (págs. 255-256), Algunos ejemplos son:

1. Para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga.
2. Para ser feliz, debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.
3. Si comento un error, significa que soy un inepto.
4. No puedo vivir sin ti.

5. Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo, significa que no le gusto.
6. Mi valía personal depende de lo que otros piensen de mí.

Si un paciente lleva deprimido mucho tiempo, defiende sus supuestos y conclusiones negativas con gran tenacidad. Rara vez examina o pone en duda sus puntos de vista. Forman parte de su identidad, tanto como ser hombre o mujer. Si el terapeuta cuestiona estos puntos de vista, el paciente puede interpretarlo como un ataque o como falta de empatía. Es probable que la convicción con que el paciente defiende sus creencias no varíe con la intensidad de la depresión.

Identificación de los supuestos inadecuados

Paciente y terapeuta trabajan juntos para descubrir estos supuestos. La naturaleza colaborativa de este esfuerzo es importante por varias razones. En primer lugar, está la consideración práctica del tiempo y las energías del terapeuta. Dado que la terapia cognitiva es activa y directa, se exige del terapeuta un trabajo mayor que en otras formas de terapia.

Los pacientes por su parte, se benefician de la toma de un papel activo en la identificación y corrección de los supuestos contraproducentes. A algunos pacientes puede decirseles que sus problemas se deben principalmente a que, en el pasado, han dejado que otras personas pensasen por ellos. Sus verdaderos supuestos no afloran porque “han adoptado los de otras personas”. Al identificar y modificar sus creencias incorrectas, lo pacientes *aprenden a pensar por sí mismos*.

El paciente ha de identificar sus supuestos para hacer plausible el proceso de aprendizaje. El terapeuta puede guiar al paciente en esta exploración ayudándole a inferir los supuestos a partir de las cogniciones inadecuadas y sometiendo a prueba las reglas que hayan sido inferidas.

Si el terapeuta se precipita en la identificación de una creencia básica, corre el riesgo de confundir al paciente. Puede suceder que éste se muestre de acuerdo con la formulación del terapeuta por mera aquiescencia y no por convicción, o bien que la rechace y, por tanto, impide la investigación de dicha creencia. El terapeuta debe recordar que la mayor parte de los supuestos no son evidentes para el paciente sin un considerable grado de introspección. Probablemente surgirán problemas si le dice al paciente, “Usted se dice a sí mismo, “Tengo que ser perfecto”, o “Usted se dice a si mismo, “Debo conseguir que todo el mundo me acepte”. El paciente puede darse cuenta de sus pensamientos automáticos, pero no de los supuestos subyacentes.

Finalmente, y dado que los supuestos son abstractos e impalpables, el paciente debe participar activamente en su identificación. Una vez que la terapia

ha superado los datos concretos de los pensamientos automáticos y de las conductas observables, existe el peligro de que la intervención terapéutica pierda su rumbo. En este momento, los terapeutas son especialmente vulnerables al riesgo de presentar sus propios sesgos –lo que *ellos* especulan sobre la naturaleza de las creencias del paciente–. Sin embargo, si el terapeuta escucha al paciente y trabaja conjuntamente con él, es más probable que la terapia se desarrolle adecuadamente.

Al principio, el terapeuta hace inferencias o formula hipótesis sobre los supuestos del paciente. La información sobre estos supuestos se recoge observando cómo justifica el paciente una determinada cognición o cómo le perturba un determinado pensamiento. El terapeuta siempre debe evitar llegar a conclusiones sobre los supuestos del paciente. Permanecerá ingenuo y curioso ante el contenido de la fórmula que conforma un determinado pensamiento perturbador.

Un modo de ayudar al paciente a hacerse consciente de sus supuestos básicos consiste en proceder de lo específico y explícito a lo general e inferido. Existen tres fases en este proceso. En la primera fase, el paciente identifica sus pensamientos automáticos e informa de ellos. La segunda fase se refiere a la identificación de los contenidos generales de los pensamientos automáticos. La última fase se centra en delinear o formular las reglas o ecuaciones principales del paciente acerca de su vida.

Cuando el paciente ha manifestado un número suficiente de pensamientos automáticos, surgirán los contenidos característicos; por ejemplo, la creencia de que es antipático, inútil, feo o inepto. Los pensamientos automáticos del paciente suelen partir de un *supuesto implícito* sobre el cual descansa la cognición. Aunque el supuesto no suele ser evidente, la regla que gobierna la actitud del paciente puede inferirse a partir de una lista de las cogniciones y eventos que produce la disforia.

Por ejemplo, un ingeniero de 38 años expuso las siguientes cogniciones perturbadoras:

1. Mi trabajo es de baja calidad.
2. No sé arreglar la bicicleta.
3. Soy incapaz de segar el césped.
4. No sé hacer una venta.
5. El papel de la pared no casaba.

Los contenidos inferidos a partir de estas cogniciones incluían (a) ejecución y (b) criterios perfeccionistas. Estos últimos se ponen de manifiesto cuando se elicitaba la base de alguna de estas cogniciones. Por ejemplo, la cognición, “Soy incapaz de segar el césped” se basaba en el dato objetivo de que, aunque de hecho había segado el césped, la máquina se averió antes de finalizar el trabajo. El defecto en el empapelado era imperceptible para cualquier otra persona. El te-

rapeuta verbalizó supuestos como los siguientes, “Si no tengo éxito en lo que hago, significa que soy un perdedor”, “Si cometo un error, soy un inepto”, “Hacer un trabajo incompleto o con algún defecto, es como no haber hecho nada”. A continuación, consultó con el paciente la adecuación de estos supuestos. La formulación precisa de los supuestos exige “ponerse en la onda” del paciente.

El tipo de errores de pensamientos que el paciente presenta (exceso de generalización, conclusiones arbitrarias, razonamiento dicotómico) pueden constituir buenos indicios para llegar a los supuestos subyacentes. Por ejemplo, es probable que los supuestos subyacentes del paciente que generaliza en exceso respecto a un determinado grupo de acontecimientos se caractericen también por una generalización excesiva.

Otro indicio para llegar al sistema de creencias del paciente es el uso que hace de determinadas palabras. Las palabras generales y vagas que el paciente acostumbra a emplear resultan especialmente útiles para descubrir sus supuestos. Dado que los supuestos básicos suelen haberse aprendido en fases tempranas del desarrollo, las palabras generales y, hasta cierto punto, infantiles, como “estúpido” y “tonto”, pueden constituir indicios para llegar a los supuestos. Una vez que se han identificado estas palabras de uso frecuente, han de ser exploradas en profundidad. El paciente debe explicar con detalle su significado.

Aunque la terapia cognitiva es bastante estructurada en general, permitir ocasionalmente que al paciente divague puede señalar la dirección para llegar a los supuestos subyacentes. En estas ocasiones, el terapeuta intenta comprender la visión que el paciente tiene del mundo, en lugar de corregir sus distorsiones. En este mismo sentido, la terapia cognitiva se centra principalmente en los problemas actuales, pero permitir al paciente que hable de algunas experiencias pasadas puede facilitar el descubrimiento de los supuestos básicos.

Cuando parece que el paciente es feliz con determinados acontecimientos, las preguntas sobre sus pensamientos pueden conducir a sus reglas básicas. Muchas de las fórmulas inadecuadas “recompensar” al paciente cuando se ponen en marcha. Por ejemplo, la persona que se identifica con su trabajo puede aparecer radiante cuando le alaban el trabajo realizado. (Por el contrario, tendrá problemas cuando crea que su ejecución está por debajo de los criterios que se había trazado).

Un último indicio para descubrir el sistema de creencias subyacentes es el modo como el paciente interpreta el comportamiento de otros. Expresiones como, “Mary es feliz porque tiene marido” pueden ser especialmente relevantes. En este caso, se apunta a la creencia, “no puedo ser feliz a no ser que tenga un marido”.

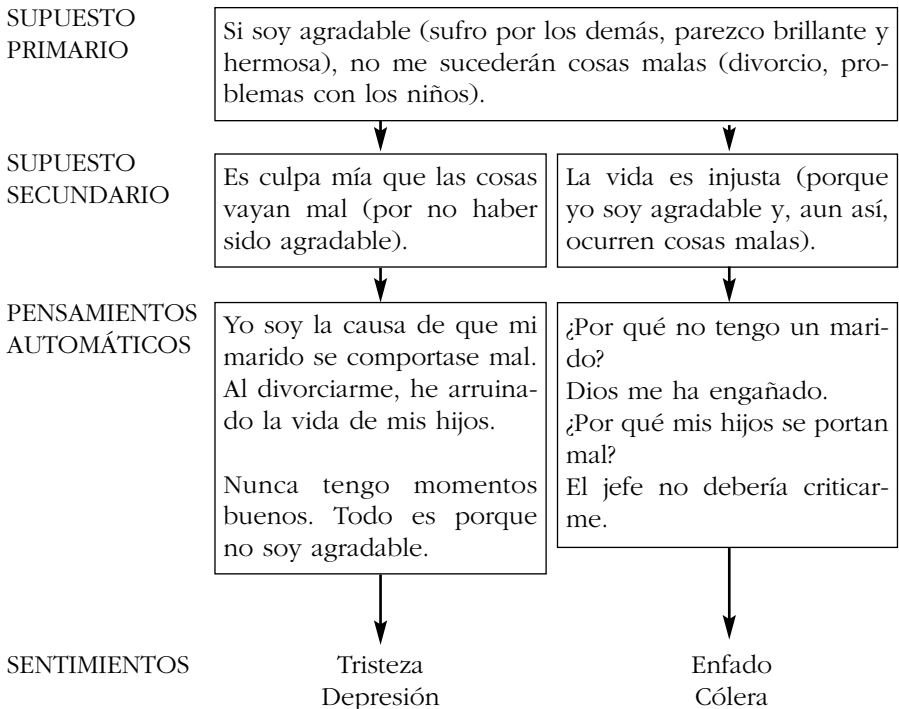
En el siguiente caso, el terapeuta se sirvió de varios métodos para descubrir los supuestos primarios y secundarios de una paciente con una depresión intensa. La paciente era una mujer de 33 años con dos hijos y recientemente di-

vorciada. La depresión comenzó al poco tiempo de haberse divorciado, cuando se mudó de un ambiente rural a un ambiente urbano. Sus hijos experimentaron problemas de adaptación y ajuste a su nuevo ambiente.

Durante la primera fase del tratamiento, se pidió a la paciente que registrase los pensamientos automáticos que precedían a sus sentimientos negativos. Algunos ejemplos de pensamientos automáticos se presentan en la Figura 3. A continuación, se le enseñó a responder a estos pensamientos con otros más realistas y positivos.

Durante la siguiente fase del tratamiento, se abstrayeron los contenidos generales de los pensamientos automáticos negativos. Uno de los contenidos se refería a cómo la veían otras personas. Ella pensaba que debía parecer “agradable” a los demás. “Agradable” era una de las palabras que empleaba con más frecuencia, por lo que el terapeuta le pidió que explicase su significado. Para ella, ser “agradable” consistía en parecer brillante y atractiva de cara a los demás.

Otro de los contenidos generales era la tendencia a culparse cuando las cosas iban mal. Los ejemplos de “cosas malas” iban desde el propio divorcio hasta un pinchazo de las ruedas. En varios de estos incidentes, la paciente pensaba que tenía razones para sentirse culpable. Por ejemplo, uno de sus hijos te-



nía problemas en la escuela; ella creía que este problema había surgido porque no había sido una buena madre. La autoculpabilización llevaba a los sentimientos de tristeza y depresión.

Un tercer contenido se refería a las “injusticias” de la vida. Este contenido se centraba en las cosas que otras personas tenían y ella no, como, por ejemplo, un marido, buenos momentos, dinero. Estos procedimientos daban lugar a sentimientos de cólera.

El siguiente diálogo puso al descubierto una de las creencias básicas:

TERAPEUTA: Su pensamiento automático era, “Los niños no deberían pelearse ni ser tan traviosos”. Pero como no es así, “Yo debo ser una madre despreciable”. ¿Por qué no deberían los niños ser traviosos?

PACIENTE: Porque... yo soy tan agradable con ellos...

T: ¿Qué quiere decir con eso?

P: Bueno, si uno es agradable, no deberían sucederle cosas malas.

(En este momento, la paciente tenía los ojos llorosos).

Las fórmulas del paciente pueden servir para explorar en distintas direcciones. En este caso, la paciente pensaba, “Me han sucedido cosas malas; eso quiere decir que no soy agradable”. Esta idea se seguía de su falsa premisa de que se pueden evitar las desgracias “comportándose de forma agradable”. El terapeuta preguntó, “¿Quién le ha dicho que, si se comporta de forma agradable, no le sucederán cosas malas?”. La paciente respondió que su madre siempre le había dicho eso. Además, manifestó que esta regla había sido reforzada en la escuela, donde los profesores decían que, si era agradable, sería recompensada.

Al principio del tratamiento, el terapeuta explica al paciente el papel que estas fórmulas desempeñan en la depresión y le pide que esté atento a estos supuestos. Cuando el terapeuta se haya formado una idea de los supuestos del paciente y sea el momento adecuado, puede decir, “He estado pensando en usted y en cuál podría ser uno de sus supuestos o reglas. Escríbalo y piense en ello entre esta sesión y la siguiente. Anote también sus pensamientos acerca de ese supuesto y las posibles maneras de modificarlo”.

Los terapeutas pueden servirse de diagramas o esquemas similares al de la Figura 3 para ayudar al paciente a identificar sus supuestos. El terapeuta puede darle al paciente un esquema sin completar del todo o un esquema-ejemplo para ayudarle en esta tarea. Estos esquemas se elaboran haciendo una lista de las emociones negativas y de los pensamientos automáticos antecedentes. A la hora de elaborarlos, el terapeuta puede dejar para el final las emociones más negativas.

Modificación de los supuestos

La identificación de los supuestos del paciente es el primer paso para la modificación de los mismos. Una vez que los supuestos se han verbalizado, dejando por lo tanto de estar ocultos, muchos pacientes se dan cuenta inmediatamente de que eran absurdos y desadaptativos. Esto no es sorprendente si se piensa que muchas personas consideran estos supuestos como verdades incuestionables.

El terapeuta puede valerse de distintos argumentos y ejercicios para ayudar a los pacientes a examinar la validez de sus creencias contraproducentes. Los pacientes no modifican sus creencias en base al *número* de contrargumentos, sino porque algunos argumentos concretos tienen para ellos un significado particularmente relevante. Una o dos formas nuevas de considerar una situación pueden ser suficientes para modificar incluso las creencias más arraigadas. Los factores responsables de la modificación de las creencias son a menudo sorprendentemente simples. Cuando los pacientes indican un cambio en una creencia, el terapeuta debe preguntar sistemáticamente qué factores han producido el cambio.

La mejor evidencia en contra de los supuestos es la que el paciente desarrolla por sí mismo o en colaboración con el terapeuta. Por esta razón, los “retos” a los supuestos del paciente deben presentarse en forma de preguntas y de sugerencias de *supuestos alternativos*, y no en forma de afirmaciones. Los argumentos en contra del sistema de creencias de una paciente resultan más eficaces cuando se relacionan con sus creencias adaptativas. Por ejemplo, un paciente pensaba que el hecho de que otras personas estuviesen en desacuerdo con él significaba que le tenían antipatía. También pensaba que no podía serlo todo para todo el mundo. Aplicando la segunda creencia a la primera, se logró que el paciente aceptase la “nueva creencia” de que el hecho de que otros estuviesen o no de acuerdo con él no era motivo de preocupación. En este caso, una creencia adaptativa se empleó para contrarrestar creencias negativas.

Los supuestos como “objetivos”

Muchas de las técnicas cognitivas y conductuales expuestas anteriormente para modificar los pensamientos automáticos se pueden emplear para modificar los supuestos subyacentes. Sin embargo, dadas las diferencias entre ambos tipos de objetivos, se requieren distintos métodos de intervención, como lo ilustra el siguiente caso.

La paciente era una muchacha muy atractiva de poco más de 20 años. La depresión, de 18 meses de duración, se desencadenó porque la paciente había sido abandonada por su novio. Presentaba numerosos pensamientos automáticos

que giraban en torno a la idea de que era fea y poco atractiva. Los pensamientos automáticos se trataron del siguiente modo:

TERAPEUTA: Busquemos algo más que su opinión subjetiva, ¿qué evidencia tiene para decir que es fea?

PACIENTE: Mi hermana siempre me ha dicho que soy fea.

T: ¿Es una experta en estos temas?

P: No. En realidad tiene sus propias razones para decirme eso. Pero la *verdadera razón* por la que sé que soy fea es que los hombres no me invitan a salir. Si no fuese fea, tendría citas.

T: Esa es una posible razón para explicar el que no tenga citas. Pero existe una explicación alternativa. Usted me ha dicho que trabaja sola en una oficina y que por la tarde se queda en casa. No me parece que eso sea darse muchas oportunidades de conocer gente.

P: Entiendo lo que quiere decir, pero de todos modos, si no fuese fea, los hombres me invitarían a salir.

T: Le propongo que llevemos a cabo un experimento: deje de rechazar invitaciones a fiestas y reuniones sociales y veamos lo que ocurre.

Cuando la paciente comenzó a participar en actos sociales y tuvo la oportunidad de conocer gente, comenzó también a tener citas con hombres. A partir de este momento, dejó de creer que era fea.

La terapia pasó a centrarse en el supuesto de que la valía personal depende del aspecto físico. La paciente acordó rápidamente que eso no tenía sentido. También comprendió la falsedad del supuesto de que se debe ser hermosa para atraer a los hombres y/o para ser amada. Esta discusión llevó a su supuesto básico de que no podría ser feliz sin amor (o sin la atención de los hombres). La última parte del tratamiento se centró en la modificación de esta creencia.

T: ¿En qué basa la creencia de que no puede ser feliz sin un hombre?

P: He estado deprimida durante el año y medio en que he estado sin un hombre.

T: ¿Existe alguna otra razón por la que estuviese deprimida?

P: Como ya hemos discutido, interpretaba todo de un modo distorsionado. Pero aún no sé si podría ser feliz sin que nadie mostrase interés por mí.

T: Yo tampoco lo sé. ¿Hay alguna manera de averiguarlo?

P: Haciendo un experimento. Podría rechazar las citas durante un cierto tiempo y ver cómo me siento.

T: Creo que es una buena idea. Aunque tiene sus defectos, el método experimental sigue siendo la mejor manera de descubrir los hechos.

Usted es afortunada por ser capaz de llevar a cabo este tipo de experimentos. Ahora, por primera vez en su vida adulta, no está ligada a ningún hombre. Si descubre que puede ser feliz sin un hombre, esto la hará más fuerte, a la vez que mejorará sus relaciones en el futuro.

En este caso, la paciente logró llevar a cabo lo que se había propuesto. Tras un breve período de disforia, se mostró encantada de haber descubierto que su bienestar no dependía de ninguna otra persona.

Existen puntos de semejanza entre las dos intervenciones. En ambas, se explicitó el supuesto o conclusión distorsionada, pidiendo al paciente que aportase evidencia que lo apoyase. También en ambos casos, se sugirió un experimento para obtener datos. Sin embargo, para llegar al resultado perseguido, fueron necesarias distintas versiones de la situación experimental.

Modificación de los “debería”

Un tema recurrente en los supuestos de los depresivos es la fuerte presencia de los “debería”, o reglas de vida. El paciente está seguro de que estas reglas son aplicables a todas las situaciones. Forman parte de la estructura cognitiva en base a la cual se organizan las experiencias cotidianas. Con frecuencia, los pacientes comparan mentalmente lo que “deberían” hacer con lo que “hacen” en realidad. Tras esta comparación, suelen juzgar su comportamiento y a sí mismos como inadecuados en relación con su conjunto de patrones o modelos ideales. Estos suelen expresarse en términos absolutos. Además, el paciente deprimido emplea excesivamente las reglas sobre lo que debería hacer o ser. Este empleo excesivo se refleja tanto en la *intensidad* con que sostiene que “debería” hacer alguna cosa determinada como en el amplio *número* de situaciones a las que aplica sus reglas de lo que “debería” hacer o ser.

Es frecuente que los pacientes encuentren en su propia experiencia personal evidencia en apoyo de estas reglas. Desde el punto de vista del paciente, estas reglas sirven para evitar que ocurra algo no deseado; por ejemplo, “*Debería* escuchar a los que tienen la autoridad porque, de lo contrario, no les caeré bien”. El paciente dominado por los “debería” es fácilmente reconocible. Las cogniciones anotadas en las tareas para casa, así como las propias verbalizaciones durante las sesiones, contienen un alto número de “debería”, “debo”, “tengo que”, etc. Estas reglas arbitrarias (a) impiden al paciente identificar o disfrutar sus propios éxitos, (b) le impiden establecer las prioridades en cuanto a qué “debe” hacer a continuación y (c) le impiden decidir qué *quiere* hacer. Al darse continuamente órdenes absolutas en forma de “debería”, el paciente se torna ansioso, frustrado y molesto consigo mismo por no ser capaz de cumplir las órdenes.

Existen varias técnicas para modificar los “debería”. Una estrategia conductual, la “prevención de la respuesta”, se ha empleado con éxito en el tratamiento de las compulsiones. Esta estrategia sirve para enseñar al paciente a averiguar lo que sucedería si no cumplierse una orden: por ejemplo, “*Debo lavarme las manos cada diez minutos porque, de lo contrario, puedo contraer una infección fatal*”. Este tipo de supuestos puede ser invalidado cuando se comprueba empíricamente.

Con el paciente depresivo puede emplearse una variación de la técnica de prevención de la respuesta. El terapeuta ayuda al paciente a (a) verbalizar el “debería”, (b) predecir lo que sucedería en caso de ignorar el “debería”, (c) llevar a cabo un experimento para probar la predicción y (d) revisar la regla, de acuerdo con los resultados del experimento.

El siguiente caso ilustra la puesta en práctica de este procedimiento. Se trata de un paciente deprimido, ansioso e irritable que tenía problemas de asertividad con su esposa. Se le preguntó que ocurriría si le dijese a su mujer que no estaba contento con la forma que ella tenía de tratarle. Respondió que su mujer se enfadaría mucho y le amenazaría con abandonarle. El paciente creía que “Si deseas estar a bien con la gente, siempre debes ser agradable con ellos”. “Si cometes una falta, te castigarán”. Además de creer en esta regla, la consideraba aplicable a todas las situaciones y en todo momento.

Con el fin de neutralizar el funcionamiento de esta regla, se le dieron al paciente una serie de tareas graduales encaminadas a contrarrestar los “debería”. En primer lugar, debía expresar una opinión contraria a la de su esposa en cosas poco importantes para, gradualmente, ir pasando a discusiones de mayor relevancia. Con objeto de preparar al paciente, el terapeuta le animó a ensayar las discusiones. El terapeuta le sugirió que se imaginase cómo podría expresar sus quejas y cómo reaccionaría su esposa. ¿Durante cuánto tiempo permanecería ella enfadada, triste? ¿Influiría esto permanente o temporalmente en su relación? En esta técnica, se exploran y se hacen más explícitas las fantasías del paciente acerca de las consecuencias negativas que anticipa por el hecho de olvidar los “debería”. En el caso que nos ocupa, el paciente pensaba que su mujer le abandonaría. Después de la primera discusión, su esposa se enfadó mucho y el paciente pensó, “Me equivoqué al hacer críticas. Debí haber seguido la regla de comportarme siempre de forma agradable”. Sin embargo, cuando su esposa se calmó reconoció que él tenía razón.

Este feedback positivo animó al paciente a emprender riesgos mayores. Fue aprendiendo a superar la resistencia interna ocasionada por sus “debería” y a abordar temas de mayor importancia. De nuevo, la discusión motivó otro enfado con su esposa. No obstante, ella no tardó mucho en darse cuenta de que la felicidad de ambos dependía de que trabajasen sobre algunos problemas y llegasen a un compromiso en determinados temas. El resultado de estas expe-

riencias fue que el paciente se dio cuenta de que (a) la regla de comportarse de forma “agradable” indiscriminadamente era un obstáculo, (b) no tenían lugar consecuencias desastrosas al quebrantar la regla y (c) adoptando una reja más flexible, podía tener relaciones más satisfactorias con los demás.

Los supuestos como “contratos personales”

La terapia puede centrarse en modificar la condicionalidad de los supuestos. La mayoría de los supuestos llevan implícita una base “contractual”: Si hago X (gano la aceptación de los demás, no cometo nunca un error, demuestro que soy el mejor), entonces ocurrirá Y (seré feliz, no tendré problemas, seré digno de respeto y consideración).

Al discutir esta idea, los terapeutas pueden citar el trabajo del psicólogo social canadiense Lerner (1969), quien, a partir de datos experimentales, afirma que el “ser digno de” y un concepto que va ligado con éste, el de la “justicia”, son los temas principales en la organización de la vida de la mayoría de las personas. Sobre el desarrollo de la idea de “dignidad”, este autor escribe:

Una posibilidad razonable es que el tema de la dignidad comience a adquirir significado cuando el niño se enfrenta a su ambiente físico y social... Al orientarse el niño hacia el mundo sobre la base del principio de “realidad” y no del principio de “placer”, parece que está haciendo algún tipo de contrato consigo mismo. A través de este “contrato personal”, accede a renunciar al uso inmediato y directo del poder que posee para satisfacer sus deseos. Cuanto mayores sean la privación y el esfuerzo, esto es, sus inversiones, más valioso será el resultado. (Págs. 5-6)

Los problemas de muchos de los pacientes depresivos surgen porque sus “contratos personales” son demasiado severos, demasiado absolutos y demasiado rígidos. La tarea del terapeuta consiste en ayudar al paciente a “negociar de nuevo” su contrato, o incluso a abandonarlo.

El siguiente resumen ilustra cómo se presentó esta idea a un paciente:

TERAPEUTA: ¿Entiende cómo este concepto del contrato personal se puede aplicar a su sistema de creencias?

PACIENTE: Mi contrato es: “Si trabajo mucho, la gente me respetará” y “Sin el respeto de los demás, no puedo ser feliz”.

T: ¿Cuándo elaboró usted esos contratos?

P: Tal como hemos hablado, probablemente siendo niño.

T: Si usted tuviese un negocio, ¿dejaría que un niño tomara la iniciativa de lo que debería hacerse?

P: Eso es lo que parece que he estado haciendo toda mi vida; y se trata de contratos que ponen el control de mis propios asuntos en manos de los demás.

El terapeuta debe señalar que estos contratos no son permanentes y que pueden modificarse.

Estos contratos son impracticables y desadaptativos debido en gran medida al hecho de que están formulados en términos vagos y generales. En el caso presentado, “trabajar mucho” es un concepto relativo, así como también lo es el “respeto de los demás”. No existe un criterio para determinar cuánto se debe trabajar y tampoco se puede medir cuánto respeto se necesita por parte de los demás para ser feliz.

Respecto al concepto paralelo o ligado al anterior, es frecuente que los supuestos subyacentes giren en torno al tema de la justicia –lo que uno mismo o los demás se merecen al llevar a cabo determinados actos. Ya que esta expectativa es una ilusión, muchos pacientes piensan que Dios, el mundo y la sociedad son terriblemente injustos.

Una preocupación frecuente de los pacientes se centra en los sufrimientos de los demás y en el hecho de que éstos sean tratados de forma injusta por otros. En principio, esta reacción puede parecer empatía, pero, al analizarla, el paciente puede descubrir que se está proyectando en la situación, que está aplicando a otros sus propios supuestos idiosincráticos. Por ejemplo, una paciente estaba extremadamente preocupada al morir el marido de una amiga suya. Después de varias preguntas, la paciente manifestó que sus pensamientos eran: “¿Qué ocurrirá si muriese mi esposo? ¿Sería lo peor que me puede suceder!?”. El supuesto subyacente era que se debe tener un completo control sobre todos los acontecimientos de la vida. La pérdida del control equivaldría al desastre. La paciente se proyectaba en su amiga, aplicándole esta regla.

En la terapia, existen distintos modos de manejar el tema de la “justicia”. Uno de ellos es mostrarse de acuerdo con el paciente en cuanto a las injusticias de la vida. Muchas situaciones son injustas porque no existe simetría respecto a cómo se distribuyen las cosas positivas. Las personas nacen con capacidades y habilidades diferentes. Parece que las circunstancias y las experiencias positivas y negativas se distribuyen aleatoriamente. Nadie puede esperar una protección mágica contra la adversidad.

Un método alternativo consiste en pedir al paciente que haga una lista de las situaciones injustas y, a continuación, preguntarle qué podría hacer él para cambiarlas. El terapeuta también puede preguntar si la preocupación va a cambiar estas situaciones. Muchos pacientes admiten que pueden modificar su actitud aunque no puedan cambiar la situación externa. Sin embargo, muchas veces también *pueden* cambiar la situación.

El terapeuta puede decir:

“Sé que usted piensa que las cosas deberían ser diferentes, pero esto no es más que una carga que se impone a sí mismo –preocuparse por lo que los demás deben o no deben hacer–. Sería mejor que emplease esa energía en algo más constructivo, en lugar de abrumarse con los problemas de otras personas. No le estoy diciendo que no intente cambiar el mundo, si es que puede hacerlo”.

Una nueva estrategia consiste en discutir cómo muchas veces la injusticia es un problema de opinión o sesgo personal. El empleado piensa, “Yo hago el trabajo, fabrico el producto. Debería ganar más. No es justo”, en tanto que el propietario piensa, “Yo produzco el capital. Hice la inversión, me arriesgué. Debería obtener más beneficios, en lugar de tener que repartirlos entre los trabajadores”. Prácticamente en todos los casos, la injusticia puede considerarse desde dos o más puntos de vista.

Un último procedimiento para hacer frente a la preocupación por la “injusticia” consiste en discutir la justicia como una abstracción. En realidad, no existe ninguna entidad concreta llamada justicia. Se trata de un constructo hipotético, de una abstracción. La *justicia* y la *injusticia* son términos generales que nadie puede definir y, sin embargo, pueden ser causa de una gran irritación e infelicidad. El terapeuta puede decir a los pacientes que considerar el mundo en esos términos vagos y abstractos limita sus percepciones y, por tanto, suele ser contraproducente. Es mejor que la persona emita un juicio pragmático referente a lo que desea y a los pasos necesarios para conseguirlo. Cuando el objetivo parece alcanzable y merece el esfuerzo, el paciente tendrá más posibilidades de conseguirlo si no está sumergido en preocupaciones de ser tratado justamente.

La presencia de los “debería” se pone de manifiesto en la conducta de otra paciente que pensaba que, si se sacrificaba por los demás (por sus compañeros, su marido y sus hijos), éstos la querrían más. El terapeuta se dio cuenta de que la paciente se estaba engañando con esta regla. Le asignó la siguiente tarea para casa. La paciente debía observar y registrar las reacciones de los demás ante sus sacrificios; es decir, había de seguir los dictados de los “debería” y observar los resultados.

La paciente encontró que las consecuencias reales de sus sacrificios diferían en gran medida de lo que ella había esperado. En lugar de apreciarla, los demás la dejaban a un lado. Decidió que tenía que cambiar la filosofía de, “Con la docilidad se gana el cielo” por la de “Con la docilidad no se gana sino el desprecio”. El terapeuta señaló que este cambio también representaba un modo externo de interpretar el mundo. Subrayó que la conducta tiene una amplio rango de consecuencias –algunas deseables y otras, no– y que muchas de ellas no se pueden anticipar. Sugirió que trabajasen en una serie de pautas flexibles que le permitieron tener relaciones satisfactorias sin tener que subordinar automáticamente sus propios intereses.

Los supuestos como profecías autocumplidas

Muchos, o quizás la mayoría, de los supuestos depresogénos tienden a cumplirse por su propia naturaleza. Si un paciente cree que será desgraciado sin la aprobación de los demás, probablemente lo *será*. Al predecir las consecuencias, también hace que se cumplan. La terapia puede ayudar a un paciente a cambiar este tipo de creencias demostrándole cómo se convierten en profecías que por su propia naturaleza contribuyen a cumplirse, que atrapan al que las cree en las mismas circunstancias que se supone la creencia iba a ayudar a evitar. El siguiente resumen ilustra cómo el terapeuta clarifica los supuestos:

PACIENTE: No ser amada lleva automáticamente a la infelicidad.

TERAPEUTA: No ser amada es un “no-evento”. ¿Cómo puede un “no-evento” llevar automáticamente a algo?

P: No creo que nadie pueda ser feliz sin ser amado.

T: Eso es una creencia suya. Si usted cree algo, esa creencia dictará sus reacciones emocionales.

P: No comprendo.

T: Si usted cree algo, se comportará y sentirá como si ese algo fuese verdadero, independientemente de que lo sea o no.

P: ¿Quiere decir que si yo creo que voy a ser desgraciada sin amor, es sólo esa creencia lo que me hace desgraciada?

T: Y cuando se siente desgraciada, probablemente se dice a sí misma, “Estaba en lo cierto. Sin amor, estoy condenada a ser desgraciada”.

P: ¿Cómo puedo salir de esta estampa?

T: Puede hacer un experimento con su creencia sobre el hecho de ser amada. Oblíguese a suspender esta creencia y observe qué sucede. Preste atención a las consecuencias naturales de no ser amada, no a las consecuencias que prevé su creencia. Por ejemplo, ¿puede imaginarse en una isla tropical rodeada de vegetación y frutos apetitosos?

P: Sí, es delicioso.

T: Ahora, imagínese que hay un poblado en la isla. Sus habitantes son amables y cordiales, dispuestos a ayudar, pero no la aman. Ninguno de ellos la ama.

P: Bien, puedo imaginármelo.

T: ¿Y cómo se siente?

P: Relajada y cómoda.

T: De modo que ya comprende que no necesariamente ha de sentirse desgraciada por no ser amada.

Supuestos que subyacen a los errores cognitivos

Los errores cognitivos de los pacientes se derivan de algún tipo de supuesto. Por ejemplo, la distorsión cognitiva denominada “sobregeneralización” (Beck, 1963) se basa en el supuesto de que, si algo es cierto en un caso determinado, también lo será en todos los casos similares. Los supuestos que traducen un exceso de generalización pueden ser modificados del mismo modo que otros supuestos. La tabla 1 presenta los supuestos implicados en algunos errores cognitivos y las correspondientes sugerencias de intervención terapéutica.

TABLA 1
ERRORES COGNITIVOS Y SUPUESTOS DE LOS QUE DERIVAN

Error Cognitivo	Supuesto	Intervención
1. Sobregeneralización	Si es cierto en un caso, se puede aplicar a cualquier otro caso que sea mínimamente similar.	Exposición a los errores de lógica. Establecer criterios para determinar qué casos son “similares” y en qué medida.
2. Abstracción selectiva	Los únicos acontecimientos que tienen importancia son los fracasos, la carencia, etc. Se mide a uno mismo en función de sus errores, su debilidad, etc.	Emplear la lógica para identificar los éxitos que el paciente pasa por alto.
3. Responsabilidad excesiva (Asumir la Casualidad Personal)	Soy el responsable de todas las cosas negativas, de los fracasos, etc.	Técnica de desatribución.
4. Asumir la Casualidad Temporal (Hacer predicciones sin la evidencia suficiente)	Si ha sido así en el pasado, seguirá siendo así para siempre.	Exposición a los errores de lógica. Especificar los factores que pudiesen ser responsables de resultados diferentes de los que tuvieron lugar en el pasado.
5. Auroreferencias	Soy el centro de la atención de todo el mundo, especialmente de mis conductas negativas. Soy el causante de las desgracias.	Establecer criterios para determinar cuándo el paciente es el centro de atención y los posibles hechos responsables de las experiencias negativas.
6. “Catastrofismo”	Piensa siempre lo peor. Es lo que tiene más probabilidad de ocurrir.	Calcular la probabilidad <i>real</i> . Centrarse en la evidencia de que realmente no ha ocurrido lo peor.
7. Pensamiento dicotómico	Las cosas se sitúan en un extremo u otro (blanco o negro, bueno o malo).	Demostrar que los acontecimientos se pueden evaluar en un continuo.

Listar las ventajas e inconvenientes de los supuestos inadecuados

En ocasiones, el paciente vacilará a la hora de descartar los supuestos contraproducentes debido a la creencia de que va a perder algo importante. Aunque el paciente sea capaz de ver las ventajas de modificar la creencia, los inconvenientes le parecen demasiados. Muchos depresivos conciben el mundo como una trampa en la que no hay ganancias, sino pérdidas e inconvenientes por todos lados.

El procedimiento habitual, como en otras situaciones sin ganancias, consiste en que el paciente haga lista de las ventajas e inconvenientes de un determinado supuesto y, a continuación, corregir las distorsiones (si es que existe alguna) en ambas listas.

A continuación se expone un ejemplo de cómo se empleó este procedimiento para modificar el supuesto de una paciente de que para ser feliz debía ser perfecta; “Jamás cometes un error ni muestres tus defectos”.

Esta paciente anotó las siguientes *ventajas* de abandonar la creencia:

- a. Sin esta creencia, podría hacer un montón de cosas que, hasta ahora, había evitado –por ejemplo, aprender a conducir.
- b. Si fuese más abierta, tendría más amigos.
- c. El hecho de cometer errores no me produciría tanta ansiedad y no me deprimiría cuando cometiese alguno.
- d. Sería capaz de aceptar el hecho de que no soy una persona perfecta.

Y anotó los siguientes *inconvenientes*:

- a. He sido capaz de hacer las cosas a la perfección en la escuela y en el trabajo.
- b. Lo que hago, lo hago bien.
- c. Al evitar muchas cosas, también me he evitado muchos problemas.

A continuación, el terapeuta discutió con ella los inconvenientes:

TERAPEUTA: Esta creencia le ha ayudado en su trabajo actual, pero ¿qué pasará más adelante?

PACIENTE: En realidad, ha sido un freno. Sé que estoy más que preparada para este trabajo. Si fuese más valiente, trabajaría para una compañía más grande en un puesto de mayor responsabilidad.

T: El miedo a cometer errores muchas veces bloquea a las personas y les impide arriesgarse. ¿Que me dice de su creencia –“Lo que hagas, debes hacerlo bien”–?

P: Es cierto. Estoy muy bien considerada en el trabajo.

T: ¿Hay algún aspecto que pueda considerarse como inconveniente, como pérdida?

- P: Sí, ya se lo dije. Me llevo trabajo a casa todos los días e incluso los fines de semana. Hago mucho más de lo que se me exige o se espera de mí.
- T: A veces es una buena idea mantener las propias creencias intentando darles más veces sentido. Por ejemplo, ¿es más razonable pensar “Tengo que ser *imperfecto* que “Tengo que ser perfecto”?
- P: ¿Quiere decir que si merece la pena hacer algo, también merece la pena hacerlo mal?
- T: Déjeme preguntarle una cosa: si merece la pena aprender a esquiar o hacer amigos, ¿merece la pena hacerlo mal?
- P: Supongo que eso sería mejor que no hacerlo.
- T: Es más, sus hábitos de trabajo son consistentes y razonables. Que usted deje un poco de lado las demandas no implica que vaya a hacer mal su trabajo. Sus hábitos se mantendrían.
- P: ¿Y qué tiene eso que ver con la idea de que evito los problemas?
- T: Cuando se evita un problema, se suelen crear otros. La salud mental entraña un alto porcentaje de riesgos. ¿Existe alguna manera de poder evitar todos los problemas?
- P: No.

La técnica de listar las ventajas e inconvenientes de un determinado supuesto puede parecer demasiado simple. Sin embargo, está comprobado que se trata de uno de los procedimientos más efectivos en la modificación a largo plazo del modo como un individuo maneja sus problemas. Teniendo en cuenta el pensamiento limitado y cerrado del paciente depresivo, este procedimiento sirve para ampliar los límites de su pensamiento, permitiéndole a la vez experimentar nuevos enfoques.

El papel de la acción en la modificación de los supuestos

Al paciente se le anima a que desafíe activamente sus supuestos básicos en sus experiencias cotidianas. Y esto lo hará (a) determinando el supuesto que subyace a sus pensamientos automáticos y (b) actuando en contra del supuesto.

Actuar en contra de un supuesto es el modo más poderoso para modificarlo. La acción está ligada con el supuesto del paciente. El terapeuta sugiere al paciente que teme cometer errores que elija situaciones en las que exista una alta probabilidad de cometerlos. Al paciente que se siente impulsado a buscar compañía, le propone que se obligue a permanecer solo. Al paciente que concede demasiada importancia al hecho de ser aceptado por los demás, se le anima a que acuda a sitios donde la probabilidad de ser aceptado sea escasa. A aquél que teme parecer un loco, se le pide que haga algo extravagante. Lo que suele suceder es que el paciente descubre que su conducta no llama la aten-

ción de los demás. Un paciente, por ejemplo, debía acudir a una fiesta de disfraces por primera vez. Le preocupaba tener un aspecto demasiado estrafalario con su disfraz de “marciano”. Para su sorpresa, sólo algunas personas hicieron comentarios de paso sobre su disfraz.

En relación con la modificación de las creencias, Ellis y Harper (1975) escriben:

Hay algo más que lo que usted se dice a sí mismo. En el análisis final, muchas veces tendrá que obligarse, forzarse, empujarse a la acción. A menudo tendrá que obligarse –sí, *obligarse*– a emprender actos para los que se requiere mucho valor discutir con un empleado, sacar a bailar a una persona por la que se sienta atraído, hablar con un editor de una idea para un libro etc. Y debe seguir obligándose a emprender estas acciones hasta que le vayan resultando cada vez más fáciles, incluso agradables. (Pág. 95).

Los paciente se muestran excesivamente poco dispuestos a actuar en contra de sus creencias. El terapeuta ha de motivarles para que lo hagan. Los pacientes pueden actuar en contra de sus creencias gradualmente o bien súbitamente, pero, en cualquier caso, lo más probable es que experimenten un cierto malestar al intentar romper “reglas” que ya están muy arraigadas.

El siguiente diálogo ilustra cómo se presentó esta idea a una paciente:

TERAPEUTA: ¿Puede marcarse el objetivo de hacer diariamente algo que vaya en contra de buscar la aprobación de los demás?

PACIENTE: Me digo a mí misma que tengo que actuar de ese modo, pero no lo consigo.

T: Debe obligarse a hacerlo. Dígase, “Si muero, moriré, pero tengo que hacerlo”.

P: Verdaderamente, me produce una gran ansiedad.

T: Eso es porque lleva tanto tiempo actuando de acuerdo con esa creencia que se ha convertido en una parte del sistema –la mente, las emociones y el cuerpo–. La ansiedad no va a causarle la muerte. La ansiedad es como la debilidad muscular. Si soporta la ansiedad y aprende a aumentar su tolerancia, se hará más valiente.

P: Respecto a esas situaciones, tengo una dificultad. Inmediatamente después, me doy cuenta de que podría haber actuado de una forma diferente.

T: En esas situaciones, debe vigilar a esa voz que susurra, “Este no es el mejor momento” o “Existe tal o cual razón para no hacerlo”. Estas excusas paralizarían sus esfuerzos. Debe ignorar esa voz y obligarse a hacerlo. También debe recordar que puede sentirse extraña debido a que no es su modo de actuar habitual. No obstante, si lo soporta durante el tiempo suficiente, este sentimiento de extrañeza desaparecerá.

La paciente puso en práctica las sugerencias del terapeuta –primero en el trabajo y después con su familia–. Y observó (como el terapeuta había predicho) que la tarea le resultaba progresivamente más fácil.

Utilizar al paciente para obtener contrargumentos

Los propios pacientes constituyen una rica fuente de informaciones que se pueden emplear para discutir sus supuestos. La formulación de preguntas por parte del terapeuta es un modo de obtener esta información. A continuación figuran dos ejemplos en los que las preguntas del terapeuta elicitaron informaciones que sirvieron para modificar las creencias del paciente:

PACIENTE: Creo que cualquiera que no se preocupe de lo que piensan los demás se verá socialmente marginado y funcionará a un nivel muy bajo.

TERAPEUTA: ¿Quiénes son las dos personas a las que usted más admira? (El terapeuta conocía ya la respuesta gracias a conversaciones anteriores).

P: Mi mejor amigo y mi jefe.

T: ¿Les preocupa a esas dos personas las opiniones de los demás?

P: No, no creo que a ninguno de ellos le importe en absoluto lo que piensen los demás.

T: ¿Y son socialmente marginados y poco eficientes?

P: Ya veo a dónde quiere llegar. Ambos tienen habilidades sociales adecuadas y son muy eficientes.

En el caso siguiente, el impacto del insight fue aún mayor porque la información había sido generada por la propia paciente:

PACIENTE: La única manera de ser feliz sería llegando a ser una gran escritora.

TERAPEUTA: ¿Qué nivel debería alcanzar?

P: Tendría que ser tan buena como... (la paciente dio el nombre de una poetisa).

T: ¿Consiguió ella la felicidad?

P: No, supongo que no... porque se suicidó.

Neutralizar los supuestos relacionados con la autoestima

Muchos pacientes depresivos creen que los determinantes de su valía personal se sitúan fuera de ellos. La felicidad e infelicidad del paciente son contingentes con factores externos –por ejemplo, con la aprobación de los demás o con el modo como éstos le evalúan.

El terapeuta puede discutir con el paciente las consecuencias de este tipo de formulaciones en términos de autoaceptación. Al ver la imagen de sí mismo a través de los ojos de los demás, el paciente se coloca en una posición de desventaja o inferioridad. Una de las posiciones más vulnerables es la del paciente que cree que ha de ser amado para ser feliz. Piensa que la autoaceptación y la autoestima sólo pueden conseguirse indirectamente —a través del amor de los demás—. En estos casos, el terapeuta puede preguntar si el paciente ha sido feliz en algún momento en que no tuviese una relación amorosa. En la mayoría de las ocasiones, existe algún período en que el paciente haya sido feliz por sí solo.

El terapeuta también puede preguntar qué hace feliz al paciente entre sus experiencias cotidianas. El programa de actividades del paciente puede resultar útil para encontrar actividades que le resulten agradables. Asimismo, el terapeuta puede señalar que la felicidad varía con el tiempo, que no es una condición estable.

El terapeuta puede comentar con el paciente el hecho de que existen personas casadas, aparentemente enamoradas y que, sin embargo, no son felices. La mayoría de los pacientes admitirán que el amor puede ser causa de alegrías tanto como de tristezas. Puede discutirse el romántico mito de que el amor resuelve todos los problemas.

La idea de la autoaceptación basada en factores extrínsecos (en oposición a intrínsecos) se pone de manifiesto en el paciente que se crea rechazado. A continuación, se expone un modo de manejar el problema:

PACIENTE: Cualquiera se sentiría deprimido si se viese rechazado por alguien a quien ama.

TERAPEUTA: Nadie puede ser rechazado a no ser que esté *pidiendo a otro que le sostenga*. Depender de la aprobación de otra persona es una forma de intentar aceptarse a sí mismo a través de los demás. “Si esta persona me ama, soy grande; si no, soy un inútil”. Si uno es autosuficiente y se acepta a sí mismo, no se deprimirá porque alguien prefiera no estar con él.

P: Pero ella me rechazó.

T: Nadie puede rechazarle totalmente. Las personas sólo pueden elegir estar con usted o no.

P: Si no hubiera nada anormal en mí, ella estaría conmigo.

T: Se trata de una elección. Una persona puede preferir los Cadillacs, mientras que otra prefiere los Volkswagens. Es un problema de gusto. A algunas personas les gusta la música clásica, a otras no. No tiene que ver necesariamente con su personalidad.

P: Sigo pensando que es por algo que yo haya hecho.

T: Esa es una posibilidad... Pero hay otras maneras de interpretar la experiencia. Por ejemplo, (a) “Lo siento por ella, que me va a perder”, (b) “Bien, ya conoceré a otra persona”, (c) “Al final, saldré ganando” o (d) simplemente, no pensar en ello.

El concepto de la autoestima puede ser discutido con el paciente. Ellis y Harper (1975) han escrito mucho sobre este tema. Al paciente se le pueden dar los artículos de Ellis sobre la autoestima como tarea para casa y emplear sus ideas para discutir el concepto.

Existen al menos tres métodos directos para evaluar la autoestima. Uno de ellos consiste en hacer un balance entre los aspectos positivos y negativos referentes a uno mismo. El segundo consiste en autoevaluarse como “bueno” por el mero hecho de estar vivo. Y el tercero, en no preocuparse por hacer estas generalizaciones, ya que el concepto de *valía personal* es un constructo hipotético que no se puede medir: se pueden clasificar las conductas, pero no a las personas.

Al deprimirse, muchas personas comienzan a hacer balance. Y dadas las distorsiones intrínsecas de la depresión, no es un buen momento para ello. Más bien es momento de centrarse en la acción. Aunque el autocontrol suele ayudar a los pacientes depresivos, la autoevaluación, por el contrario, generalmente hace que se sientan peor. El terapeuta puede valerse de un ejemplo para esclarecer esta idea:

Quando alguien dice, “El Dr. Fulano de Tal es bueno”, ¿qué significa esto? Quiere decir que es bueno en todas las áreas de la Medicina o en un área específica. ¿Quiere decir que es un buen clínico? ¿Que es bueno con los pacientes? ¿Que es un buen investigador? ¿Que atiende con prontitud las emergencias? ¿O significa que es un buen esposo, un buen padre, un buen vecino y un buen jugador de cartas?

Se pueden medir rasgos o conductas si uno se lo propone, pero medir la *valía personal* es imposible y siempre ocasionará problemas. No hay forma de medir la *valía* o la inutilidad.

El hecho de basar la *valía personal* en criterios externos suele llevar a hacer comparaciones contraproducentes. Casi siempre existirá alguien que tenga más del factor que se esté evaluando (dinero, posición, amor, belleza). El individuo que abandona los estudios universitarios se compara con los que ya se han licenciado y saldrá desfavorecido. El profesor de Física se compara con el Premio Nobel de Física y saldrá desfavorecido. Es labor del terapeuta subrayar el perjuicio que uno puede causarse al hacer comparaciones de este estilo.

Ya que los criterios para determinar la autoestima son vagos y están mal definidos, el paciente nunca se va a sentir satisfecho. Las satisfacciones del mo-

mento se pasan por alto. A continuación se expone el modo como un terapeuta señaló cómo el supuesto referente a la autoestima llevaba al paciente a no estar nunca satisfecho.

El paciente pensaba que debía tener mucho dinero para ser feliz:

TERAPEUTA: ¿Cuánto dinero necesitaría para ser feliz?

PACIENTE: No lo sé; más de lo que tengo.

T: ¿Ha pensado alguna vez que si tuviera tanto dinero como tiene ahora sería feliz?

P: Sí, probablemente.

T: Los éxitos, los logros, el dinero no tienen límite fijo. No es como pintar una pared o fabricar una mesa. No hay punto final.

P: Pero yo creo que, si pudiese conseguir la cantidad de dinero que necesito, estaría contento.

T: ¿Se trata de una necesidad real? Si usted cree que necesita algo que realmente no necesita, nunca será capaz de obtener lo suficiente. No se puede obtener la cantidad suficiente de algo que no se necesita, pero que uno cree que necesita.

Exponer la arbitrariedad de los supuestos

El paciente no suele ser consciente de que las reglas internas por las que se rige son arbitrarias. El terapeuta puede ayudarle a modificar esas reglas señalando y discutiendo su arbitrariedad. A menudo sucede que los pacientes admiten que la creencia es arbitraria, pero siguen comportándose como si fuese absolutamente cierta. Por esta razón, el terapeuta tiene que ilustrar de diferentes maneras que esas reglas personales no son leyes universales.

El terapeuta puede discutir la diferencia entre creencias y hechos, (Muchos pacientes confunden ambos términos). Puede decirle al paciente que el dogmatismo limita el campo de visión (El individuo excluye de su percepción y de sus consideraciones los hechos que van en contra de su creencia. Dado que ésta sólo puede abarcar una cantidad limitada de verdad, se excluye más de lo que se incluye). Puede citar la observación de Bertrand Russell de que el grado de certeza que se atribuye a una creencia está inversamente relacionado con la certeza real de dicha creencia. Los fanáticos creen; los científicos son escépticos.

La arbitrariedad de los supuestos queda patente cuando éstos se refieren a la felicidad. Muchos pacientes creen que si poseen "X" (perfección, belleza, fama), serán felices. Las formulaciones de esta clase contienen un cierto número de ideas incorrectas acerca de la felicidad que pueden ser discutidas. Las reglas ocasionan el error de "todo o nada". En lugar de considerar la felicidad como un continuo, el paciente cree que se es feliz o infeliz. Las reglas implican que

la felicidad es una situación estática y permanente, no dinámica y transitoria. Implican asimismo que la felicidad es un estado puro, no una condición con distintos grados, entre los que se incluye una cierta proporción de desagrado o molestia (por ejemplo, se puede ser feliz en la playa, pero la arena a veces es molesta y además hay que soportar caravanas y embotellamientos antes de llegar).

Las reglas dicen que la felicidad es consecuencia de la valía personal, en lugar de interpretarla como producto de alguna actividad agradable. Este último error puede llevar a un razonamiento circular que desemboque en una intensificación de la depresión; por ejemplo, “Si hago cosas que merezcan la pena y los demás me tienen en consideración y me respetan, seré feliz. Si no soy feliz, quiere decir, por lo tanto, que no valgo para nada. Si no valgo para nada, no puedo ser feliz”.

El terapeuta puede decirle al paciente que un aspecto positivo de la arbitrariedad de las reglas internas es que pueden modificarse con relativa facilidad.

Utilidad de los supuestos a corto plazo vs. a largo plazo

El terapeuta puede pedir al paciente que examine la utilidad de sus supuestos a largo plazo. Esto es especialmente importante cuando el supuesto o supuestos inadecuados parecen ayudar o ser útiles para el individuo. Es decir, muchos de los que piensan que necesitan la aprobación de los demás para ser felices son realmente felices cuando advierten en alguien un signo de aprobación. Los que piensan que su autoestima depende de su ejecución son felices cuando hacen las cosas bien. La labor del terapeuta en estos casos consiste en ayudar al paciente a determinar los *efectos a largo plazo* del hecho de regirse por esta clase de reglas.

A continuación, figura el resumen de una sesión con un agente de seguros de 50 años que, en una época, había sido un actor famoso en su ciudad. En este momento de la terapia, estaba libre de síntomas y era capaz de atender su trabajo. No obstante, seguía pensando que su valía personal dependía de su ejecución y de la aprobación de los demás.

TERAPEUTA: Me alegro de que le vaya bien en el trabajo y de que esté haciendo nuevas pólizas de seguros, pero eso no le convierte en una persona maravillosa.

PACIENTE: ¿Qué quiere decir? ¿Por qué no?

T: Por la misma razón que no era un inútil cuando no conseguía nuevos clientes. ¿Recuerda por qué no lo era?

P: Sí. El hecho de que la gente no comprase las pólizas de seguros no significa que me rechazasen, sino simplemente que rechazaban las

pólizas. Y además, yo no soy solamente mi capacidad como vendedor; éste es sólo uno de mis rasgos.

T: Bien. No hay modo de autoevaluarse globalmente. Solamente podemos evaluar nuestros rasgos. Y pretender igualar éstos, por ejemplo, la habilidad como vendedor, con nuestro yo global es una sobregeneralización que probablemente ocasionará problemas.

P: ¿Quiere decir que debería pasar por alto las cosas que hago bien y no sentirme feliz?

T: No. Si está actuando bien en un área, es correcto que se sienta satisfecho y que evalúe su ejecución de una forma realista, de modo que pueda continuar haciendo bien las cosas. Y, si no lo está haciendo bien, también es positivo hacer una evaluación realista para poder mejorar. Pero, en cualquier caso. La ejecución, la actuación, nada tiene que ver con su valía personal, que es algo que no se puede medir ni evaluar.

P: ¿Quiere decir que, si pienso que soy una gran persona cuando hago las cosas bien, es probable que piense que soy un inútil cuando no lo haga bien?

T: Eso es. Y, dado que ni usted ni nadie es perfecto, siempre habrá ocasiones en que la gente no aprueba lo que usted haga cuando su ejecución no sea perfecta... Otro punto de vista es el siguiente: “Yo tengo (o estoy desarrollando) ciertas habilidades para la venta. Me siento satisfecho cuando hago una venta. Pero esto no me convierte automáticamente en una persona maravillosa. Paralelamente, si no tuviese esta habilidad –o no consiguiese resultados positivos– tampoco significaría que fuese un fracasado. En el peor de los casos, me indicaría que no poseo esta habilidad”. Para ser feliz, debe hacer las cosas con las que usted disfrute –generalmente, serán cosas que sepa hacer bien.

Hemos observado que los pacientes que continúan minando sus supuestos inadecuados crean ciertas defensas contra la depresión. Sin embargo, la motivación para el cambio es escasa cuando las formulaciones subyacentes están en funcionamiento: esto es, cuando el hecho de evaluarse a sí mismo como una persona maravillosa produce una gran alegría y satisfacción, o cuando la evitación de situaciones desagradables elimina la ansiedad. Por ello fundamentalmente, es necesario que el paciente reconozca el daño o el peligro a largo plazo que pueden producir los supuestos inadecuados.

CAPÍTULO 13

INCLUSIÓN DEL TRABAJO PARA CASA EN LA TERAPIA

Algunos autores han subrayado la importancia de las tareas para casa en la efectividad de la terapia (Ellis, 1962; Beck, 1976; Shelton y Ackerman, 1974): Dado que hacen la terapia más concreta y específica, fortalecen la comunicación entre paciente y terapeuta. La realización sistemática de las tareas para casa parece importante para asegurarse de que la mejoría del paciente se mantiene después de terminar el tratamiento. Resulta más fácil conseguir que los cambios sean duraderos cuando el paciente participa activamente en experiencias fuera de la consulta. Además, es más probable que continúe aplicando las distintas técnicas y habilidades que ha aprendido durante la terapia.

Las tareas para casa se relacionan directamente con varios aspectos de la terapia cognitiva. Por ello, en este capítulo se tratarán algunos puntos que ya han sido mencionados en capítulos anteriores.

En la terapia cognitiva, las tareas para casa constituyen un importante vehículo a través del cual se obtendrán datos para refutar muchos de los pensamientos y creencias negativos. Además, los datos proporcionados por las tareas para casa hacen que la terapia deje de centrarse en conceptualizaciones subjetivas y abstractas para pasar a centrarse en hechos detallados, objetivos y realistas. El método permite al terapeuta y al paciente revisar las actividades de la semana anterior con un solo golpe de vista; por último, ayuda al terapeuta a asignar tareas relacionadas específicamente con la sesión, evitando así los temas de menor importancia.

Proporcionar el fundamento teórico de las tareas para casa

Se anima al paciente a considerar las tareas para casa como un *componente integral y vital* del tratamiento. Estas no constituyen un procedimiento adicional u optativo. Muchas veces el terapeuta tendrá que emplear un tiempo con-

siderable en la presentación del fundamento teórico de cada tarea asignada; asimismo, subrayará la importancia de llevar a cabo cada tarea repetidas veces a lo largo del tratamiento. Hemos observado que es más probable que los pacientes completen la tarea cuando comprenden las razones de por qué hacerlo y cuando tienen oportunidad de expresar sin objeciones.

Las tareas para casa sirven para reforzar e implementar los aspectos educativos de la terapia cognitiva. Hace tiempo que los educadores se dieron cuenta de que el trabajo para casa refuerza el proceso de aprendizaje. En la terapia cognitiva, los pacientes aprenden formas de pensar y actuar más realistas y eficaces. Parece que aquellos pacientes que llevan a cabo las tareas para casa con una cierta sistematicidad obtienen de la terapia beneficios mayores que los que se olvidan con frecuencia de sus tareas. Un estudio reciente (Maultsby, 1971 b) informa que la buena disposición para realizar las tareas asignadas para casa resultó ser un factor significativo en el éxito de la psicoterapia con pacientes externos. El terapeuta podría hablarle al paciente de este estudio con objeto de aumentar su motivación.

El terapeuta debe investigar la actitud del paciente hacia las tareas para casa, dada la importancia de que el paciente las perciba como algo que sirve a un propósito útil. El terapeuta expondrá las razones para llevar a cabo cada tarea y dará instrucciones específicas para su realización. Las tareas sean formuladas por el terapeuta y el paciente conjuntamente. Esta estrategia permite al terapeuta amoldar las tareas a la situación específica del paciente. La idea de formular y asignar las tareas en equipo –terapeuta y paciente en colaboración– las convierte en un acuerdo verbal, evitando así los conflictos entre paciente y terapeuta. El paciente debe comprender que le corresponde un papel importante en la formulación de las tareas o, al menos, que debe ser consultado.

Siempre que sea posible, el terapeuta presentará el fundamento científico y terapéutico de las tareas para casa. Por ejemplo, puede decirse a los pacientes que la terapia cognitiva, como la ciencia, se dedica a convertir los misterios en problemas, ya que éstos, a diferencia de los misterios, se formulan de forma que sean resolubles. Al paciente han de especificársele los pasos para resolver un problema: (1) especificar el problema; (2) formular una hipótesis sobre la causa del problema (el terapeuta podría denominarlo “sospecha”, “presentimiento” o “idea”); (3) diseñar una prueba para la hipótesis; (4) evaluar los resultados de la prueba; y (5) aceptar, rechazar u modificar la hipótesis para dar cuenta de los resultados de la prueba.

Es importante formular la hipótesis en términos operativos (en términos concretos que se puedan probar empíricamente). Por ejemplo, un vendedor podría evitar hacer llamadas telefónicas (especificación del problema) porque se considera un “inepto”. La evidencia que aporta en apoyo de esta creencia consiste en una serie de incidentes pasados que conceptualiza en los siguientes térmi-

nos: “Soy incapaz de hablar con los clientes hasta el punto de perder las ventas”. Esta creencia (hipótesis) puede hacerse operativa por distintos caminos. Una vez que la creencia (“Soy un inepto”) se ha hecho operativa (“Fracasaré al hacer llamadas telefónicas”), puede someterse a comprobación. Por ejemplo, podría pedirse al paciente que hiciese tres llamadas a posibles clientes y que evaluase la sensación de dominio experimentada en cada una de las tres llamadas. Es importante que paciente y terapeuta estén de acuerdo en los criterios que servirán para evaluar el experimento. En general, los mejores criterios son los conductuales. Una vez realizada la tarea, paciente y terapeuta trataron de identificar los aspectos específicos de cada llamada que el paciente interpretase como evidencia a favor del éxito o del fracaso (por ejemplo, si el cliente se mostró interesado, si prometió acudir a una cita, etc.). Por último, decidieron si la hipótesis debía ser aceptada, rechazada o modificada.

Se puede lograr un alto grado de acuerdo con las tareas para casa si el terapeuta les presenta como un experimento. En lugar de decir, “Esto le ayudará”, el terapeuta podría decir, “¿Por qué no lo intentamos?” o “Piense en lo que puede perder y en lo que puede ganar”, o bien, “Veamos si podemos encontrar un modo de comprobar estos pensamientos”. El diálogo entre terapeuta y paciente podría desarrollarse como se expone a continuación:

TERAPEUTA: Me gustaría que registrase en un contador de pulsera el número de veces que se dice “debería” a lo largo de esta semana. ¿Qué le parece la idea?

PACIENTE: Me parece un poco tonto. ¿Por qué iba a querer yo hacer eso?

T: Hemos observado que registrar los pensamientos automáticos negativos hace que el individuo sea más consciente de ellos y, por lo tanto, que le resulte más fácil responder a ellos. Asimismo, el mero hecho de registrarlos y contarlos tiende a reducir su influencia. (El terapeuta también podría decir, “El registro de los pensamientos establece una distancia entre usted y éstos, a la vez que le proporciona un feedback importante para modificarlos”).

P: No creo que eso funcione en mi caso.

T: Me alegro de que lo ponga en duda porque eso demuestra que está poniendo en juego su capacidad de razonamiento. No hay ninguna razón para que usted crea automáticamente algo, simplemente porque yo lo diga. Yo no tengo la certeza de que esta tarea funcione en su caso, pero tengo la sospecha –o la *hipótesis*, por emplear un término científico– de que funcionará. Me gustaría poner a prueba esta hipótesis.

P: ¿Quiere decir “poner a prueba su hipótesis”?

T: Yo tengo la hipótesis de que esta tarea le ayudará y usted tiene la hipótesis de que no le servirá de nada. Yo no sé con certeza cuál de las dos es la correcta. ¿Y usted?

P: Tampoco.

T: Lo que sugiero es que realicemos un experimento, que recojamos datos y veamos cuál de los dos puntos de vista se ajusta más fielmente a los hechos. ¿Qué le parece?

Suele resultar útil que el terapeuta se sirva de una analogía que se adecue al caso concreto del paciente. Por ejemplo, si al paciente le interesan los deportes el terapeuta podría compararse con un entrenador que enseña a desarrollar nuevas habilidades. Las tareas para casa se presentan como la práctica necesaria para mejorar la ejecución. Cuando sea posible, una analogía elaborada por el propio paciente resultará más eficaz. Una maestra que estaba recibiendo terapia cognitiva comparó las tareas para casa con las sugerencias que se le harían en unas reuniones de equipo y el hecho mismo de realizar las tareas, con la implementación de las sugerencias.

Asignación de las tareas para casa

Todas las tareas deben adecuarse al paciente individual. Las tareas más simples son preferibles para los pacientes más deprimidos, ya que siempre es importante que el paciente experimente cada tarea realizada como un éxito relativo. Cuando sea posible, el terapeuta debe anticipar los problemas que pueden surgir en la realización de las tareas. Por ejemplo, si la tarea consiste en realizar actividades al aire libre durante el fin de semana, deben programarse actividades alternativas de otro tipo por si hace mal tiempo.

El terapeuta debe ser lo más claro y concreto posible a la hora de asignar las tareas. Es mejor decir, “Anote de 10 a 20 pensamientos automáticos negativos” que “Anote algunos pensamientos”. Suele resultar útil que el paciente repita en qué consiste la tarea con sus propias palabras y que anticipe cualquier problema que le parezca posible. Puede inducirse a los pacientes a imaginarse llevando a cabo la tarea, con objeto de que los problemas que el paciente anticipe puedan ser identificados y tratados mediante una cuidadosa programación.

Siguiendo la sugerencia de Shelton y Ackerman (1974), escribimos la tarea por duplicado en papel autocopiable a fin de que tanto el terapeuta como el cliente tengan una copia. También seguimos otra sugerencia de los mismos autores, consistente en que el *terapeuta se asigne a sí mismo determinadas tareas para casa*, lo cual contribuye a reforzar los aspectos cooperativos de la terapia. El trabajo en casa del terapeuta podría consistir en revisar las técnicas, volver a

leer cierto apartado de un manual, revisar las nuevas publicaciones, repasar sus anotaciones, escuchar la cinta de la última sesión, etc.

El siguiente es un ejemplo del formato adaptado de Shelton y Ackerman:

FECHA: 27-3-1977

Tareas para el terapeuta:

1. Escuchar la cinta de la sesión.
2. Buscar una publicación sobre la vergüenza para el paciente.

Tareas para Jim:

1. Registrar en el contador de pulsera el número de “debería” que se dice a sí mismo. Anotar en un gráfico el total de cada día. (Observaciones: (a) vigilar la conclusión “incurable”, si el pensamiento continúa después de haberlo registrado; (b) vigilar la tendencia a culpabilizarse por tener demasiados pensamientos relativos a los “debería”; (c) vigilar la tendencia a interpretar el aumento en el número de “debería” como “Estoy empeorando”).
2. Traer los registros y las gráficas a la siguiente sesión.

PRÓXIMA SESIÓN: 31 de marzo, a las 3,30.

El interés del terapeuta en las tareas para casa tiende a influir en la realización de las futuras tareas. Las tareas deben revisarse al principio de la sesión. Las nuevas tareas se asignarán al final de la misma. Al revisar cada tarea, el terapeuta le proporciona al paciente un refuerzo social por llevar a cabo la tarea. Además, la revisión ofrece la oportunidad de determinar si las instrucciones estaban claras.

Es importante examinar los pensamientos (cogniciones) que generan las tareas en sí. Por ejemplo, ¿considera el paciente que la tarea es demasiado sencilla, demasiado difícil? ¿la considera como un trabajo pesado? Aunque al terapeuta le parezcan tareas familiares y sencillas, el paciente puede percibirlas como extrañas, complicadas, demasiado exigentes, o aburridas.

El terapeuta debe estar siempre alerta para detectar y corregir la conclusión del paciente de que la tarea iniciada pero no terminada representa un fracaso. Todo intento de emprender una tarea nueva constituye un éxito en sí mismo. Los datos que los pacientes aportan sobre las tareas que no han completado resultan tan útiles como cualquier otra tarea que hayan realizado. Cuando el paciente no haya realizado las tareas asignadas, el terapeuta debe averiguar si las instrucciones eran claras y si el paciente entendió por qué la tarea era relevante para ayudar a resolver sus problemas.

Facilitar la realización de las tareas

Existen varios modos de ayudar a los pacientes a llevar a cabo las tareas para casa. Por supuesto, las mejores ayudas son aquellas que los pacientes desa-

rollan por sí solos. Algunos pacientes incluso elaboran sus propias frases para recordar que han de hacer las tareas. Este tipo de “autoayuda” suele ser de un gran valor. Por ejemplo, un paciente se sentía mejor cuando elaboraba un programa de actividades por la tarde para llevarlo a cabo al día siguiente. Sin embargo, a menudo se olvidaba de hacer el programa o de seguirlo. Este paciente elaboró la primera frase: “Para hacer frente a la depresión, tengo que planificar mi trabajo y llevar a cabo los planes que me haya propuesto”, que se repetía con frecuencia para no olvidar sus tareas.

Otros pacientes han desarrollado estrategias que les estimulan a escribir sus pensamientos automáticos y a darles una respuesta. Por ejemplo, cuando un paciente comenzaba a sentirse mal, se decía, “Son las cosas que me digo a mí mismo lo que me hace sentir mal”. Esta frase constituía para él un motor para ponerse a anotar sus pensamientos automáticos y dar explicaciones alternativas.

Existen varios procedimientos de autocontrol que el paciente puede emplear para animarse a realizar las tareas para casa. Si el trabajo consiste en o implica escribir algo, el paciente puede elegir una hora del día y/o un lugar determinado de su casa para realizar la tarea. Si se coloca un reloj para controlar el tiempo que ha de dedicarle a la tarea y se registra el tiempo que se ha tardado realmente, se puede conseguir que la realización de las tareas para casa se convierta en un hábito.

Otra estrategia consiste en eliminar todo aquello que pueda distraer al paciente de sus tareas. Por ejemplo, puedo apagar la televisión o la radio mientras esté realizando las tareas. Para una paciente, la cama constituía una tentación distractora. Comenzaba a realizar sus tareas, pero, al reparar en la cama, terminaba por tumbarse. Resolvió el problema quitando el colchón por la mañana.

Para estimular la realización de las tareas, los pacientes pueden emplear reforzamientos conductuales (“recompensas y castigos”) externos. Por ejemplo, el paciente puede “comprometerse” a llevar a cabo las tareas antes de dedicarse a alguna actividad agradable (por ejemplo, ver su programa de T.V. favorito, fumar un cigarrillo o llamar a un amigo). Asimismo, pueden emplear técnicas aversivas: Si no hacen las tareas, habrán de levantarse temprano u ordenar los armarios. A veces, es conveniente una llamada de seguimiento por parte del terapeuta para asegurar el cumplimiento de las tareas cuando todo lo demás falla. El mero hecho de informar al paciente de que tiene que hacer las tareas porque forman parte de la terapia resulta eficaz, especialmente si el terapeuta refuerza esta afirmación con una llamada telefónica.

Una técnica que emplean algunos paciente para ayudarse a realizar las tareas para casa consiste en aprender a “hablar a los músculos”. Este procedimiento ha sido adaptado del trabajo de Abraham Low, quien instruía a los pacientes a dar órdenes a sus músculos en ciertas situaciones problemáticas.

Por ejemplo:

Ella ordenaba a sus músculos que permaneciesen quietos en la cama cuando se encontraba tensa y desasosegada, que siguiesen caminando cuando estaba exhausta, que comiesen cuando la sola visión de la comida le producía náuseas y que hablasen cuando la garganta parecía obturada. Y, una vez que los músculos ser ponían en marcha, olvidando el “idioma sintomático” de los órganos, la mente de Harriette se convencía inmediatamente de que incluso los músculos más fatigados son capaces de caminar... (1950, pág. 67)

La siguiente conversación es un ejemplo de cómo se puede aplicar este procedimiento para ayudar a los pacientes a llevar a cabo las tareas que se les asignan:

PACIENTE: A veces, me siento tan mal que no tengo ni siquiera energías para anotar los pensamientos y responder a ellos.

TERAPEUTA: Cuando eso sucede, ¿se siente como si estuviera invadido por una fuerza extraña?

P: Eso es, exactamente.

T: En cierto sentido, *está* invadido por esas fuerzas internas. ¿Existe alguna ventaja de ceder pasivamente a esa fuerza?

P: No, pero yo no puedo hacer nada. La mayoría de la gente cede a esas fuerzas internas.

T: Pero algunas personas son capaces de combatir las, de dominarlas.

P: ¿Cómo lo puedo conseguir?

T: Tiene que considerar estas fuerzas internas como un ejército invasor. Lo primero que intentan los invasores es apoderarse de la estación de radio para controlar las comunicaciones. Para impedirlo, usted debe dar órdenes directas y tajantes. Las órdenes consistirán en decir a los músculos lo que deben hacer.

P: ¿Algo así como, “Músculos, levantaos, id al escritorio y comenzad a escribir”?

T: Eso es, pero se puede especificar aún más: “Piernas, *moveos*; brazos y manos, *tomad el lápiz*”. Es importante que estas órdenes se den en voz suficientemente alta para ahogar las comunicaciones del “enemigo”. Es muy importante que efectúe las órdenes inmediatamente. De lo contrario, el “enemigo” podría tomar las comunicaciones.

Este método, además de ser un estrategia de autoinstrucción, también actúa como distractor. Si el paciente está diciendo a los músculos lo que deben hacer, no estará pensando en las razones por las que no puede llevar a cabo las tareas.

Detectar las reacciones inadecuadas ante las tareas para casa

Es posible que los pacientes fracasen en la realización de las tareas para casa o que las realicen a medias, sin convencimiento, debido a ciertas actitudes negativas hacia las tareas. Estas actitudes negativas subyacen a los *fuertes deseos de evitar la actividad* –uno de los síntomas principales de la depresión–. Estas actitudes se ponen de manifiesto en los pensamientos contraproducentes relativos al cumplimiento de las tareas. Los pacientes deben aprender a ir en contra de estos pensamientos en el mismo sentido que lo hacen con el resto de los pensamientos distorsionados. Hemos observado la utilidad de pedir al paciente que presenta este tipo de pensamientos que responda a un cuestionario relativo a las actitudes negativas más frecuentes frente a las tareas para casa. (Ver en el Apéndice el cuestionario sobre Posibles Razones de la No Realización de las Tareas para Casa).

A continuación se exponen algunos ejemplos representativos de ciertas actitudes problemáticas. Algunos pacientes piensan que, “por naturaleza”, no saben llevar registros escritos. El terapeuta puede contrarrestar esta idea preguntando si anteriormente ha existido alguna ocasión en que llevasen listas escritas (por ejemplo: al hacer los preparativos para un viaje). A veces es necesario introducir a los pacientes en la idea de que llevar registros escritos es una habilidad muy útil que puede aprenderse. Al desarrollar esta habilidad, el paciente se ayuda tanto a sí mismo como al terapeuta, dado que estos registros proporcionan datos esenciales para el tratamiento.

Algunos pacientes piensan que sus problemas son demasiado complicados o demasiado arraigados para ser resueltos a través de tareas sencillas. Se les puede decir que incluso las empresas más ambiciosas y complicadas, como puede ser que el hombre llegase al espacio, comienzan por y se tamponen de pasos sencillos. Muchos autores dicen que son incapaces de escribir un libro, mientras que sí pueden escribir un párrafo: Si se escriben suficientes párrafos, el resultado es un libro. También se puede inducir a los pacientes a considerar las ventajas e inconvenientes de pensar que sus problemas no pueden resolverse por la mera realización de unas tareas para casa, por ejemplo, el terapeuta puede preguntar, “¿Es positivo creer, incluso antes de intentarlo, que las tareas para casa no le ayudarán?”.

Otros pacientes afirman que no hacen las tareas para casa porque no les han ayudado en ocasiones anteriores. El terapeuta debe mantener una mente abierta respecto a este asunto, puesto que, de hecho, las tareas asignadas anteriormente pueden no haber resultado muy beneficiosas. Admitiendo que sus “sospechas” hayan sido incorrectas en algún caso, puede señalar que existen diversas formas de tareas para casa. En algunas ocasiones, puede suceder que el paciente esté equivocado sobre el grado de ayuda recibido de tareas pre-

vias. Si existen datos disponibles (por ejemplo, notas, informes, puntuaciones de depresión), terapeuta y paciente pueden revisarlos juntos.

Muchos pacientes se ofenden cuando se les asignan tareas para casa de un modo autoritario –otro indicador de la importancia de la colaboración entre terapeuta y paciente–. No obstante, puede ocurrir que algunos pacientes interpreten como autoritarismo incluso la colaboración. En estos casos, el terapeuta tiene varias opciones.

En primer lugar, es una buena táctica presentar la terapia de acuerdo con el “modelo del consumidor”. El paciente desea alcanzar un determinado objetivo (superar la depresión) y el terapeuta conoce y ofrece ciertos métodos para lograr dicho objetivo. El paciente es completamente libre de aceptar o rechazar los métodos, del mismo modo que es libre de comprar o no en el mercado.

Otra opción consiste en que terapeuta y paciente desarrollen algunas estrategias alternativas para asignar las tareas. Se permite al paciente que elija una determinada estrategia. De nuevo, puede elegir no quedarse con ninguna de ellas. Un modo de estructurar la tarea como una actividad “a prueba de fallos” consiste en prever el incumplimiento junto con las demás estrategias como una de las elecciones que puede hacer el paciente.

El siguiente ejemplo ilustra esta última opción.

En la sesión anterior, terapeuta y paciente habían elaborado para ésta última un programa de actividades para el fin de semana. En lugar de cumplir el programa, la paciente había pasado el fin de semana en la cama.

TERAPEUTA: ¿Qué ha hecho este fin de semana?

PACIENTE. Larry vino el viernes a pasar la noche conmigo.

T: ¿Y el sábado?

P: Estaba deprimida el sábado por la mañana y empecé a pelearme con Larry. El se hartó y se marchó. Cuando se fue, me sentí aún más deprimida y volví a la cama.

T: ¿Qué se había dicho a sí misma el sábado por la mañana para sentirse deprimida?

P: “El no me quiere... Lo único que le importa es el sexo... No me tiene en consideración”.

T: Me gustaría que escribiera estos pensamientos y también que especificase cómo se comportó con Larry el sábado por la mañana.

P: Bueno, estuve fría con él cuando se levantó y me negué a hacer el amor. Después, la emprendí con él por no venir más a menudo. Entonces se enfadó y se fue.

T: ¿Qué se dijo a sí misma cuando él se hubo marchado?

P: “Le he vuelto a presionar... No volverá hasta dentro de mucho tiempo, si es que vuelve. Yo tengo la culpa”... Me sentía terriblemente mal y volví a acostarme.

- T: Parece como si hubiese tenido un plan; lo llamaremos Plan A. ¿Se le ocurre algún otro plan que le hubiese hecho sentirse de otra manera?
- P: Bueno, podría haber sido amable con él por la mañana.
- T: Muy bien, anótelos y llámelo Plan B.
- P: Podría haber hecho el amor con él; me gusta. Podría haberle preparado un buen desayuno.
- T: ¿Qué se habría dicho a sí misma?
- P: Que disfruto cuando estamos juntos, e intentaría hacer esos momentos lo más agradable posible. Después de todo, él es una persona libre y no estamos casados.
- T: ¿Qué podría haber hecho al marcharse él?
- P: Podría haber ido de compras.
- T: Bien, se le plantea una elección entre el Plan A y el Plan B. La decisión es enteramente suya. La única cosa que le pido es que cumpla el plan, cualquiera que sea el que elija.

En este caso, la paciente eligió el más adaptativo, el Plan B, y lo siguió un 80% del tiempo. Si hubiese elegido el otro plan, *se habrían discutido las razones y las consecuencias de la elección*. Aunque el paciente haga una elección desadaptativa, es importante considerarla como una oportunidad para demostrar que existe una opción, para examinar los pensamientos que existen detrás de una decisión desadaptativa y para revisar las consecuencias en la siguiente sesión. El paciente puede aprender que sí tiene alternativas y puede tener la esperanza de ser capaz, en ocasiones futuras y ejercitando su capacidad de decisión en un sentido más adaptativo, de tomar un curso de acción más realista.

Por último, algunos otros pacientes dudan en escribir las tareas para casa porque se avergüenzan de su caligrafía, de su ortografía, etc. El terapeuta debe averiguar si el no cumplimiento de las tareas se debe a factores de este tipo. El problema puede resolverse sencillamente diciéndole al paciente que la *forma* de las tareas para casa es irrelevante para su *propósito*. También puede ser útil discutir el concepto de vergüenza. El terapeuta puede señalar que *la vergüenza* es una abstracción –no existe como entidad independiente, sino que es una emoción que experimentan las personas en mayor o menor grado–. Si el paciente se avergüenza al escribir las tareas para casa, el terapeuta podía intentar mostrarle las ventajas de asumir el riesgo para el progreso de la terapia. A continuación se presenta un ejemplo:

TERAPEUTA: Generalmente, si se va a cometer un error, es mejor hacerlo por comisión que por omisión. Por ejemplo, si no se está seguro de haber sido invitado a una fiesta, es mejor ir, controlando la ver-

güenza que uno pueda experimentar, que perder la oportunidad de pasar un buen rato.

PACIENTE: Si, lo entiendo.

T: ¿Cómo se relaciona este principio con su miedo de escribir las tareas para casa?

P: Pues, sería mejor que usted tuviese una idea pobre sobre mí que perder la oportunidad de conseguir una ayuda al leer usted mis anotaciones sobre las tareas.

En los casos extremos, puede suceder que al paciente no le convenza este argumento y siga rechazando la idea de escribir las tareas. En tal situación, el propio paciente puede leer el material al terapeuta. Un caso paralelo es de los pacientes que se muestran poco dispuestos a hablar en la terapia; a éstos se les puede pedir que redacten guiones de lo que quieren decir y que los lean durante la sesión.

En ocasiones, puede ocurrir que los pacientes no traigan las tareas. Pueden decir que las han olvidado. Es infructuoso especular sobre las razones “inconscientes” del olvido. Es mejor considerar al paciente inocente de su error, al menos hasta que no se demuestre lo contrario.

Otras veces, el paciente puede decir que no ha tenido tiempo de realizar las tareas. Esto puede llevar a discutir las prioridades.

Elaborar los programas de actividades

La programación de las actividades suele constituir una parte importante de las primeras sesiones de terapia cognitiva. A continuación, se exponen algunas reglas generales para asignar los programas de actividades:

1. Después de la primera entrevista, el paciente rellena un programa de actividades que proporciona información de base sobre el nivel y tipo de actividad. El paciente registrará lo que hace durante cada hora.

2. Tras este registro de línea base, el programa de actividades se emplea para planificar la actividad de los pacientes.

3. La planificación se hace con una cierta flexibilidad. Si se da un acontecimiento inesperado (por ejemplo: la llegada de un amigo que vive en otra ciudad), el paciente puede cambiar el programa. También deben hacerse planes alternativos por si sucede algo imprevisto (por ejemplo: que llueva cuando se han programado actividades al aire libre).

4. Si el paciente no realiza una de las actividades que estaban programadas, no es necesario que vuelva atrás para llevar a cabo la actividad olvidada.

5. Si el paciente finaliza una actividad antes del tiempo previsto (por ejemplo: en hacer la colada tarda 45 minutos en lugar de una hora, que es el tiem-

po que se había previsto), no tiene por qué seguir con las tareas programadas a continuación, sino que cuenta con la posibilidad de realizar alguna actividad agradable en el tiempo libre.

6. Los pacientes pueden servirse de autoinstrucciones escritas o introspectivas para emprender y realizar determinadas actividades. Por ejemplo, las autoinstrucciones pueden tomar la forma de “Hablar a los músculos”.

7. A la hora de seleccionar las actividades, el paciente debe hacer una lista de actividades agradables a corto plazo, además de las actividades de “dominio”. Esto tiene la finalidad de neutralizar el estado de ánimo depresivo.

8. Para evitar conductas inadecuadas, seguimos una regla general: “Las camas son para dormir; los sofás, para sentarse. No permanezca en la cama estando despierto”.

9. Las actividades deben estar relacionadas con la rutina habitual del paciente que anote en una lista sus modos típicos de actuar antes de la depresión. El paciente tratará de llevar a cabo las actividades del mismo modo que lo hubiera hecho antes de estar deprimido. El terapeuta anima al paciente a tomar este papel como un experimento diseñado para ver si su estado de ánimo y sus actitudes pueden cambiar, aunque solo sea durante un breve período de tiempo.

10. El paciente debe registrar las actividades sin especificar demasiado (Bajé las escaleras, abrí la puerta del coche...), pero a la vez sin ser excesivamente general (Salí a pasar el día fuera). La postura ideal está a medio camino entre estas dos (Fui al supermercado, pasé dos horas visitando a unos amigos y después regresé a casa).

11. El terapeuta ayuda al paciente a darse cuenta de que siempre está haciendo algo. En lugar de anotar, “No hice nada”, un registro más adecuado sería, “Me senté en una silla, tomé café y leí el periódico”. Incluso una actividad pasiva es una actividad. Terapeuta y paciente pueden caer en un engaño si aceptan la conclusión del paciente de que no hizo “nada”.

Programar actividades que resulten agradables.

En las primeras fases de tratamiento, el paciente puede tener dificultades para anotar en una lista las actividades que le resulten agradables o con las cuales disfruta. Un modo de superar esta dificultad consiste en pedir al paciente que seleccione actividades potencialmente agradables a partir de una lista diseñada especialmente con este propósito. Se han encontrado algunas preguntas que resultan muy útiles para confeccionar esta lista:

¿Qué tipo de cosas le gustaba aprender *antes* de la depresión? (Por ejemplo: deportes, habilidades concretas, idiomas)

¿Que excursiones le gustaban? (Por ejemplo: a la playa, a la sierra, al campo)

¿Qué cosas cree que podrían gustarle en caso de no tener inhibiciones para realizarlas o practicarlas? (Por ejemplo: pintar, representar obras de teatro, tocar el piano)

¿Qué cosas le gustaba hacer solo? (Por ejemplo: dar largos paseos, tocar el piano, coser)

¿Qué cosas le gustaba hacer con otras personas? (Por ejemplo: hablar por teléfono, salir a cenar con un amigo o un grupo de amigos, jugar al fútbol)

¿Qué cosas le gustaba hacer que no costasen dinero? (Por ejemplo: jugar con mi perro, ir a la biblioteca, leer)

¿Qué cosas le gustaba hacer que costasen menos de 5 dólares? (Por ejemplo: ir al cine, conducir, ir a un museo)

¿Qué cosas le gustaba hacer sin importarle los gastos? (Por ejemplo: Comprarme un traje, ir a Nueva York, salir a cenar a un buen restaurante)

¿Qué actividades prefería en los distintos momentos del día? (Por ejemplo: por la mañana, los domingos, por la tarde)

Estas preguntas se emplean para confeccionar una lista de actividades. A continuación, se le pide al paciente que seleccione y jerarquice las actividades que pudiesen resultarle agradables en su situación actual.

Programar actividades que incrementen la sensación de dominio

Existen distintos modos de averiguar cuáles son las actividades que incrementan la sensación de dominio. El dominio es el resultado de emprender una actividad constructiva o creativa que le resulte difícil al paciente en el momento actual; o bien, una actividad que no desea llevar a cabo o para la cual no está motivado. Con objeto de detectar experiencias que puedan contribuir a incrementar la sensación de dominio, el terapeuta debe formular preguntas específicas, no generales; por ejemplo: “¿Qué puede hacer de 2 a 3 que le resulte satisfactorio?”. Si el paciente es incapaz de hacer una lista de actividades de dominio, se puede formular la pregunta de otra manera. A un paciente, incapaz de enumerar ninguna actividad de dominio, se le hizo la siguiente pregunta: “¿Qué cosas es incapaz de hacer por estar deprimido?”. De este modo, el paciente expresó varias actividades que le proporcionarían una sensación de dominio.

Una vez identificadas las actividades de dominio, se construye una jerarquía según el grado de dificultad que entraña cada actividad y se le asignan al paciente las tareas más fáciles. La reinstauración del nivel de funcionamiento del paciente antes de la depresión suele ser un proceso constituido por varios pasos. Como alternativa al procedimiento de elaboración de una jerarquía de experiencias de dominio, el paciente puede preparar una lista de actividades problemáticas e intentar una cada día.

El “dominio” es un concepto relativo. Lo que al terapeuta le parece sencillo puede resultar extremadamente complicado para el paciente deprimido. Por esta razón, se pide al paciente que evalúe el grado de dominio implicado en la realización de cada una de las tareas asignadas. Dado que los pacientes tienden a minusvalorar sus experiencias de dominio, esta evaluación puede servir para mostrarles cómo infravaloran sus logros reales.

El siguiente ejemplo muestra cómo se detectó durante una sesión esta tendencia a pasar por alto los logros personales. La paciente minusvalora notablemente varios pasos que había logrado cumplir:

PACIENTE: Cualquiera es capaz de lavar los platos.

TERAPEUTA: Cuando no estaba deprimida, ¿encontraba alguna dificultad en la tarea de lavar los platos?

P: Ninguna en absoluto.

T: ¿Y ahora que está deprimida?

P: Me resulta muy difícil.

T: Cuando se está deprimido, muchas cosas son difíciles. Eso forma parte de la depresión. Sin embargo, usted emplea un sistema de evaluación basado en la idea de dominio que tenía cuando no estaba deprimida. Quiero que revise la evaluación que ha hecho de algunas tareas y que vuelva a evaluarlas basándose en el grado de dificultad que comportan en la actualidad.

A lo largo del tratamiento, el terapeuta debe evitar verse confundido por las distorsiones del paciente. Un terapeuta que no comprenda la dificultad relativa que entrañan para el paciente incluso las tareas más simples podría creer que hervir un huevo no supone ninguna dificultad para el paciente –cuando se trata de una actividad que requiere una cierta planificación y concentración.

A la hora de elaborar una lista de actividades de dominio, es conveniente que el propio paciente escriba los elementos. Este procedimiento tiene la finalidad de hacer que el paciente participe más activamente en la tarea. De hecho, la propia elaboración y confección de la lista puede constituir ya una experiencia de dominio. Por lo tanto, es deseable comenzar programando las actividades estructuradas iniciales directamente durante la sesión terapéutica.

Registros escritos y obligaciones.

Los registros escritos suelen ayudar al paciente a examinar sus pensamientos y sentimientos con mayor objetividad, a la vez que facilitan el recuerdo de los acontecimientos importantes. En consecuencia, es habitual que se incluya algún tipo de material escrito en la mayoría de las tareas para casa. Los siguientes

tes ejemplos ilustran algunas de estas tareas. Después de la primera o segunda sesión, se le suele pedir al paciente que escriba una breve autobiografía. Al disponer de estos datos anteriores, el terapeuta puede centrarse directamente en los problemas actuales; en el caso de los pacientes más deprimidos, basta con algunos datos cronológicos o con un brevísimo esquema.

El registro diario de Pensamientos Distorsionados es una parte integral de la terapia cognitiva. En principio, los pacientes deben completar las tres primeras columnas del registro (ver figura 4). Se anotan las situaciones que anteceden a las emociones desagradables junto con éstas y los pensamientos automáticos. Esta tarea ayuda al paciente: a aprender a autocontrolar los efectos; a aprender a identificar las emociones correctamente; y a aprender a detectar los pensamientos automáticos y su relación con las emociones. Una vez que el paciente ha realizado estos aprendizajes, está preparado para comenzar a responder a los pensamientos automáticos. El terapeuta debe asegurarse de que el paciente sabe utilizar el Registro –se le puede dar uno ya relleno como ejemplo (ver figura 4). Es conveniente que el terapeuta guarde una copia de los registros a los que el paciente responda (ya que serán de un valor incalculable para detectar los supuestos subyacentes). El paciente también debe disponer de copias para consultar cuando lo necesite.

En ocasiones, se pide a los pacientes que redacten ensayos sobre temas concretos. Esta técnica se emplea principalmente en el tratamiento de los supuestos subyacentes. Por ejemplo, a una paciente que pensaba que debía ser perfecta se le pidió que escribiese un ensayo sobre cómo sería si fuese perfecta.

El papel del paciente en el diseño de las tareas para casa

La participación del paciente en el diseño de las tareas va aumentando conforme avanza el tratamiento. El objetivo final es que el paciente diseñe por sí mismo y lleve a cabo las tareas para casa. Se persigue este objetivo para conseguir que el paciente “moldee” su propia conducta.

Una paciente había mostrado un progreso constante a lo largo del tratamiento, pero, tres semanas antes de finalizar la terapia, sus síntomas empeoraron. Su puntuación en el Inventario de Depresión de Beck aumentó a 19. La paciente tenía tendencia a dejar que otros definiesen y resolviesen sus problemas. No obstante, el terapeuta confiaba en que era capaz de superar dicha tendencia. Se le asignó la siguiente tarea:

TERAPEUTA: Como tarea para casa, me gustaría que estuviese menos deprimida el viernes. Hoy es miércoles; por lo tanto, dispone de dos días. Le daré varios Inventarios de Depresión en blanco para medir su estado de ánimo.

PACIENTE: ¿Cómo puede suponer que voy a mejorar? Le he dicho que todo va fatal y las cosas no van a mejorar en dos días.

T: Tomemos esta tarea como un experimento. La he visto superar estados de ánimo como éste otras veces, por eso creo que es capaz de hacerlo también ahora. Quisiera que pusiese a prueba esta idea.

P: ¿Pero qué se supone que tengo que hacer?

T: ¿Recuerda que, al principio, le dije que esto se trataba de un viaje donde yo sería el guía y usted tendría que hacer el recorrido?

P: Sí.

T: Pues ha llegado el momento de que usted empiece a convertirse en su propio guía.

En la siguiente sesión, la paciente manifestó que había cumplido satisfactoriamente la tarea asignada al superar la depresión en dos días. Lo consiguió aplicando estrategias que había empleado en ocasiones anteriores: estar socialmente activa y refutar sus pensamientos automáticos. Al seleccionar y aplicar sus propias estrategias, la paciente ganó más autoconfianza y seguridad en sí misma que si el terapeuta le hubiese indicado lo que debía hacer.

La creciente participación del paciente en el diseño de nuevas actividades se traduce en modos más efectivos de realizar las tareas para casa. Suele ser útil ayudar al paciente a transformar las nuevas ideas en planes concretos. Por ejemplo, a un paciente se le ocurrió la idea de grabar sus pensamientos en una cinta magnetofónica. El terapeuta le animó a poner en práctica la idea proporcionándole la cinta. Asimismo, el terapeuta puede reforzar sutilmente las nuevas ideas pidiéndole al paciente que describa, por escrito, el procedimiento para que también lo puedan emplear otros pacientes.

Alternativamente, el terapeuta puede modificar una idea inicial del paciente para mejorar el valor terapéutico de la tarea:

PACIENTE: ¿Sabe cómo consigo posponer el análisis de mis pensamientos negativos hasta las 7 de la tarde, en lugar de pensar en ellos todo el día? Me enteré de que existía una técnica, llamada “Caja de los miércoles”, que me podría ayudar. Durante la semana, uno va escribiendo sus problemas en hojas de papel y las pone en una caja. El miércoles, se abre la caja y se rompen los que han dejado de constituir problemas. El resto se vuelve a poner en la caja hasta el miércoles siguiente.

TERAPEUTA: ¿Cómo puede usted utilizar esta técnica?

P: Igual, supongo.

T: Tengo una sugerencia que añadir a su idea. ¿Recuerda cuando hablamos de la diferencia entre problemas reales y pseudoproblemas?

REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS					
	SITUACION Describa:	EMOCION (ES)	PENSAMIENTO(S) AUTOMATICO(S)	RESPUESTA RACIONAL	RESULTADO
	1. El acontecimiento que motivó la emoción desagradable, o	1. Especifique triste/ ansioso/ enfadado, etcétera.	1. Anote el pensamiento o pensamientos automáticos que preceden a la emoción o emociones.	1. Anote una respuesta racional a los pensamientos automáticos.	1. Reevalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0 – 100.
FECHA	2. La corriente de pensamientos o el recuerdo que motivó la emoción desagradable	2. Evalúe la intensidad de la emoción de 1-100.	2. Evalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0 – 100%.	2. Evalúe el grado de creencia en la respuesta racional de 0-100%.	2. Especifique y evalúe de 0 – 100 las emociones subsiguientes.
8-IX	Recibí carta de una amiga que se había casado hace poco.	Culpable 60	“Debí haber asistido a su boda”. 90%	No me habría escrito si estuviese enfadada. 95%	10% Culpable 20
9-IX	Pensaba en todo lo que quería hacer durante el fin de semana.	Ansiosa 40	“Nunca conseguiré hacerlo todo”. “Es demasiado para mi”. 100%	Otras veces he hecho incluso más que eso; además, no hay ninguna ley que me obligue a hacerlo todo. 80%	25% Ansiosa 20
11-IX	Cometí un error al ordenar el archivo.	Ansiosa 60	Me imaginé a mi jefe gritándome. 100%	No tengo datos para pensar que el jefe vaya a enfadarse y, aunque lo haga, no tengo por qué sentirme culpable. 100%	0% Aliviada 50
12-IX	Me imaginé deprimida para siempre	Triste/Ansiosa 90	“Nunca me pondré bien”.	He estado mejor otras veces. Que yo piense algo no significa que sea cierto. 80%	40% Triste/Ansiosa 60
15-IX	Mi novio me llamó y dijo que no podía salir conmigo porque tenía trabajo.	Triste 95	“No le gusto. Nunca podré gustar a NADIE”. 90%	Me dijo que saldríamos el próximo fin de semana, o sea, que sí le debo gustar. Probablemente tenía trabajo. Aun en el caso de que no le gustase, eso no significa que “nunca pueda gustar a nadie”. 90%	30% Triste 50
Explicación: Cuando experimente una emoción desagradable, describa la situación que pudo motivar la aparición de la emoción. (Si la emoción tuvo lugar mientras usted pensaba algo, anótelo) A continuación, anote el pensamiento automático asociado con la emoción. Anote el grado de creencia en este pensamiento: 0 = nada en absoluto; 100 = totalmente. En la evaluación de la intensidad de la emoción, 1 = un leve indicio; 100 = la máxima posible.					

FIGURA 4. Registro Diario de Pensamientos Distorsionados.

- P: Sí. Los problemas reales son circunstancias que se pueden modificar o con las que se puede aprender a vivir. Los pseudoproblemas son aquéllos que creamos en la mente –como mi idea de que no podía vivir sin mi novia.
- T: Antes de poner los problemas en la caja de los miércoles, me gustaría que escribiese en cada hoja si piensa usted que el problema anotado en ella es un problema real o pseudoproblema. Cuando llegue el miércoles, vea si ha cambiado de idea acerca del tipo de problema. También me gustaría ver los problemas que anota.

Este paciente tenía dificultades para discriminar entre los problemas reales que exigen habilidades de resolución de problemas y los pseudoproblemas. El terapeuta amplió la idea del paciente para que éste aprendiese a hacer distinciones más precisas entre ambos tipos de problemas.

Tareas especializadas para casa

Biblioterapia

Los libros y artículos gozan de una gran credibilidad para algunos pacientes. La biblioterapia es un modo fácil y efectivo de reforzar determinados contenidos tratados en la sesión. El paciente puede leer libros en su propio beneficio, ahorrando a la vez tiempo de terapia. Antes de asignar las lecturas, el terapeuta debe averiguar si al paciente le gusta leer y elegir el material adecuado a su nivel de comprensión.

Preguntar al paciente acerca del material para ver si lo ha leído y comprendido da pie para discutir los puntos más relevantes de la lectura.

La elección de las lecturas dependerá en gran medida de la experiencia pasada del terapeuta. Es muy valioso el procedimiento de probar varios materiales. Los que a nosotros nos han resultado más útiles son: *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* (La terapia cognitiva y los trastornos emocionales) de Beck (1976); el *Handbook of Rational Self-Counseling* (Manual de autoconsejo racional) de Maultsby (1971a); el libro de Ellis y Harper (1975), *A New Guide to Rational Living* (Nueva guía para una forma de vida más racional); y el de McMullin y Casey (1975), *Talk Sense to Yourself* (Háblese racionalmente a sí mismo).

En ocasiones, los libros sugeridos pueden adaptarse a los temas que preocupan al paciente. Un paciente, por ejemplo, pensaba que nadie que tuviese sus mismas condiciones de vida podía ser capaz de no estar deprimido. Se le proporcionó la obra de Frankl (1963), *Man's Search for Meaning* (La búsqueda de significado por parte del hombre) para mostrarle cómo

mo se puede vivir en condiciones mucho peores sin sucumbir totalmente a la depresión.

Encomendar a los pacientes pasajes concretos constituye una tarea para casa muy efectiva. Un estudiante universitario estaba deprimido porque no le encontraba sentido a la vida. Se le asignaron unas determinadas páginas del *Manual de Autoconsejo Racional*, discutiéndose este material en la siguiente sesión. Además, se le pidió que subrayase y tomase notas para comentar.

Otro paciente pensaba que todo el mundo era feliz menos él; a este se le asignó una parte de la obra de Lazarus y Fay (1975) *I Can If I Want To* (Si quiero, puedo) que trata de esta idea equivocada. Esta lectura resultó tan útil que se convirtió en uno de los elementos principales que sirvieron para erradicar su arraigada creencia.

Algunos capítulos de esta monografía también sirven a este propósito. Este procedimiento ha resultado muy útil en diferentes casos. Por ejemplo, una paciente estaba preocupada por el término de la terapia. Se le dio a leer el capítulo que trata de este tema, en el cual encontró tratadas muchas de las preocupaciones y temores que ella albergaba. El hecho de asignarle esta tarea no sólo le ayudó a resolver algunas de sus dudas, sino que además economizó tiempo de terapia. Asimismo, al pedirle al paciente que lea algunos apartados del manual de tratamiento, el terapeuta refuerza la naturaleza colaborativa de la terapia.

Grabación de cintas

Hacer que el paciente escuche una sesión grabada en cinta magnetofónica puede resultar muy efectivo cuando en dicha sesión se han tratado varios temas y el terapeuta quiere asegurarse de que el paciente lo capta y asimila completamente: Algunos pacientes se autocritican al escuchar las cintas; los pensamientos de autocritica deben anotarse y ser discutidos con el terapeuta.

Asimismo, a los pacientes se les dice que intenten detectar y anotar posibles errores del terapeuta para discutirlos en la sección siguiente. Este procedimiento puede servir para centrar o reforzar la atención del paciente en el material a escuchar y para mostrarle que cometer y admitir un error no constituye una catástrofe.

Tanto Ellis como Maultsby proporcionan sistemáticamente a sus pacientes grabaciones de cada sesión. Aunque nosotros no hemos incorporado este procedimiento para todos los pacientes, pensamos que puede ser de un gran valor para algunos de ellos.

También existen cintas que contienen instrucciones o, en general, comentarios sobre determinados temas. Así, por ejemplo, las cintas de Albert Ellis, cintas de relajación, etc.

Preparar al paciente para afrontar posibles problemas

Una vez que el paciente ha superado la depresión, es importante que desarrolle estrategias que le permitan aplicar las habilidades aprendidas en la terapia para hacer frente a posibles situaciones problemáticas en el futuro. En primer lugar, terapeuta y paciente confeccionan una lista de los eventos que sistemáticamente llevaban al paciente a sentirse ansioso o deprimido. Entre estos eventos problemáticos podrían incluirse situaciones tales como visitar a los padres, hacer exámenes, problemas interpersonales o rechazos. Paralela o alternativamente, puede hacerse una lista anticipando las situaciones que podrían causar problemas en los meses siguientes; por ejemplo, un nuevo empleo, nuevas amistades, mudarse a otra ciudad, etc. Estos problemas potenciales se anotan en un cuaderno junto con las técnicas necesarias para resolverlos adecuadamente.

Como caso ilustrativo, consideremos el de una paciente que tenía tendencia a sentirse más deprimida los fines de semana y durante las vacaciones (cuando su tiempo no estaba estructurado). Escribió en su agenda una especie de nota recordatoria para planificar las actividades de esos días. La paciente era editora de una publicación mensual y solía sentirse ansiosa cuando la revista iba a entrar en prensa. Para esas fechas, anotó en la agenda, “Revisar mis antiguas tareas para casa – analizar los pensamientos”. Asimismo, estaba esperando la visita de su madre, que le había tenido dominada en el pasado. Para estos días, anotó, “Ser asertiva”. La paciente llevaba siempre la agenda consigo como medio de auto instrucción, actualizándola siempre que lo consideraba necesario.

Sugerencias de guión para la asignación de las tareas para casa

Primera sesión

1. Anotar las actividades en el Programa de Actividades (para elaborar la línea base).
2. Leer *Coping with Depression* (Como hacer frente a la depresión) (Beck y Greenberg, 1974).
3. Redactar una autobiografía.
4. Escuchar la primera sesión grabada en cinta magnetofónica (Opcional).

Segunda sesión

1. Planificar y anotar las actividades en el Programa de Actividades.
2. Registrar los pensamientos negativos automáticos en el contador de pulsera. (Ver Capítulo 8).

Tercera sesión

1. Continuar con el Programa de Actividades, evaluando Dominio (D) y Agrado (A).
2. Continuar utilizando el contador de pulsera.
3. Registrar las emociones y los pensamientos automáticos en el Registro Diario de Pensamientos Distorsionados.

Cuarta sesión

1. Programa de Actividades, continuar evaluando D y A.
2. Contador de pulsera.
3. Responder a la columna correspondiente a la respuesta racional del Registro Diario de Pensamientos Distorsionados.

Desde la quinta sesión hasta la terminación de la terapia (normalmente, la decimoquinta sesión)

1. Continuar con el Programa de Actividades mientras sea útil.
2. Continuar empleando el contador de pulsera mientras sea útil.
3. Rellenar todas las columnas del Registro Diario de Pensamientos Distorsionados.

Opcional a lo largo del tratamiento

1. Biblioterapia.
2. Lecturas especializadas en problemas concretos.
3. Escuchar grabaciones de las sesiones.
4. Llevar un diario o una agenda.

CAPÍTULO 14

PROBLEMAS TÉCNICOS

El curso de la terapia, como el verdadero amor, a menudo conlleva dificultades. Algunos pacientes no llaman nunca; otros llaman sin cesar. Algunos hablan mucho en la terapia; otros permanecen en silencio. Algunos, por sistema llegan tarde a las citas; otros se resisten a dar por finalizadas las sesiones discutiéndole al terapeuta las técnicas que utiliza; otros reciben sin comentarios las sugerencias del terapeuta, pero no hacen nada por llevarlas a la práctica. Ciertos pacientes temen que la terapia cognitiva no dé resultado y exigen el depósito de una cierta cantidad de dinero que ellos puedan cobrar si se da este caso. En resumen, los pacientes pueden comportarse de diversas maneras o manifestar una amplia variedad de actitudes que entorpecen el curso de la terapia. En este capítulo, se presentan las estrategias y medios de que dispone la terapia cognitiva para hacer frente a los problemas técnicos que pueden surgir a raíz de las ideas y conductas contraproducentes del paciente.

Todo paciente puede situarse en un punto determinado de un continuo con respecto al número de problemas técnicos que presenta. En uno de los extremos de este continuo se situarían aquellos pacientes que, o bien no presentan ningún problema de este tipo, o bien son pocos y leves. Aparte de los síntomas y conductas inadecuadas relacionados con la depresión, estos pacientes llevan una vida medianamente bien ajustada. Dada su cooperatividad general y su repertorio de conductas adaptativas, la terapia suele desarrollarse sin grandes dificultades. Terapeuta y paciente pueden centrarse en los problemas específicos relevantes para la depresión y colaborar en la selección y aplicación de las estrategias adecuadas.

En el otro extremo, se sitúan los pacientes que presentan muchos de estos problemas, generalmente con una gran intensidad y rigidez. Estos pacientes suelen haber pasado por intentos previos de terapia sin ningún éxito, suelen haber estado hospitalizados, presentan unas relaciones sociales inexistentes o deficientes, así como un rango de patrones desadaptativos de conducta interpersonal que afec-

tan a la relación y al trabajo con el terapeuta. Estos pacientes suelen venir etiquetados como neuróticos crónicos, “límites”, sujetos con trastornos de carácter, pasivos-agresivos, negativistas, “histéricos” e inestables. Tales términos no facilitan la comprensión del paciente por parte del terapeuta, pero indican que el paciente tiene problemas de personalidad que harán difícil trabajar con él. Con el ánimo de encontrar un término adecuado, solemos emplear la etiqueta de “paciente difícil” para designar a los miembros de este grupo. Si estos pacientes siguen el tratamiento, la terapia cognitiva puede ayudarles a llevar una vida más cómoda y adaptada. No obstante, el tratamiento de esta población requiere más tiempo, y además la mejoría general del paciente suele ser menos estable que la de otros. Dado que en ellos son más frecuentes las recaídas, necesitan un mayor número de sesiones de apoyo. Es más, una gran parte de cada sesión habrá de dedicarse a las reacciones negativas del paciente hacia el terapeuta, a su resistencia a realizar las tareas asignadas para casa, a sus frecuentes crisis y a la repetición de las directrices de la terapia. Para conseguir el éxito con los pacientes difíciles, el terapeuta ha de estar preparado para invertir más tiempo, más energía y más ingenio.

Pautas para el terapeuta

Las siguientes sugerencias pueden resultarle útiles al terapeuta en el trabajo con los pacientes difíciles.

1. Evitar estereotipar al paciente

El paciente tiene, crea y presenta problemas, pero el paciente en sí no es el problema. Si el terapeuta comienza a pensar en el paciente como *el* problema o como una anomalía psiquiátrica, se cierra a posibles soluciones de los problemas. Incluso el paciente más difícil dispone de fuerzas que puede emplear para contrarrestar sus reacciones antiterapéuticas.

2. Mantener el optimismo

Un observador de una sesión de terapia cognitiva le comentó al terapeuta “La diferencia entre esta terapia y las demás es que usted no se da por vencido”. Existe gran parte de verdad en esta observación. La desesperanza, tanto en el paciente como en el terapeuta, constituye una poderosa barrera a la hora de resolver los problemas y en raras ocasiones, si es que hay alguna, está justificada. A menos que el terapeuta haya agotado su repertorio, siempre existe la posibilidad de hacer progresos. Para muchos pacientes difíciles que se dieron cuenta de que el terapeuta no se iba a dar por vencido, éste constituyó el elemento más importante de la terapia. Por supuesto, si no se hacen progresos o si se da un empeoramiento real del paciente, se recomienda enviarlo a otro terapeuta. Es más, quizá sería mejor otro tipo de tratamiento.

3. Detectar y hacer frente a las propias cogniciones distorsionadas

Al tratar con pacientes difíciles, el terapeuta debe estar alerta para detectar sus propios pensamientos contraproducentes. Los más frecuentes son: “El paciente no mejora en absoluto; eso quiere decir que yo debo ser un terapeuta muy malo”, “El paciente no debería comportarse así”, “Después de todo lo que he hecho por él, se muestra desagradecido y me da malos ratos”. El terapeuta ha de recordar que no debe sentirse alterado por la conducta contraproducente del paciente. Este, no el terapeuta, es el responsable último de sus propias acciones desadaptativas; el terapeuta puede guiar al paciente, pero no puede esperar moldear su conducta. No obstante, el terapeuta debe valerse de su ingenio para sacar partido de las conductas o actitudes idiosincráticas. Por ejemplo, el terapeuta puede utilizar el recelo y la desconfianza del paciente hacia él para someter a prueba ciertas hipótesis sobre este tema en un intento de desarrollar la autosuficiencia del paciente.

A veces el terapeuta piensa equivocadamente que cuanto más haga por un paciente, más agradecido quedará éste. Con frecuencia, lo cierto es precisamente lo contrario. El terapeuta confunde, al pensar así, lo que él pretende que haga el paciente con lo que es probable que haga. La terapia es trabajo y, por lo general, existen recompensas intrínsecas al trabajo.

4. Mantener un alto nivel de tolerancia a la frustración

El terapeuta está mejor capacitado para resolver las “dificultades especiales” cuando desarrolla y mantiene un alto nivel de tolerancia a la frustración y un alto umbral ante la disforia del paciente. Al trabajar con pacientes difíciles, el terapeuta debe esperar frecuentes frustraciones. Puede pensar que, dado que estos problemas constituyen un desafío e impiden que la terapia se haga rutinaria, le proporcionan una oportunidad para poner en juego su creatividad. También puede elevar el nivel de tolerancia a la frustración no dándose por vencido y permaneciendo centrado en la tarea que tenga entre manos, en lugar de culpar al paciente por obstaculizar el curso de la terapia.

5. Mantener una actitud orientada a resolver los problemas

Un método de resolución de problemas permitirá al terapeuta hacer frente a las dificultades a medida que vayan surgiendo. En primer lugar, el problema debe especificarse y ser verificado por el paciente. A continuación, terapeuta y paciente esbozan varias soluciones. Por último, éstas se ponen a prueba sobre una base experimental.

La postura del terapeuta hacia estos problemas es estructurada, pero no rígida. Debe ser razonable, flexible y adecuada para cada paciente. Por el contrario, una postura rígida supone erróneamente una uniformidad entre los pacientes. Las respuestas terapéuticas estereotipadas o prefijadas suelen ser ine-

fectivas. El terapeuta debe tener en cuenta en sus intervenciones la unicidad de la historia del paciente, sus condiciones de vida y el modo de relacionarse con los demás.

Siguiendo estas pautas, el terapeuta se convierte en modelo para el paciente. Por ejemplo, puede demostrar con su propia conducta que la frustración no conduce automáticamente al desaliento, al enfado.

A continuación, se expone una muestra de las creencias y comportamientos antiterapéuticos de los pacientes. En esta línea figuran muchos de los contenidos recurrentes en la terapia. Asimismo, se presentan varias sugerencias para resolver estos problemas, si bien están lejos de ser concluyentes. Al discutir estos problemas, puede haber ocasiones en que al terapeuta no se le ocurran más ideas. En estos casos, puede decirle al paciente que lo tiene que pensar más detenidamente y que discutirán el problema en la siguiente sesión.

Puede haber temas en los que paciente y terapeuta no estén de acuerdo. Esto puede sugerir, si el tema es crucial, que sea discutido más adelante. Si no es muy importante, tampoco lo será el desacuerdo entre terapeuta y paciente.

Creencias antiterapéuticas del paciente

1. “La terapia cognitiva es una refundición del poder de pensamiento positivo”

El terapeuta puede admitir que existen algunas similitudes superficiales entre la terapia cognitiva y las escuelas de “pensamiento positivo”. Ambas sostienen que los pensamientos influyen sobre los sentimientos y la conducta. Sin embargo, un problema obvio del “pensamiento positivo” es el hecho de que los pensamientos positivos no son necesariamente válidos o correctos. Una persona puede engañarse durante un tiempo con pensamientos que toma como positivos sobre una base poco realista, pero se desilusionará cuando compruebe que no eran tales. Los pensamientos positivos llevan a sentimientos positivos solamente cuando la persona está convencida de que son ciertos.

Se puede designar la terapia cognitiva como el poder de pensamiento *realista*. Un vaso de agua lleno a la mitad puede verse medio vacío desde un punto de vista pesimista o medio lleno desde un punto de vista optimista, pero, desde un punto de vista objetivo, lo único que puede decirse es que hay 4 onzas de agua en un vaso que tiene 8 onzas de capacidad. Cuando un paciente afirma que su vida es “mala”, el terapeuta no intenta convencerle de que es “buena”, sino que el objetivo consiste en *reunir información correcta que ponga de manifiesto y contrarreste las distorsiones*.

En la terapia cognitiva, el terapeuta trata de inducir el abandono de las etiquetas ambiguas y moralistas como, por ejemplo: “Soy malo” (poder de pensamiento negativo). Este tipo de juicios personales implican la existencia de un

conjunto de rasgos negativos –o positivos–. Poco pueden hacer el paciente o el terapeuta para modificar los “rasgos de personalidad” abstractos y definidos de una forma demasiado general. Por el contrario, si los problemas se dividen en partes concretas, es posible vislumbrar soluciones. Terapeuta y paciente abandonan los juicios globales para dedicarse a la observación de problemas específicos. El “pensamiento positivo”, en contraposición, lo único que hace es sustituir una abstracción global, “Soy una mala persona”, por otra, “Soy una persona maravillosa”.

Las escuelas de “pensamiento positivo” constituyen un enfoque basado en el principio de autoridad, subyacente, por ejemplo, a la frase “Anímate, las cosas no son tan malas”. La terapia cognitiva, por el contrario, subraya que no se debe aceptar una información en base al principio de autoridad. Cualquier persona debe comprobar las afirmaciones empíricamente, no aceptar sin sentido crítico lo que piensan los demás.

Muchos de los principios del “pensamiento positivo” entrañan distorsiones o medias verdades; por ejemplo, “Día a día de un modo u otro, las cosas van mejorando”. Desde la perspectiva del terapeuta cognitivo, decir que todo va a mejorar es tan poco realista como decir que todo va a ir cada vez peor. Lo que uno desea y necesita es una *información precisa para tomar decisiones adaptativas*. Al paciente también se le recomienda que no acepte automáticamente las afirmaciones en base al principio de autoridad.

2. “Yo no estoy deprimido porque distorsione la realidad, sino porque las cosas van realmente mal. Cualquiera se deprimiría en estas circunstancias”

El terapeuta puede decir que no sabe ciertamente si las cosas son tan malas como el paciente las pinta, pero que quiere conocer los hechos antes de adoptar una postura. Después de estos preliminares, el terapeuta señala algunos casos concretos para discutir. El principal presupuesto de la terapia cognitiva es hablar a partir de los datos –no intentar convencer al paciente por la fuerza de los argumentos.

La primera parte de la creencia del paciente, “las cosas van mal”, puede ser cierta o no. En cualquier caso, terapeuta y paciente deben llegar a un acuerdo sobre la definición operativa de “malo”. La segunda parte, “cualquiera estaría deprimido”, generalmente es incorrecta. La mayoría de las personas se siente frustrada y triste cuando las cosas van mal, pero *no llegan a estar clínicamente deprimidas*. El terapeuta puede preguntar al paciente si conoce a alguien que haya atravesado circunstancias similares sin llegar a deprimirse.

El terapeuta puede ayudar al paciente a distinguir los problemas reales de los pseudoproblemas. Estos son creados enteramente por el paciente. Un ejemplo de pseudoproblema sería la creencia de un paciente de que no puede asis-

tir a un concierto porque anticipa que no conocerá a nadie. El objetivo sería disfrutar del concierto en sí, no encontrarse con amigos.

Si el paciente tiene un problema real (por ejemplo, no puede ir a trabajar porque su coche está averiado), se puede contrarrestar su desaliento y pasividad adoptando una estrategia de resolución de problemas. En este caso, por ejemplo, el paciente podría pensar en otros medios de transporte, pedir a un amigo que le lleve o le preste su coche, etc. El primer paso es eliminar el sentido catastrófico del problema y evitar pensamientos y acciones irrelevantes para el objetivo. El terapeuta puede decirle al paciente que, si asume una actitud tendente a solucionar los problemas, podrá hacer frente a éstos por sí solo.

El terapeuta no debe dudar en enviar al paciente a otros servicios profesionales cuando esto parezca lo más adecuado. Un terapeuta, por ejemplo, envié a una mujer que había recibido una paliza de su marido a la Asociación de Mujeres y al despacho del fiscal del distrito en busca de ayuda legal.

3. “Sé que interpreto las cosas en un sentido negativo, pero no puedo cambiar mi personalidad”

En primer lugar, el terapeuta quiere saber por qué cree el paciente que no puede cambiar. El paciente puede proponer distintas razones en apoyo de esta creencia: (a) Es demasiado estúpido para cambiar. (b) El cambio dura demasiado. (c) Cualquier cambio sólo sería superficial. (d) En la infancia le ocurrió algo irreversible que impide el cambio. (e) Es demasiado viejo para cambiar. Una vez descubierta la razón, el terapeuta puede aplicar procedimientos estándar: por ejemplo, buscar datos que confirmen o refuten la creencia.

En general, el terapeuta puede decirle al paciente que no es necesario (o ni siquiera posible) cambiar toda su personalidad, sino solamente algunos de sus modos de pensar y actuar habituales. El terapeuta puede explicarle que muchas personas deprimidas piensan que no pueden cambiar ni mejorar; esta creencia forma parte de la depresión y, por ello, se espera que aparezca. También puede decirle que, una vez haya tenido lugar la acción correctiva, se darán cambios notables.

En este momento, el terapeuta puede preguntar si el paciente ha cambiado algunas de sus creencias en el pasado –por ejemplo, ideas que aprendiese de sus padres, de sus maestros o de sus amigos de la infancia–. Puede también sugerir que el paciente confeccione una lista de las conductas que haya modificado en ocasiones anteriores. Muchas veces sucede que, después de reflexiones sobre las conductas y hábitos que ha modificado en el pasado, el paciente gana confianza sobre sus actuales posibilidades de cambio. El terapeuta puede preguntar al paciente por la existencia de situaciones difíciles que haya conseguido resolver en el pasado. La mayoría de los pacientes son capaces de informar sobre algún problema difícil que consiguieron solucionar. Este ejercicio ha-

ce que el paciente se dé cuenta de sus recursos para producir un cambio. El terapeuta puede también subrayar que la depresión es una condición psiquiátrica (un “estado”), no un “rasgo” de personalidad, por lo cual, es susceptible de ser modificada.

A continuación, se ilustra el modo de trabajar de un terapeuta con un paciente que estaba convencido de que no podía cambiar:

PACIENTE: Soy débil. Nunca conseguiré cambiar.

TERAPEUTA: Lleva usted 40 años arreglándoselas bien –podría añadir que bajo condiciones difíciles– frente a dos años deprimido. De hecho, se ha manejado bien durante parte de esos dos años.

P: Es tan difícil cambiar.

T: Eso es cierto. El cambio puede ser difícil, especialmente en los primeros momentos, pero no es imposible. Muchas personas han conseguido modificar hábitos firmemente arraigados.

P: No creo que yo lo consiga.

T: La creencia de que no se puede cambiar es el mayor obstáculo para el cambio. Es una excusa, un escape para no esforzarse por intentarlo.

P: Mis problemas están demasiado arraigados.

T: Sus problemas pueden estar profundamente arraigados en el sentido de que son de larga duración. Pero no lo están tanto como para que usted no pueda cambiarlos en base a los datos diarios. Se pueden modificar hábitos de gran duración, incluso hábitos de toda la vida, como el modo de hablar, de comer, moverse...

A lo largo de la terapia, el paciente puede observar como modelos a sí mismo o a personas que conozca. Un modelo “coping” suele ser mejor que un modelo “mastery” o de dominio*. El primero, a diferencia del segundo, tiene que “luchar” con el problema antes de llegar a una solución satisfactoria.

4. “Creo lo que usted dice en el plano intelectual, pero no en el plano emocional”

Los pacientes suelen confundir los términos “pensamiento” y “sentimiento”. Este problema semántico se hace obvio cuando el paciente utiliza erróneamente la palabra “siento” en sustitución de “creo”, por ejemplo, “Siento que se equi-

* (N. del T.) Un modelo “coping” sería aquél que se enfrenta a una situación problemática sin conocer de antemano la solución. Tiene que detenerse a reflexionar antes de decidir el mejor modo de actuación. El modelo “mastery”, o de dominio, por el contrario, posee de antemano los recursos para resolver satisfactoriamente el problema. En este sentido, las características del modelo “coping” coincidirían más con las del paciente, lo cual incrementa su efectividad como modelo.

voca". El terapeuta puede explicar al paciente que una persona no puede creer nada en el plano "emocional". Las emociones comprenden los sentimientos y las sensaciones; los pensamientos y las creencias producen emociones. Cuando el paciente dice que cree algo –o que no lo cree– en el plano emocional, en realidad está hablando del *grado de creencia*. Mantiene dos posturas respecto a este tema. Por una parte, por ejemplo, cree que cometer un error es humano; por otra lo considera inaceptable. Cuando un paciente se da cuenta de lo que quiere decir el terapeuta, no necesariamente tiene que estar convencido de ello, y entonces puede hablar de que no lo cree en el plano "emocional". Este grado de creencia suele ser contingente con la situación, el momento y la condición del paciente. Cuando una persona dice, "sé que no soy un inútil, pero no lo creo en el plano emocional", está indicando que sus pensamientos inadecuados o distorsionados acerca de la inutilidad son tan poderosos que los cree.

En este sentido el terapeuta puede decir:

Lo que verdaderamente quiere decir es que no cree que mi explicación sea correcta. No tiene el sentimiento interno de que así sea, y eso es precisamente lo que cabe esperar por la sencilla razón de que estas ideas le resultan extrañas y nuevas. Lo que puede hacer es actuar sobre mis sugerencias, sométalas a comprobación, averigüe si son ciertas, discútalas consigo mismo, busque otras alternativas, considere la evidencia. Ciertamente, no deseo que usted lo crea tan solo porque lo digo yo; compruebe si las ideas son correctas. Trate de mantener una mente abierta.

El terapeuta puede explicar al paciente que la terapia cognitiva enseña a las personas a modificar las creencias inadecuadas que las hacen desgraciadas. Y se modifican fortaleciendo o desarrollando creencias adaptativas. Para alcanzar el grado de creencia, el paciente, con ayuda del terapeuta, debe desafiar sus antiguas creencias desadaptativas y poner en práctica nuevas creencias adaptativas. (Para un tratamiento más profundo de este tema, ver los apartados sobre el tratamiento de los supuestos subyacentes en el Capítulo 12).

5. "No puedo pensar en respuestas racionales a los pensamientos automáticos cuando estoy emocionalmente alterado"

El terapeuta puede explicar que esta dificultad quizá se deba a que el paciente se encuentra en un estado mental y físico que dificulta el razonamiento. La postura del paciente debería consistir en estar alerta a los pensamientos que agraven el problema, como, por ejemplo, "Dada que esta técnica no sirve, nada servirá".

Existen varios modos de ayudar al paciente a hacer frente a este problema. Uno de ellos consiste en que el paciente espere a estar menos alterado antes de escribir la respuesta racional o razonable ante el pensamiento automático. En el intervalo, puede distraerse con alguna otra actividad. También puede de-

círsele que, con la práctica, conseguirá pensar más rápidamente las respuestas racionales. No es razonable que el paciente espere que acudan fácilmente las respuestas racionales mientras esté alterado.

El terapeuta puede decirle al paciente que las ocasiones en que consiga calmarse le proporcionarán de inmediato una gran confianza; sin embargo, la capacidad de corregir inmediatamente las distorsiones es una habilidad que ha de desarrollarse a lo largo de un cierto período de tiempo.

6. “Ya que no me gustan estos pensamientos negativos, la razón de que surjan debe ser que yo quiero estar deprimido”

El terapeuta puede explicar que los pensamientos negativos son automáticos y no evocados porque el paciente lo desee; surgen involuntariamente, como si se tratase de reflejos. Dado que la presencia de pensamientos automáticos negativos es un aspecto inherente a la depresión, su ocurrencia no indica ningún deseo de estar deprimido.

Puede decirse al paciente que estos pensamientos no son continuos (a no ser que se trate de un paciente muy gravemente deprimido), sino que suelen venir provocados por ciertas situaciones, presiones y asociaciones. El origen de estos pensamientos no se conoce a fondo por el momento. La explicación más plausible es que los pensamientos automáticos son el resultado de algún supuesto subyacente (esquema) que sea especialmente destacado en un momento dado. En tanto en cuanto paciente y terapeuta descubran y modifiquen los supuestos subyacentes, se observará una reducción de los pensamientos negativos del paciente.

Muchos pacientes han oído a otras personas decir que están deprimidas *porque quieren estarlo* y, en consecuencia, creen en esta idea. A continuación se expone un modo de actuación para estos casos:

PACIENTE: Mi mujer dice que me gusta sentirme desgraciado, que esa es mi falta. Debe ser cierto.

TERAPEUTA: ¿Le gusta sentirse desgraciado?

P: No; verdaderamente no.

T: ¿Tiene alguna ventaja estar deprimido?

P: No se me ocurre ninguna.

T: A la gente le gusta la simpatía y la atención de los demás y, en ocasiones, se consiguen atenciones cuando uno se encuentra bajo de ánimo. Hay personas que necesitan que otros les consuelen para sentirse mejor. Pero la depresión clínica difiere cuantitativa y cualitativamente de esta condición. Aunque muchas personas deprimidas desean que los demás sepan de su sufrimiento, estos pueden malinterpretar esta comunicación como un deseo de estar deprimido.

7. “Temo volver a sentir ansiedad como antes cuando haya superado la depresión”

Puede explicarse al paciente que, en ocasiones, la ansiedad aparece o se intensifica a medida que se va superando la depresión. De hecho, la ansiedad puede ser una señal de que la depresión está cediendo. Puede resultar útil el mero hecho de decirle al paciente que la ansiedad sigue a veces a la depresión; pero que, en la mayoría de los casos, se trata de un proceso de corta duración. También se le puede decir que la ansiedad no es peligrosa; las extrañas experiencias asociadas con ella no significan que se esté volviendo loco o que le vaya a ocurrir algo “horrible”. Aunque la ansiedad puede ser molesta, existen diversos procedimientos para contrarrestarla. Por ejemplo, modificar los pensamientos generadores de ansiedad, la distracción, ejercicios de relajación y elevar el nivel de tolerancia a la ansiedad.

8. “Quiero una garantía de que esta terapia curará mi depresión”

Los individuos depresivos exigen con frecuencia un grado de certeza que no existe en la realidad. Se puede decir a los pacientes que vivimos en un mundo problemático y que no existen garantías *absolutas* para ninguna empresa. El terapeuta puede explicar que, no obstante, la mayoría de los pacientes depresivos cree (erróneamente) que no se les puede ayudar. Los datos de nuestras investigaciones indican que las expectativas bajas respecto a la ayuda no determinan un resultado terapéutico desfavorable. De hecho, los pacientes mejoran independientemente de si lo esperaban o no. Sin embargo, para obtener resultados óptimos, el paciente tiene que esforzarse y trabajar en las tareas que se le asignen. De hecho –y éste es un buen momento para que el terapeuta lo mencione–, el esfuerzo que el paciente hace está directamente relacionado con los beneficios que va a obtener de la terapia.

Las acciones antiterapéuticas del paciente pueden canalizarse por diversos medios terapéuticos. La siguiente conversación muestra lo que se hizo con un paciente que deseaba una absoluta garantía de que la terapia daría resultado:

TERAPEUTA: Pienso que, si le diera una garantía del 100%, no me creería.

PACIENTE: No, le creería. Usted es una autoridad.

T: ¿Piensa que tiene sentido creerme sólo porque soy una autoridad?

P: ¿A quién creer mejor que a una autoridad?

T: A usted mismo, por ejemplo. Aplicando sus propios juicios aprenderá a tener más confianza en sí mismo.

P: ¿Y cómo puedo saber las cosas si no tomo en cuenta lo que dicen los demás?

T: Cierto. En ocasiones, tendrá que fiarse de los demás para obtener información, pero, para la mejor información, usted es quien tiene que ayudarse a sí mismo. Para ver si la terapia funciona, lo mejor es ha-

cer ensayos y comprobar lo que ocurre. De este modo, usted será capaz de comprobar por sí mismo si está progresando o no.

9. “La terapia cognitiva se ocupa de los aspectos mundanos de la vida y no de los serios problemas que me hacen estar deprimido”

Deben tomarse en consideración las expectativas del paciente sobre la terapia. El terapeuta no debe decir, “No podemos hablar de esas cosas, no son importantes”. Cualquier tema que sea importante para el paciente es objeto de discusión. Eso sí debe discutirse con un enfoque adaptativo que lleve a la auto-comprensión y a la solución de los problemas.

El terapeuta debe asegurarse de que el paciente y él están de acuerdo acerca de los objetivos y los métodos de la terapia. Es preciso que los pacientes piensen que la terapia tiene sentido; así pues, el terapeuta debe comprobar periódicamente con el paciente que ambos están de acuerdo acerca de estas cuestiones. Por ejemplo, el paciente debe comprender que la terapia cognitiva se centra en hechos concretos debido a que es muy fácil perderse en la retórica y en ideas metafísicas. El terapeuta puede expresar su deseo de comprender al paciente y explicar que la mejor manera de conseguirlo es a través de una comunicación concreta, clara y no ambigua. Las referencias concretas, específicas facilitan la comunicación, mientras que el empleo de abstracciones favorece la multiplicidad de significados.

Al comienzo del tratamiento, los pacientes suelen estar preocupados por el énfasis en las experiencias cotidianas. El terapeuta puede decir al paciente que los asuntos filosóficos pueden discutirse más adelante, pero que de momento, lo principal es que el paciente esté más activo y vuelva a su estado normal. Muchos de los temas filosóficos (¿Quién soy yo? ¿Hacia dónde voy? ¿Qué es la existencia?), pueden parecer irrelevantes, pero, si son importantes para el paciente, deben discutirse. La terapia cognitiva es flexible y el terapeuta debe tener en cuenta lo que el paciente espera del tratamiento. Pueden discutirse los sueños, las experiencias infantiles y la expresión de los sentimientos. Cualquier problema o asunto que el paciente considere importante habrá de ser tocado en la terapia.

Los sueños pueden ser interpretados con una orientación cognitiva (véase Beck, 1967, págs. 208-217; y Freeman, en prensa). En general, los contenidos de los sueños tienen relación con el modo en que el individuo interpreta sus experiencias. El terapeuta, en este sentido, está en condiciones de hablar de los sueños, de las experiencias infantiles, etc.

10. “Si las distorsiones cognitivas negativas me hacen desgraciado, ¿significa que las distorsiones cognitivas positivas me harían feliz?”

Es posible que los pacientes más inteligentes formulen esta pregunta. El terapeuta puede decir que en una reacción maníaca las distorsiones cognitivas es-

tán presentes en gran medida. Sin embargo, se puede ser feliz sin distorsionar la realidad. Parece que las personas son más felices cuando realizan actividades que conocen bien o cuando tienen experiencias que para ellos son significativas y satisfactorias. En estas ocasiones, no parecen existir distorsiones.

A veces las personas obtienen placer al evaluarse a sí mismas: “soy maravilloso porque tal persona me hizo un cumplido” o “soy maravilloso por haberlo logrado”. Estas elevadas autoevaluaciones tienen que ver con el tipo de supuestos que predisponen a algunas personas a la depresión y a la ansiedad. La satisfacción más duradera surge probablemente del placer intrínseco de realizar una actividad, no del elogio de los demás ni de la competencia con otros.

11. “Llevo viniendo a la terapia cuatro semanas y no he mejorado en absoluto”

Puede decirse al paciente que es poco realista esperar superar la depresión en tan corto tiempo. Además, muchos pacientes mejoran sin darse cuenta. Una de las razones por las que se aplica el Inventario de Depresión de Beck es para mostrar cuánto ha mejorado el paciente en un cierto período de tiempo. Esta medida ayuda al paciente a comenzar a pensar en términos relativos y no absolutos.

El terapeuta debe indicar que la terapia suele *seguir un curso desigual*, con altibajos. Además existen diferencias individuales: algunas personas superan rápidamente la depresión, pero, para la mayoría, la recuperación sigue un curso en zigzag. La mayor parte de los depresivos quieren resultados inmediatos, pero la terapia es un proceso que exige un esfuerzo continuado, por lo cual, esperar resultados inmediatos es poco realista.

A continuación, se expone cómo un terapeuta manejó este problema:

PACIENTE: Ya han pasado cinco semanas y no estoy mejor. Tengo un amigo que fue al psiquiatra y superó la depresión en cuatro sesiones.

TERAPEUTA: ¿Sabe cuánto tiempo llevaba deprimido?

P: Creo que un par de meses.

T: ¿Y usted?

P: Tres años.

T: ¿Le parece realista esperar superar una depresión de tres años en cinco semanas?

P: No, supongo que no.

12. “No puede tratar mi depresión sin ver a mi esposa también. Ella es la causa de la depresión”

En primer lugar, el terapeuta debe señalar la falacia: “Mi esposa es la causa de la depresión”. Tendrá que demostrar, por distintos medios, que la interpre-

tación de los hechos desempeña un papel primordial en la aparición de la depresión. Debe luchar en contra de la idea de que otra persona puede ser causante de la depresión.

No obstante, suele ser positivo que el terapeuta se entreviste con personas relevantes en la vida del paciente. Puede tratarse de la esposa, el compañero de habitación, un amigo, o los padres (si el paciente vive con ellos). Se puede emplear a estas personas como “terapeutas auxiliares”. El terapeuta puede enseñarles a ayudar al paciente en la realización de sus tareas, en el control de sus pensamientos y en las respuestas a estos. Cuando el terapeuta se entrevista con el paciente y su pareja, debe decir claramente, “yo no voy a tomar partido. Pretendo escuchar a ambos con objetividad e intentar formarme una idea precisa de la situación. Les hablaré a ambos sin rodeos en lugar de ponerme de parte de uno o de otro”.

Obviamente, el terapeuta no puede obligar al cónyuge a que acuda a la consulta. En tal caso puede decirle al paciente:

No puedo hacer consejo matrimonial con una sola persona. No obstante, podemos trabajar en la modificación de los factores causantes del problema que dependan de usted. Por el momento, podemos tomar la conducta de su esposa como un hecho y trabajar con usted. Más adelante, si parece indicado, podrá hacer algo para modificar la conducta inadecuada de su esposa.

El terapeuta debe tener cuidado de no hacer juicios negativos del cónyuge cuando este no esté presente. El paciente puede comunicárselo y, de este modo, el terapeuta tendrá un enemigo en casa, en lugar de un aliado.

13. “Soy mejor que el terapeuta. ¿Cómo va a poder ayudarme?”

Esta actitud constituye un problema en cualquier forma de terapia. El terapeuta puede decir al paciente que es posible que, en ciertas áreas, tenga más éxito o sea más brillante que el terapeuta, pero que, en el momento actual, necesita ayuda especializada para ciertos problemas. Y, dado que el terapeuta posee la preparación adecuada, está cualificado para ayudar a cualquier paciente, por muy inteligente que éste sea. Entre terapeuta y paciente pueden formar un equipo de trabajo ideal, en el que la combinación de sus capacidades y habilidades respectivas incrementa la efectividad de la terapia. En este sentido, el terapeuta debe subrayar el fundamento de la colaboración terapéutica en contraposición al enfoque autoritario, en el cual una persona (el terapeuta) impone sus ideas a otra (el paciente). Esta misma explicación puede utilizarse con el paciente que considera al terapeuta “demasiado joven” para poder ayudarlo. El terapeuta puede decir al paciente que la terapia cognitiva va mejor cuando el terapeuta está bien entrenado en este tipo de terapia, pero que no requiere una gran inteligencia ni en el terapeuta ni en el paciente.

El paciente que se considera más brillante que el terapeuta pretende muchas veces iniciar un debate intelectual con éste. El terapeuta puede señalar que este tipo de actividad no es productiva. Para ilustrar esta afirmación, puede preguntar al paciente si esta actividad intelectualizante le ha servido alguna vez para resolver sus problemas emocionales.

14. “Usted está más interesado en hacer investigación que en ayudarme”

El paciente cuyo tratamiento constituya a la vez una investigación puede albergar en secreto la creencia de que simplemente lo están utilizando como “conejiillo de indias”, a menos que el terapeuta profundice sobre este punto. Debe estar siempre alerta al hecho de que los pacientes depresivos pueden distorsionar cualquier comportamiento suyo. Muchos problemas potenciales pueden evitarse si el terapeuta explica el porqué de sus acciones. Por ejemplo, un terapeuta tenía que entrevistar a un paciente depresivo ante un grupo; sabiendo que varios miembros debían irse hacia la mitad de la sesión, antes de comenzar, el terapeuta le dijo al paciente, “Algunas personas tienen que marcharse antes de que terminemos. No se irán por usted, sino porque tienen que acudir a otras citas”.

Cuando se lleve a cabo un estudio de investigación en conjunción con el tratamiento, el terapeuta ha de explicar detalladamente el propósito de la investigación. Debe explicar claramente en qué sentido la investigación es beneficiosa para la terapia; los cuestionarios y las evaluaciones del exterior, por ejemplo, proporcionan al terapeuta un informe más completo sobre el paciente de lo que podría obtener a través de sus propias observaciones.

15. “La terapia cognitiva no dará resultado porque la depresión tiene una base biológica”

Muchos pacientes creen que solamente los fármacos sirven para curar la depresión. Esta creencia puede ser contrarrestada parcialmente si el paciente ha experimentado algún fracaso previo en relación con la medicación. Al discutir este punto, como otros, el terapeuta debe proporcionar la información más precisa posible de que disponga. La credibilidad del terapeuta es de particular importancia en lo que se refiere a este punto.

A continuación se expone una discusión sobre el tema de las bases biológicas de la depresión:

TERAPEUTA: Nadie conoce exactamente todas las causas de la depresión, especialmente en cada caso individual. Que ciertos tipos de depresión tengan una base biológica es una posibilidad.

PACIENTE: Siendo así, ¿qué podrá hacer la terapia cognitiva?

T: Nuestras investigaciones han mostrado que sirve para el tipo de depresión que usted presenta.

P: ¿Cómo es posible que un procedimiento psicológico cure un problema biológico?

T: Que la mente y el cuerpo sean dos cosas independientes es una idea trasnochada. *Actualmente*, muchos científicos piensan que mente y cuerpo funcionan tan estrechamente unidos que es posible influir sobre los procesos fisiológicos a través de métodos psicológicos.

Con el paciente más preparado, el terapeuta puede hablar de la naturaleza electroquímica del pensamiento. Dado que éste conlleva una actividad electroquímica, la terapia cognitiva puede considerarse como un tipo de intervención biológica.

16. “Tengo que afirmar mi independencia no permitiendo que el terapeuta haga surgir lo mejor de mí”

Los pacientes presentan distintas versiones de esta creencia. Esencialmente, el paciente cree que, enfrentándose al terapeuta, demuestra independencia. Con frecuencia, la conducta previa (o actual) del paciente con otras figuras de autoridad (sus padres o maestros) ha seguido la misma pauta. Muchas veces, se da un período que podríamos denominar “luna de miel” durante la terapia: es posible que el paciente diga, “Es usted mucho mejor que el resto de los terapeutas que han intentado ayudarme”. El terapeuta ha de estar prevenido para tomar con gran precaución este tipo de comentarios halagüeños. Eventualmente, el paciente puede asumir el punto de vista contrario sobre todo lo que diga el terapeuta y negarse a cooperar. El paciente desea discutir con el terapeuta para triunfar sobre él, no para conseguir información. (El terapeuta debe recordar que muchos pacientes discuten para hacer una prueba de realidad o para cubrir lagunas de información. En tales casos, la discusión constituye una intervención efectiva).

El terapeuta puede presentar una fuerte defensa de su postura ante el paciente que busca la discusión, pero evitando siempre que ésta se prolongue demasiado. Si el terapeuta emprende una lucha de poder prolongada con este paciente, la terapia se resentirá. Es mejor establecer proyectos o experimentos para probar las hipótesis del paciente y del terapeuta. Este puede comunicar la idea de que no puede obligar al paciente a creer ni a hacer nada y que, en consecuencia, no tiene objeto discutir sus ideas. El paciente es el responsable último de sus propias creencias, de su conducta, y de las consecuencias de ésta. El terapeuta sugiere en qué sentido puede el paciente cambiar estas consecuencias modificando ciertas creencias y conductas desadaptativas, pero no tiene poder para obligarle a modificar sus creencias. El grado de eficiencia del terapeuta con estos pacientes está en función de cómo maneje, de modo no defensivo, la conducta negativa del paciente. No obstante, el terapeuta debe

ser flexible y estar dispuesto a admitir que el paciente puede perseguir un fin válido.

El terapeuta puede explicar que la contenciosidad no es el sello de la independencia: decir “no” a todo puede minar la independencia tanto como decir “sí” a todo.

La estrategia del terapeuta con el paciente dependiente que lucha por conseguir su independencia consiste en ayudarlo a pensar por sí solo. Se le piden sugerencias, opiniones y métodos para llevar a cabo el cambio. A continuación figura un ejemplo de cómo hacerlo:

TERAPEUTA: ¿Qué le gustaría tratar hoy?

PACIENTE: Tengo problemas con mi compañero de habitación.

T: En primer lugar, podemos hacer la lista de esos problemas.

P: Bien. (A continuación paciente y terapeuta hicieron una lista de problemas concretos).

T: ¿Quiere que discutamos sobre alguna solución a esos problemas?

P: No, mi compañero no es el verdadero problema. No quiero hablar de eso ahora.

T: Bien, dejaré esta lista en el cajón de la mesa y, cuando usted quiera discutirlo, la sacaré. ¿De qué querría hablar ahora?

Una técnica efectiva para estas situaciones consiste en pedir al paciente que calcule la razón coste/beneficio de su comportamiento en busca de la independencia. Se le pide que sopesa las ventajas que representa para él el hecho de pelear con el terapeuta y el inconveniente de perder la oportunidad de trabajar en colaboración con él para intentar resolver sus propios problemas. Si el paciente decide que la balanza se inclina a favor de las “peleas”, el terapeuta puede sugerir una condición: evaluar las ventajas al finalizar un período de tiempo fijado de antemano. Con frecuencia, el paciente acaba por darse cuenta de que sus victorias sobre los demás son vacías, huecas, y de que en todo el proceso ha perdido un tiempo que jamás podrá recuperar.

Conductas antiterapéuticas del paciente.

1. El paciente no habla (o no puede hablar) en la terapia

Existen diversos métodos para estimular al paciente a comunicarse en la terapia. El terapeuta puede reforzar verbal y no verbalmente lo que el paciente dice. También puede decirle: “No tiene que hablar necesariamente. Me gustaría llevar la conversación durante un rato”. El hecho de eliminar la presión de tener que hablar puede contrarrestar la ansiedad que bloquea al paciente.

Se le puede pedir que escriba algo sobre sus preocupaciones y que lo traiga a la consulta para leerlo o para que lo lea el terapeuta. Si el paciente se muestra excesivamente reticente a hablar, puede valerse de movimientos de las manos para responder preguntas o para indicar su acuerdo/desacuerdo con lo que diga el terapeuta. Este puede decir, "Levante la mano derecha si voy por buen camino y la izquierda cuando no esté en lo cierto... A ver probemos el sistema. ¿Está pensando en que no es capaz de hablar?". Este procedimiento se puede utilizar para facilitar al paciente el proceso de hablar. Otro procedimiento no estandarizado consiste en que el terapeuta lleve al paciente a dar un paseo, en lugar de llevar a cabo una entrevista formal; durante el paseo, algunos pacientes parecen perder sus inhibiciones relativas a expresar sus pensamientos en palabras.

2. El paciente inventa o falsifica datos deliberadamente, o trata de manipular al terapeuta

Generalmente, se considera que el paciente dice la verdad según la percibe hasta que descubre lo contrario. En ocasiones puede parecer que las distorsiones del paciente presentan los visos de una mentira y, sin embargo, tratarse realmente de un error cognitivo. Pero, si existen distorsiones *deliberadas* del paciente que dificulten la terapia, el terapeuta debe sacar a colación el asunto. Un punto de discusión muy fructífero es por qué el paciente cree que tiene que presentar una imagen negativa de sí mismo, falsificar u ocultar datos cruciales y engañar al terapeuta. Estas conductas podrían ser el resultado de una desconfianza básica hacia el terapeuta, del miedo a desagradarle, o bien podrían representar un intento de manipularle. Tales maniobras pueden también basarse en la creencia del paciente de que ha de protegerse para evitar que el terapeuta le manipule. Una charla sobre estos temas suele mejorar la relación paciente/terapeuta e influir positivamente sobre la terapia.

3. El paciente desarrolla hacia el terapeuta una "transferencia" positiva o negativa que limita sus posibilidades

Si se da un problema de "transferencia", es conveniente centrar el foco de la terapia cognitiva en la discusión de los temas personales. El primer paso consiste en clarificar el problema. Uno de los medios de que dispone el terapeuta para terminar con una interacción terapeuta-paciente contraproducente es investigar las actitudes y sentimientos de éste último.

Con frecuencia, los pacientes albergan ideas contraproducentes no verbalizadas acerca del terapeuta y es conveniente que las hagan explícitas. Es posible que el paciente piense que el terapeuta es demasiado joven, demasiado viejo, etc. para ayudarlo. Una vez señalados los problemas, pueden ser discutidos y evaluados. Si el terapeuta se muestra demasiado positivo al comienzo de la

terapia, posibilita que, más adelante, se dé una fase en la que el paciente se sienta abandonado y traicionado.

Si el paciente se muestra furioso con el terapeuta, éste puede eliminar la cólera manteniendo una actitud no defensiva, haciendo uso del humor o de la distracción: “¿Ha habido alguien en su vida con quien se haya enfadado tanto como ahora conmigo?”. Una vez que el enfado ha disminuido, el terapeuta puede hacer que el paciente explore sus orígenes.

Es mejor que el terapeuta exponga y examine la idea del paciente de que él (el terapeuta) le rechaza, etc. que intentar prevenir la aparición de tales ideas abrumando al paciente con evidencia de su dedicación, interés y afecto. Si las ideas del paciente son distorsionadas o exageradas, pueden explorarse y ser sometidas a una prueba de realidad. Esto no sólo influye positivamente en la relación terapéutica, sino que además proporciona al paciente un excelente ejercicio *in vivo* para identificar y refutar sus interpretaciones erróneas. Aún cuando las observaciones del paciente sean correctas, pueden proporcionar un valioso material para explorar el significado de estas percepciones. Por ejemplo, es posible que un paciente depresivo crea que el terapeuta no le puede ayudar si le considera como “un paciente más”; que si el terapeuta no le tiene una consideración especial, significa que es un “inútil”; que si el terapeuta no siente un especial afecto hacia él, nadie puede amarle.

Poner de manifiesto este tipo de creencias irracionales constituye en potencia una gran ayuda para demostrar la tendencia del paciente a “negativizar” y para poner de manifiesto sus categorizaciones dicotómicas y absolutistas (todo o nada). Es recomendable tratar de elicitar estas creencias inadecuadas incluso aunque el terapeuta sienta realmente aceptación e interés por el paciente. El terapeuta puede decir, “Supongamos que yo me muestro neutral hacia usted, ¿qué significaría eso para usted?”. Las preguntas de ese tipo tienden a desatar un torrente de predicciones negativas, como, “Sería terrible... No podría soportar ser rechazado una vez más”, “¿Cómo va ayudarme si no le importo en absoluto?”, “Lo único que me impulsaba a seguir viniendo era saber que usted deseaba ayudarme. Creo que me suicidaría”. Esta clase de afirmaciones suele acompañarse de expresiones de dolor y conducen directamente a las creencias irracionales subyacentes.

Algunos pacientes desarrollan actitudes fuertemente positivas o negativas hacia el terapeuta como medio de desviar la atención de temas dolorosos o embarazosos. Por ejemplo, el paciente puede comenzar a comportarse negativamente frente al terapeuta por haber desarrollado fantasías eróticas hacia él.

El terapeuta puede evitar los problemas de transferencia con pacientes del sexo contrario llevando un anillo de boda e indicando sutilmente que está casado. Si aparece una transferencia positiva, el terapeuta puede decirle al paciente que este tipo de sentimientos no es infrecuente en la terapia. Y puede hacer que es-

ta reacción contribuya al progreso de la terapia investigando por qué el paciente experimenta esos sentimientos hacia el: ¿Qué otras cosas están sucediendo en la vida del paciente? Quizás hayan desaparecido algunas relaciones (amigos, etc.), dejando un vacío. El terapeuta debe detectar los sentimientos del paciente, animarle a que los exprese y clarificar sus orígenes, pero no debe permitir que se conviertan en un asunto de excesiva importancia.

4. El paciente habla demasiado y se sale por la tangente

Los pacientes que han pasado por otras formas de terapia, en las que se esperaba que ellos hablasen durante toda la sesión, han de ser reorientados de cara a la terapia cognitiva. Se le puede decir al paciente que, en la terapia cognitiva, el terapeuta habla durante cierto tiempo: la terapia es un diálogo, no un monólogo (ni del paciente ni del terapeuta).

Cuando el paciente comienza a divagar, el terapeuta debe encauzarle de nuevo hacia el tema central. Debe decirle que la repetición y los contenidos redundantes consumen un tiempo que se necesita para tratar los temas más importantes, dados los límites que impone la naturaleza a corto plazo de la terapia. No debe temer interrumpir al paciente cuando sea necesario, siempre, por supuesto, con mucho tacto.

Puede decirse al paciente que los contenidos objeto de discusión son potencialmente infinitos, pero que el tiempo es finito. El tiempo de que se dispone en cada sesión debe emplearse adecuadamente.

Para algunos pacientes pueden ser necesarias medidas más concretas, por ejemplo, emplear un reloj para limitar el tiempo destinado a que hable el paciente. Este y el terapeuta pueden convenir alguna pista que indique que el paciente está divagando; por ejemplo, accionar un zumbador o dar un golpe en la mesa. Además de mantener la terapia “sobre sus objetivos”, este último método sirve para que el paciente aprenda a centrar su pensamiento de un modo más eficaz.

5. El paciente abusa de las llamadas telefónicas

En la terapia, las llamadas telefónicas se emplean en tres casos. (1) El terapeuta da su número particular al paciente, diciéndole que le llame si sufre una crisis. En el tratamiento de los pacientes suicidas, puede llegar a salvar una vida. (2) En los primeros momentos del tratamiento, el terapeuta puede pedirle al paciente que le llame cuando haya finalizado las tareas asignadas para casa. (3) Cuando el paciente no puede acudir a la consulta o está fuera de la ciudad, la sesión puede llevarse a cabo por teléfono. En estos casos, la agenda de las sesiones ha de estructurarse al principio de la llamada.

Aunque es infrecuente, puede suceder que el paciente abuse de las llamadas; probablemente, se sirve del teléfono para reducir la ansiedad. Si éste es el

caso, se enseña al paciente a controlar la ansiedad de otros modos que no sean llamar por teléfono. Si la conducta se mantiene, el terapeuta le dice al paciente que la consecuencia natural de abusar de un privilegio es perderlo. Ante esto, los pacientes suelen responder aprendiendo a tolerar la ansiedad a través del desarrollo de técnicas constructivas para reducirla.

6. El paciente llega siempre tarde y olvida sus citas

Cuando los pacientes llegan tarde, nosotros dejamos que consuman el resto del tiempo. El terapeuta intenta averiguar las razones de esta conducta sin parecer acusador. En general, el terapeuta se basa en unos criterios fijos en lo referente a los pagos y a las citas. Suele mantener la idea de que hay mucho trabajo por delante para perder el tiempo con retrasos innecesarios. Al paciente que llega tarde sistemáticamente se le dice que, si quiere que el tratamiento tenga éxito, debe acatar las reglas. Cuando el paciente llega tarde por causas inevitables y ajenas a él, el terapeuta ha de mostrarse flexible, dándole la oportunidad de recuperar, en la medida de lo posible, el tiempo perdido.

7. El paciente intenta prolongar la sesión

En general, el terapeuta debe mostrarse firme en lo referente a terminar la sesión “a la hora convenida”. Algunos pacientes hacen que el término de la sesión parezca arbitrario o, en cualquier caso, difícil sacando a colación, por ejemplo, temas importantes al final de la entrevista.

El terapeuta puede facilitar el término de la sesión con frases tales como: “Veo que sólo nos quedan diez minutos y tenemos que pasar a asignar las tareas para casa”. Para impedir que el paciente deje cuestiones importantes para el final, el terapeuta debe asegurarse de que la preparación de la agenda al comienzo de la entrevista sea suficientemente completa. Puede decir, por ejemplo, “¿Está seguro de que no nos olvidamos de nada importante? Porque no quisiera que surgiese al final de la sesión, cuando ya no nos quede tiempo para comentarlo”. Si el paciente suscita una cuestión importante al final de la entrevista, se le sugiere que la escriba, así como también posibles soluciones, y que traiga el material para la siguiente cita.

Si el terapeuta adopta la costumbre de dejar un tiempo libre al final para resumir los puntos principales, para obtener feedback del paciente respecto a la sesión, o para asignar las tareas para casa, lo más probable es que el paciente también se adapte a esta costumbre.

CAPÍTULO 15

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL TÉRMINO DE LA TERAPIA Y LAS RECAÍDAS

Preparación para el término de la terapia

Puesto que la terapia cognitiva se desarrolla a lo largo de un tiempo limitado, los problemas asociados con la terminación no suelen ser tan complejos como los que se dan en formas de tratamiento más prolongadas.

No obstante, gran parte de los progresos producidos por la terapia cognitiva pueden perderse si ésta se finaliza de un modo inadecuado. Por esta razón, es importante que el proceso de terminación de la terapia tenga lugar de la forma más paulatina posible. Cuando la terapia finaliza adecuadamente, es más probable que el paciente consolide su mejoría y generalice las estrategias aprendidas a posibles problemas futuros.

El tema del término de la terapia debe mencionarse periódicamente a lo largo del tratamiento. Desde el comienzo, el terapeuta informa al paciente de que *no* va a estar bajo tratamiento indefinidamente y que se le va a enseñar a afrontar por sí mismo sus problemas psicológicos. No se fomentan las “reacciones de transferencia positiva”, sino que el terapeuta trata de presentarse bajo una perspectiva realista. Esta “desmitificación” ejerce el efecto de contrarrestar la dependencia del terapeuta por parte del paciente y cualquier creencia en aspectos o poderes “mágicos” de la terapia. A lo largo del tratamiento, se fomenta que el paciente se vaya haciendo más independiente y seguro de sí mismo. A medida que avanza la terapia, el paciente desempeña un papel cada vez más activo en la identificación de los problemas y en la selección de estrategias para resolverlos. Todos estos pasos van conformando el punto de partida para que el paciente llegue a convertirse en su propio terapeuta.

Paralelamente, el terapeuta puede hacer disminuir los problemas relacionados con el término del tratamiento enfatizando su naturaleza educativa. Puede explicar al paciente que lo que necesita es adquirir un conocimiento, una ex-

perencia y unas habilidades especializadas para hacer frente a ciertos tipos de problemas; en este sentido, la terapia es un período de entrenamiento durante el cual el paciente aprenderá modos más efectivos de afrontar dichos problemas. No se le pide al paciente ni se espera de él que adquiera un total dominio de dichas habilidades durante la terapia: en lugar de esto, el énfasis se pone en el desarrollo, en el crecimiento. El paciente tendrá mucho tiempo, una vez finalizada la terapia, para perfeccionar e implementar sus habilidades cognitivas y conductuales.

Antes de la última sesión, los pacientes suelen expresar dudas y preocupaciones sobre el término de la terapia. Lo mejor es afrontar estas preocupaciones en cuanto surjan. Por ejemplo, en la duodécima sesión, un paciente comenzó a dudar si podría mantener la mejoría una vez finalizado el tratamiento (en la sesión decimoquinta). El terapeuta le pidió que hiciese una lista con sus pensamientos inadecuados al respecto y que respondiese a ellos racionalmente.

Los pensamientos inadecuados de este paciente sobre el término de la terapia eran los siguientes:

1. “No seré capaz de seguir una disciplina cuando el programa finalice”.
2. “No habré conseguido aprender bien las enseñanzas de la terapia y volveré a mis antiguos hábitos”.
3. “Si me sobreviene un ataque de ansiedad, no seré capaz de afrontarlo y me olvidaré de lo que he aprendido”.

A continuación, se exponen sus respuestas a estos pensamientos:

1. “Estos son pensamientos, no hechos”.
2. “Ahora dispongo de algunos instrumentos con los que trabajar y aún aprenderé algunos más antes de que finalice la terapia”.
3. “Me doy cuenta de que, para perfeccionar los métodos, debo seguir practicándolos”.
4. “Una vez más, veo que sigo intentando ser perfecto; he de pensar que, cada vez que cometa un error, aprenderé algo de la experiencia”.
5. “Estoy progresando y creo que sabré manejar la ansiedad cuando aparezca”.

Este constituye otro ejemplo de cómo el terapeuta puede convertir al paciente en una “persona de recursos” que es capaz de responder a los pensamientos problemáticos. Siempre que sea posible, es mejor que sea el propio paciente quien responda a sus pensamientos inadecuados. En este sentido, las respuestas realistas son un ejemplo de las habilidades que se espera adquiera el paciente.

Preocupaciones del paciente acerca de la terminación de la terapia

A pesar de las medidas que tome el terapeuta para hacer que el fin de la terapia sea paulatino, hacia las últimas sesiones suelen surgir una serie de problemas asociados a la terminación. Una preocupación que los pacientes expresan

con frecuencia es la de no estar “completamente curados”. Lo cual suele ir emparejado con la creencia de que no pueden afrontar los problemas sin la ayuda del terapeuta. Este tiene varios caminos para tratar este asunto. Uno de ellos es estar de acuerdo con el paciente respecto a que “no está mentalmente sano al 100%”, pero añadiendo, “Me temo que nadie lo está”. Se puede discutir, a continuación, la dicotomía del paciente de “enfermo” versus “curado”. El terapeuta puede señalar que la salud mental no es un constructo *dicotómico*, sino un continuo integrado por diversos puntos. Valiéndose de ejemplos de la terapia para ilustrar cómo ha avanzado el paciente a lo largo de este continuo durante el tratamiento, el terapeuta puede recordar situaciones en que el paciente solucionase sus problemas por sí solo.

También puede servirse de la dicotomía “enfermo versus curado” para ilustrar pautas de pensamiento de todo o nada contraproducentes y poco realistas. A continuación, el terapeuta puede revisar y reforzar el objetivo inicial de la terapia: enseñar al paciente modos más efectivos de resolver sus problemas, no “curarle” ni reestructurar su personalidad. Se le dice al paciente que el mejor medio para mejorar sus habilidades es poniéndolas en práctica al enfrentarse a los problemas. Es mejor subrayar que el paciente no puede esperar ejercer un completo dominio sobre sus problemas psicológicos, pero que aprenderá algo positivo en cada intento. El terapeuta puede valerse de analogías que sean significativas para el paciente (aprender deportes, aptitudes vocacionales, idiomas, etc.) para demostrar cuánto se aprende de la interacción entre los errores, el feedback y las experiencias de éxito. De este modo, todo “error” puede considerarse, desde un punto de vista positivo, como una unidad de información aprovechable y válida para mejorar las propias habilidades.

El paciente puede creer que no está listo para finalizar la terapia a causa de un problema real aún sin resolver. Puede tratarse de un problema en el trabajo, de problemas matrimoniales o con sus padres, etc. Si el paciente define estas situaciones en términos realistas, el terapeuta puede reforzarle por haber aprendido a distinguir los problemas reales de los pseudoproblemas. El terapeuta debe subrayar que la terapia cognitiva no es algo mágico y que, por lo tanto, no evita ni elimina todos los problemas: ser una persona humana implica enfrentarse con problemas. No obstante, los procedimientos cognitivos y conductuales que el paciente aprende en la terapia sirven para resolver de una manera más eficaz algunos de los problemas. En este sentido, el terapeuta podría preguntar al paciente qué soluciones se le ocurren para resolver los problemas que prevé o anticipa. Asimismo, debe animarle a considerar los problemas como desafíos o retos que le ayudarán a consolidar todo lo que ha aprendido.

En ocasiones, puede ocurrir que el paciente interprete en un sentido negativo sus cambios de humor y esto le haga sentirse preocupado. Por ejemplo, puede experimentar más ansiedad al darse cuenta de que está ansioso. Esta ex-

perencia es frecuente hacia el final del tratamiento, cuando el paciente comienza a tener dudas sobre su capacidad para resolver por sí solo sus problemas. El paciente puede malinterpretar los cambios de humor, normales en cualquier individuo, como signo de que la depresión se está agravando. La táctica en este caso consiste en hacer que el paciente evalúe de un modo realista sus estados de ánimo y que se enfrente a cualquier pensamiento automático de tipo depresógeno.

Una preocupación muy común entre los pacientes es la idea de que volverán a sentirse deprimidos cuando finalice la terapia. A continuación, se exponen un modo de manejar y contrarrestar esta preocupación:

PACIENTE: ¿Puede garantizarme que no vaya a sentirme deprimido de nuevo?

TERAPEUTA: Es probable que vuelva a sentirse deprimido.

P: ¿Cómo puede considerarse entonces que estoy mejor ahora que cuando comenzó la terapia?

T: ¿Qué ha aprendido aquí?

P: Bueno, he aprendido a controlar lo que me hace estar deprimido –mis actitudes y pensamientos negativos–.

T: Lo que usted tiene ahora son los instrumentos para controlar la frecuencia de las depresiones, su intensidad y su duración.

P: Yo no quiero volver a estar deprimido.

T: Eso es comprensible, pero la propia naturaleza de la depresión hace muy difícil prevenir su aparición. No obstante, su intensidad, frecuencia y duración están bajo el control de uno mismo. De hecho, la recurrencia de una depresión de intensidad moderada podría ser beneficiosa... ¿Cuáles serían las ventajas de sentirse deprimido después de terminar el tratamiento?

P: Podría practicar las técnicas que he aprendido... Podría demostrarme a mí mismo que soy capaz de superar la depresión y así no temería no poder hacerla frente.

T: Fíjese, lo que ha dicho significa que un brote de depresión no muy intenso le haría más fuerte.

La aparición de una recaída hacia el final del tratamiento podría indicar que el paciente está haciendo una prueba de realidad; es decir, que está comprobando su capacidad para hacer frente a la depresión. Esta idea fue formulada explícitamente por uno de nuestros pacientes; pensó que si podía sentirse deprimido elicitando pensamientos negativos y, a continuación, superar la depresión aplicando lo que había aprendido, estaría listo para finalizar el tratamiento. A lo largo de un día, este paciente se dedicó a elicitador pensamientos negati-

vos y, consecuentemente, experimentó sentimientos depresivos. Al día siguiente, aplicó con éxito los procedimientos que había aprendido durante la terapia. Así pues, aportó este experimento como evidencia de que estaba preparado para abandonar el tratamiento.

El terapeuta puede emplear un procedimiento standard similar para demostrar al paciente que es capaz de controlar sus sentimientos. En primer lugar, se pide al paciente que genere pensamientos lo más negativos posible sobre sí mismo y su futuro. Asimismo, se le pide que evalúe sus sentimientos negativos de 0 a 100. A continuación, el paciente responde a sus pensamientos negativos y vuelve a evaluar sus emociones. El efecto de este procedimiento suele ser el de contrarrestar su creencia de que no va a ser capaz de manejar sus sentimientos de tristeza una vez finalizada la terapia.

Otro método que el terapeuta puede emplear para hacer que el fin de la terapia no sea brusco consiste en “desafiar” los progresos del paciente. En este procedimiento, el terapeuta asume el papel de abogado del diablo, presentando muchas de las ideas negativas originales del paciente, en tanto que éste trata de rebatir estos pensamientos. A continuación, se expone un ejemplo de cómo se utilizó esta técnica con un paciente:

TERAPEUTA: Usted parece sentirse bien ahora, pero ¿qué ocurriría si comenzase a sentirse mal y pensase, “Estoy deprimido de nuevo. Las técnicas que he aprendido no sirven para nada”? ¿Cómo respondería a esto?

PACIENTE: Yo sé que sirven porque he estado deprimido y he conseguido superarlo.

T: Pero en esta ocasión sería diferente. Ninguna técnica le ayudaría a superar la depresión.

P: No tengo evidencia de que las técnicas cognitivas no fuesen a servir en este caso.

T: Sí, pero suponga que no tiene dinero, que su salud se resiente y que su hija es muy desgraciada.

P: Eso no significa que no vaya a tener dinero en el futuro y, aunque no lo tuviese, no quiere decir que necesariamente me vaya a deprimir. No hay evidencia de que no esté bien de salud. Y además, mi hija es la única responsable de su propia felicidad.

T: Parece que es usted capaz de rebatir estos pensamientos.

P: Sí, parece que soy capaz de retener en la cabeza las cosas que he aprendido.

Este procedimiento de inversión de roles puede servir para inocular al paciente en contra de las recaídas. Haciendo un resumen de los avances conse-

guidos, el terapeuta puede elicitar en el paciente la sensación de que la terapia se ha completado. Un método mejor incluso que éste consiste en que el paciente haga un resumen de la terapia desde su propia perspectiva; se le puede pedir, en este sentido, que escriba un ensayo resumiendo y evaluando la terapia.

Al finalizar la terapia, puede surgir en el paciente una amplia variedad de emociones, que pueden oscilar desde la cólera a la tristeza. Por lo general, un método basado en la reflexión no resulta productivo en los primeros momentos del tratamiento de la depresión. Sin embargo, en las últimas fases, cuando el paciente ejerce el control sobre la depresión, un método de este tipo puede ser útil y valioso. El terapeuta puede clarificar y exponer o reflejar los sentimientos que el paciente pueda tener en relación con el término de la terapia; se pueden discutir los pros y los contras de experimentar estos sentimientos. El terapeuta puede también comentar sus propios sentimientos al finalizar una relación ciertamente profunda.

A veces resulta útil programar una “sesión de apoyo” varias semanas después de finalizar el tratamiento. También es conveniente hacer saber al paciente que puede llamar al terapeuta si tiene algún problema. En muchos casos, el mero hecho de saber que puede llamar es suficiente para que el paciente supere momentos difíciles.

Terminación prematura

Mejoría rápida de los síntomas

En ocasiones, los pacientes responden rápidamente al tratamiento desapareciendo los síntomas de la depresión en pocas sesiones. Esto puede deberse a distintos factores, como el entusiasmo y expectativas del terapeuta o la creencia del paciente de que el terapeuta puede solucionar mágicamente todos sus problemas. En algunos casos, lo que ocurre es que los pacientes han conseguido resolver algunos problemas reales que pesaban sobre ellos, de modo que ya no necesitan tratamiento alguno. También es posible que la mejoría de la depresión responda sencillamente al “curso natural de la enfermedad” (remisión espontánea) y no se deba a la intervención terapéutica. En la mayoría de los casos, se desaconseja poner un fin prematuro a la terapia si no se han identificado y modificado los factores psicológicos que predispusieron o llevaron al paciente a la depresión.

Existen diversos modos de manejar la terminación prematura. Uno de ellos consiste en fijar desde el principio un período de tiempo específico para la terapia. El terapeuta puede decir al paciente que, en ocasiones, la gente responde rápidamente a este tipo de tratamiento, pero que aun así es muy importante trabajar en los supuestos inadecuados subyacentes y en el sistema de creencias. Para evitar una terminación no programada o controlada, conviene que en las pri-

meras fases del tratamiento se llegue al acuerdo de que el paciente acudirá a una última sesión *después* de haber decidido poner fin a la terapia.

Es frecuente que el paciente no esté motivado para continuar la terapia una vez que experimenta un cierto alivio o mejoría. En estos casos, el terapeuta habrá de desarrollar otros recursos que sean motivantes para el paciente. Por ejemplo, se pueden tratar otros problemas sobre los cuales desee trabajar el paciente, como la reducción de peso o la crianza y educación de los hijos. Si el paciente está decidido a abandonar la terapia, el terapeuta debe dejar abierta la posibilidad de que el paciente regrese si lo necesita.

Reacciones negativas hacia el terapeuta

Es posible que el paciente abandone la terapia prematuramente porque esté molesto o en desacuerdo con el terapeuta. Cuando el paciente abandona por esta razón, suele ocurrir que si más adelante desea volver, se siente demasiado violento para hacerlo. Si éste es el caso, una llamada telefónica o una carta en la que el terapeuta comunique que el paciente será bien recibido siempre que desee regresar le facilita a éste último el camino. Si es posible, el terapeuta también debe intentar elicit (con mucho tacto) las reacciones negativas que el paciente experimente hacia él y clarificarlas.

Ausencia de mejoría significativa o recaídas durante el tratamiento

No es usual que los pacientes muestren una mejoría lineal, sino que suelen mostrar fluctuaciones frecuentes en su nivel de depresión, en especial durante las primeras semanas de terapia. Otros pacientes pueden mostrar incluso una intensificación de los síntomas tras un período de mejoría. Finalmente, otros pueden tardar ocho o diez sesiones antes de mostrar algún progreso. En cualquiera de estos casos, la ausencia de una mejoría estable o el agravamiento de la depresión puede generar un sentimiento de desesperanza y futilidad y estimular el deseo del paciente de abandonar el tratamiento o de dejar de hacer las tareas para casa.

El curso de una intensificación de síntomas suele ser el siguiente: En respuesta a un contratiempo aparente, es probable que el paciente aplique su patrón de pensamientos típicamente depresivos (abstracción selectiva, exageración, sobregeneralización) y experimente ideas tales como, “La terapia no me ha ayudado en absoluto: me ha dejado peor”; “Me engañaba al pensar que podía mejorar. Realmente, no estoy mejor que al principio”; “La terapia no ha servido de nada; no he hecho ningún progreso”. Estos pensamientos negativos producen aún mayor disforia y un incremento de la tristeza y el desaliento. La intensificación de las emociones desagradables sirve, a su vez, para generar pensamientos aún más negativos de este modo, el círculo vicioso de los pensamientos negativos que llevan a un incremento de la disforia deviene progresi-

vamente peor. Como ya se ha mencionado previamente, en tal situación el paciente puede olvidar las citas, no hacer las tareas para casa o decidir abandonar el tratamiento.

Al enfrentarse a este problema concreto, el terapeuta debe recordar que las recaídas son frecuentes a lo largo del tratamiento. Es más, la superación de una recaída puede ser el mejor modo de “inmunizar” al paciente contra lo que podría ser una recaída más seria después de terminar la terapia. La mayoría de los programas de tratamientos de diversos problemas (obesidad, alcoholismo, ansiedad crónica, etc.) fracasan debido a que las mejorías derivadas del tratamiento no se mantienen una vez finalizado éste. Por lo tanto, es crucial que uno de los objetivos terapéuticos consista en elaborar un programa que permita al paciente hacer frente a los posibles retrocesos, a fin de que éstos no se conviertan en recaídas insalvables. De este modo, si el paciente recae durante el tratamiento, el terapeuta dispone de una buena oportunidad para utilizar esta situación para proporcionarle una serie de mecanismos a los que pueda recurrir al finalizar la terapia.

Los procedimientos que figuran a continuación pueden ser empleados por el terapeuta que se enfrente al problema de las recaídas o al de la demora de la mejoría debida al tratamiento:*

1. En las primeras entrevistas, el terapeuta debe preparar al paciente a esperar fluctuaciones en la intensidad de la depresión o incluso un período relativamente largo de no responsividad a la terapia.

2. El terapeuta también debe explicar que aprender a manejar la intensificación de los síntomas puede ser una de las experiencias de aprendizaje más importantes de la terapia, a la vez que puede proporcionar los instrumentos necesarios para superar las posibles recaídas cuando la terapia haya concluido. Aconsejamos vivamente que el terapeuta explique esto durante la primera o segunda sesión.

3. Tanto el terapeuta como el paciente deben estar alerta ante cualquier indicio que apunte hacia una intensificación de los síntomas. Es posible que el paciente se dé cuenta del comienzo de una recaída, pero además una buena pista puede ser el incremento de la puntuación en alguna de las escalas de evaluación, por ejemplo, el Inventario de Depresión. Asimismo, paciente y terapeuta pueden anticipar la intensificación de los síntomas cuando el paciente vaya a enfrentarse a algún tipo de tensión o conflicto que, en el pasado, provocase la agravación de los síntomas. Tales tensiones podrían consistir en la anticipación de una experiencia de fracaso, una discusión con su esposo(a), con un amigo o empleado, o en una pérdida inminente.

* Para una discusión adicional sobre el tratamiento empleado cuando el paciente se queda de que no mejora, véase la Creencia Antiterapéutica nº 11 (Capítulo 14).

4. Cuando se anticipe una situación de este tipo, el terapeuta debe dar al paciente instrucciones como las que aparecen a continuación y trabajar con él en la ampliación de éstas a fin de que esté mejor preparado para practicar las estrategias de manejo.

a. El paciente debe describir la situación específica que puede ser responsable de la intensificación de la depresión.

b. Debe recordar que la recaída era esperable, pero que tanto él como el terapeuta están preparados para aplicar técnicas dirigidas a superarla.

c. Debe anotar los pensamientos automáticos negativos elicítados por las circunstancias adversas.

d. También debe anotar algunos de sus “deseos automáticos”, como, por ejemplo, el de abandonar el tratamiento.

En muchos casos, es conveniente preparar al paciente antes de que ocurra una recaída que ya se anticipa proporcionándole una muestra de las cogniciones negativas que se espera aparezcan junto con las respuestas racionales a dichas cogniciones. Por ejemplo, puede redactarse una representación esquemática como la siguiente y entregársela al paciente:

Pensamiento automático: Hoy estoy mucho peor. La terapia no me ha servido de nada. *Respuesta racional:* En realidad, he venido mostrando una mejoría hasta esta última semana. He tenido muchos problemas en estos días y era de esperar que me sintiera peor. No obstante, uno o dos días malos no anulan todos los días buenos que he pasado a lo largo de todo este mes, desde que comencé el tratamiento.

Pensamiento automático: La depresión sube y baja; viene y se va. Esto va a seguir así durante toda la vida y no hay nada que yo pueda hacer. *Respuesta racional:* Actualmente, ejerzo sobre la depresión un control mayor que antes. Ya que en este momento estoy algo peor, puedo aprovechar esta oportunidad para poner en práctica algunos de los recursos que he aprendido y aplicarlos a mis pensamientos negativos.

Práctica cognitiva para prevenir las recaídas: Aunque el paciente no experimente una intensificación de los síntomas durante la terapia, sigue siendo recomendable que el terapeuta practique con él este tipo de respuestas preprogramadas como las que hemos expuesto, a fin de que pueda aplicarlas cuando termine el tratamiento. A no ser que el paciente forme parte de una investigación, suele ser conveniente que llame al terapeuta o que concierten una “sesión de apoyo” cuando sea inminente una exacerbación de los síntomas.

La espiral descendente que ya hemos descrito es especialmente amenazadora en el paciente suicida. Como mencionamos en el capítulo dedicado al suicidio, es extremadamente importante que el terapeuta entrene al paciente a intervenir rápidamente ante la menor señal de desaliento o de activación de los impulsos suicidas.

Recaídas después del tratamiento

Aunque varios estudios han mostrado que las recaídas después del tratamiento se dan con menor frecuencia tras un curso de terapia cognitiva que después de otros tratamientos, es esencial que paciente y terapeuta estén preparados para manejar esta situación. A veces, la intensificación de los síntomas sólo dura varios días y es conveniente que el paciente, después de consultar con el terapeuta, trate de aplicar las habilidades que ha aprendido para manejar los síntomas y problemas relevantes.

Sin embargo, si la depresión persiste, es recomendable una sesión terapéutica. En ocasiones, puede realizarse por teléfono, si bien siempre es preferible una entrevista personal. Hemos observado que, aun cuando la intensidad de la depresión en el momento de la recaída sea la misma que antes de comenzar la terapia, los pacientes muestran una respuesta mucho más rápida que antes. En cierto modo, la recaída puede servir para algo útil: proporciona al paciente la oportunidad de practicar las distintas estrategias que ha aprendido. Es más, la recaída puede motivarle para concentrar más energía en llevar a cabo su “auto-terapia” después de finalizar el programa formal de tratamiento.

Hemos observado que la frecuencia y la gravedad de las recaídas son menores cuando la frecuencia de las sesiones va disminuyendo progresivamente: Por ejemplo, dos sesiones al mes; después, una sesión al mes, y gradualmente, una visita cada tres meses. Para terminar, la programación regular de sesiones de apoyo –una o dos al año– facilita el proceso de que el paciente continúe consolidando todo lo que ha aprendido en la terapia.

CAPÍTULO 16

**TERAPIA COGNITIVA DE GRUPO
PARA PACIENTES DEPRESIVOS**

Steven D. Hollon y Brian F. Shaw*

Introducción

El grueso de este volumen está dedicado a la práctica de la terapia cognitiva en el tratamiento individual de la depresión unipolar. En este capítulo, se estudiará el empleo de sesiones de terapia cognitiva de grupo. Partiendo de que es efectivo, el tratamiento de grupo ofrece una clara ventaja práctica sobre las sesiones individuales: dentro de un período de tiempo determinado, se puede tratar a un número mayor de pacientes de los que podrían ser tratados individualmente.

Este capítulo se centrará, en primer lugar, en las ventajas e inconvenientes de implementar la terapia cognitiva en un formato de grupo. La segunda –y más extensa– parte del capítulo se dedicará a presentar detalladamente los pasos necesarios para llevar a cabo una terapia cognitiva de grupo. La última parte examinará los distintos estudios que han comparado la terapia cognitiva de grupo (1) con otras terapias de grupo y (2) con la terapia cognitiva individual.

Terapia de grupo de la depresión. Consideraciones generales

Tradicionalmente, se ha considerado que los pacientes depresivos más graves y/o suicidas eran pobres candidatos a la terapia de grupo (Christie, 1970). Existe una doble preocupación respecto a estos pacientes. En primer lugar, mu-

* STEVEN D. HOLLON- Departamento de Psicología, Universidad de Minnesota
BRIAN F. SHAW- Hospital Universitario, Universidad de Western Ontario.

chas veces se teme que las fuertes y particulares necesidades de estos pacientes no queden cubiertas en el contexto de un grupo o, lo que es peor, que las propias características de estos pacientes influyan negativamente sobre el grupo. En la situación de grupo, la combinación de una inhibición de las verbalizaciones y de un ajuste pobre podría fácilmente dar lugar a comparaciones negativas con otros miembros del grupo que estén menos deprimidos, hablen más, etc. En segundo lugar, se considera que los pacientes a quienes nos referimos pueden ser potencialmente perjudiciales para los procesos de grupo. La actitud de replegarse sobre sí mismos, el pesimismo, el deseo de un alivio inmediato de los síntomas y el rechazo de las sugerencias de los demás, todas ellas características de los pacientes deprimidos, se consideran a menudo como impedimentos para los procesos terapéuticos de grupo.

Yalom (1970) ha observado que las consideraciones anteriores no constituyen tanto una contraindicación para la terapia de grupo de pacientes depresivos como para la inclusión de éstos en grupos heterogéneos en relación con los respectivos objetivos de tratamiento. Está comprobado que trabajar con grupos homogéneos de pacientes deprimidos es un modo eficaz de salvar obstáculos tales como (1) la intensidad del problema, (2) las autocomparaciones negativas y (3) los fenómenos de grupo no deseados. Se ha recomendado el empleo de grupos homogéneos tanto para pacientes depresivos (Show, 1977) como para pacientes suicidas (Farberow, 1972).

La naturaleza de la terapia utilizada, así como la homogeneidad del grupo, merece una consideración crítica. El tratamiento de grupos homogéneos de pacientes depresivos con psicoterapia tradicional no es más efectivo que un grupo control que no recibió tratamiento (placebo), y es menos efectivo que los antidepresivos tricíclicos (Covi, Lipman, Derogatis, Smith y Pattison, 1974). Este resultado no debe sorprendernos, ya que los métodos de la psicoterapia tradicional generalmente se han mostrado ineficaces en el tratamiento de los pacientes gravemente deprimidos (Daneman, 1961; Friedman, 1975) y en la prevención de las recaídas (Klerman, DiMascio, Weissman, Prusoff y Paykel, 1974).

Como en los tratamientos individuales, los enfoques cognitivo-conductuales estructurados y de tiempo limitado, como la terapia cognitiva, parecen ser prometedores en el tratamiento de los pacientes con depresión unipolar en un formato de grupo. Show (1977) trató a estudiantes universitarios deprimidos en régimen externo distribuidos en tres grupos: un grupo tratado con terapia cognitiva, otro con terapia conductual y un tercero con terapia no directiva. Los tres grupos se comparaban asimismo con los pacientes en lista de espera que no recibieron tratamiento (grupo control). Los pacientes que fueron tratados con terapia cognitiva de grupo durante cuatro semanas mostraron una mejoría de los síntomas mayor que los sujetos de los demás grupos. Además, la mejoría se mantenía en el seguimiento que se hizo un mes después de finalizar el trata-

miento. Otras investigaciones sobre la terapia cognitiva de grupo se presentarán en el Capítulo 18.

La evidencia disponible apoya la composición homogénea de los grupos y las intervenciones estructuradas, de tiempo limitado y que incluyan procedimientos cognitivo-conductuales, como la terapia cognitiva, mejor que los enfoques tradicionales y que los enfoques estrictamente conductuales. Vistos estos datos iniciales, pueden surgir algunas cuestiones, entre las cuales figuran las siguientes:

1. ¿Cuáles son las consideraciones teóricas específicas que deben tenerse en cuenta en el tratamiento de pacientes depresivos mediante terapia cognitiva de grupo?
2. ¿Qué pasos prácticos se requieren para adaptar la terapia cognitiva individual, con su combinación de técnicas cognitivas y conductuales unificadas por una teoría de la depresión, al formato de un tratamiento de grupo?
3. ¿Cuál es la efectividad de la terapia cognitiva de grupo, en comparación (o en combinación) con los fármacos antidepresivos, tratamiento de la depresión apoyado por la mayoría de los profesionales?
4. ¿Cuál es la efectividad de la terapia cognitiva de grupo, en comparación con la terapia cognitiva individual, que se ha mostrado más eficaz incluso que los antidepresivos tricíclicos, tanto en términos de la mejoría de la sintomatología como de la prevención de recaídas?
5. ¿De qué criterios se dispone para realizar la elección entre terapia cognitiva individual y de grupo?

El resto de este capítulo se dedicará a responder a estas cuestiones.

Consideraciones clínicas especiales

La teoría cognitiva de la depresión afirma que la operación de un conjunto de cogniciones negativas y de percepciones inadecuadas de sí mismo, del entorno y del futuro produce los sentimientos negativos y la pasividad conductual que constituyen los principales componentes observables del síndrome depresivo. Trabajar con pacientes deprimidos en un contexto de grupo introduce la posibilidad de elicitar en el paciente una serie de inferencias negativas que no tendrían por qué salir a la luz necesariamente en las sesiones de terapia individual. Como ocurre con otros pensamientos automáticos negativos generados por el paciente, esas inferencias negativas pueden ser perjudiciales o beneficiosas para la terapia, según cómo sean manejadas por el terapeuta. Dejar sin responder estos pensamientos automáticos –como, “No progreso al mismo ritmo que el resto de los miembros del grupo”; “Otros miembros parecen mucho más inteligentes (menos deprimidos) que yo”; “No tiene sentido malgastar el tiempo del grupo con mis preocupaciones... mis problemas no tienen solución”–

puede incrementar la disforia y hacer que al paciente le resulte cada vez más difícil participar en las actividades terapéuticas.

Cuando se elicitán y se exploran sistemáticamente, estas afirmaciones negativas proporcionan una excelente oportunidad para demostrar tanto la relación entre pensamientos y sentimientos o conductas como los procedimientos para identificar, objetivar y hacer frente a las cogniciones idiosincráticas negativas. Las dificultades que pueden surgir en el curso de la terapia cognitiva de grupo con pacientes deprimidos tienen su origen en tres fuentes: las comparaciones negativas del paciente con otros miembros, los efectos potencialmente negativos de la interacción entre individuos deprimidos, y las limitaciones potenciales de la capacidad del individuo para relacionar los ejemplos de procesos cognitivos negativos del grupo con su propio caso.

Autocomparaciones negativas

Los pacientes depresivos presentan una cierta tendencia a verse a *sí mismo*, el *mundo* y el *futuro* bajo una óptica negativa y pesimista (Capítulo 1). Siempre objetivo principal de la terapia cognitiva, los pensamientos automáticos negativos son más abundantes o frecuentes en el marco de la terapia de grupo. Los pacientes tienen delante a otros pacientes y las conductas de éstos con las cuales compararse; y ya que en esta situación hay momentos en que algunos pacientes quedan fuera de la atención del terapeuta, es más fácil que permanezcan en silencio, rumiando ideas negativas. Si esta tendencia recibe atención y es examinada mediante las distintas técnicas cognitivas que se han descrito en otros capítulos, puede convertirse en un beneficio para la terapia.

Algunos ejemplos clínicos ilustran la técnica de centrarse en las comparaciones negativas. Se observó que una mujer de mediana edad solía permanecer silenciosa durante las sesiones de grupo. Raramente hacía comentarios directos sobre sus preocupaciones o las de otros miembros y parecía sentirse extremadamente incómoda cuando era invitada a hacerlo. Era mucho más probable que participase en la conversación cuando ésta era más informal, por ejemplo, antes o después de las sesiones. Cuando se le pidió que explicase lo que pensaba acerca de expresarse verbalmente ante el grupo, consiguió –aunque con bastante ansiedad y vacilaciones– comunicar su preocupación de que era una “estúpida” y “no sería capaz de decir las cosas correctamente”. Como datos en apoyo de esta afirmación, citó una larga historia de fracasos percibidos en la escuela y en el instituto cuando la llamaban los profesores, a pesar de haber recibido calificaciones superiores a la media. Ella había trasladado este autoconcepto a las interacciones sociales en su vida adulta, viéndose a sí misma como una incompetente a la hora de hablar de “cosas importantes” en situaciones de grupo. Consideraba que las sesiones de terapia eran similares en muchos aspectos a aquellas primeras experiencias. Aunque deseaba hacer contribuciones cons-

tructivas sobre las preocupaciones de varios miembros del grupo, estaba firmemente convencida de que los esfuerzos para conseguirlo sólo servirían para demostrar lo “vacía y estúpida” que era.

Una vez puesta de manifiesto la actitud de la paciente, fue posible probar sistemáticamente la validez de sus pensamientos, tanto en el contexto del grupo como a través de la asignación de tareas para casa. La identificación de sus pensamientos sobre sí misma en el contexto del grupo resultó especialmente interesante a la luz de lo que se había revelado previamente en las sesiones individuales. Aunque, retrospectivamente, se puso de manifiesto que el autocontrol cognitivo de la paciente durante las sesiones individuales reflejaba indicios indirectos de este aspecto concreto de sus autopercepciones, las sesiones individuales fracasaron en la obtención de datos que demostrasen la ubicuidad de tales pensamientos en las interacciones sociales con los compañeros y su importante papel en el mantenimiento de su autoconcepto negativo.

Las autocomparaciones negativas de un paciente con otros miembros del grupo pueden proporcionar valiosas oportunidades de intervención terapéutica. En otro caso, un miembro de un grupo (carpintero de profesión) expresó la idea de que era menos competente que otro de los miembros (un hombre de negocios), quien se hallaba temporalmente sin empleo debido a su depresión. El primero de estos pacientes, que había mostrado una mejoría progresiva a lo largo de las tres primeras semanas de tratamiento, experimentó un fuerte retroceso cuando el otro paciente comenzó a hacer progresos. Sus cogniciones eran similares a las siguientes: “Llevo trabajando en esto varias semanas más que G. y, sin embargo, él avanza mucho más rápidamente que yo; nunca mejoraré” o “Lo hace mucho mejor que yo; yo nunca hago nada bien”. Una vez que fueron identificados, estos pensamientos automáticos se exploraron y relacionaron con otros procesos similares que el paciente manifestaba en sus preocupaciones cotidianas (por ejemplo, generalizaciones con respecto al tiempo, pensamiento absolutista de todo o nada y abstracción selectiva).

En los dos ejemplos que hemos citado, el formato de grupo no sólo proporcionó situaciones que arrojaron luz sobre las interpretaciones negativas derivadas del conjunto de cogniciones depresógenas, sino que también sirvió como contexto inmediato en el cual examinar y corregir sistemáticamente las inferencias negativas. Como en la terapia cognitiva individual, donde el foco principal se centra en eventos y en las cogniciones sobre estos eventos que se dan fuera de la terapia, las cogniciones que se detectan durante la sesión suelen ser las que proporcionan las demostraciones con más impacto y fuerza tanto del papel primordial de los pensamientos idiosincráticos en la depresión como del poder de las técnicas terapéuticas para neutralizar dichos pensamientos inadecuados. Las sesiones de grupo incrementan la probabilidad de que aparezcan comparaciones sociales negativas. Si no reciben atención, pueden minar el avance

del tratamiento. Si, por el contrario, se detectan, proporcionan la oportunidad de cambio que nunca surgiría en el curso del tratamiento individual.

Efectos negativos sobre otros miembros del grupo

Coyne (1976a 1976b) ha presentado datos que sugieren que la presencia de un individuo depresivo en el seno de un grupo puede incrementar la disforia de aquéllos que interactúan con él y puede llevar al rechazo del individuo depresivo. Aunque estos estudios se refieren a los efectos de la interacción de individuos depresivos con no depresivos, la dinámica del fenómeno, si es que se puede aplicar a la interacción entre individuos depresivos, podría servir como base para la predicción de que los pacientes depresivos en grupos homogéneos incrementarán mutuamente sus respectivos niveles de disforia.

Nuestra experiencia clínica nos dice que éste no es un gran problema. Es improbable que el mero hecho de hablar acerca de los problemas o los síntomas ejerza efectos tangibles, excepto quizás el de incrementar la disforia –una posible explicación para el hecho de que las psicoterapias tradicionales se hayan mostrado tan poco eficaces en estudios controlados (véase Hollon y Beck, 1978)–. Sin embargo, en la terapia cognitiva de grupo, el terapeuta trabaja activamente para focalizar la atención en el examen y reevaluación de las percepciones idiosincráticas en la medida en que estructura hasta cierto punto las sesiones. Nuestra experiencia es que la conducta de grupos homogéneos de pacientes depresivos puede mantenerse relevante a la tarea y, bajo determinadas circunstancias aparecer bastante animada, espontánea y activa. Al igual que en la terapia cognitiva individual, es importante darse cuenta de que su depresión le parece “realista” al paciente deprimido. En la terapia cognitiva de grupo, parece que el hecho de centrarse en el proceso por el cual las interpretaciones negativas y las distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información se combinan para hacer que situaciones problemáticas –pero sobre las cuales se puede trabajar– parezcan irresolubles puede, con la ayuda de otros miembros del grupo, prevenir o impedir esa especie de corriente afectiva negativa y “contagiosa”, la cual es, en principio, atribuible a la aceptación incondicional de las evaluaciones pesimistas del paciente depresivo por parte del grupo.

Distorsiones “universales” versus distorsiones personales

Si bien parece que los pacientes depresivos tienden a experimentar pensamientos negativos sobre sí mismos, el mundo y el futuro, existen datos que sugieren que tales distorsiones se limitan solamente a la información concerniente al propio individuo depresivo (Capítulo 1). Parece que los depresivos se aplican a sí mismos reglas bastante diferentes de las que aplican a los demás o, dicho de otro modo, que los errores en las inferencias y en los pensamientos son

más evidentes cuando el paciente piensa sobre sí mismo que cuando piensa en otra persona.

La mayor objetividad y flexibilidad al juzgar a otras personas se pone de manifiesto en nuestra experiencia clínica de la terapia de grupo. En primer lugar, el paciente depresivo suele considerar que la identificación de los errores en las cogniciones negativas de otros pacientes y la evaluación de los pensamientos y supuestos resulta más fácil que la identificación y evaluación de sus propias cogniciones. En segundo lugar, y aún más importante, la identificación y evaluación de las distorsiones cognitivas de otros individuos por parte del paciente parece *facilitar la identificación y evaluación de su propio conjunto de cogniciones idiosincráticas*. En este sentido, los miembros del grupo someten los supuestos a una prueba de realidad y, al hacerlo, mejoran su habilidad para corregir sus propios pensamientos desadaptativos.

En resumen se puede decir que los pacientes depresivos son capaces de funcionar dentro de un grupo y de obtener beneficios de las experiencias de grupo. No obstante, el foco central de discusión y el grado de estructuración en un marco cognitivo parecen ser determinantes críticos de la efectividad de la terapia de grupo.

Aspectos formales

Los distintos procedimientos terapéuticos descritos a lo largo de esta monografía pueden también utilizarse en la terapia de grupo. Al igual que en la terapia cognitiva individual, entre los objetivos fundamentales de la terapia de grupo figura el examen y la modificación del sistema de creencias desadaptativo y de las formas inadecuadas de procesar la información de los pacientes. Entre las técnicas básicas se encuentran las asignaciones conductuales; el entrenamiento en el autocontrol sistemático de las cogniciones, estados de ánimo, etc.; y el entrenamiento en estrategias encaminadas a identificar y modificar el sistema de cogniciones distorsionadas. Se hace uso extensivo de distintas asignaciones para casa, incluyendo los programas de actividades, el registro de cogniciones y los esfuerzos para modificar éstas. Con frecuencias, pacientes y terapeuta colaboran para diseñar “experimentos” dirigidos a probar los puntos de vista que mantienen los pacientes.

Como en las sesiones de terapia cognitiva individual, las sesiones de grupo están estructuradas y centradas en los problemas. El terapeuta se muestra bastante activo –preguntando, “desafiando”, explorando y dando instrucciones–. La adaptación de estos procedimientos al formato de grupo presenta una serie de problemas específicos, tanto en cuanto al foco de atención de las sesiones como en lo referente a los problemas prácticos que pueden surgir en una situación de grupo. En los siguientes apartados se tratarán algunas de estas cuestiones.

Grupos orientados al problema versus grupos orientados al proceso

La terapia cognitiva es un enfoque orientado al problema. Se presta poca atención a la comprensión de la interacción entre paciente y terapeuta. Durante las sesiones de grupo, la atención se centra principalmente en los problemas de varios de los miembros. No se tienen en cuenta aspectos importantes para las terapias de grupo tradicionales, como pueden ser la cohesión, la afectividad, el liderazgo, las alianzas, etc. Las sesiones cognitivas suelen seguir la pauta de que cada paciente selecciona un problema sobre el cual centrarse; a continuación, se establece un turno entre los pacientes para hacer comentarios al respecto.

No obstante, en ocasiones pueden surgir problemas psicológicos que se deben, en parte, a procesos del grupo. Pero, en general, estos problemas son consistentes con otros fenómenos depresivos y, cuando se detectan, sirven para demostrar la relevancia de los principios cognitivos. Suele tratarse de cogniciones como, “Ocupo demasiado tiempo del grupo”, “No tengo nada que ofrecer” o “Nunca mejoraré”. El tratamiento de las cogniciones relacionadas con la participación en el grupo sirve como vehículo para el aprendizaje, tanto como el tratamiento de las expectativas negativas acerca de la terapia individual sirve como modelo útil para probar las hipótesis cognitivas en general. Se hace hincapié en los fenómenos relacionados con el proceso, pero con fines ilustrativos, no para estudiar el proceso en sí.

Grupos cerrados versus grupos abiertos

La terapia de grupo conlleva la decisión de comenzar con un grupo de pacientes al mismo tiempo e ir admitiendo nuevos miembros a medida que van llegando, o bien admitir a los miembros sobre una base continua. A diferencia de las terapias de grupo más orientadas al proceso, la terapia cognitiva de grupo considera el tema de la admisión de nuevos miembros en un sentido pragmático más que simbólico. Lo normal es que un paciente recién llegado esté más deprimido y requiera más tiempo y atención. Dado que la terapia cognitiva implica un considerable grado de actividad por parte del paciente, se necesita un tiempo medio de 20 a 30 minutos de presentación didáctica. Nuestra experiencia indica que la introducción de nuevos miembros puede suavizarse si se siguen algunas estrategias. Primera, orientar al paciente en una sesión preparatoria, en la cual se le proporciona una visión general de la terapia cognitiva, material de lectura (por ejemplo, *Coping with Depression*) y un entrenamiento inicial en autocontrol o programación de actividades. Segunda, otros miembros más adelantados del grupo pueden participar en este proceso orientador de modo que, a la vez, constituya para ellos una experiencia de aprendizaje útil; el hecho de que los pacientes más avanzados expliquen los fundamentos del modelo cognitivo y proporcionen ejemplos de pensamientos automáticos negati-

tivos sirve para asegurarse de que no sólo son capaces de utilizar los procedimientos, sino que además los comprenden hasta el punto de poder comunicárselos a un miembro nuevo.

Terapeutas: misión y número

Como en la terapia cognitiva individual, el trabajo con pacientes depresivos exige un alto nivel de actividad por parte del terapeuta. Enfrentarse con varios pacientes depresivos a la vez requiere que el terapeuta preste atención incluso a los pequeños detalles. Es especialmente importante que no deje que los pacientes “se pierdan” en el grupo; dado que una gran parte de cada sesión se dedica a un solo paciente, es importante asegurarse de que todos los pacientes tienen periódicamente la oportunidad de comentar sus propios problemas.

La participación de varios terapeutas, cuando sea posible, ofrece varias ventajas. Ya que un único terapeuta sólo puede manejar un grupo de tamaño reducido (de cuatro a seis pacientes), los grupos más grandes necesitan un terapeuta adicional. Cuando hay dos terapeutas, uno puede dedicarse activamente a un problema y/o paciente determinado, mientras que el otro atiende a las reacciones de los otros miembros del grupo. Otro aspecto a tomar en consideración es el hecho de que los pacientes normalmente producen una considerable cantidad de material escrito entre una sesión y otra. Al estar presentes dos terapeutas, el más implicado en el tema o la discusión de un momento determinado puede dedicar toda su atención a estos aspectos, en tanto que el otro queda más libre para examinar el material escrito aportado por los pacientes en busca de contenidos que revistan un interés especial.

Grupo: composición y número de pacientes

Poco se sabe sobre factores relacionados con este tema que faciliten o dificulten el avance de la terapia cognitiva de grupo. Ciertamente, los procedimientos que se han descrito en este manual son más directamente aplicables a pacientes con sintomatología depresiva primaria. Parece, en principio, que cualquier problema para el que sea adecuada la terapia cognitiva individual también puede ser tratado mediante terapia cognitiva de grupo. Sin embargo, los pacientes con profundas tendencias suicidas pueden constituir excepciones en este sentido, pero no porque el tratamiento de grupo no vaya a surtir efecto en tales casos, sino porque estos pacientes necesitan más tiempo y atención de lo que permite la situación de grupo. Una medida que a veces tomamos para satisfacer las necesidades de algunos pacientes consiste en llevar a cabo sesiones individuales paralelas a las sesiones de grupo.

Como ya hemos mencionado, el tamaño del grupo se determina en base a criterios pragmáticos más que teóricos. El grueso de nuestra experiencia se ha realizado con grupos de cuatro a ocho pacientes llevados por dos terapeutas.

La gravedad respectiva de los problemas y la experiencia que los distintos pacientes pueden aportar con respecto a terapias anteriores son consideraciones que deben tenerse en cuenta a la hora de formar un grupo. Un único terapeuta puede llevar un grupo de seis o más pacientes gravemente deprimidos, pero uno o dos de estos pacientes gravemente deprimidos pueden integrarse en un grupo de pacientes que ya hayan recibido entrenamiento específico. Con frecuencia se ha comprobado que los pacientes más adelantados sirven de gran ayuda para modelar distintas habilidades y para instruir verbalmente a los nuevos pacientes en las técnicas principales.

Duración y frecuencia de las sesiones

Un período de dos horas de terapia sirve para satisfacer la necesidad de dedicar un cierto tiempo a cada paciente, evitando a la vez la fatiga en los pacientes o en los terapeutas. También se han probado períodos de tiempo más cortos (Rush y Watkins, 1978), pero aún no disponemos de la evidencia suficiente para establecer conclusiones definitivas acerca de los efectos de la duración de las sesiones sobre los resultados de la terapia.

Paralelamente, tampoco existen unos criterios definidos que determinen la frecuencia óptima de las sesiones. En la programación de sesiones con pacientes adultos en régimen externo, Shaw y Hollon (1978) llevaron a cabo una sesión semanal, en tanto que Rush y Watkins (1978) realizaron dos sesiones semanales. La efectividad del tratamiento en ambos casos es comparable; no obstante, serían deseables estudios que comparasen directa y controladamente los efectos de la frecuencia de las sesiones.

Por el momento, la experiencia clínica sugiere que la duración adecuada de las sesiones oscile entre una hora y media y dos horas; los contactos semanales constituyen la frecuencia mínima. Se necesita una consideración sistemática de estas variables pragmáticas.

Contratos de tiempo limitado

Tanto si se trabaja con un grupo abierto o cerrado, parece beneficioso negociar un acuerdo explícito y de tiempo limitado con cada paciente. El hecho de centrar la atención en criterios de mejoría bien definidos parece facilitar tanto la discusión de las expectativas como la ocurrencia del cambio. Nuestra experiencia sugiere que la terapia realizada en 12-20 sesiones a lo largo de 12-20 semanas es adecuada para la mayoría de los pacientes con depresión unipolar en régimen externo.

Terapia de grupo combinada con terapia individual

Hemos observado que la mayoría de los pacientes depresivos que acuden a nuestra clínica requieren un número variable de sesiones individuales, aun

cuando la terapia de grupo sea el tratamiento seleccionado. En algunos casos, la terapia de grupo sirve como procedimiento adicional al tratamiento individual. En otros, el tratamiento individual es un requisito previo para pasar a la terapia de grupo. Durante la sesión individual preliminar, el terapeuta se dedica a recabar información sobre los problemas del paciente, su personalidad, su ambiente y sus mecanismos para hacer frente a las situaciones problemáticas. Además, tiene una oportunidad para establecer el *rappont* y para familiarizar al paciente con los conceptos y técnicas de la terapia cognitiva.

Una vez que el paciente ha comenzado a participar en la terapia de grupo, pueden ser necesarias algunas sesiones individuales esporádicas por distintas razones. Dado que la terapia de grupo limita el tiempo dedicado a los problemas de cada paciente, algunos de ellos pueden necesitar la atención adicional que ofrecen las sesiones individuales. Otros pacientes pueden necesitar periódicamente el apoyo y la intimidad características de la relación diádica. Por último, algunos pacientes pueden mostrarse poco dispuestos a discutir en grupo sus problemas confidenciales.

En los estudios de investigación que comparan la terapia de grupo con otras modalidades de tratamiento, hemos defendido el formato de alternar inicialmente la terapia individual con la de grupo. Después de la cuarta sesión individual, el paciente continúa exclusivamente con la terapia de grupo, salvo que exista una necesidad específica de llevar a cabo sesiones individuales. Las investigaciones que han empleado exclusivamente la terapia cognitiva de grupo se han centrado generalmente en pacientes más jóvenes y menos deprimidos que los que recibimos en nuestra clínica (Shaw, 1977).

Realización de las sesiones terapéuticas

Entrevistas preparatorias

Antes de entrar en un grupo de terapia, un paciente depresivo puede sentirse especialmente atemorizado. Esto puede reflejarse en pensamientos como, “Posiblemente no podría hablar de mis problemas ante tantas personas”, “Me siento incómodo en las situaciones de grupo”, “Debo ser un paciente muy poco interesante”, o “Debo estar demasiado enfermo (o no suficientemente deprimido) para obtener algún beneficio de la terapia individual”. Son muy útiles las entrevistas preparatorias programadas para discutir estos contenidos u otros similares o relacionados.

Secuencia de procedimientos técnicos

En la Tabla 2 se presenta un panorama general de la estructura que recomendamos para las sesiones de terapia de grupo, de los contenidos a cubrir y de las habilidades a desarrollar a lo largo de un período de tiempo. En general,

el foco de atención varía a través de las sesiones; al principio, se centra en planificar y controlar intervenciones conductuales discretas (por ejemplo, programar actividades, autocontrolar los estados de ánimo, asignar tareas graduales, etc.), mientras que después se va centrando progresivamente en técnicas dirigidas a identificar, evaluar y poner a prueba los distintos pensamientos automáticos y supuestos subyacentes. Paralelamente, las estrategias cognitivas iniciales (p. ej., la técnica de la triple columna, las técnicas de reatribución, etc.) van encaminadas a identificar los pensamientos automáticos específicos. Transcurridas algunas semanas, se dedica progresivamente más tiempo a discernir y modificar el sistema de supuestos subyacentes.

Si se trata de un grupo cerrado, una vez lista la composición definitiva, puede seguirse el programa propuesto en la Tabla 2. Cuando se trata de un grupo abierto a la llegada de nuevos miembros, será necesario repetir las partes más significativas de la primera sesión para cada miembro, habitualmente de forma sucinta. Los miembros más avanzados a menudo desempeñan un papel primordial en el proceso de orientación: modelar habilidades y describir los aspectos teóricos y/o prácticos más relevantes de la terapia.

1. Evaluar el síndrome de la depresión. Somos partidarios de comenzar la terapia cognitiva de grupo con una o varias evaluaciones estructuradas de los problemas objetivo. El Inventario de Depresión de Beck (véase Apéndice) proporciona una medida de autoinforme concreta y bien validada del síndrome depresivo. La entrevista inicial, la primera sesión de terapia con el grupo y las sesiones subsiguientes comienzan sistemáticamente con la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (IDB). A los pacientes que ya hayan respondido varias veces al IDB se les puede dar un ejemplar para llevarse a casa y rellenarlo inmediatamente antes de acudir a la sesión o cuando están en la sala de espera.

TABLA 2
PROGRAMA PARA LA TERAPIA COGNITIVA DE GRUPO

Semana	Objetivos de la Sesión y Métodos
0	<p>Diagnóstico y/o sesión preparatoria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar la adecuación de la composición del grupo 2. Evaluar y discutir las expectativas 3. Proporcionar <i>Coping with Depression</i>
1	<p>Sesión inicial</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medir el grado de depresión (IDB) 2. Presentación del/los nuevos miembros 3. Establecer la agenda 4. Establecer las normas 5. Discutir las expectativas y revisar los objetivos de tratamiento 6. Introducir el fundamento teórico de la terapia y comentar <i>Coping with Depression</i> 7. Discutir las respectivas preocupaciones de los pacientes 8. Entrenamiento en habilidades de autocontrol y/o experimentos conductuales 9. Asignar tareas para casa
2-10	<p>Sesiones siguientes</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Evaluar las reacciones ante la sesión 1. Medir la intensidad de la depresión (IDB) 2. Establecer la agenda 3. Revisar el estado de cosas desde la última sesión 4. Discutir las reacciones ante sesiones anteriores 5. Revisar las tareas para casa 6. Introducir nuevos contenidos y relacionar el material con la teoría cognitiva 7. Asignar tareas para casa
11-12	<p>Sesiones finales</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Evaluar las reacciones ante la sesión 1. Medir la intensidad de la depresión (IDB) 2. Establecer la agenda 3. Revisar el estado de cosas desde la última sesión 4. Discutir los progresos hechos hasta la fecha 5. Discutir las expectativas ante la terminación de la terapia 6. Evaluar las reacciones ante la(s) sesión(es)

La repetida aplicación del IDB permite un estrecho control de la intensidad de la depresión, indica cualquier cambio importante en la sintomatología –como, por ejemplo, la aparición de ideas suicidas– y mantiene la atención centrada en producir una modificación dentro de los límites de tiempo previstos en el contrato. Aunque la depresión es el principal centro de interés, a veces también controlamos regularmente otros procesos relevantes, como, por ejemplo, la ansiedad.

2. *Establecer la agenda.* Al comienzo de cada sesión, suele ser deseable fijar una agenda flexible, pero que permita a los pacientes y al (los) terapeuta(s) centrarse en áreas de discusión concretas. Resulta útil establecer un turno para que cada paciente apunte sugerencias, de modo que la sesión comience con la participación activa de todos los miembros. Si se va a incorporar un nuevo miembro a un grupo ya formado, el terapeuta aprovechará este momento para hacer una introducción y para indicar que se va a dedicar un cierto tiempo a explorar los objetivos, problemas y situación general del nuevo miembro. También es una buena ocasión para suscitar los comentarios que deseen hacer los pacientes más avanzados sobre los cambios producidos en los síntomas a lo largo de la semana anterior. En general, es preferible anotar los contenidos que vayan surgiendo y continuar elaborando la agenda para volver sobre dichos contenidos más adelante, en lugar de extenderse demasiado sobre un tema al principio de la sesión. Cuando un grupo está en sus comienzos y antes de suscitar las preocupaciones de cada paciente, es conveniente indicar con claridad las áreas que deben discutirse en la primera sesión: por ejemplo, la estructura general de las sesiones, las normas del grupo, los objetivos y expectativas individuales y una discusión general sobre la terapia cognitiva.

Este procedimiento proporciona una estructura formal explícita dentro de la cual el grupo puede funcionar con la máxima eficiencia. Cuando un terapeuta trabaja con pacientes depresivos, es importante que tenga previsto un programa estructurado para aplicarlo cuando sea necesario. Se trata de una precaución adicional para contrarrestar los posibles efectos de inercia y pesimismo que son frecuentes en los pacientes deprimidos. El manejo de las vacilaciones en la toma de decisiones durante la sesión constituye una de las actividades terapéuticas más positivas; por lo tanto, el terapeuta debe disponer de una estrategia bien programada y estructurada para tales casos. Un paciente que recibía terapia individual definió este procedimiento como “planificar mi trabajo y después trabajar según el plan”.

En lugar de constituir un factor inhibitorio durante la sesión, una agenda bien estructurada facilita la espontaneidad y la participación de los pacientes. Parece probable que el pobre pronóstico de los pacientes depresivos en grupos menos estructurados o en grupos orientados al proceso pueda atribuirse al fra-

caso de tales grupos en contrarrestar adecuadamente la operación del conjunto de cogniciones negativas. Estas parecen dominar en aquellas situaciones en que la falta de estructura sugiere ambigüedades, dejando así un vacío significativo a llenar por las interpretaciones de los pacientes.

3. *Establecer las normas.* Durante la sesión inicial, es conveniente discutir una serie de normas básicas y suscitar el acuerdo de todos los miembros. Los temas confidenciales constituyen un problema especial en la situación de grupo. Nosotros solemos abordar este asunto directamente, pidiendo que cada paciente respete el derecho a la intimidad de los demás. Una pauta general es que todos los pacientes son libres de discutir sus objetivos, progresos, procedimientos que están aprendiendo, etc. con quien deseen, pero no pueden hablar sobre un paciente determinado ni sobre sus problemas fuera de la situación de grupo. Dedicar algunos minutos a discutir este asunto y asegurarse de que todos los participantes están de acuerdo, sirve no sólo para atraer la atención sobre la importancia del tema, sino que además parece facilitar una actitud más abierta por parte de los pacientes a la hora de tratar contenidos confidenciales.

La segunda norma importante consiste en estructurar el tiempo de modo que cada uno de los miembros tenga la oportunidad de aportar sus preocupaciones para que sean discutidas, que el grupo trate el problema durante el tiempo que sea necesario para llegar a una resolución y que se suscite la opinión de los pacientes que no hayan hecho comentarios espontáneamente. Este procedimiento evita que la discusión sea demasiado difusa, a la vez que asegura que ningún miembro quede desplazado. Al comienzo de las sesiones, sobre todo en las primeras, es conveniente que el terapeuta se muestre algo más formal, solicitando los comentarios de cada miembro por turno, como se hacía al establecer la agenda.

Al comienzo de la terapia, es frecuente que los pacientes depresivos se identifiquen con las percepciones negativas de algún otro miembro. Inicialmente, los comentarios de un paciente pueden tomar la forma de un apoyo o acuerdo con el punto de vista pesimista de otro, enumerando a continuación algunas experiencias o inferencias propias en el mismo sentido. Estos comentarios ejercen el efecto de desviar la atención del problema inicial y del paciente que comenzó hablando. Es improbable que este proceso refleje algo más que un deseo espontáneo de empatizar y/o identificarse con otro miembro. Es misión del terapeuta hacer que la discusión vuelva al problema planteado originalmente y, a continuación, pasar a trabajar sobre el mismo.

4. *Evaluar las expectativas y reacciones ante las sesiones anteriores.* Al comienzo de la(s) sesión(es), al terapeuta puede resultarle útil preguntar a cada paciente cómo espera que sea la terapia y qué espera que ocurra en las sesio-

nes posteriores. La respuesta a estas preguntas puede proporcionar indicios sobre posibles expectativas poco realistas (generalmente negativas) y alertar al/los terapeuta(s) sobre las expectativas y supuestos de los pacientes que quizás no surgiesen en el transcurso normal de la terapia cognitiva. Es frecuente que los pacientes acudan a la terapia con alguna idea preconcebida de lo que va a suceder. Las expectativas de un grupo homogéneo de pacientes deprimidos suelen ser pesimistas; en este sentido, al elicitar la verbalización de las expectativas de cada paciente en la primera sesión, se demuestra cómo operan las autoevaluaciones negativas.

Por ejemplo, al final de la primera sesión con un grupo recién formado, pedimos a los pacientes que hiciesen por separado una lista con todos los miembros del grupo en función de quién pensaban que obtendría mayores beneficios del tratamiento. Cada miembro se colocó a sí mismo al final de la lista. En la discusión que siguió, se puso de manifiesto la existencia de algunas similitudes en la percepción que tenían los pacientes de sí mismos respecto a los demás. Se detectaron pensamientos como los siguientes: “Nadie está tan deprimido (o tan desesperado) como yo”, “Los demás parecen tan normales; yo sí que soy una ruina”, “Esta terapia puede funcionar con los demás, pero mi depresión está causada por mi marido (o mi trabajo, el desempleo, una enfermedad, etc.); no hay nada que se pueda hacer con mi forma de pensar”. El hecho de señalar la similitud en los modos de pensamiento acerca de sí mismos y su situación facilitó la identificación de las distorsiones cognitivas negativas.

5. Presentación inicial de los problemas individuales. En la primera sesión para cada paciente, es deseable ofrecerle la oportunidad de discutir los problemas que le hicieron acudir a la terapia. En la primera sesión con un grupo nuevo, solemos suscitar en primer lugar los comentarios de todos los miembros antes de centrar la atención en un paciente determinado. El terapeuta suele emplear este período para hacer comentarios sobre aspectos de los distintos problemas que van surgiendo que sean consistentes con el síndrome de la depresión y sobre el tipo de intervención específico para resolver algunos de esos problemas.

6. Presentar la teoría y las técnicas cognitivas. La terapia cognitiva hace algunas afirmaciones explícitas acerca de la naturaleza de la relación entre los eventos, las ideas y los sentimientos y conductas subsiguientes. Ya al principio de la primera sesión, el terapeuta anima a los pacientes a examinar la forma que tienen de ver las cosas. En principio, este esfuerzo toma la forma de animar a los pacientes a cambiar su conducta, a pesar de su pesimismo inicial; las técnicas de reevaluación cognitiva más formales se introducen en fases más avanzadas del tratamiento.

Suele ser conveniente hacer una presentación explícita de la teoría cognitiva enlazando con los ejemplos que surjan en la presentación de los problemas por parte de los pacientes. En lugar de hacer una presentación formal y abstracta, el terapeuta puede ilustrar la explicación con ejemplos concretos de pesimismo injustificado, de pensamientos distorsionados, etc. Siempre que sea posible, se recomienda poner uno o varios ejemplos relevantes para cada paciente durante la primera sesión. Seleccionando los ejemplos cuidadosamente, el terapeuta demuestra aspectos importantes de la teoría, a la vez que atiende a las necesidades de los distintos miembros del grupo.

7. *Asignación de tareas para casa.* Al final de cada sesión, todos los pacientes deben tener asignada al menos una actividad específica para realizar antes de la sesión siguiente. En principio, lo más probable es que la tarea asignada entrañe algún tipo de autocontrol. En el caso de los pacientes más deprimidos, la asignación inicial podría consistir en realizar un programa de actividades durante la sesión. Pueden diseñarse distintos “experimentos” para ayudar al paciente a llevar a cabo una tarea relevante o para poner a prueba determinadas creencias. Después de una o dos sesiones, comienza a ponerse un mayor énfasis en controlar regularmente pensamientos específicos en distintas situaciones y en reevaluar sistemáticamente las creencias reflejadas por tales pensamientos.

En general, una regla básica consiste en asignar nuevas tareas cuando se dominen las anteriores. Además, es de gran importancia que el terapeuta revise las tareas que fueron asignadas en la sesión anterior. El hecho de que el terapeuta no atienda al trabajo realizado por los pacientes destruye rápidamente la motivación para continuar aplicando las distintas técnicas.

Problemas específicos

En la situación de grupo pueden surgir una serie de problemas específicos que no suelen aparecer en las sesiones individuales. Entre ellos se encuentran el de monopolizar el tiempo del grupo por parte de uno o varios pacientes, los ataques personales de un miembro a otro, la aparición de subgrupos y las distintas tasas de mejoría entre los distintos pacientes. En general, cada uno de estos problemas puede ser resuelto con rapidez por un terapeuta activo que no vacile en reorientar la discusión hacia contenidos más productivos.

En el caso de los ataques personales, el mero hecho de reformular el comentario despectivo del paciente en términos de las conductas específicas que se hayan elegido para discutir en el grupo elimina la “picazón” del comentario. Las distintas tasas de mejoría pueden dar lugar a reacciones negativas que, sin embargo, resultan útiles para la terapia. Típicamente, el paciente menos adelantado responde ante la mejoría de otro con pensamientos como los siguientes: “Está mejorando, mientras que yo no hago ningún progreso; debo ser incurra-

ble". Las inferencias de este tipo proporcionan un material muy valioso para las reevaluaciones cognitivas.

Ilustración de las maniobras terapéuticas típicas

Aprovechar las interrupciones

El siguiente diálogo ilustra cómo el terapeuta sacó partido de la intrusión de una paciente mientras otra hablaba de su problema:

MARY ANN: Realmente he tenido una semana muy mala... Parece que nada ha salido bien.

TERAPEUTA: ¿Puedes ponernos un ejemplo?

M.A.: Bueno, ha habido muchas cosas. Parece que no progreso, mi hija Mary Beth tiene problemas en la escuela, y el estúpido de mi hermano llamó a mi madre y la puso muy nerviosa...

T: ¿Quiere decir que llamó a su madre a la clínica de reposo?

M.A.: Sí. Mi hermano no ha movido un solo dedo para ayudar en estos últimos tres años... pero siempre anda diciendo que va a venir para llevarla a Ohio a vivir con él... ella se excita mucho y yo tengo que ayudarla a superar la decepción...

JOAN: Mi madre siempre tiene que meterse en todo, siempre me está diciendo cómo debo educar a mi hija; como si ella fuese la única persona que sabe educar a los hijos...

T: Ya hemos hablado de eso antes, Joan; obviamente es muy importante para ti y sospecho que hay algunas características comunes con los problemas de Mary Ann con su hermano. Mary Ann, ¿cómo has intentado hacer frente a los efectos de las "promesas" de tu hermano sobre el estado de tu madre?

M.A.: He intentado hablar con él, pero nunca llegamos demasiado lejos. Me enfado tanto... no creo que se consiga nada.

J: Yo solía pensar eso de las críticas de mi madre, pero ahora no estoy tan segura... Eso es lo que me hizo recordarlo ahora; tú tienes un problema con tu hermano que se parece al que yo tengo con mi madre.

M.A.: ¿Qué quieres decir?

J: Bueno, si es como en el caso de mi madre, ella trata de ser importante, aun cuando la mayoría de las veces no lo consiga... pero intenta ser útil y sentir que sabe hacer las cosas. Yo siempre solía enfadarme con ella; ya tengo bastantes problemas con mi Becky como para aguantar además las intromisiones de mi madre... pero cuando intenté hablar de las cosas de otra manera, para hacer más fácil la convivencia con ella...

M.A.: ¿Quieres decir con tu madre?

J: Eso es, con mi madre.

M.A.: Mi hermano y yo nunca podríamos hablar.

T: ¿Cómo lo sabes?

M.A.: Bueno, nunca lo hemos hecho; siempre nos hemos peleado mucho, desde que éramos pequeños.

J: En mi caso funcionó... y yo nunca pensé que pudiera ser así.

T: Quizá podríamos hacer un role-playing; Mary Ann, ¿querrías representar el papel de tu hermano? Y Joan, ¿haces tú el papel de Mary Ann?

M.A.: ¿Se supone que vamos a representar el tipo de discusiones que tenemos mi hermano y yo?

T: Eso es, una típica interacción de las que desencadenan una pelea; entonces Joan tratará de estructurar la interacción con su hermano... ella lleva la voz cantante e inicia los comentarios. Eso es lo que parece hacer feliz a tu madre y, a la vez, mantener su deseo de ayudar, ¿no?

J: La mayoría de las veces; sí, eso creo.

T: Bien. Entonces, Mary Ann, puedes empezar cuando quieras...

El role-playing ayudó a ambas pacientes a mejorar sus habilidades interpersonales. Aprovechando la ocasión en que Joan interrumpió a Mary Ann, el terapeuta hizo que la experiencia de la primera ayudase a Mary Ann a manejar sus problemas más satisfactoriamente. En este sentido, introdujo una técnica de grupo bastante “avanzada”: el role-playing.

Empleo de miembros del grupo como coterapeutas

El terapeuta puede hacer que un miembro del grupo asuma el papel de terapeuta de otro paciente:

TERAPEUTA: Muy bien, hagamos nuestra agenda para hoy. Ed, ¿alguna cosa en especial?

ED: No, nada concreto. Las cosas han ido un poquito peor.

T: Bien, ¿Marilyn?

MARILYN: El viernes tengo esa fiesta que ya mencioné... No sé cómo voy a poder hacerla frente.

T: ¿Se trata de la fiesta de que nos hablaste hace dos semanas?

M: Sí, cada año se encarga uno de los primos de organizarla... este año me ha tocado a mí... y no creo que sea capaz de hacerlo.

KEN: ¿Por qué, Marilyn?

M: Es demasiado, yo no puedo con tanto... tengo problemas para poner la mesa, para levantarme por las mañanas, para venir aquí, al grupo... ¿Cómo podría dar una fiesta para varias personas?

- K: ¿Qué tienes que hacer exactamente?
- M: Todo... tengo que limpiar la casa, hacer la compra, cocinar... todo.
- T: Parece como si te sintieses abrumada. Ed, si tú fueras Marilyn, ¿cómo empezarías a organizar la fiesta?
- E: ¿La fiesta? No sé...
- T: Estoy recordando que la semana pasada fuiste capaz de limpiar tu apartamento...
- E: ¡Ah! ¿se refiere a desmenuzar la tarea?
- T: Tú eres ya todo un experto en descomponer en partes las grandes tareas. ¿Qué pasos consideras útiles para Marilyn?
- E: Bueno, a mí me resultó muy útil redactar una lista con todas las cosas que tenía que hacer; cuando terminé, comprobé si estaba todo.
- T: Es decir, anotar las cosas.
- E: Sí, hagamos una lista. Cuando la hicimos la última vez, yo me la llevé a casa y simplemente seguí lo que allí decía.
- K: Yo siempre comienzo por lo más sencillo; eso facilita las cosas, “ponerse a ellas”.
- T: Marilyn, pareces preocupada, ¿qué te pasa?
- M: Me sigue pareciendo demasiado, nunca seré capaz de hacerlo.
- T: Ese es un buen ejemplo de pensamiento automático, ¿no os parece? Intentemos confeccionar una lista de las cosas que tienes que hacer; después veremos si las sugerencias de Ed y Ken facilitan la tarea.
- M: Me parece demasiado.
- E: También me lo parecía a mí. Sé cómo te sientes, pero eso de dividir la tarea en partes realmente ayuda.
- T: Aunque no sea nada más, al menos practicaremos en dividir grandes tareas en unidades más asequibles; además, nos servirá para obtener ejemplos de pensamientos automáticos negativos sobre los que trabajar, como el que acabas de exponer. Ken, ¿quieres ser el “escribano”? Ed, ¿quieres preguntarle algo a Marilyn para saber qué cosas tiene que hacer?

En este caso, el terapeuta reconoce que Ken estaba respondiendo a los problemas de Marilyn de un modo terapéutico. Atrajo a Ed a la discusión y, en consecuencia, Ken y Ed participaron activamente como “terapeutas”. Por último, asignó papeles terapéuticos específicos a Ken y a Ed. Hemos observado que “los pacientes como terapeutas” muestran una gran capacidad para aplicar las habilidades aprendidas para hacer frente a sus problemas y generalmente adquieren una mayor autoconfianza.

Estudios empíricos sobre la terapia cognitiva de grupo

¿Cuál es la eficacia de la terapia cognitiva de grupo? Existen al menos cinco estudios que tratan de este tema, aunque solamente uno de ellos (Rush y Wastkins, 1978) ha comparado explícitamente el formato de grupo con el individual. La eficacia del tratamiento puede evaluarse al menos en tres aspectos: reducción de la sintomatología inicial, prevención de las recaídas y baja incidencia de terminaciones prematuras.

En la actualidad, existe bastante evidencia de que la terapia cognitiva de grupo reduce la sintomatología inicial. En los cinco estudios relevantes, con depresivos voluntarios seleccionados mediante métodos psicométricos (Gioe, 1975), con estudiantes universitarios deprimidos en régimen externo (Shaw, 1977) y con adultos depresivos en régimen externo (Morris, 1975; Rush y Watkins, 1978; Shaw y Hollon, 1978), se ha observado que los pacientes tratados con terapia cognitiva de grupo mostraban en el post-tratamiento puntuaciones de depresión significativamente menores que las que habían obtenido en el pretratamiento.

El estudio de Shaw (1977) comparó la terapia cognitiva de grupo con un tratamiento estrictamente conductual, el propuesto por Lewinsohn y sus colaboradores (Lewinsohn 1974, 1975). Se demostró que la terapia cognitiva era superior tanto al procedimiento conductual como a un tratamiento no directivo y a un grupo control compuesto por sujetos en lista de espera. Los efectos relativamente débiles del método estrictamente conductual observados en el trabajo de Shaw fueron replicados por Padfiel (1976), quien comparó un tratamiento conductual del tipo del propuesto por Lewinsohn con un tratamiento centrado en el cliente con pacientes adultos en régimen externo. Según estos datos, parece improbable que los efectos positivos asociados con la terapia cognitiva de grupo puedan atribuirse solamente a factores generales (inespecíficos) o a un procedimiento conductual estructurado.

Shaw y Hollon (1978) trataron consecutivamente a dos grupos de pacientes: al primero en el contexto de un grupo cerrado y al segundo, en el de un grupo abierto. El resultado del tratamiento para la combinación de ambos grupos se comparó con los resultados de un grupo de pacientes tratados con terapia cognitiva individual y de otro grupo tratado con farmacoterapia (imipramina) más breves contactos de apoyo, pertenecientes estos dos últimos grupos a otro estudio clínico (Rush *et al.*, 1977). La terapia cognitiva de grupo dio lugar a resultados más positivos que la farmacoterapia, pero menores que los de la terapia cognitiva individual, si bien ninguna de las diferencias era significativa. Definiendo la remisión como una puntuación de 9 o menos en el IDB, siete de los doce pacientes que finalizaron el tratamiento de terapia cognitiva de grupo (58%) evidenciaron una remisión total, frente a quince de los dieciocho pacientes (83%) tratados con terapia individual, y solamente cinco de los diecisiete (29%) pacien-

tes tratados con farmacoterapia. Tres de los quince pacientes asignados a la condición de terapia cognitiva de grupo abandonaron el tratamiento (20%), frente a una tasa de abandonos del 32% para la condición de farmacoterapia y del 5% para la de terapia cognitiva individual.

En el estudio de Rush y Watkins (1978), se comparó directamente la terapia cognitiva de grupo con la terapia cognitiva individual, pudiendo estar ésta última combinada con fármacos antidepresivos. A pesar de que el tratamiento se llevó a cabo en un centro nuevo, enclavado en otra zona, los resultados son altamente consistentes con los de Shaw y Hollon (1978). Parece que la terapia cognitiva individual da lugar a una remisión algo mayor que la terapia cognitiva de grupo, si bien ambas condiciones produjeron reducciones significativas de los síntomas entre el pre y el post-tratamiento. Un 43% de los pacientes de terapia de grupo mostró una remisión total, definida como en el estudio anterior, al final de 16 semanas de tratamiento; mientras que de los pacientes tratados individualmente el 50% mostró una remisión total (72% de los tratados con terapia cognitiva individual más medicación y 38% de los tratados solamente con terapia individual). Un resultado interesante es que, de los pacientes tratados con terapia de grupo, solamente el 18% abandonó el tratamiento, frente al 11% de la condición de terapia individual y el 0% de la condición de terapia individual más antidepresivos tricíclicos.

Aunque los resultados de las investigaciones de Shaw y Hollon (1978) y de Rush y Watkins (1978) sugieren que la terapia cognitiva de grupo no es tan eficaz como la forma individual y que, además, conlleva una tasa de abandonos más alta, esta conclusión todavía parece prematura. En el trabajo de Shaw y Hollon, las distintas condiciones de tratamiento no eran estrictamente comparables. Mientras que los pacientes del estudio de Rush *et al.* (1977) fueron asignados aleatoriamente a la condición de terapia cognitiva individual o a la de antidepresivos tricíclicos, los pacientes tratados en grupo, aunque pertenecientes a la misma clínica, no formaban parte de la misma muestra de sujetos distribuidos al azar. Es sabido que las poblaciones clínicas pueden cambiar en aspectos sutiles, pero importantes, a lo largo del tiempo. Puede ser arriesgado establecer conclusiones definitivas acerca de la eficacia relativa de la terapia cognitiva de grupo en base a lo que fue esencialmente una comparación cuasi-experimental. Puede considerarse que los resultados de este estudio demuestran la viabilidad de tratar a pacientes adultos en régimen externo con terapia cognitiva de grupo, pero no está claro que demuestren la eficacia intermedia de este tipo de terapia frente a la menor eficacia de los antidepresivos tricíclicos o a la mayor eficacia de la terapia cognitiva individual.

Por otra parte, aunque los pacientes del estudio de Rush y Watkins (1978) fueron asignados aleatoriamente a cada condición experimental (terapia individual/terapia de grupo) a partir de la misma muestra, no hay que olvidar que el

tratamiento en la condición de terapia individual se combinaba solamente en algunos casos con antidepresivos tricíclicos. No están claros los criterios que se siguieron para determinar si un paciente tratado con la modalidad de terapia individual recibiría medicación o no, pero parece que la decisión se dejaba a discreción del médico encargado. Dadas estas circunstancias, es posible que algunos factores selectivos sutiles dependientes del juicio del médico hicieran que los pacientes más difíciles dentro de la condición de terapia individual, fuesen tratados con ésta más medicación. Tales factores podrían ser los responsables del patrón de resultados obtenidos: los efectos de la terapia de grupo fueron menores que los de la condición individual, pero produciendo ambas modalidades individuales (medicación versus ausencia de medicación) respuestas comparables entre sí, aunque la terapia cognitiva de grupo fuese, de hecho, tan eficaz como la terapia cognitiva individual.

Parece razonable decir que la terapia cognitiva de grupo es viable y práctica y al menos tan eficaz como otras modalidades con las que ha sido comparada, con excepción de la terapia cognitiva individual con o sin medicación. Aunque alentadores, estos datos no son concluyentes. Es de esperar que estos primeros estudios estimulen comparaciones más rigurosamente controladas de la terapia cognitiva de grupo con otros métodos de tratamiento, especialmente con la terapia cognitiva individual.

Hasta el momento, existen pocos datos disponibles sobre el tema de las recaídas. No se sabe si la terapia cognitiva de grupo producirá efectos similares a la individual, pero esperamos que sea así. Como ocurre con la terapia cognitiva individual, la eficacia a largo plazo de la terapia cognitiva de grupo parece depender de la puesta en práctica de las habilidades adquiridas por el paciente a lo largo del tratamiento, habilidades que presumiblemente continúan a disposición del paciente bastante tiempo después de haber concluido la terapia.

Conclusiones

Todavía quedan sin resolver muchas cuestiones relativas a la naturaleza, parámetros y magnitud de los efectos asociados con la terapia cognitiva de grupo. Después de varios años de trabajo en este campo, parece claro que esta terapia es factible y quizás ya disponga de más evidencia empírica que muchos otros procedimientos ampliamente utilizados en la clínica. Aunque se pueden ofrecer algunas pautas sobre la planificación e implementación de la terapia cognitiva de grupo, éstas se basan en gran medida en el nada sistemático método de ensayo y error. Los grupos basados en estos principios se han implementado en el sentido descrito anteriormente con resultados bastante satisfactorios. No obstante, parece lógico concluir que la terapia cognitiva de grupo está aún poco desarrollada. Si bien los primeros estudios son lo suficientemente

prometedores como para estimular la experimentación clínica y un mayor refinamiento y rigor, parece probable que tales esfuerzos conduzcan al desarrollo de formas aún más potentes de adaptar los procedimientos de la terapia cognitiva a la más compleja modalidad de grupo.

CAPITULO 17

TERAPIA COGNITIVA Y FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS

Introducción

Recientemente, se ha venido dando un reconocimiento progresivo de que los términos “depresión” y “trastorno afectivo” hacen referencia a un grupo heterogéneo de problemas que incluyen distintas condiciones psicopatológicas (Mendels, 1974; Maas, 1975). Estas condiciones parecen responder diferencialmente a la farmacoterapia (Baldessarini, 1977). También es probable que respondan diferencialmente los tratamientos psicológicos, en especial a la terapia cognitiva. Dado que los “trastornos afectivos” son heterogéneos en cuanto a la respuesta ante el tratamiento, el clínico se enfrenta con el difícil problema de seleccionar el tratamiento o combinación de tratamientos más eficaz para un determinado paciente.

Este capítulo esboza las indicaciones y contraindicaciones de administrar terapia cognitiva aislada y en combinación con fármacos antidepresivos. Existen escasos datos de investigaciones clínicas sobre este tema y, por ello, nuestras sugerencias se basan principalmente en la experiencia clínica. Se necesitan más estudios clínicos que conduzcan a la identificación de predictores específicos para el empleo de la terapia cognitiva sola o en combinación con otros tratamientos. Además, en este capítulo se ilustrará la utilización de las técnicas de cambio cognitivo para incrementar la observancia de la medicación.

Los fármacos antidepresivos han producido mejorías significativas en distintos tipos de depresiones, como lo demuestra la amplia cantidad de literatura al respecto. Los antidepresivos tricíclicos (imipramina, amitriptilina, desipramina, nortriptilina y protriptilina) y compuestos relacionados (doxepin) se suelen prescribir a los pacientes con un grado leve o intermedio de depresión. Los inhibidores de la mono-amina-oxidasa (fenelcina, tranilcipromina, nialamida, etc.) también resultan especialmente indicados para ciertos tipos de depresión. Tan-

to en las depresiones unipolares como bipolares, los antidepresivos tricíclicos parecen ser los fármacos más eficaces para reducir los síntomas depresivos agudos. La terapia electroconvulsiva (TEC) sigue siendo un procedimiento altamente eficaz, que incluso puede llegar a salvar la vida a determinados pacientes gravemente deprimidos. Si se administra correctamente, la TEC puede emplearse cuando la medicación antidepresiva es ineficaz o cuando los pacientes no toleran los efectos colaterales o los riesgos asociados con los antidepresivos.

El litio puede servir como antidepresivo para algunos pacientes, especialmente para los que presentan una historia de manía personal o familiar. Estudios recientes sugieren que el litio es superior a un placebo en la reducción de los episodios maníacos y en la prevención de las recaídas, sean de tipo maníaco o de tipo depresivo, en los pacientes con depresión bipolar (véase Beck, 1973, págs. 90-91). La utilidad del litio como profiláctico en el caso de las depresiones unipolares no está tan clara, si bien algunos trabajos recientes sugieren que es efectivo (Prien, Caffey y Klett, 1974).

A pesar del impresionante número de estudios que demuestran la eficacia de los antidepresivos frente a un placebo y del amplio uso que de ellos se hace, el clínico que va a prescribirlos debe sopesar cuidadosamente varios factores: el grado de respuesta terapéutica al medicamento, su aplicabilidad general y la seguridad de un determinado medicamento en el tratamiento del paciente individual. En relación con la medida de la respuesta, la mayor parte de las comparaciones fármaco-placebo se han realizado en períodos de tiempo breves (varias semanas) y los informes se presentan en términos de las medias relativas de cada grupo en distintas medidas. Por ejemplo, Klerman *et al.* (1974) definieron la “mejoría clínica significativa” como una reducción del 50% de la sintomatología inicial tras un período de medicación de 4 semanas. Sin embargo, un 50% de reducción en la sintomatología inicial todavía puede dejar a algunos pacientes significativamente deprimidos y necesitados de tratamiento. Además, no está claro si la reducción de los síntomas continúa durante todo el período en que el paciente esté tomando la medicación. Las máximas diferencias fármaco-placebo suelen alcanzarse a las 2-10 semanas de tratamiento, mientras que el curso habitual de un episodio depresivo dura entre 24 y 56 semanas (Robins y Guze, 1972). Aunque los fármacos están claramente asociados con la reducción o neutralización de los síntomas, es posible que no produzcan una remisión completa y que continúe a lo largo de todo el período de tratamiento con antidepresivos.

La terapia cognitiva bien puede tener un lugar en el tratamiento de aquellos pacientes que no muestran una remisión completa o una profilaxis total tras la administración de fármacos antidepresivos. En otras palabras, el papel de la terapia cognitiva puede ser el de fortalecer –o instaurar– una respuesta positiva a la quimioterapia.

La estabilidad del tratamiento se refiere al mantenimiento de la reducción de los síntomas una vez finalizado el mismo. Los clínicos tienden cada vez más a mantener a los pacientes con depresión tanto unipolar como bipolar permanentemente bajo medicación, igual que a los diabéticos se les mantiene con insulina (Davis, 1976; Klerman *et al.*, 1974; Schou, 1968). Aunque se estima que en 55% de los casos no hay episodios posteriores (Robins y Guze, 1972), la depresión siempre se ha considerado como un fenómeno episódico. En el proyecto de Boston/New Haven (Klerman *et al.*, 1974), el 36% de los pacientes que habían respondido a los fármacos y que no recibieron tratamiento durante el período de seguimiento recayeron antes de 8 meses después de concluido el tratamiento. En este sentido, parece que confiar en el uso profiláctico de la medicación como única forma de terapia no es lo más adecuado en el tratamiento de muchos casos de depresión. Además, los efectos colaterales a largo plazo de los antidepresivos tricíclicos y del litio, aunque infrecuentes, pueden ser bastante graves.

Para algunos tipos de depresión, la terapia cognitiva puede proporcionar una estabilidad del tratamiento mayor que la quimioterapia (véase el capítulo 18). Nosotros hipotetizamos que la terapia cognitiva sirve para que el paciente aprenda a ejercer un control, a efectuar pruebas de realidad y a modificar los patrones estereotipados de pensamientos negativos. De este modo, el paciente desarrolla nuevos modos de pensar sobre sí mismo y sobre el mundo. Mientras estos patrones de pensamiento distorsionados continúen actuando, la teoría cognitiva predice que el paciente estará predispuesto a las recaídas.

El valor profiláctico potencial de la terapia cognitiva se ve apoyado por nuestro reciente estudio con pacientes depresivos moderados o graves en régimen externo, que fueron tratados bien con antidepresivos tricíclicos, o bien con terapia cognitiva (véase el Capítulo 18). Los pacientes que recibieron terapia cognitiva evidenciaron un menor riesgo de recaídas y una menor incidencia de los síntomas según autoinforme y en un seguimiento de un año. Aunque se necesitan estudios adicionales que confirmen este resultado, sí está claro que la terapia cognitiva puede ayudar a mantener la remisión de los síntomas, una vez interrumpido el tratamiento farmacológico.

La aplicabilidad general de los antidepresivos también es una cuestión relevante. Algunos grupos de pacientes, pequeños, pero no por ello menos importantes, no toleran la medicación; bien puede ser debido a efectos colaterales o bien a otras enfermedades que desaconsejan o imposibilitan el empleo de antidepresivos. La terapia cognitiva puede ser útil y valiosa para estos grupos de pacientes.

Más importante, numéricamente hablando, es la aparente dificultad de asegurarse de que el paciente cumple el régimen médico que se le ha prescrito. Aunque el grado de adherencia a la medicación probablemente puede aumen-

tarse prestando más cuidado a la relación terapeuta-paciente, al menos cierta proporción de los pacientes que interrumpen prematuramente un tratamiento a base de antidepresivos pueden estar respondiendo a efectos colaterales molestos y/o a la ausencia percibida de mejoría. Si bien es difícil determinar con precisión por qué un paciente interrumpe el tratamiento, es probable que las estimaciones de la tasa de respuesta estén infladas por excluir de los cálculos a aquellos pacientes que abandonaron el tratamiento.

Para algunas poblaciones de pacientes externos, la terapia cognitiva puede tener una aplicabilidad más general que el tratamiento a base de antidepresivos. La tasa media de abandonos entre los pacientes que reciben medicación bajo condiciones controladas suele situarse entre el 25-30%. Las terapias cognitivas o cognitivo-conductuales dan lugar a una tasa de abandonos menor (Rush *et al.*, 1977; McLean y Hakstian, 1978). Además, la terapia cognitiva puede tener un lugar importante en el tratamiento de las depresiones que requieren específicamente farmacoterapia. Hemos desarrollado una serie de técnicas de cambio cognitivo dirigidas a incrementar la observancia del régimen médico y a reducir la incidencia de la interrupción prematura de los tratamientos farmacológicos.

Es importante señalar que los antidepresivos tricíclicos presentan una de las dosis letales más bajas entre todos los fármacos psicotrópicos. Muchos pacientes depresivos, aunque no todos, son suicidas y la disponibilidad de medios es un factor clave en los intentos de suicidio. En este sentido, si bien el potencial letal no excluye el uso de estos fármacos sí estimula el desarrollo de métodos de tratamiento alternativos.

Finalmente, la terapia cognitiva puede llevarse a cabo en el contexto de la pareja o del sistema familiar (Rush, Shaw y Khatami, en prensa). Este formato puede neutralizar o incluso convertir en ventaja terapéutica el enfado o la actitud crítica de un miembro de la familia que, de otro modo, podría minar el cumplimiento de las instrucciones de la medicación, a la vez que ofrece un método para modificar las interacciones sociales perjudiciales o antagonicas. Este efecto modificador puede favorecer la profilaxis y hacer posible la detección precoz de las recaídas, aconsejando así rápidamente un tratamiento adicional. Estas ideas están apoyadas por un estudio reciente, en el cual se obtuvo una mayor pérdida de peso en el tratamiento conductual de la obsesidad cuando los cónyuges de los pacientes participaban también en la terapia (Brownell, Hecerman y Westlake, 1977).

Evaluación del paciente

Parece que, en relación con la respuesta al tratamiento, las depresiones son heterogéneas. Las terapias a base de fármacos antidepresivos tienen un valor

significativo en el tratamiento y profilaxis de algunas depresiones. Como ocurre con cualquier tratamiento, existen determinados riesgos asociados con el uso de estos agentes. Así pues, pensamos que existen ciertos tipos de depresión que responden a la terapia cognitiva aplicada como tratamiento único (Rush, Hollon, Beck y Kovacs, 1978). Para otro grupo de depresiones, puede existir una justificación clínica para el empleo de una combinación de quimioterapia y terapia cognitiva. El clínico se enfrenta con el problema de identificar qué pacientes necesitan terapia cognitiva, cuáles farmacoterapia y cuáles una combinación de ambas.

Antes de seleccionar un determinado tratamiento, es esencial realizar una cuidadosa evaluación del paciente. Sin embargo, en el caso de algunos pacientes, queda limitada nuestra capacidad para determinar cuál es el tratamiento óptimo. Aunque la evaluación inicial ya proporciona información a favor de una determinada intervención, a menudo es necesario un método empírico de ensayo y error. Es decir, una vez comenzado el tratamiento, habrán de llevarse a cabo evaluaciones frecuentes para determinar si el paciente responde en el sentido esperado. Si esta respuesta no es satisfactoria, el clínico debe reestructurar el método (p. ej., modificar la definición del problema/problemas, aumentar la dosis de medicación), o bien cambiar a otro tipo de terapia (p. ej., añadir terapia cognitiva a la farmacoterapia o viceversa). La necesidad de llevar a cabo evaluaciones frecuentes durante el tratamiento se hace evidente cuando se considera la siguiente posibilidad: Incluso después de realizar una cuidadosa evaluación, el clínico puede equivocarse y diagnosticar como neurosis depresiva lo que en realidad es un trastorno maníaco-depresivo, e iniciar, en consecuencia, un tratamiento basado únicamente en la terapia cognitiva. (Recordemos que no existe evidencia de que la depresión bipolar responda a la terapia cognitiva. El litio o los antidepresivos tricíclicos siguen siendo tratamientos a tener en cuenta para el alivio de los síntomas y la profilaxis). En este caso, es posible que el terapeuta sólo se dé cuenta del error inicial cuando compruebe que el paciente no responde a la terapia cognitiva. La falta de respuesta al tratamiento debe poner sobre aviso al clínico para que éste reevalúe tanto al paciente como el tratamiento seleccionado. En otros casos, la falta de respuesta ante los antidepresivos podría indicar que quizás el paciente respondiese a la terapia cognitiva.

No debe subestimarse la importancia de los diagnósticos erróneos. En un estudio reciente sobre 100 pacientes con depresión neurótica, evaluada a través de medios clínicos y de investigación, se encontró en un seguimiento de 3 a 4 años que el 18% presentaban en realidad depresiones bipolares (Akiskal, Bitar, Puzantian, Rosenthal, y Walker, 1978). Además, el tratamiento inadecuado de los pacientes a base de antidepresivos representa un serio riesgo para muchos de ellos. Un estudio con un seguimiento de 10 años (Robins y Guze, 1972) en-

contró que, para las depresiones “neuróticas” menos graves, el tratamiento con antidepresivos no era adecuado, y que estos pacientes presentaban un índice de mortalidad mayor que otros pacientes más graves.

La combinación de antidepresivos y terapia cognitiva podría ofrecer una ventaja única en el tratamiento de otros tipos de depresión. Desgraciadamente, aún no podemos especificar definitivamente cuáles son los tipos de depresión para los que esta combinación sea lo mejor.

¿Qué elementos hay que tener en cuenta a la hora de decidir si prescribir medicación, terapia cognitiva, o ambas en combinación?

Una dificultad a la hora de definir la depresión ha sido precisamente no haber conseguido criterios consistentes para diagnosticar el síndrome depresivo. A menudo es difícil decidir si un problema clínico es una depresión o se trata de otro trastorno. Por ejemplo, la esquizofrenia esquizo-afectiva incluye, según algunos investigadores, a pacientes que, de hecho, presentan un trastorno maníaco-depresivo. La “depresión enmascarada” constituye otro grupo de “depresiones” potenciales, en las cuales el paciente ni manifiesta sentirse triste o melancólico (López-Ibur, 1972).

Si bien no existe aún un acuerdo común acerca de qué constituye o conforma una “depresión”, los signos y síntomas encontrados en aquellos pacientes que los clínicos denominan depresivos pueden identificarse e incluso subdividirse conceptualmente en afectivos; conductuales, cognitivos, somáticos y motivacionales (véase Beck, 1967, págs. 10-33). Los recientes intentos de especificar los criterios sobre los cuales basar un diagnóstico de depresión pueden ayudar al clínico a determinar si un paciente presenta el síndrome depresivo. Para diagnosticar un trastorno depresivo mayor, se emplean los siguientes criterios (Spitzer, Endicott y Robins, 1978).

- A. Uno o más períodos de disforia o pérdida de interés o de placer.
- B. Cinco o más de los siguientes índices:
 1. Aumento o disminución de peso o apetito.
 2. Sueño excesivo o insuficiente.
 3. Falta de energías, fatigabilidad, cansancio.
 4. Lentitud o agitación psicomotora.
 5. Pérdida de interés o agrado en las actividades cotidianas.
 6. Sentimientos de autocensura y de culpabilidad.
 7. Disminución de la capacidad de pensar o de concentrarse.
 8. Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio.
- C. Mantenimiento de la disforia al menos durante dos semanas.
- D. Búsqueda de ayuda.
- E. Ausencia de otros diagnósticos (p. ej., esquizofrenia).

Es posible que estos criterios se incorporen a la nomenclatura oficial de la American Psychiatric Association. Es probable que los diagnósticos descriptivos

basados en criterios específicos mejoren o aumenten su propia exactitud o fiabilidad.

Se diagnostica un trastorno depresivo menor cuando se dan episodios de enfermedad no psicóticos, en los cuales la principal alteración es un estado de ánimo depresivo sin la presencia de todo el síndrome depresivo, si bien están presentes algunas de sus características. La distinción “menor/mayor” es importante porque las impresiones clínicas sugieren que los trastornos mayores suelen requerir farmacoterapia. No obstante, algunos trastornos depresivos mayores pueden responder a la terapia cognitiva sola o combinada con antidepresivos, en tanto que los trastornos menores responden mejor a la terapia cognitiva sola. Estas impresiones clínicas deben ser comprobadas por investigaciones adicionales.

Es importante recordar las limitaciones de un método de diagnóstico descriptivo. Aunque este sistema proporciona una base para determinar si un paciente *presenta* o *no* un síndrome depresivo, ciertos tipos de depresión pueden quedar excluidos arbitrariamente. En otras palabras, aún no se ha establecido la validez de este método para todos los tipos de depresión. Además, existen varios factores que pueden influir en la frecuencia y configuración de los signos y síntomas que presenta el paciente. La edad, el sexo, el grupo étnico, el nivel socioeconómico, la personalidad premórbida, el nivel intelectual y la gravedad de la enfermedad pueden influir en el modo como un paciente aparece y se siente cuando está deprimido. Por ejemplo, es más probable que los pacientes de más edad muestren una preponderancia de los síntomas somáticos (pérdida de sueño, apetito y placer). La duración y el modo en que se lleve a cabo la entrevista de diagnóstico también pueden influir significativamente en el diagnóstico descriptivo. Por ejemplo, es posible que un paciente cuyo episodio depresivo esté remitiendo espontáneamente o no haya hecho más que comenzar, muestre algunos de los signos y síntomas que se dan en los momentos más intensos de la depresión.

Aunque esté claro que un paciente presenta el síndrome depresivo, no se convierte necesariamente en candidato para la terapia cognitiva. Recordemos que las depresiones constituyen un grupo de problemas heterogéneo –con respecto a la etiología y a la respuesta ante la terapia–. En primer lugar, se conocen varios medicamentos que pueden producir un síndrome depresivo (para una excelente revisión, véase Lipwski, 1975). Entre ellos se encuentran fármacos como la reserpina, la alfametildopa (contra la hipertensión), el propanolol (para el corazón), las píldoras anovulatorias y los esteroides. El tratamiento lógico, si es posible, consiste en interrumpir la medicación, no en comenzar una terapia cognitiva.

En segundo lugar, varios estudios indican que los pacientes psiquiátricos tienen frecuentemente otras enfermedades no detectadas en el momento de acu-

dir en busca de tratamiento. Incluso en una situación médica (en una clínica o en n hospital), los pacientes psiquiátricos deberían ser cuidadosamente explorados en busca de otros trastornos médicos que puedan estar influyendo. Koryani (1972) encontró evidencia de una enfermedad física en 50 pacientes de una muestra de 100; de los 50, a 25 *no* se les había diagnosticado esta enfermedad en el momento de solicitar tratamiento psiquiátrico.

Por otro lado, varios trastornos médicos van asociados con distintos tipos de psicopatología, especialmente con síntomas depresivos (Schwab, Bialow, Brown y Holzer, 1967). Entre estas enfermedades se encuentran las disfunciones tiroideas, suprarrenales y paratiroides, la anemia, algunas infecciones producidas por virus, el cáncer, la epilepsia, la avitaminosis, la histerectomía y la artritis reumática, entre otras. Además, las enfermedades físicas desencadenan en ocasiones un trastorno psiquiátrico, con frecuencia una depresión. En los estudios sobre factores desencadenantes de la depresión, la presencia de una enfermedad física es la quinta causa más frecuente (Leff, Roatc y Bunney, 1970; Paykel, Klerman y Prusoff, 1970). Ya que el tratamiento de la enfermedad física suele hacer desaparecer el síndrome depresivo, el clínico debe disponer del historial médico y farmacológico, así como del informe de una exploración médica reciente, a fin de identificar posibles causas médicas del síndrome depresivo. Sin el conocimiento de estos datos, podría prescribirse inadecuadamente la terapia cognitiva o los antidepresivos.

Finalmente, otros trastornos psiquiátricos pueden diagnosticarse erróneamente como depresión; entre ellos, la esquizofrenia esquizo-afectiva (Kasanin, 1944) y el síndrome *borderline* (Grinker, Werble y Drye, 1968; Gunderson y Singer, 1975). No se dispone de datos controlados ni de informes de casos para saber si estos síndromes *responden o no* a la terapia cognitiva. No obstante, nuestra impresión clínica es que los pacientes con deficiencias graves a la hora de llevar a cabo pruebas de realidad tienen menor probabilidad de responder a la terapia cognitiva por sí sola. Son necesarios más estudios que determinen si el tratamiento cognitivo es eficaz para el síndrome *borderline* y la esquizofrenia esquizo-afectiva.

Suponiendo que se hayan excluido las causas médicas, el clínico aún tiene que decidir si prescribir terapia cognitiva y/o antidepresivos. Esta decisión se basa en nuestra capacidad para identificar qué depresiones van a responder a uno u otro tratamiento. Varios intentos de subdividir los trastornos afectivos pueden tener relación con esta decisión (Becker, 1974; Klerman, 1971; Robins y Guze, 1972).

El *Diagnostic and statistical manual* (Manual diagnóstico y estadístico) de 1968 de la American Psychiatric Association (DSM-II) reconoce una sola depresión no psicótica (la neurosis depresiva) y cinco tipos de depresión psicótica (reacción depresiva psicótica; melancolía involutiva; y los trastornos maníaco-

depresivos de tipo maníaco, depresivo y circular). Algunos estudios muestran que tanto las depresiones neuróticas como las psicóticas responden a la medicación.

En Gran Bretaña se denomina psicosis a una deficiencia grave en el grado de ajuste a la realidad, como se manifiesta en las alucinaciones e ilusiones. Según esta definición solamente un 15% de las depresiones serían de tipo psicótico (Klerman y Paykel, 1970). Sin embargo, en Estados Unidos, la aplicación del término “depresión psicótica” depende de la gravedad de los síntomas y del grado de deterioro o deficiencia funcional.

La práctica clínica nos dice que las depresiones psicóticas, según el DSM-II, responden mejor a los tratamientos biológicos. El mejor tratamiento para la melancolía involutiva sigue siendo la terapia electroconvulsiva (TEC). Las reacciones depresivas psicóticas y los trastornos maníaco-depresivos de tipo maníaco o circular responden mejor al litio, a los antidepresivos o, a veces, a los fármacos antipsicóticos (Freedman, Kaplan y Sadock, 1975). No sabemos si los trastornos maníaco-depresivos de tipo depresivo responden a la terapia cognitiva, si bien responden significativamente a los antidepresivos adecuados. Quizás la terapia cognitiva puede reforzar la eficacia de los tratamientos biológicos para las depresiones de tipo psicótico, bien incrementando el grado de observancia de la medicación, o bien corrigiendo las actitudes y patrones de pensamiento inadecuados. En el estado actual de nuestros conocimientos, *no* recomendamos la terapia cognitiva como único *tratamiento* para las depresiones psicóticas.

Consideremos ahora la depresión no psicótica, la neurosis depresiva, diagnóstico que reciben la mayoría de los pacientes depresivos externos. Aunque, en general, los pacientes que padecen neurosis depresiva responden a la terapia cognitiva, en este grupo pueden incluirse algunas depresiones que no respondan a los métodos cognitivos. De hecho, un creciente cuerpo de datos indica que la neurosis depresiva abarca un amplio espectro de problemas. Además, a un cierto número de estos pacientes pueden serles beneficiosos los antidepresivos.

Aunque se han hecho otros intentos de subclasificar las depresiones (por ejemplo, endógena-reactiva; endogenomórfica-no endogenomórfica; primaria-secundaria), la relevancia de estos agrupamientos dicotómicos de cara a predecir la respuesta ante la terapia cognitiva está sin comprobar. La distinción dualista entre depresiones “reactivas” y “endógenas” o “autónomas” surgió para diferenciar las depresiones producidas por fenómenos ambientales de las surgidas sin un factor desencadenante aparente. Los defensores de esta dicotomía sostienen que la depresión endógena responde a los antidepresivos o a la terapia electroconvulsiva, en tanto que la depresión reactiva responde mejor a las terapias psicológicas. Sin embargo, hay datos que sugieren que, incluso en el

caso de pacientes que no informan de ningún factor desencadenante, se suelen encontrar uno o más factores en el curso de la(s) entrevista(s) (Leff *et al.*, 1970). Otros investigadores también han encontrado evidencia de que la mera presencia o ausencia de factores desencadenantes manifiestos tiene poco valor para predecir la respuesta a la farmacoterapia (Klein, 1974; Akiskal *et al.*, 1978). Por nuestra parte, sugeriríamos que la presencia o ausencia de factores desencadenantes manifiestos tampoco tiene mucho valor para predecir la respuesta a la terapia cognitiva.

La distinción unipolar-bipolar sí es importante porque las depresiones bipolares (las asociadas con una historia de manía o hipomanía) se tratan mejor con litio y/o antidepresivos (Freedman *et al.*, 1975). Muchas depresiones unipolares no psicóticas parecen responder bien a la terapia cognitiva y es probable que el resto responda a los antidepresivos en combinación con terapia cognitiva o como tratamiento único (Rush *et al.*, 1977).

Klein (1974) propuso la expresión “depresión endogenomórfica” para designar un trastorno caracterizado por la inhibición del sistema de placer/recompensa hasta el punto de que el paciente pierde la capacidad de disfrutar. Puede haber un desencadenante ambiental claro o no haberlo. La inhibición del mecanismo del placer conduce a una “profunda pérdida de interés por el ambiente, junto con una incapacidad para disfrutar de la comida, el sexo o los propios hobbies”. Este autor hipotetiza que estos pacientes son incapaces de experimentar placer, ya sea *in vivo* o imaginariamente. Es frecuente que tales pacientes presenten anomalías en la actividad psicomotriz y en los ritmos somáticos (sueño, apetito, actividad sexual). Pueden presentar ilusiones. Todas las depresiones bipolares y algunas unipolares se incluyen en este grupo de depresiones “endogenomórficas”. Klein piensa que éstas responden bien a los antidepresivos o a la terapia electroconvulsiva y que son difíciles de tratar con terapias psicológicas únicamente.

Existe evidencia (Mendels y Cochrane, 1968) de que la presencia de síntomas somáticos profundos es un buen predictor de la respuesta a las intervenciones biológicas (p. ej., la TEC). Estos síntomas somáticos parecen incrementar la probabilidad de una respuesta positiva a los antidepresivos. En este sentido, recomendamos al clínico que considere el uso de antidepresivos en el caso de aquellos pacientes que presenten síntomas somáticos graves. Por ejemplo, una pérdida de peso de 15 libras o más en sólo 3 meses debe considerarse como un claro indicador de la necesidad de incluir antidepresivos en el plan de tratamiento.

Faltan datos empíricos para probar las hipótesis de Klein. No obstante, en nuestro estudio con 44 pacientes asignados bien a un tratamiento de terapia cognitiva, o bien a un tratamiento a base de imipramina con una breve terapia de apoyo (ver Capítulo 18), encontramos que los casos con preponderancia de

síntomas endogenomórficos presentaban un mejor estado al finalizar, independientemente de qué tratamiento hubiesen recibido –en comparación con los pacientes que presentaban síntomas más leves– (Hollon, Beck, Kovacs y Rush, 1977). Es decir, aunque los síntomas somáticos pueden tener algún valor a la hora de seleccionar el tipo de tratamiento, su relevancia no es suficientemente específica para predecir el grado de respuesta a los antidepresivos o a la terapia cognitiva.

Además, la terapia cognitiva puede ser un tratamiento útil de la depresión endogenomórfica cuando se combina con antidepresivos. Estos pueden incrementar la capacidad de algunos pacientes para participar en la terapia psicológica; de este modo, la terapia cognitiva puede resultar aún más eficaz si se combina con medicación. Se necesita más investigación para determinar si la terapia combinada tiene algún valor específico para las depresiones endogenomórficas.

En resumen, el término “depresión” abarca un grupo heterogéneo de problemas. Las intervenciones biológicas constituyen un tratamiento muy efectivo y deben aplicarse cuidadosamente cuando sea indicado. Además, parece que la terapia cognitiva es muy valiosa para ciertos tipos de depresión. Nuestra capacidad para determinar qué depresiones van a responder a la terapia cognitiva se ve limitada por la falta de un sistema unificado para clasificar las depresiones y por la falta de datos empíricos. No obstante, los avances realizados en el área del diagnóstico descriptivo y de la exploración biológica y psicológica pueden ayudar a identificar qué depresiones requieren medicación y para cuáles es mejor la terapia cognitiva.

Nos hallamos en disposición de ofrecer algunas sugerencias basadas en datos de investigaciones y en nuestra experiencia clínica. Estas sugerencias deben considerarse como impresiones clínicas y no como normas o reglas específicas. Van más allá de los datos hasta el momento disponibles y, por lo tanto, son susceptibles de revisión a medida que aumente la experiencia clínica y los resultados de las investigaciones.

Ciertos tipos de depresión parecen responder relativamente bien a los tratamientos biológicos. Entre ellos se encuentran las depresiones bipolares (aquellas en que también está presente la manía o hipomanía) y las depresiones psicóticas (en las que aparecen alucinaciones o ilusiones). No hay evidencia de que los pacientes psicóticos (con ilusiones o alucinaciones) o los que presentan una historia de manía o hipomanía respondan a la terapia cognitiva como tratamiento único. En el estado actual de nuestros conocimientos, está contraindicado el tratamiento de estas personas a base de terapia cognitiva exclusivamente. No obstante, la inclusión de la terapia cognitiva en un tratamiento fundamentalmente médico puede ser positiva para muchos de estos pacientes.

Las “depresiones neuróticas” (diagnosticadas según los criterios del DSM-II o de Klein, 1974) parecen responder satisfactoriamente a la terapia cog-

nitiva. Sin embargo, algunas de las depresiones neuróticas según el DSM-II también parecen responder a la medicación como tratamiento único. Aún no se sabe, y será tarea para estudios posteriores, si la terapia cognitiva en combinación con la farmacoterapia o aplicada a continuación de ésta ofrece alguna ventaja en la mejoría de los síntomas o en la profilaxis de las depresiones neuróticas. Los pacientes con trastornos afectivos menores son mejores candidatos a la terapia cognitiva como tratamiento único, mientras que los que presentan trastornos afectivos mayores necesitarán medicación o ambos métodos combinados.

No está claro si los pacientes con síntomas somáticos evidentes (pérdida de sueño, del apetito, de peso y del interés sexual) y anhedonia (depresiones “endogenomórficas” de Klein) pueden responder satisfactoriamente a la terapia cognitiva. Un estudio sugiere que, en el caso de algunas de estas depresiones, así es (Rush *et al.*, 1977). Ante la falta de otros estudios, nosotros pensamos que la presencia de síntomas somáticos graves en las depresiones no alucinatorias, sin ilusiones y no bipolares justifica la inclusión de antidepresivos en el plan de tratamiento, dada la evidencia de la efectividad de los fármacos en estas depresiones. Recomendamos que la definición de “grave” se haga operativa; por ejemplo, 15 libras o más de pérdida de peso en 3 meses, 2 horas o más de insomnio, etc.

También se han apuntado otros posibles índices de la respuesta a la terapia cognitiva, pero no se han comprobado en investigaciones controladas. Por ejemplo, una alta reactividad ante los estímulos ambientales y un comienzo gradual del síndrome depresivo pueden indicar una mejor respuesta a la terapia cognitiva. Una historia de episodios depresivos cortos y leves puede predecir una buena respuesta tanto a un tratamiento psicológico como biológico.

Los siguientes criterios justificarían la aplicación de la terapia cognitiva como tratamiento único:

1. Ausencia de respuesta ante dos tipos de antidepresivos distintos.
2. Respuesta parcial a las dosis correctas de antidepresivos.
3. Ausencia de respuesta o respuesta parcial ante otras terapias psicológicas.
4. Diagnóstico de trastorno afectivo menor.
5. Estado de ánimo variable, reactivo ante estímulos ambientales.
6. Estado de ánimo variable que correlaciona con cogniciones negativas.
7. Síntomas de alteraciones somáticas (sueños, apetito, peso, actividad sexual) de intensidad media.
8. Capacidad para llevar a cabo pruebas de realidad (i.e., sin ilusiones ni alucinaciones), posibilidad de concentración y funcionamiento de la memoria.
9. Incapacidad para tolerar los efectos secundarios de la medicación, o evidencia de un riesgo excesivo asociado a la farmacoterapia.

Las siguientes características indican que la terapia cognitiva en solitario no es indicada:

1. Evidencia de esquizofrenia, síndromes cerebrales orgánicos, alcoholismo, abuso de narcóticos, retraso mental.
2. El paciente padece una enfermedad o está tomando un tipo de medicación que es probable produzca depresión.
3. Mal funcionamiento de la memoria o escaso ajuste a la realidad (ilusiones, alucinaciones).
4. Historia de episodios maníacos (depresión bipolar).
5. Historia de otro miembro de la familia que respondiese a los antidepresivos.
6. Historia de otro miembro de la familia con depresión bipolar.
7. Ausencia de factores ambientales desencadenantes o mantenedores.
8. Escasa evidencia de distorsiones cognitivas.
9. Presencia de quejas somáticas (p. ej., dolor).

Las características que se listan a continuación indican la conveniencia de terapias combinadas (medicación más terapia cognitiva):

1. Respuesta parcial o ausencia de respuesta a la terapia cognitiva por sí sola.
2. Respuesta parcial, pero incompleta, a la farmacoterapia por sí sola.
3. Falta de observancia de la medicación.
4. Evidencia de funcionamiento desadaptativo crónico con el síndrome depresivo en una base intermitente.
5. Presencia de síntomas somáticos graves y marcadas distorsiones cognitivas (p. ej., desesperanza).
6. Memoria y capacidad de concentración algo deterioradas y dificultad psicomotriz.
7. Depresión intensa con riesgo de suicidio.
8. Historia de un pariente en primer grado que respondiese a los antidepresivos.
9. Historia de manía en el propio paciente o en un familiar.

No afirmamos que todo paciente que recibe medicación también debería recibir terapia cognitiva, ni pensamos que solamente la ausencia de respuesta a la terapia cognitiva constituye una indicación clara de la necesidad de una intervención biológica. Sencillamente sugerimos un conjunto de pautas aproximativo para determinar si la medicación antidepresiva por sí sola, la terapia cognitiva por sí sola, o la combinación de ambas dará lugar a los resultados más positivos posibles. Por el momento, no existen datos empíricos suficientes sobre los que basar una decisión para cada paciente. En este sentido, nos encontramos en una fase de desarrollo de este cuerpo de conocimientos, en la cual la experiencia clínica y los datos procedentes de investigaciones deben ser reevaluados continuamente a fin de proporcionar la selección de tratamiento(s) más racional posible.

A lo largo de los próximos años, anticipamos mayores avances en el campo de la farmacoterapia. Esperamos que mejoren la eficacia, seguridad y aplicabilidad general de los medicamentos en beneficio de los pacientes que necesitan un tratamiento biológico. Paralelamente, esperamos también futuros avances de la terapia cognitiva. El desarrollo de técnicas adicionales de terapia cognitiva para determinados contextos (p. ej., pareja o grupo) y/o para otros subgrupos de pacientes también puede mejorar su eficacia y aplicabilidad. Así, las pautas que ofrecemos deberán ser revisadas a medida que estos avances se vayan produciendo y se disponga de datos empíricos.

Como ya hemos señalado anteriormente, independientemente del cuidado con que se evalúe al paciente antes de seleccionar el tratamiento, las evaluaciones iniciales pueden ser incorrectas o erróneas (Akiskal *et al.*, 1978): Es decir, el “diagnóstico” inicial sólo es una hipótesis sobre la que basar la elección del tratamiento. Como todas las hipótesis, es susceptible de ser comprobada empíricamente. Si el patrón de respuestas del paciente no muestra efectos significativos después de un período suficiente de tratamiento, el diagnóstico inicial y/o el programa de tratamiento deben reconsiderarse y, en muchos casos, modificarse.

El tratamiento(s) seleccionado debe basarse en: (1) la formulación de un diagnóstico descriptivo a partir de los signos y síntomas actuales y pasados; (2) la identificación de las distorsiones cognitivas susceptibles de tratamiento mediante técnicas de cambio cognitivo y/o que responden a estímulos ambientales; (3) un cálculo de los riesgos y beneficios relativos que van asociados a cada tratamiento.

La selección del tratamiento por parte del clínico debe basarse en una cuidadosa evaluación y en la anticipación de la posible respuesta del paciente ante el tratamiento. Además, el tratamiento debe adecuarse al paciente individual. Existen pacientes que no pueden o no quieren aceptar la medicación por razones médicas o filosóficas, pacientes para los cuales la psicoterapia profunda es un anatema, y pacientes a quienes algunos componentes de la terapia cognitiva les resultan inaceptables. El clínico, pues, debe adaptar el tratamiento al paciente sin por ello sacrificar su eficacia.

En algunos casos, es indicado el empleo de más de un procedimiento psicoterapéutico; es decir, la terapia cognitiva puede combinarse con otros enfoques no biológicos. Por ejemplo, consideremos a un paciente que sufre de dolor crónico y depresión. Nuestra experiencia clínica (todavía no apoyada por investigaciones controladas) nos dice que determinadas técnicas (p. ej., el entrenamiento en relajación o en *biofeedback*) suelen ser útiles para estos pacientes. Además, las instrucciones específicas a los miembros de la familia o los cambios en la estructura y función del sistema social del paciente pueden también incrementar la efectividad de la terapia cognitiva para algunos de estos pacien-

tes (Khatami y Rush, 1978). Por lo tanto, el clínico debe considerar cuidadosamente las distintas modalidades terapéuticas disponibles y sopesar las ventajas e inconvenientes de combinar la terapia cognitiva con otras intervenciones psicoterapéuticas o con medicación con respecto a cada paciente.

Sin embargo, estamos firmemente convencidos de que un conglomerado de tratamientos en el cual se apliquen simultáneamente varias terapias sin un fundamento teórico suficiente y/o con una evaluación incompleta, dará lugar a la confusión, a un resultado pobre y posiblemente a una intensificación de la depresión. Pensamos que el tratamiento debe consistir solamente en aquellas técnicas o fármacos que sean clínicamente indicados. En este sentido, deben comprobarse los efectos de una modalidad o de un conjunto de técnicas antes de intentar un segundo enfoque.

El siguiente caso destaca algunos de los problemas que indican el método de tratamientos combinados.

Se entrevistó a una viuda de 23 años, de raza blanca, en la unidad de cuidados intensivos; había intentado suicidarse con una sobredosis. El factor desencadenante parecía ser la muerte de su esposo, de 27 años, a causa de una leucemia aguda; la muerte había tenido lugar dos meses atrás. La paciente no había tenido tratamientos psiquiátricos anteriores.

En la exploración psicológica, la paciente mostró evidencia de un ajuste pobre a la realidad y un escaso control de los impulsos. Informó que había tenido alucinaciones visuales y auditivas durante las semanas que precedieron al intento de suicidio. Además, durante varias semanas después de la muerte de su marido, se había dedicado a hacer auto-stop por todo el país intentando “animarme”.

Aunque no tenía sentimientos negativos acerca de sí misma, expresó sentimientos de vacío, soledad y abandono. Hostil y beligerante, se negaba a ver a un psiquiatra. Además, presentaba varios de los síntomas somáticos del síndrome depresivo (trastornos de sueño, del apetito, del interés sexual y pérdida de peso). No presentaba síntomas de manía o hipomanía; ninguno de sus familiares había tenido manía ni depresión. Se le diagnosticó una reacción depresiva psicótica.

Tratamiento: Se le administró medicación psicotrópica (pequeñas dosis de antipsicóticos y antidepresivos). Los objetivos del tratamiento biológico fueron las perturbaciones de sueños (dormía menos de una hora cada noche), la falta de ajuste a la realidad y el escaso control de los impulsos.

Su puntuación inicial en el Inventario de depresión de Beck fue de 48. Al cabo de una semana, se le dio de alta en el hospital. Después de tres semanas de medicación, la puntuación en el IDB fue de 24. En este momento, la paciente se mostraba menos hostil y empezaba a considerar la idea de una psicoterapia. Ya no tenía alucinaciones y ejercía un mayor control sobre sus impulsos.

Se programaron dos sesiones semanales de terapia cognitiva y comenzó en régimen de paciente externo.

Al principio, se elicitaban sus cogniciones negativas acerca del tratamiento psiquiátrico y la medicación, y se neutralizaron lo suficiente para incrementar su cumplimiento del tratamiento recomendado. Entre dichas cogniciones figuraban las siguientes: “Nadie puede hacer nada para ayudarme y debería estar muerta”. “No merece la pena vivir sin mi marido”. Aunque la paciente seguía necesitando la terapia cognitiva (15 meses) y medicación psicotrópica (12 meses) después de esta crisis, gradualmente comenzó a hacer frente a sus cogniciones negativas y a reorganizar la concepción que tenía de las relaciones con su marido.

Este caso ilustra la importancia del diagnóstico diferencial. Concretamente, la evidencia de una falta de ajuste a la realidad (alucinaciones) y del escaso control de los impulsos, así como los síntomas somáticos y el intento de suicidio, indican que la medicación era necesaria. El objetivo inicial de la terapia cognitiva consistió en ayudar a la paciente a aceptar tanto la medicación como la terapia psicológica. Parece que, a medida que respondía a la medicación, se hacía posible una terapia cognitiva más extensiva. La duración del tratamiento demuestra cómo las depresiones más intensas pueden requerir un esfuerzo terapéutico mantenido a lo largo de un período de tiempo prolongado.

Aumentar la observancia de la medicación a través de las técnicas de cambio cognitivo

La importancia de que el paciente se ajuste al régimen médico y/o psicoterapéutico es un tema que ha recibido una gran atención. Algunos estudios indican que menos de la mitad de los pacientes siguen estrictamente el régimen de medicación correspondiente (Sackett y Haynes, 1976). Estos autores sugieren que la observancia puede ser el factor más importante a la hora de producir una respuesta débil (o fuerte).

Clínicamente, es sabido que el paciente depresivo suele tener dificultades para introducirse o adaptarse al tratamiento. El modelo cognitivo predice que las distorsiones cognitivas contribuyen significativamente a esta “parálisis de la voluntad” o “falta de motivación”. El paciente depresivo suele creer que está enfermo y no tiene cura, que la terapia no será eficaz y que los caminos hacia una vida libre de depresión no existen o están totalmente bloqueados. Dadas estas ideas, no es sorprendente que al paciente le falte la motivación necesaria para ajustarse a un determinado curso de tratamiento.

Si no se presta atención a las percepciones y actitudes del paciente hacia la farmacoterapia, el clínico puede clasificarle equivocadamente como “poco motivado”, cuando el verdadero problema lo constituyen las distorsiones negativas del pacien-

te. Su “visión negativa del mundo” puede distorsionar aún más sus puntos de vista negativos hacia la farmacoterapia, en especial hacia la medicación psicotrópica. En la fase de tratamiento inicial, la depresión del paciente y, consecuentemente, sus distorsiones cognitivas, suelen ser más intensas. Es más, la mayoría de los pacientes que abandonan el tratamiento (sea éste del tipo que sea) lo hacen durante esta fase inicial. Elicitando las concepciones negativas del paciente hacia el tratamiento, el clínico puede reforzar el cumplimiento del plan de tratamiento.

TABLA 3
EJEMPLOS DE COGNICIONES QUE CONTRIBUYEN A LA FALTA DE
OBSERVANCIA DE LA MEDICACIÓN PRESCRITA

Cogniciones acerca de la medicación (antes de empezar a tomarla)

1. Crea adicción.
2. Soy más fuerte si no necesito las medicinas.
3. Soy más débil por necesitarlas (una especie de muletas).
4. No me ayudará.
5. Si no tomo la medicación, significa que no estoy loco.
6. No podré soportar los efectos secundarios.
7. Nunca podré abandonar la medicación si empiezo a tomarla.
8. No hay nada que necesite hacer, excepto tomar la medicina.
9. Sólo necesito tomar la medicina en los “días malos”.

Cogniciones acerca de la medicación (mientras se está tomando)

1. Después de varios días o semanas, no me he puesto bien (ni siquiera he mejorado un poco); eso significa que la medicina no sirve.
2. Debería sentirme totalmente bien.
3. Las medicinas resolverán todos mis problemas.
4. La medicina no resolverá mis problemas; entonces, ¿para qué sirve?
5. No puedo soportar los mareos ni otros efectos secundarios.
6. Me hace sentir como un autómatas.

Condiciones acerca de la depresión

1. No estoy enfermo (no necesito ayuda).
 2. Solamente los débiles se deprimen.
 3. Me tengo merecido estar deprimido, ya que soy una carga para todo el mundo.
 4. ¿No es la depresión una reacción normal ante el mal estado de las cosas?
 5. La depresión es incurable.
 6. Soy uno de los pocos que no responden a ningún tratamiento.
 7. No merece la pena vivir; entonces, ¿por qué voy a intentar superar la depresión?
-

Al enfrentarse con la falta de observancia elicitamos en el paciente distintas cogniciones en relación con la medicación *antes* de que ésta comience, cogniciones en relación con los efectos de la medicación (tanto en cuanto a los efectos terapéuticos como en lo referente a efectos secundarios) *mientras* se está tomando y cogniciones acerca de la depresión. En la Tabla 3 se recoge una muestra de estas cogniciones.

Las cogniciones distorsionadas del paciente ante la medicación y sus efectos pueden ser extremadamente negativas durante los episodios depresivos más agudos. Los pacientes más gravemente deprimidos atienden selectivamente a las noticias de los medios de comunicación y a los comentarios de sus familiares y amigos que refuerzan su idea de que la medicación es ineficaz o peligrosa. También parecen atender selectivamente y/o sobrestimar los efectos secundarios negativos de la medicación. Su atención selectiva (y la exageración, la indiferencia arbitraria, etc.) también puede conducir a la conclusión errónea de que la medicación no es eficaz o de que produce problemas aún más graves.

El terapeuta debe recordar que el conjunto de cogniciones negativas de los pacientes depresivos deforma sus creencias en torno a la medicación y las experiencias de que informa mientras la está tomando. Teniendo esto en cuenta, es más probable que el terapeuta elicite estas cogniciones contraproducentes y ofrezca la información necesaria para corregirlas.

Una mujer de 47 años de raza blanca y madre de dos hijos, fue enviada a la consulta a causa de una depresión crónica intensa a lo largo de los diez años anteriores. Durante la evaluación se quejó de pérdida de sueño, del apetito, de peso y del interés sexual. También manifestó preocupaciones acerca del suicidio, dificultad para concentrarse, ataques intermitentes de ansiedad y pánico y varias fobias. No presentaba ilusiones ni alucinaciones. No tenía una historia previa de manía o hipomanía, aunque algunos familiares suyos habían tenido depresiones.

La paciente se quejaba de fuertes dolores de cabeza intermitentes, molestias abdominales, dolores en el pecho (sin evidencia de ninguna enfermedad coronaria) y dolores en los tobillos y rodillas, que fueron diagnosticados como un principio de artritis. Estos síntomas somáticos parecían covariar en intensidad con otros síntomas del síndrome depresivo. Habían aparecido por primera vez *después* del inicio de la depresión hacía diez años.

La paciente dudaba acerca de la causa que le llevó a ser hospitalizada por primera vez; sin embargo, informó de múltiples presiones ambientales cotidianas que parecían influir sobre el estado depresivo. Entre las presiones más recientes se encontraban la pérdida de empleo de su marido, que conllevaba problemas económicos para la familia, y los problemas que había tenido su hijo de 14 años en la escuela y con las autoridades.

El tratamiento anterior incluía tres hospitalizaciones psiquiátricas, en las dos primeras de las cuales se aplicó terapia electroconvulsiva (TEC). Si bien la primera aplicación de TEC resultó bastante satisfactoria, la segunda solamente proporcionó un alivio parcial de los síntomas durante uno o dos meses.

Entre la medicación anterior se incluían antipsicóticos (clorpromazina y tioridazina) y antidepresivos (amitriptilina, doxepin, imipramina y protriptilina). Los distintos fármacos solamente habían producido una mejoría temporal, si bien no se habían ensayado adecuadamente varios antidepresivos (i.e., la paciente no había tomado dosis suficientemente altas durante un período de tiempo suficientemente largo como para comprobar si la medicación era efectiva o no). Aunque la paciente respondió parcialmente a algunos antidepresivos, nunca se había sentido completamente “normal” en los últimos diez años.

Además, había participado aproximadamente en 100 sesiones una vez a la semana. La mitad de estas sesiones fueron principalmente de apoyo; después, el terapeuta intentó enseñar a la paciente a manejar los problemas cotidianos. También recibió unas 40 sesiones –una cada semana– de orientación psicodinámica. Tampoco se obtuvo una mejoría significativa de los síntomas.

En el momento de la evaluación, la paciente estaba tomando los siguientes medicamentos: un antidepresivo (doxepin), antipsicóticos (clorpromazina y tioridazina), un ansiolítico (diazepán), píldoras para dormir, un analgésico, medicación para la tiroides y medicación para la artritis. Periódicamente, también tomaba altas dosis de megavitaminas que le había recetado anteriormente otro terapeuta. La paciente pensaba que padecía varias alergias y, durante algunos meses, había evitado la ingestión de ciertos alimentos con la esperanza de desaparecer los síntomas depresivos.

Tratamiento: El tratamiento fue complejo y prolongado. Consistió en varias fases.

Primera fase: Desarrollar una alianza terapéutica y combatir las expectativas negativas del tratamiento.

Inicialmente, el objetivo prioritario consistió en establecer la relación terapéutica. Durante la evaluación, la paciente estaba tan ansiosa que casi era incapaz de describir los tratamientos anteriores. La ansiedad se debía en parte a la idea de que iba a ser enviada a un hospital para someterla de nuevo a TEC debido a sus pensamientos de suicidio. El terapeuta descubrió esta idea durante el período de evaluación, mientras trataba de determinar la base cognitiva de la ansiedad. Simplemente, el terapeuta preguntó a la paciente qué tipo de sentimientos e ideas había experimentado mientras se encontraba en la sala de espera.

Una vez recogida su historia, la paciente aportó algunos datos con los que contrarrestar estas cogniciones (p. ej., la mayor parte del tiempo que llevaba deprimida no lo había pasado en el hospital, sino en régimen de paciente exter-

na; los datos indicaban que la TEC sólo había sido parcial y transitoriamente efectiva y ni siquiera se había administrado durante la última hospitalización).

Por otra parte, el terapeuta sugirió la *posibilidad* (no la promesa) de un tratamiento de la depresión satisfactorio informando a la paciente de los distintos tratamientos alternativos. Ya que su respuesta a los antidepresivos sólo había sido parcial, ella suponía que ningún medicamento sería de utilidad. La débil respuesta a las dos psicoterapias también alimentaba su pesimismo. El terapeuta expuso otras terapias psicológicas que podrían ser útiles.

La historia de depresión crónica y “resistente al tratamiento” llevó al terapeuta a formular y discutir un plan que incluía tratamientos alternativos por si el procedimiento inicial no resultaba eficaz. Se diseñaron una serie de discusiones iniciales para ayudar a la paciente a desarrollar una actitud de “veamos qué podría ser útil” y a restar credibilidad a la idea de “todo es inútil; nada servirá”.

Segunda fase: simplificar la medicación

El siguiente objetivo consistió en simplificar el régimen de medicación sin sacrificar sus efectos positivos. Para conseguirlo, el terapeuta elicó las creencias de la paciente acerca de la medicación. Pensaba que todas las medicinas eran necesarias y, de hecho, otras nuevas también podrían ser útiles. Para comprobar la validez de estas creencias, se empleó una tarea conductual que ayudase a la paciente a clarificar los efectos reales de cada fármaco, así como a identificar qué cambios en la medicación podrían ser convenientes.

En primer lugar, como tarea para casa, la paciente registraba por escrito la ingestión diaria de los medicamentos (tipo, dosis y horario). Además, registraba cuáles eran sus molestias somáticas y su estado de ánimo en el momento de su ingestión.

A continuación, se llevaron a cabo los cambios graduales en el régimen de medicación. Por una parte, el tratamiento a base de megavitaminas fue interrumpido, ya que no había producido ninguna mejoría en los meses anteriores. Por otra, se redujo la frecuencia de las ingestiones combinando los fármacos en los casos en que fuera posible (p. ej., la medicación tiroidea se combinó con un agente antipsicótico por la mañana). Esto redujo la frecuencia de ingestión de ocho a cuatro veces diarias.

Los registros de los síntomas de ansiedad, ataques de pánico, temblores y tasa cardíaca elevada revelaron que dichos síntomas eran más acusados entre las 11 de la mañana y las 7 de la tarde. Se averiguó que la paciente venía tomando unas 22 tazas de café diarias y se hizo un diagnóstico preliminar de cafeinismo. El café se fue sustituyendo progresivamente por café descafeinado. Los registros proporcionaron a la paciente evidencia de que probablemente era el café lo que causaba muchos de sus síntomas de ansiedad, dado que, a partir de la sustitución, desapareció un 70% de estos síntomas.

A continuación, se fue reduciendo el diazepam a medida que se incrementaba la dosis de uno de los antipsicóticos (la tioridazina). En la misma época, se interrumpió la toma de clorpromazina. Esto se consiguió del siguiente modo: debía tomar la tioridazina cuatro veces al día, independientemente de los síntomas en ese momento, el diazepam también lo tomaría a determinadas horas, no “cuando lo necesitase”. De este modo, se esperaba romper la asociación que la paciente había hecho entre sentirse mal y tomar la medicación. Mientras se llevasen a cabo estos cambios, se veía a la paciente dos veces por semana (durante las semanas cuarta-quinta de tratamiento).

Al final, la medicación quedó del siguiente modo: 50 mg. de tioridazina tres veces al día y 100 mg a la hora de acostarse, medicación para la tiroides, medicación para la artritis, y una píldora analgésica. El diazepam y las megavitaminas quedaron interrumpidos. El antidepresivo (doxepin) se tomaba dos veces al día en dosis de 75 mg. La paciente tomaba diariamente tres tazas de café –con cafeína– o menos. La puntuación en el IDB (que inicialmente era de 40) había disminuido a 24 al final de esta fase de cambios en la medicación. La ansiedad intermitente y el insomnio habían disminuido, aunque no habían desaparecido por completo.

Tercera fase: maximizar los beneficios de la medicación

Para maximizar los beneficios terapéuticos potenciales del régimen de medicación psicotrópica, la dosis del antidepresivo se elevó a 250 mg./día a lo largo de las semanas siguientes. Con esta dosis, la paciente manifestó efectos secundarios de cierta consideración (p. ej. sequedad y pastosidad en la boca, visión borrosa y ligeros mareos cuando se encontraba de pie, sin que se registrase una hipotensión ortostática medible. Al elevar la dosis del antidepresivo, la puntuación en el IDB no mejoró (se mantuvo entre 22 y 24). Por estas razones, se interrumpió la toma del antidepresivo, tras lo cual la puntuación en el IDB no mostró ningún empeoramiento de los síntomas.

Cuarta fase: identificar las cogniciones negativas

Mientras tenían lugar los cambios en la medicación, se emplearon las técnicas de la terapia cognitiva para atacar los síntomas objetivo del síndrome depresivo. La paciente registraba las cogniciones que hacían referencia a contenidos consistentes con la ansiedad y con la depresión. Tendía a ver peligro y rechazo en la mayoría de las situaciones y, personalmente, se sentía impotente para influir sobre su esposo o su hijo. Pensaba que era una fracasada o interpretaba muchos de los estímulos ambientales, por insignificantes que fuesen, de modo que reforzasen la creencia en su propia ineficiencia. Pensaba que sus explosiones hostiles intermitentes estaban asociadas con su tendencia a atribuir la causa de sus dificultades con su familia y sus ocupaciones a los que la rodeaban.

Quinta fase: corregir las cogniciones negativas

En consecuencia, se aplicaron técnicas de cambio cognitivo (p. ej., el método de la triple columna) para elicitarse y someter a una prueba de realidad la evidencia que apoyase las distintas distorsiones cognitivas. Por ejemplo, esta paciente era una persona bastante inteligente y muy motivada que pensaba que no ayudaba ni contribuía al progreso de nadie y que su vida no tenía sentido. Terapeuta y paciente revisaron ocupaciones anteriores de ésta que le hubiesen resultado satisfactorias. Al registrar las cogniciones, se detectaron las razones de sus problemas ocupacionales actuales. Se puso de manifiesto el miedo de fracasar en un nuevo empleo.

Se realizaron experimentos conductuales para probar la validez de estos pensamientos y, en este sentido, se persuadió a la paciente para que concertase varias entrevistas para solicitar empleo. También se entrevistó a su marido. Manifestó que veía una cierta mejoría en su esposa desde que había comenzado el tratamiento y que apoyaba la idea de que buscara trabajo. Anteriormente, estaba tan preocupado por el estado de ella y por la posibilidad de que se suicidara que se quedaba en casa y no buscaba ni siquiera empleo para él mismo. Esta conducta había llevado a la paciente a concluir que él no quería trabajar nunca más y que ella sola tendría que mantener a la familia.

Sexta fase: reajuste final de la medicación

A medida que avanzaba la terapia cognitiva, la paciente aprendió a identificar, someter a una prueba de realidad y modificar sus cogniciones. Comenzó a darse cuenta de cómo esta habilidad influía positivamente sobre su estado de ánimo. Se pensó que sería posible reducir aún más la dosis de tioridazina; de hecho, la paciente había comenzado a mostrar su preocupación por tomar tantos medicamentos durante un período de tiempo prolongado. Así pues, la dosis de tioridazina se redujo a 25 mg. tres veces al día. Continuó tomando la medicación para la tiroides por la mañana y absteniéndose del café con caféina. Se suspendió el analgésico, aunque se mantuvo la medicina para la artritis.

Fases 7-10

La terapia cognitiva se prolongó durante casi ocho meses. Durante los cuatro primeros, se mantuvieron dos sesiones semanales, y una durante el resto del tratamiento. A esto le siguieron varias fases de tratamiento adicionales. Entre ellas figuraban: identificación y corrección de supuestos subyacentes; experimentos conductuales; actuación sobre nuevos supuestos (práctica de roles); y varias sesiones de pareja para clarificar las relaciones e identificar y corregir los supuestos subyacentes de ambos cónyuges. También se llevaron a cabo sesiones de consejo familiar, encaminadas a identificar los problemas de su hijo (14 años), a reestructurar la interacción familiar y a la resolución de los problemas.

Al final del tratamiento, la puntuación de la paciente en el IDB era de 15, habiéndose mantenido entre 10 y 15 durante aproximadamente los cuatro últimos meses de tratamiento. Tanto la paciente como su esposo habían encontrado empleo.

En el seguimiento de un año, la puntuación en el IDB fue de 5. Durante este tiempo, la hija de la paciente se había divorciado. Aunque la paciente no había caído en un episodio depresivo, participó en tres sesiones “de apoyo” de terapia cognitiva para superar este acontecimiento.

En el seguimiento de dos años, la puntuación en el IDB se mantenía dentro de los límites normales. Aunque continuaba con la tioridazina (50 mg./día), no tomaba ningún otro agente psicotrópico (que habían disminuido notablemente al final del tratamiento activo) continuaron siendo infrecuentes durante todo el período de seguimiento. De hecho, había abandonada la medicación para la artritis, tras consultar con su médico. A continuación, se presentan las puntuaciones en el IDB a intervalos específicos.

Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	8	10	11	12	
IDB	40	32	43	38	37	36	36	14	26	26	19	22	
Semana	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	40	52	
IDB	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	13	15	14

Seguimiento de un año: 5.

Seguimiento de dos años: 8.

Este ejemplo ilustra lo complejo que puede llegar a ser el tratamiento de algunas depresiones. El primer problema, el de la observancia de la medicación prescrita, se contrarrestó elicitando y corrigiendo las cogniciones desde el principio de la terapia. Aunque la paciente pensaba que ningún tipo de medicación le ayudaría, sentía que necesitaba más medicación, ya que había experimentado poca mejoría con los agentes farmacológicos anteriores.

En segundo lugar, a medida que se llevaban a cabo los cambios en la medicación, se emplearon técnicas cognitivas y conductuales para demostrar a la paciente los efectos reales que tales cambios producían en los síntomas. En este sentido, se demostró que gran parte de las medicinas aparentemente “necesarias” no eran útiles.

Las técnicas de cambio cognitivo se aplicaron fácilmente, una vez estabilizada la medicación. Se facilitó este paso entrenando a la paciente en los procedimientos de registro antes de comenzar la terapia cognitiva (i.e., mientras se estaban realizando los cambios en la medicación).

Además, este ejemplo ilustra la importancia potencial de implicar el sistema social (el marido y el hijo) en el tratamiento. El marido proporcionó informa-

ción adicional sobre la mejoría y los progresos de la paciente; las sesiones con ambos cónyuges permitieron corregir varias distorsiones cognitivas que existían en su relación.

Las sesiones “de apoyo” fueron muy útiles para que la paciente continuase aplicando las técnicas aprendidas cuando fuesen necesarias (cuando se diese una situación stressante). Además, estas sesiones sirvieron como práctica adicional de dichas técnicas.

La paciente de este caso necesitó bastante más tiempo de terapia cognitiva de lo que es habitual. Parece que su historia de depresión crónica le hacía más difícil recordar los momentos en que no había estado deprimida. La terapia cognitiva se estructuró de modo que se pudiesen incluir sesiones con la familia (el marido y el hijo), dado que el sistema social parecía contribuir al mantenimiento de los síntomas depresivos.

La negativa inicial de la paciente a aceptar una terapia psicológica cedió cuando se dio cuenta de la escasa mejoría derivada del tratamiento farmacológico. Dado que la medicación se estaba simplificando, la paciente aprendió a prestar atención y a registrar sus conductas, pensamientos y estados de ánimo. Esta habilidad se empleó como parte de las estrategias de cambio cognitivo subsiguientes (p. ej., la técnica de la triple columna).

Así pues, la terapia cognitiva se aplicó para conseguir la observancia de la medicación, para modificar determinadas cogniciones depresógenas y supuestos subyacentes y para modificar el sistema social. Finalmente, este caso pone de manifiesto que la mejoría puede continuar una vez finalizado el tratamiento activo sin necesidad de introducir nuevos fármacos psicotrópicos. En este sentido, el funcionamiento social y ocupacional de la paciente siguió mejorando en los seguimientos de uno y dos años.

Existen varias técnicas que se pueden emplear para reforzar la observancia de la medicación y para corregir las distorsiones cognitivas que debilitan la observancia. Podemos comenzar a contrarrestar estas ideas con información. En primer lugar, se pide al paciente que lea (y posteriormente discuta con la terapeuta) el manual introductorio *Coping with Depression* (Cómo hacer frente a la Depresión) (Beck y Greenberg, 1974). En él se explica que las distorsiones cognitivas forman parte de la depresión (del mismo modo que el dolor en el pecho es parte de un ataque cardíaco). Al modificarse estas cogniciones negativas, se espera que los pacientes se vuelvan más realistas y optimistas respecto a sí mismos, al futuro y al propio tratamiento.

Además de la información impresa, el terapeuta puede valerse de las técnicas de cambio cognitivo para combatir directamente las cogniciones distorsionadas negativas que contribuyen a la falta de observancia. El terapeuta debe comentar y discutir la base de las cogniciones negativas acerca de la medicación, así como los efectos positivos y negativos que el paciente anticipa. Lo que a no-

sotros nos parece más útil es *primero* elicitación las cogniciones; *a continuación*, elicitación la base de estos pensamientos, y, *por último*, proporcionar la información necesaria para contrarrestarlos. Este procedimiento debe distinguirse del enfoque clínico habitual, en que al paciente simplemente se le habla de la medicación y los efectos que de ella se esperan, sin haber elicitado previamente las ideas del paciente respecto a la misma.

Este método puede implementarse formulando al paciente preguntas como: “¿Ha tomado anteriormente medicación antidepresiva? ¿Cuáles fueron sus experiencias? ¿Qué cree que va a suceder como consecuencia de la toma de esta medicación? ¿Cómo ha llegado a pensar eso?”. A veces, los pacientes tienen la idea equivocada de que los antidepresivos (normalizadores del estado de ánimo) son similares a los estimulantes, como las anfetaminas –en el sentido de que crean adicción y producen una euforia inmediata. Otros pacientes creen que la medicación no constituye más que una muleta y que tomarla indica que son especialmente débiles o que están enfermos. En tercer lugar, muchos pacientes que han recibido medicación inadecuada suponen que todos los antidepresivos son iguales y creen que, ya que la medicación anterior no produjo ninguna mejoría, todas las medicaciones y cualquiera que sea la dosis, serán también ineficaces. Por último, algunos pacientes tienen la idea de que no tomar la medicación es prueba de salud mental, mientras que la ingestión de la misma evidencia una enfermedad mental. Esta idea a menudo se debe a la experiencia de que algún familiar o amigo haya estado hospitalizado repetidas veces, aun tomando medicación antipsicótica. Una experiencia de este tipo puede llevar al paciente a pensar que la medicación incrementa la probabilidad de ser hospitalizado (es el paso de tratamiento que precede a la hospitalización).

Otros pacientes creen que los antidepresivos se prescriben para toda la vida. La idea de un tratamiento de por vida es apoyada por la idea equivocada de que los antidepresivos crean adicción.

La falta de observancias del régimen médico a base de antidepresivos también puede ser resultado de una experiencia anterior con ansiolíticos. Muchos pacientes han tomado agentes “antiansiedad” (p. ej., diazepam, clordiazepóxido, etc.) solamente en los momentos en que lo consideraban necesario. Así, han llegado a la conclusión de que cualquier emoción disfórica es la señal para tomar la medicación. Como tomaban la medicación cuando se sentían ansiosos, pretenden seguir tomando los antidepresivos cuando se sienten tristes. Si bien los ansiolíticos alivian la ansiedad aguda, los antidepresivos no son indicados para la tristeza. Debe decirse al paciente que ha de tomar los antidepresivos a las horas fijadas de antemano, no cuando sienta que “los necesita”. En este sentido, un “día bueno” no quiere decir que deba interrumpirse la medicación. Estas ideas pueden corregirse simplemente con una información adecuada. En ocasiones, es importante obtener un determinado nivel de la droga en sangre

para contrarrestar la idea de que un episodio de disforia es señal para la toma de medicación.

Finalmente, los pacientes depresivos suelen pensar que la medicación producirá “terribles” efectos secundarios. Esta idea puede provenir de la interacción entre el sesgo cognitivo negativo y los informes sobre efectos secundarios proporcionados por los amigos y por los medios de comunicación. Muchos pacientes depresivos buscan y leen el *Physician's Desk Reference* u otro libro similar en que se enumeran no sólo los efectos secundarios más frecuentes, sino virtualmente *todos* los efectos de este tipo recogidos en la literatura. La frecuencia y gravedad reales de los efectos secundarios no suelen especificarse. El paciente (debido a sus distorsiones cognitivas) se centrará en los efectos más graves o esotéricos y pensará que tienen una alta probabilidad de aparición en base a la medicación prescrita. A veces, para corregir estas cogniciones, es necesario revisar la literatura que el paciente haya consultado para ayudarle a desarrollar una perspectiva realista de la probabilidad real de algunos de los efectos secundarios.

Ciertas expectativas poco realistas pueden también contribuir a la falta de observancia. Algunos pacientes esperan sentirse completamente bien después de uno o dos días de tratamiento con antidepresivos. Es frecuente que olviden que los antidepresivos tardan tres o cuatro semanas en producir un efecto terapéutico, *una vez* conocida la dosis adecuada. Por lo tanto, después de varios días, es probable que los pacientes lleguen a la conclusión equivocada de que la medicación no es eficaz. El conjunto de cogniciones negativas (p. ej., la atención selectiva a la ausencia de efectos) incrementará la probabilidad de la falta de observancia.

Además, el conjunto de cogniciones negativas llevará a los pacientes a centrarse en los problemas que persisten, mientras que pasan por alto las mejorías parciales de aquellos síntomas que remiten fácilmente ya al principio del tratamiento farmacológico (p. ej., la normalización del sueño). Un inventario de síntomas (el Inventario de Depresión de Beck) resulta muy útil para evaluar de un modo más objetivo la mejoría y no fiarse solamente de los informes verbales.

Otros pacientes tienen la expectativa de que *todos* sus problemas quedarán resueltos al tomar la medicina. Al persistir los problemas, toman esto como evidencia de que la medicación no sirve. En este sentido, los problemas de pareja u ocupacionales, cuya solución requiere cierto tiempo y que pueden exigir psicoterapia, son interpretados por el paciente como evidencia de que la medicación no es efectiva. Consecuentemente, puede disminuir la disposición del paciente a tomar la medicación.

En el extremo contrario, los pacientes pueden pensar que la medicación antidepresiva no sólo no solucionará *ninguno* de sus problemas, sino que tampoco modificará su capacidad para resolverlos. Este punto de vista también es in-

correcto, ya que se sabe que los antidepresivos mejoran la concentración y reducen la desesperanza, el sentimiento de culpa, la tendencia al suicidio y la fatigabilidad. Así pues, para determinados pacientes, es probable que la medicación les ayude a funcionar a un nivel adecuado y, por lo tanto, a afrontar eficientemente los problemas.

La mayor frecuencia de las sesiones parece reforzar la observancia. Entrevistándose con el paciente una vez a la semana (o dos veces en los casos más graves), terapeuta y paciente pueden colaborar para controlar los efectos secundarios y los efectos terapéuticos. Esto también permite la corrección continuada de las distorsiones cognitivas. Pueden elicitar y corregirse las actitudes negativas y las ideas distorsionadas que tienen lugar mientras se está tomando la medicación. Una vez que ésta se estabiliza, no son necesarias visitas tan frecuentes.

Muchos pacientes acuden ya a la consulta con un régimen completo de medicación. Este puede ser el resultado de haber consultado a varios médicos, cada uno de los cuales prescribió varios agentes sin intentar simplificar el régimen de cara al paciente. La interacción entre varios agentes farmacológicos está muy poco estudiada.

Para la mayor parte de los pacientes depresivos, no es necesaria la combinación de varios agentes psicofarmacológicos; éstos deben evitarse, a menos que sean especialmente indicados, como en el caso de las depresiones persistentes y que no ceden al tratamiento. Como ya se ha ilustrado, los métodos cognitivos pueden emplearse para simplificar el régimen de medicación. El paciente debe registrar los síntomas, su frecuencia y la dosis de la medicación durante una o dos semanas. Este registro permite al terapeuta y al paciente controlar los cambios en los síntomas mientras se estabiliza la dosis de la medicación. Además, ayuda al paciente a darse cuenta de que los ajustes de la dosis de la medicación son efectivos y no perjudiciales. También confirma el hecho de que el paciente está realizando los cambios esperados.

Llevar registros también es útil para evaluar los efectos secundarios. Muchos pacientes tienden a etiquetar como “efectos secundarios” síntomas de la depresión que ya estaban presentes antes de comenzar a tomar la medicación. Un registro diario puede ofrecer pruebas convincentes de que los síntomas no son efectos secundarios. Además, los registros pueden ayudar a conseguir una mayor observancia.

Por otro lado, si el paciente comienza a experimentar efectos secundarios (lo cual no es infrecuente al principio del tratamiento con antidepresivos), sus cogniciones acerca de los mismos (los estímulos somáticos) pueden identificarse y corregirse mediante un registro escrito. Por ejemplo, el paciente puede experimentar una gran sequedad de boca al inicio del tratamiento. Si esto sucede, el terapeuta puede asegurarle que lo más probable es que, con el tiempo, a me-

didada que el paciente se va acomodando a la medicación, la intensidad del efecto disminuye.

Las llamadas telefónicas pueden ser muy útiles para reforzar la observancia, especialmente al principio del tratamiento. El terapeuta debe decirle al paciente que le llame antes de introducir ningún cambio en la medicación. Los efectos secundarios, las cogniciones negativas y las expectativas poco realistas contribuyen a un autocontrol pobre dentro de los regímenes de medicación. Las llamadas telefónicas constituyen un método de elicitar y corregir las distorsiones antes de que den lugar a una falta de observancia o al término prematuro del tratamiento.

Las sugerencias de empleo de los métodos cognitivos para reforzar la observancia se basan principalmente en la experiencia clínica. El enfoque cognitivo permite el desarrollo de métodos adicionales para incrementar la observancia. Se necesita más investigación para determinar la efectividad de estos métodos y para qué pacientes son indicados.

En resumen, este capítulo se ha centrado en temas de diagnóstico diferencial, terapia combinada (terapia cognitiva más medicación) y observancia de la medicación. En base a los datos de investigación disponibles y a nuestra experiencia clínica, hemos ofrecido una serie de pautas que, indudablemente, se modificarán a medida que aumenten los conocimientos. El campo de las técnicas de cambio cognitivo para incrementar la observancia de la medicación merece mayor investigación. Se debe recordar que las cogniciones negativas de la depresión pueden contribuir a la falta de observancia y que es importante corregirlas tanto al principio como durante el curso del tratamiento.

CAPÍTULO 18

ESTUDIOS SOBRE LA TERAPIA COGNITIVA

En el Capítulo 1 se expuso brevemente el modelo cognitivo de la depresión. Esta teoría constituye la base sobre la cual se desarrollan las distintas técnicas de la terapia cognitiva de la depresión. La terapia cognitiva se deriva de la siguiente formulación: la fuente de la depresión es un conjunto de conceptos negativos; por lo tanto, se espera que la corrección y neutralización de estos esquemas alivie la sintomatología depresiva. Como ya hemos explicado en capítulos anteriores, el terapeuta cognitivo y el paciente trabajan juntos para identificar las distorsiones cognitivas, derivadas de las creencias inadecuadas. El análisis lógico y la comprobación empírica se emplean para corregir estas cogniciones distorsionadas negativas. Mediante la asignación de tareas concretas, el paciente aprende a realinear su pensamiento con la realidad y a afrontar los problemas y situaciones que anteriormente consideraba insalvables.

El modelo cognitivo parece “tener sentido”, además de permitir el desarrollo de técnicas terapéuticas específicas. No obstante, saber sí, de hecho, la terapia cognitiva es efectiva para el tratamiento de los pacientes depresivos es un problema de estudio empírico. Además, los estudios sobre la eficacia de la terapia cognitiva ofrecen indirectamente una comprobación del modelo cognitivo. Si las técnicas para corregir las distorsiones no supusieran ninguna ventaja, en comparación con grupos de control a los que se aplican otros tratamientos y con grupos que no reciben ningún tratamiento, podríamos concluir que las cogniciones negativas, aunque presentes y asociadas con el estado de ánimo depresivo, pueden ser simplemente un efecto secundario del propio estado de ánimo o un epifenómeno; no podría concluirse una relación causal entre dichas cogniciones y la sintomatología. En segundo lugar, si –como predice la teoría– las actitudes inadecuadas fomentan la predisposición a la depresión y si estas actitudes se corrigen con la terapia cognitiva, los pacientes tratados con este método contarían con una cierta prevención contra las recaídas, en compara-

ción con la ausencia de tratamiento o quizás con otros tratamientos. De nuevo, los estudios empíricos son los que pueden comprobar directamente esta idea.

Varios de los trabajos de la literatura que apoya el empleo de técnicas cognitivas o conductuales consisten en informes de casos y en estudios de analogías. Por ejemplo, Rush, Khatami y Beck (1975) informan el tratamiento de tres pacientes con depresión crónica mediante la combinación de técnicas cognitivas y conductuales. La principal modalidad conductual consistió en el empleo de programas de actividades. El enfoque cognitivo, por su parte, se dirigió a poner de manifiesto y corregir las distorsiones cognitivas de los pacientes respecto a las actividades programadas. Estos pacientes, que no habían experimentado alivio con la farmacoterapia, mostraron una mejoría rápida y estable a partir de la terapia, como quedó patente en sus puntuaciones en medidas clínicas y de autoinforme.

Estudios sistemáticos: sujetos depresivos voluntarios

Recientemente, varios estudios con diseños de investigación controlados han evaluado la eficacia relativa de los procedimientos cognitivos y conductuales, aislados y en combinación. Aunque éstos deben considerarse como estudios preliminares, debido a factores tales como el tamaño de la muestra y la intensidad de la sintomatología en la población estudiada, es de destacar que los tratamientos centrados en objetivos cognitivos y conductuales se han mostrado eficaces para mejorar la depresión. Además, parece que son más eficaces que los métodos de apoyo y no directivos.

Shiple y Fazio (1973) demostraron que un método de tratamiento individual que ofrecía alternativas de resolución de problemas produjo en *estudiantes voluntarios depresivos* una mejoría significativamente mayor que el tratamiento de interés-apoyo que recibió el grupo de control. Tanto con los 24 sujetos experimentales como con los 25 de control se realizaron 3 sesiones de una hora en un período de tres semanas; las sesiones las llevó a cabo el mismo terapeuta. Además de los efectos significativos del tratamiento, los autores también encontraron que dichos efectos no eran contingentes con las expectativas iniciales de los sujetos.

Taylor (1974; Taylor y Marshal, 1977) llevaron a cabo una comparación controlada entre distintos grupos de tratamiento: modificación cognitiva, modificación conductual, modificación cognitiva y conductual, y un grupo en lista de espera. Un terapeuta trató a siete *estudiantes universitarios deprimidos voluntarios* en cada grupo. Taylor (1974) observó que los sujetos de los grupos de tratamiento mostraron una mejoría significativa, en comparación con los sujetos control en lista de espera. Además, el tratamiento combinado fue superior tanto al tratamiento cognitivo como al conductual.

Gioe (1975) comparó un tratamiento de modificación cognitiva –con algunas variaciones– combinado con una “experiencia de grupo positiva”, un tratamiento de modificación cognitiva, un tratamiento de “experiencia de grupo positiva” y un grupo de control en lista de espera. Empleando la modalidad de terapia de grupo con 10 *estudiantes deprimidos voluntarios* en cada grupo, Gioe (1975) encontró que el tratamiento combinado era claramente superior a los demás.

Hodgson y Urban (1975) encontraron que tanto un procedimiento conductual de entrenamiento en habilidades interpersonales como un programa de tratamiento encaminado a modificar las percepciones interpersonales de *estudiantes universitarios deprimidos voluntarios* eran significativamente más efectivos que la ausencia de tratamiento. Además, observaron que el procedimiento conductual era más efectivo que el dirigido a modificar las percepciones.

Los resultados de dos estudios realizados por Rehm y sus colaboradores (Fuchs y Rehm, 1977; Rehm, Fuchs, Roth, Konblith y Romano, 1978) mostraron la eficacia de un programa de terapia conductual de autocontrol con *pacientes depresivas voluntarias*. En el primer estudio, el grupo de autocontrol y un grupo de terapia no directiva mostraron cambios en la sintomatología depresiva; ambos difirieron significativamente de un grupo de control en lista de espera. Los cambios se mantenían en un seguimiento de seis semanas. En el segundo estudio, el grupo de autocontrol se comparó con un grupo de entrenamiento en habilidades sociales. Dos pares de terapeutas trataron a un grupo bajo cada condición durante seis sesiones, una cada semana. Aunque los sujetos de las dos condiciones mejoraron con la terapia, el grupo de autocontrol mostró una mayor mejoría con respecto a los síntomas de la depresión.

Estudios sistemáticos: pacientes depresivos clínicos

Nota: Aunque el empleo de sujetos voluntarios que puntúen por encima de ciertos límites en varias escalas de depresión es importante para presentar un diseño de investigación controlado y proporciona evidencia preliminar de la eficacia de un determinado tipo de terapia, aún queda por demostrar el grado de generalización de estos resultados a la población de pacientes *clínicamente deprimidos* que buscan ayuda. Este principio queda subrayado por algunos informes comunitarios que indican que los individuos diagnosticados como neuróticos, pero que no buscan ayuda muestran una mayor mejoría que los individuos en condiciones similares que buscan y reciben tratamiento psiquiátrico.

A partir de unos trabajos de Shaw (1975; 1977), aumentó la confianza en la aplicabilidad de los procedimientos cognitivos a muestras clínicas. El tratamiento se aplicó a estudiantes deprimidos que habían solicitado ayuda en el Servicio de Salud de la Universidad; los sujetos fueron evaluados con métodos psicomé-

tricos independientemente por dos psicólogos. Se empleó un formato de terapia de grupo, tratando un terapeuta a ocho sujetos dentro de cada grupo. Se encontró que la terapia cognitiva era más eficaz que la terapia conductual (entrenamiento en habilidades interpersonales), que la terapia no directiva y que un grupo de control en lista de espera. Los procedimientos conductuales y no directivos fueron significativamente más eficaces que la ausencia de tratamiento.

En un estudio con pacientes deprimidas en régimen externo (*no* estudiantes universitarias), Morris (1975) comparó un “programa didáctico cognitivo-conductual”, una terapia orientada al insight” (un enfoque experiencial y no estructurado, centrado en la autocomprensión) y un grupo de control en lista de espera. Participaron cuatro terapeutas para tratar a dos subgrupos dentro de cada condición de tratamiento. Veintidós sujetos fueron asignados al grupo cognitivo-conductual, diecisiete al grupo de insight y doce al grupo de control. Morris (1975) encontró que el tratamiento cognitivo-conductual era igualmente efectivo en un período de tres semanas que en uno de 6 cuando el número de sesiones (6) permanecía constante. Este resultado es importante, ya que una de las características sobresalientes del enfoque cognitivo es que pueden conseguirse cambios significativos durante un período de intervención limitado.

Trabajando con un solo sujeto y con un diseño de línea base múltiple (A - B - A), Schmickley (1976) informó de una mejoría significativa en una muestra de once pacientes depresivos externos de un Centro de Salud Mental Comunitaria como resultado directo de una intervención cognitivo-conductual. Cada paciente era tratado individualmente por un terapeuta durante cuatro sesiones de una hora. Participaron cuatro terapeutas (pero no el autor). Los cambios en la dirección esperada se observaron en 11 de las 12 medidas psicométricas y conductuales que se aplicaron al finalizar el tratamiento. Antes de comenzar el mismo, se realizaron líneas base de distinta duración de los pacientes; a continuación, se dejó un período controlado de dos semanas para observar posibles remisiones espontáneas. No se registraron cambios durante el período de línea base; los pacientes mejoraron significativamente como resultado del tratamiento de dos semanas; se observaron recaídas al retirar el tratamiento. La reinstauración del mismo en este punto podría haber seguido el paradigma A-B-A-B y, probablemente, los resultados habrían sido más satisfactorios.

En la Universidad de Pennsylvania se llevó a cabo un estudio piloto (Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1977) para evaluar la eficacia relativa de la terapia cognitiva y de los fármacos antidepresivos (hidrocloruro de imipramina) en el tratamiento de 41 pacientes depresivos en régimen externo. Se encontró que la terapia cognitiva era más efectiva que la imipramina. Este estudio se ha ampliado a 44 pacientes depresivos externos y actualmente disponemos de datos de seguimiento. Todos los pacientes habían acudido a la consulta por propia iniciativa y satisfecho los criterios que se habían establecido en la investigación para diagnos-

ticar la depresión (Feghner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur y Muñoz, 1972). A todos se les diagnosticó neurosis depresiva, según el *Diagnostic and Statistic Manual-II* (Manual Diagnóstico y Estadístico). La mayoría de los pacientes eran de raza blanca, tenían estudios medios y edades en torno a los 35 años.

Sus historiales y puntuaciones en el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota) indicaban un grado considerable de psicopatología. En general, los pacientes llevaban deprimidos en torno a 9 años –de forma intermitente o crónica– y aproximadamente la cuarta parte habían estado hospitalizados anteriormente debido a la depresión. Por término medio, los pacientes habían consultado a dos o más terapeutas antes de este estudio. El episodio depresivo actual tenía una duración de menos de 12 meses a través de todos los pacientes. Todos ellos presentaban una depresión moderada e intensa al comienzo del tratamiento, según autoinforme (Inventario de Depresión de Beck), evaluación a cargo de un observador (Hamilton Rating Scale) (Escala de Evaluación de Hamilton) y evaluación del terapeuta (Raskin Scale) (Escala de Raskin). El 75% de los pacientes manifestó ideas de suicidio al principio del tratamiento. La población de pacientes con depresión unipolar mostraba un notable grado de psicopatología y una historia de respuesta *pobre* a otras *psicoterapias*. (Los pacientes que habían recibido farmacoterapia y mostrado una falta de respuesta hacia la misma fueron excluidos; en este sentido, la muestra estaba sesgada en contra de la psicoterapia).

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente al grupo de terapia cognitiva individual o al de farmacoterapia (hidrocloruro de imipramina) para 12 semanas de tratamiento. La terapia psicológica consistió en dos sesiones semanales de una hora de duración de terapia cognitiva, con un máximo de 20 visitas. La terapia farmacológica, por otro lado, consistió en no menos de 100 ni más de 250 mg./día de imipramina; ésta se prescribía en sesiones semanales de 20 minutos durante un máximo de 12 semanas.

La metodología de la terapia cognitiva se resumió en un manual de tratamiento de 100 páginas. Tres clínicos experimentados supervisaban semanalmente a los terapeutas. Todas las sesiones fueron grabadas audiovisualmente y pasadas a continuación con el fin de conseguir un mayor ajuste a los procedimientos establecidos. Los terapeutas eran psiquiatras residentes que solamente habían tratado dos casos de “práctica” con supervisión antes de participar en la investigación.

Ambos grupos de tratamiento eran equivalentes con respecto a características demográficas, historia anterior, tratamientos previos e intensidad media de la depresión al comienzo del tratamiento. De los 19 pacientes asignados al grupo de terapia cognitiva, 18 completaron el tratamiento en un período medio de 11 semanas. De los 25 asignados al grupo de farmacoterapia, 17 completaron el tratamiento en el mismo período de tiempo.

Al finalizar el tratamiento activo, ambos grupos mostraron una reducción significativa ($P < 0.001$) de la sintomatología depresiva en el autoinforme, la evaluación del observador y la evaluación del terapeuta. La tasa de respuesta tanto a la farmacoterapia como a la terapia cognitiva fue mayor que la tasa de respuesta mostrada por grupos placebo (Morras y Beck, 1974). La terapia cognitiva resultó significativamente más efectiva que la farmacoterapia, a partir del autoinforme y la evaluación clínica a cargo de un observador ($p < 0.01$).

De los pacientes que recibieron terapia cognitiva, un 78.9% mostró una notable mejoría o la remisión completa al final del tratamiento, en tanto que solamente un 20.0% de los pacientes que habían recibido farmacoterapia mostró una respuesta de magnitud similar. Ambos tratamientos produjeron una notable reducción de la ansiedad, medida a través de informes subjetivos y de las evaluaciones de un observador.

La tasa de abandonos durante el tratamiento fue significativamente mayor en el grupo de farmacoterapia que en el de terapia cognitiva ($p < 0.05$). No obstante, aun cuando los pacientes que abandonaron fueron excluidos del análisis de datos, los pacientes que habían recibido terapia cognitiva seguían mostrando una mejoría significativamente mayor que los que recibieron farmacoterapia ($p < 0.05$).

Los datos de un seguimiento de 6 meses indicaron que la mejoría se mantenía en ambos grupos. Un número significativamente mayor de los pacientes del grupo de farmacoterapia volvieron a solicitar tratamiento durante el período de seguimiento. Los pacientes asignados al grupo de terapia cognitiva mostraron niveles de depresión significativamente menores en los seguimientos de 3 y 6 meses. Considerando solamente a aquéllos que completaron el tratamiento, los pacientes del grupo de terapia cognitiva mostraron niveles de depresión significativamente menores a los 3 meses ($p < 0.05$) y una tendencia ($p < 0.10$) hacia niveles aún más bajos a los 6 meses.

El seguimiento de los pacientes que habían completado el tratamiento mostró que, aunque muchos de ellos presentaban un curso clínico de intermitencia de los síntomas, ambos grupos seguían manteniendo la mejoría 12 meses después de finalizar el tratamiento. Sin embargo, el grupo de terapia cognitiva autoevaluó sus propios síntomas como menores de lo que lo hizo el grupo de farmacoterapia. Además, este último grupo mostró una tasa de recaídas acumulativa de doble magnitud que el grupo de terapia cognitiva (Kovacs, Rush, Beck y Hollon, 1978).

Este es el primer estudio controlado que muestra la superioridad de una intervención psicológica o conductual sobre la farmacoterapia en pacientes con depresión moderada-severa en régimen externo. Obviamente, se necesitan estudios adicionales para determinar qué forma de terapia es más efectiva para cada grupo de depresivos.

Finalmente, el estudio realizado por el Dr. Brian Shaw en el Hospital Universitario de la Universidad de Western Ontario sugiere que la terapia cognitiva puede ser efectiva en el tratamiento de pacientes depresivos hospitalizados. Los pacientes fueron seleccionados a partir de dos fuentes: (a) pacientes depresivos hospitalizados en la sala de Endocrinología que fueron asignados al tratamiento de terapia cognitiva, ya que el procedimiento de investigación excluía el empleo de fármacos; y (b) pacientes depresivos que se habían mostrado refractarios a la medicación antidepressiva. La edad media de los 11 pacientes era de 40 años, con un rango de 29 a 66. Participaron 6 mujeres y 5 varones. A todos los pacientes se les diagnosticó depresión primaria.

La puntuación media en el Inventario de Depresión de Beck fue de 29.8 (con un rango de 19 a 41) en el momento de la admisión en el hospital. Cuando se les dio de alta, la puntuación media en el IDB era de 8.1. Diez de los once pacientes mostraron una notable mejoría. En el momento de darles de alta, las puntuaciones (de los que habían mejorado) se situaban en el rango de normalidad en el caso de tres pacientes, dentro del rango medio en 5 pacientes y dentro del rango moderado en el caso de los dos restantes. En los seguimientos de 4 y 6 semanas, la puntuación media en el IDB fue de 13.5; es decir, la mejoría se mantenía.

Terapia cognitiva en comparación con terapia cognitiva combinada con amitriptilina. Un estudio reciente realizado por nuestro grupo comparó los efectos de (1) terapia cognitiva como único tratamiento con los efectos de (2) terapia cognitiva combinada con amitriptilina, prescrita según un programa flexible de dosis a producir la máxima eficacia posible del fármaco. Los criterios de admisión en el estudio fueron similares a los del trabajo de Rush *et al.* (1977), con la excepción de que, en el estudio al que nos estamos refiriendo ahora, se admitieron pacientes esquizoafectivos, con el fin de determinar si la adición del antidepressivo les resultaba beneficiosa. Un total de treinta y tres pacientes fueron asignados aleatoriamente a las dos condiciones de tratamiento; éste se llevó a cabo en sesiones individuales siguiendo el procedimiento descrito en Rush *et al.* De los 18 pacientes asignados al grupo de terapia cognitiva, 4 fueron eliminados de la investigación por infringir o no cumplir los requisitos del programa de investigación (bien porque no acudían a las citas, o bien por decisión del director de la clínica de aumentar la frecuencia de las sesiones o de prescribir una dosis de medicación). Uno de estos pacientes sufrió una descompensación esquizofrénica y se le administró fenotiazina. Del grupo de tratamiento combinado, se eliminaron 3 pacientes porque no seguían adecuadamente el régimen de medicación.

Una vez eliminados estos pacientes, quedaron 14 sujetos en el grupo de terapia cognitiva y 12 en la condición de terapia combinada. El grupo de terapia cognitiva mostró una reducción de sus puntuaciones en el Inventario de Depre-

TABLA 4. ESTUDIOS SOBRE LA TERAPIA

Estudio	Población	Sexo	Edad	Principales medidas utilizadas	Tratamientos que fueron comparados
Shipley y Fazio (1973)	Estudiantes universitarios voluntarios	M y F	18-33	Zung MMPI	1. Resolución de problemas (cognitiva) 2. Apoyo 3. Lista de espera
Taylor y Marshall (1977)	Estudiantes universitarios voluntarios	M y F	18-26	IDB D-30	1. Modificación cognitiva 2. Modificación conductual 3. M Cg + M Cd (combinadas) 4. Lista de espera
Gioe (1975)	Estudiantes universitarios voluntarios	M y F	?	IDB	1. Modificación cognitiva 2. Experiencia de grupo positiva (EGP) 3. MC + EGP (combinadas) 4. Lista de espera
Fuchs y Rehm (1977)	Voluntarios de la comunidad	F	18-48	IDB MMPI-D	1. Terapia de autocontrol 2. Terapia inespecífica 3. Lista de espera
Hodgson y Urban (1976)	Estudiantes universitarios voluntarios	M y F	?	Lubin Zung	1. Percepción interpersonal (cognitiva) 2. Habilidades interpersonales (conductual) 3. Lista de espera
Shaw (1977)	Estudiantes que acudieron al Centro de Salud de la Universidad	M y F	18-26	IDB HRSD	1. Modificación cognitiva 2. Modificación conductual 3. Terapia no directiva 4. Lista de espera
Todas LE Morris (1975)	Pacientes clínicos	F	18	IDB Zung	1. Programa cognitivo-conductual 2. Terapia orientada al insight 3. Lista de espera
Schmickley (1976)	Pacientes clínicos	F	22-53	IDB HRSD	1. Terapia cognitiva 2. Farmacoterapia (imipramina)

COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN

Modalidad	No sesiones, duración de las mismas, semanas, tiempo total	Terapeuta (autor*)	Nº sujetos que completaron el tratamiento	% de abandonos	% de éxito	Conclusiones
Grupo	3 sesiones de 1 hora 3 semanas = 3 horas	1 estudiante graduado*	13	-	100%	Rp A LE
			14	-	15%	
			11	-	0%	
Indiv.	6 sesiones de 40 m. 3 semanas = 3 1/2 horas	1 estudiante graduado*	7	-	No se es-	MCg + MCd MCg
			7	-	peci-	MCg + MCd MCg
			7	-	fica	MCg = MCd
			7	-		Ambas LE
Grupo	5 sesiones de 1/2 h. 1 semana = 2 1/2 h.	1 estudiante graduado*	10	-	No se es-	MC + EGP MC
			10	-	peci-	MC + EGP EGP
			10	-	fica	MC = EGP
			10	-		Ambas LE
Grupo	6 sesiones de 2 h. 6 semanas = 12 h.	2 estudiantes graduados*	8	33%	100%	TA TI LE
			10	17%	30%	
			10	17%	0%	
Grupo	6 sesiones de 1 1/2 h. 3 semanas = 9 h.	3 M.S.W.S. y 1 estudiante graduado*	11	-	No se es- peci- fica	MCg + MCd Ambas LE
Grupo	8 sesiones de 2 h. 4 semanas = 16 h.	1 estudiante graduado*	8	-	63%	MCg MCd
			8	-	25%	MCg TND
			8	-	25%	MCd TND
			8	-	0%	
Indiv.	4 sesiones de 1 h.	4 estudiantes graduados*	22	19%	No se es-	Efectos significativos del tratamiento
			17	57%	peci-	
			12	14%	fica	
Indiv.	TC= sesiones de 20-50 min. F= sesiones de 12-20 min.	18 psiquiatras y psicólogos, residentes o internos	18	4%	83%	TC F
			14	36%	36%	

sión de Beck de 31.0 a 8.64 al finalizar el tratamiento. En el grupo de terapia cognitiva combinada con amitriptilina, la reducción fue de 29.9 a 9.83. Las puntuaciones del grupo de terapia cognitiva en la Hamilton Depression Scale (Escala de Depresión de Hamilton) (HRS-D) disminuyeron de 22.0 a 6.00; para el grupo de tratamiento combinada, las puntuaciones en esta Escala disminuyeron de 20.08 a 5.55. Por lo tanto, ambos grupos mostraron una mejoría clínica altamente significativa. En un seguimiento de 6 meses, la mejoría se mantenía parcialmente (12.8 en el IDB y 9.0 en la HRS para el grupo de terapia cognitiva; 14.4 en el IDB y 8.75 en la HRS para el grupo de tratamiento combinado). No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos al final del tratamiento ni durante el período de seguimiento. A partir de este estudio, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. El grupo de terapia cognitiva (exceptuando a los pacientes esquizoafectivos) respondió en este estudio aproximadamente igual que en el trabajo de Rush *et al.*

2. La adición de amitriptilina a la terapia cognitiva no incrementó la eficacia de esta última.

Sin embargo, este resultado no excluye la posibilidad de que, para un determinado individuo, la adición de un fármaco antidepressivo produzca un efecto aditivo a la terapia cognitiva. De hecho, en nuestra experiencia clínica hemos observado que, en el caso de algunos pacientes (no incluidos en este estudio) que parecían no responder a la terapia cognitiva, la inclusión de un fármaco antidepressivo producía un efecto prácticamente inmediato consistente en poner fin al impasse en la terapia.

Resumen

Una revisión de los estudios controlados publicados sobre terapia psicológica de la depresión muestra una superioridad significativa de los tratamientos cognitivos o conductuales (o la combinación de ambos) sobre los grupos de control. Seis de los estudios se realizaron con sujetos voluntarios, estudiantes o individuos seleccionados de la comunidad; cuatro de los estudios que aplicaron terapia cognitiva, o una variación de este procedimiento, se llevaron a cabo con poblaciones clínicas (ver Tabla 4).

Un estudio no publicado sugiere que la terapia cognitiva *sin* medicación antidepressiva puede ser un tratamiento eficaz para una gran proporción de pacientes depresivos hospitalizados. Otro estudio sugiere que la inclusión de medicación antidepressiva no aumenta la efectividad de la terapia cognitiva.

En resumen, los datos disponibles indican la eficacia de la terapia cognitiva en un continuo de individuos depresivos, desde estudiantes universitarios subclínicamente deprimidos hasta pacientes depresivos hospitalizados.

APÉNDICE: MATERIALES

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre Fecha

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la *ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY*. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.*

- 1.- 0. No me siento triste.
 1. Me siento triste.
 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2.- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
 2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 3.- 0. No me siento como un fracasado.
 1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
 2. Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
 3. Soy un fracaso total como persona.
- 4.- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
 2. Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.
- 5.- 0. No me siento especialmente culpable.
 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 3. Me siento culpable constantemente.
- 6.- 0. No creo que esté siendo castigado.
 1. Siento que quizá esté siendo castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que estoy siendo castigado.
- 7.- 0. No estoy descontento de mí mismo.
 1. Estoy descontento de mí mismo.
 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
 3. Me detesto.

- 8.- 0. No me considero peor que cualquier otro
 1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9.- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
 2. Desearía poner fin a mi vida.
 3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.
- 10.- 0. No lloro más de lo normal.
 1. Ahora lloro más que antes.
 2. Lloro continuamente.
 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 11.- 0. No estoy especialmente irritado.
 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 2. Me siento irritado continuamente.
 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
- 12.- 0. No he perdido el interés por los demás.
 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
 3. He perdido todo interés por los demás.
- 13.- 0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
 1. Evito tomar decisiones más que antes.
 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 3. Me es imposible tomar decisiones.
- 14.- 0. No creo tener peor aspecto que antes.
 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
 3. Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15.- 0. Trabajo igual que antes.
 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
- 16.- 0. Duermo tan bien como siempre.
 1. No duermo tan bien como antes.
 2. Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.

- 17.- 0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18.- 0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.
- 19.- 0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos Estoy tratando intencionadamente.
2. He perdido más de 4 kgs. de perder peso comiendo menos.
3. He perdido más de 7 kgs. SíNo.....
- 20.- 0. No estoy preocupado por mi salud.
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.;
el malestar de estómago o los catarros.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar
en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz
de pensar en otras cosas.
- 21.- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

Se prohíbe la reproducción sin permiso escrito del autor.

Se pueden obtener copias o el permiso para utilizar esta escala en: CENTER FOR COGNITIVE THERAPY, Room 602, 133 South Street, Philadelphia, Pa. 19104.

Copyright © 1978 by Aaron T. Beck, M. D.

ESCALA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS

Nombre..... Fecha.....

Día de la entrevista

Momento de la Crisis/Punto más agudo de la enf.

I. Características de las actitudes hacia la vida/muerte

- () 1. Deseo de vivir ()
 0. Moderado a fuerte
 1. Débil
 2. Inexistente
- () 2. Deseo de morir ()
 0. Inexistente
 1. Débil
 2. Moderado a fuerte
- () 3. Razones para vivir/morir ()
 0. Las primeras superan a las segundas
 1. Equilibrado
 2. Las segundas superan a las primeras
- () 4. Deseo de realizar un intento de suicidio ()
 Activo
 0. Inexistente
 1. Débil
 2. Moderado a fuerte
- () 5. Intento de suicidio pasivo ()
 0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
 1. Dejaría la vida –muerte– para cambiar (p. ej., cruzar una calle con mucho tráfico sin mirar antes)
 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar su vida (p. ej., que un diabético dejase de ponerse insulina)

Si la puntuación en los ítems 4 y 5 es “0”, omítanse las secciones II, III y IV, y póngase “8” – “No Aplicable” en cada uno de los espacios reservados para los códigos en blanco.

Día de la entrevista	Momento de la Crisis/Punto más agudo de la enf.
II. <i>Características de los pensamientos/deseos de suicidio</i>	
()	6. Duración ()
	0. Breve, momentos pasajeros 1. Períodos algo más largos 2. Continuos (crónicos) o casi continuos
()	7. Frecuencia ()
	0. Muy baja; ocasionalmente 1. Intermitentes 2. Persistentes o continuos
()	8. Actitud hacia los pensamientos/deseos ()
	0. Rechazo 1. Ambivalente; indiferente 2. Aceptación
()	9. Control sobre la acción/deseo de Suicidio ()
	0. Sensación de control 1. Inseguridad acerca de la capacidad de control 2. Ausencia de control
()	10. Disuasorio del intento de suicidio activo ()
	(familia, religión, consecuencias en caso de no tener éxito, irreversibilidad) 0. No se suicidaría a causa de alguno de estos factores 1. Cierta duda acerca de estos factores 2. Duda mínima o inexistente acerca de estos factores
	(Indicar cuáles son estos factores, en caso de estar presentes: _____)
()	11. Razones para pensar en el suicidio ()
	0. Manipular el ambiente, llamar la atención 1. Combinación vengarse de "0" y "2" 2. Escapar, resolver los problemas

Día de la entrevista	Momento de la Crisis/Punto más agudo de la enf.
<i>III. Características del intento</i>	
()	12. Método: especificidad/planificación () 0. Sin considerar 1. Considerado, pero sin determinar los detalles 2. Detalles elaborados/bien formulados
()	13. Método: viabilidad/oportunidad () 0. Método no disponible; no oportunidad 1. El método requeriría tiempo/ esfuerzo; no hay oportunidad disponible 2a. Método y oportunidad disponibles 2b. Oportunidad en el futuro o disponibilidad del método anticipada
()	14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el Intento () 0. Falta de valor; demasiado débil asustado, incompetente 1. No está seguro de tener valor para hacerlo 2. Está seguro de tener valor
()	15. DÉJESE EN BLANCO ()
()	16. Expectativa/anticipación del intento real () 0. No 1. Sin seguridad, sin claridad 2. Sí
()	17. DÉJESE EN BLANCO ()
<i>IV. Actualización del intento</i>	
()	18. Preparación real () 0. Ninguna 1. Parcial (p. ej., comenzar a guardar píldoras) 2. Completa (p. ej., tener píldoras, una navaja, un arma de fuego, etc.)

Día de la entrevista	Momento de la Crisis/Punto más agudo de la enf.
() 19. Nota de suicidio 0. No 1. Iniciada, pero sin terminar; aún sin depositar; solamente pensada 2. Escrita; depositada	()
() 20. Acciones finales anteriores al suicidio (seguros, regalos) 0. No 1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales 2. Realizados los planes y arreglos finales	()
() 21. Encubrimiento de la idea de realizar un intento de suicidio 0. Expone las ideas abiertamente 1. Revela las ideas con reservas 2. Engaña, encubre, miente	()
<i>V. Factores de fondo</i>	
() 22. Intentos de suicidio anteriores 0. No 1. Uno 2. Más de uno	()
() 23. Intento de suicidio asociado con el anterior (sí) 0. Bajo	()
() 1. Moderado; ambivalente, inseguro 2. Alto	()

Se prohíbe la reproducción sin permiso escrito del autor.

Se pueden obtener copias y/o el permiso para utilizar esta escala en: CENTER FOR COGNITIVE THERAPY, Romm 602, 133 South 36th Street, Philadelphia, Pa. 19104.

Copyright © 1978 by Aaron T. Beck, M. D.

REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS

SITUACIÓN	EMOCIÓN(ES)	PENSAMIENTO(S) AUTOMÁTICO(S)	RESPUESTA RACIONAL	RESULTADO
<p>Describa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El acontecimiento que motivó la emoción desagradable, o 2. La corriente de pensamientos o el recuerdo que motivó la emoción desagradable. <p>FECHA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Especifique triste/ansioso/enfadado, etcétera. 2. Evalúe la intensidad de la emoción de 1-100. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anote el pensamiento o pensamientos automáticos que preceden a la emoción o emociones. 2. Evalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0-100%. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anote una respuesta racional a los pensamientos automáticos. 2. Evalúe el grado de creencia en la respuesta racional de 0-100%. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reevalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0-100. 2. Especifique y evalúe de 0-100 las emociones subsiguientes.

EXPLICACIÓN: Cuando experimente una emoción desagradable, describa la situación que pudo motivar la aparición de la emoción. (Si la emoción tuvo lugar mientras usted estaba pensando algo, anótelo). A continuación, anote el pensamiento automático asociado con la emoción. Anote el grado de creencia en este pensamiento: 0= nada en absoluto; 100= totalmente. En la evaluación de la intensidad de la emoción, 1= un leve indicio; 100 = la máxima intensidad posible.

LISTA DE COMPETENCIAS PARA TERAPEUTAS COGNITIVOS

Terapeuta Paciente

Fecha de la Sesión Sesión Número

Evaluador Fecha de la Evaluación

Clínica.....

Rodee con un círculo: Espejo unidireccional Videotape Audiotape

Código: v = Incluido adecuadamente 0 = Omitido opcionalmente

– = Omitido inadecuadamente NA = No aplicable

Parte I. PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENTREVISTA

1. Colaboración y comprensión mutua

- a. El terapeuta trabajó *con* el paciente desde el principio.
- b. El terapeuta buscó feedback.
- c. El paciente dio feedback.
- d. El terapeuta pidió sugerencias y/u ofreció alternativas.
- e. El paciente ofreció sugerencias y/o hizo una elección.
- f. El terapeuta respondió al feedback y/o a las sugerencias del paciente; no los ignoró o negó.
- g. El terapeuta se aseguraba periódicamente de haber comprendido los contenidos principales expuestos por el paciente (p. ej., haciendo resúmenes de las verbalizaciones del paciente –“Según yo lo entiendo, usted ha dicho que...” para asegurarse de estar en la misma onda que el paciente).
- h. Periódicamente, el terapeuta hacía resúmenes de los contenidos principales para asegurarse de que el paciente sintonizaba con él.

2. Establecimiento de la agenda (no aplicable a la primera sesión)

- a. Terapeuta y paciente prepararon la agenda para la sesión.
- b. Los ítems de la agenda eran específicos y orientados al problema, no vagos o generales.
- c. Se estableció un orden de prioridades para los ítems de la agenda.
- d. La agenda era adecuada al tiempo disponible (ni demasiado limitada ni demasiado ambiciosa).
- e. En algún momento, el paciente comentó y discutió algunos de los acontecimientos ocurridos desde la última sesión.

3. Reacciones elicítadas hacia la sesión y el terapeuta

- a. Se elicitaron los pensamientos y reacciones del paciente hacia la presente sesión.
- b. Se elicó feedback en relación con la sesión anterior.

4. Estructuración efectiva del tiempo de la terapia

- a. El terapeuta cubrió la mayor parte de los ítems de la agenda y volvió a programar contenidos no resueltos.

- b. El terapeuta se mostró suficientemente flexible para tratar contenidos importantes que surgiesen durante la sesión, aunque no figurasen en la agenda.
- c. Limitó el tiempo dedicado a contenidos periféricos.
- d. Limitó las discusiones no productivas, aunque girasen en torno a temas relevantes.

5. Atención a los problemas adecuados

- a. El terapeuta identificó el/los problema(s) concreto(s) para centrarse en él/ellos.
- b. Identificó los problemas centrales del paciente.
- c. Identificó los problemas susceptibles de tratamiento en un determinado momento de la terapia.
- d. Identificó los problemas clave, sin por ello olvidar el problema principal.
- e. Se centró en uno o dos problemas, en lugar de tratar todos a un tiempo.

6. Preguntas

- a. El terapeuta combinó hábilmente sus preguntas para obtener datos en con los síntomas, la situación de vida del paciente, sus pensamientos, sentimientos y experiencias actuales y pasadas.
- b. Formuló adecuadamente preguntas abiertas.
- c. Mínimo empleo de preguntas que diesen lugar a respuestas de sí o no.
- d. El terapeuta evitó las preguntas que exigiesen una respuesta rápida.
- e. Intercaló preguntas con reflexiones, ejemplos ilustrativos o resúmenes.
- f. Formuló preguntas para poner de manifiesto las incongruencias o inconsistencias presentes en las conclusiones del paciente sin degradar o hacer de menos a éste.
- g. Formuló preguntas para ayudar al paciente a explorar las distintas facetas de un problema.
- h. Formuló preguntas para examinar las conclusiones o supuestos arbitrarios del paciente.
- i. Formuló preguntas para elicitar modos alternativos de resolver un problema.
- j. Formuló preguntas para destacar las explicaciones alternativas.
- k. Formuló preguntas para predecir las consecuencias positivas y negativas de una determinada acción (p. ej., hacer las tareas para casa, buscar empleo, etc.).

7. Resúmenes periódicos durante la sesión

- a. El terapeuta recapituló o reformuló periódicamente los problemas sobre los que se estaba trabajando.

- __b. Explicó el fundamento teórico de las técnicas que se iban a utilizar para hacer frente a los problemas.
- __c. Resumió los avances realizados en relación con los problemas identificados durante la sesión.

8. Tareas asignadas para casa

- __a. El terapeuta revisó cuidadosamente las tareas para casa de la semana.
- __b. Resumió las conclusiones derivadas, o los avances derivados, de las tareas ya realizadas.
- __c. Asignó nuevas tareas para casa.
- __d. Las tareas asignadas se adecuaron a los problemas previamente identificados.
- __e. El terapeuta explicó el fundamento teórico de la asignación de tareas para casa.
- __f. Las tareas eran específicas y los detalles quedaron claramente explicados.
- __g. El terapeuta le preguntó al paciente si anticipaba algún problema en la realización de las tareas.

Parte II. TÉCNICAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES ESPECÍFICAS

9. Adecuación y aplicación de las técnicas

- __a. Las técnicas empleadas eran *en general* adecuadas para los problemas identificados.
- __b. Las técnicas empleadas eran *las más* adecuadas para los problemas identificados.
- __c. El terapeuta aplicó las técnicas con éxito.

Comentarios sobre la aplicación inadecuada o incorrecta de la técnicas:

10. Pensamientos automáticos elicitados

- __a. Se identificaron pensamientos automáticos específicos.
- __b. El terapeuta ayudó al paciente a identificar por sí mismo los pensamientos, en lugar de indicárselos repetidamente de un modo didáctico.
- __c. El terapeuta empleó las técnicas adecuadas para elicitación de los pensamientos automáticos (señalar las técnicas empleadas):

preguntas inductivas	cambios de humor durante la sesión
imágenes	registro de pensamientos distorsionados
role-playing	
- __d. El terapeuta ayudó al paciente a ver la conexión entre afectos y cogniciones.

11. Puesta a prueba de los pensamientos automáticos

- __a. Se pusieron a prueba/se cuestionaron los pensamientos automáticos de un modo sistemático.

- b. No se empleó la exhortación para hacer que el paciente “abandonase los pensamientos automáticos”.
- c. Se ayudó al *paciente* a formular hipótesis específicas y susceptibles de ser comprobadas.
- d. Se ayudó al *paciente* a recoger los datos válidos relacionados con las hipótesis.
- e. Se ayudó al *paciente* a evaluar los datos y a extraer conclusiones a partir de los mismos.

12. **Identificación y puesta a prueba de los supuestos subyacentes**

- a. Se identificaron los supuestos subyacentes (“encubiertos”).
- b. El terapeuta ayudó al paciente a descubrir los supuestos relevantes a partir de un análisis conjunto de los pensamientos automáticos.
- c. El terapeuta *no* se limitó solamente a los contrargumentos didácticos para evaluar los supuestos.
- d. El terapeuta ayudó al *paciente* a analizar la validez de los supuestos (p. ej., mediante preguntas inductivas o listando las ventajas e inconvenientes).

13. **Otras técnicas cognitivas y conductuales básicas**

a. Técnicas empleadas:

- retribución
- técnica de las alternativas
- averiguar el significado de un evento
- práctica cognitiva
- práctica en concentración
- programación de actividades
- evaluaciones de dominio y agrado
- asignación de tareas graduales
- role-playing
- técnicas de distracción
- entrenamiento en asertividad

otras; especificar: _____

b. Instrumentos y materiales:

- Registro Diario de Pensamientos Distorsionados
- programa de actividades: resumen
- programa de actividades: planificación
- evaluaciones de dominio y agrado
- lista escrita con los principales puntos de la sesión para el paciente
- lectura de las tareas asignadas

__Escala de Actitudes Inadecuadas

__autobiografía

__diario

__contador de pulsera

__videotape de la sesión para el paciente

__audiotape de la sesión para el paciente

__Inventario de Depresión

__Otros: _____

Parte III. **CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES DEL TERAPEUTA**

14. **Autenticidad**

__a. El terapeuta parecía decir sinceramente lo que sentía. Se mostraba honesto y “real”.

__b. El terapeuta se mostraba abierto, no a la defensiva.

__c. No parecía guardar información para sí; no evadía las preguntas del paciente.

__d. No se mostraba paternalista ni condescendiente.

__e. El terapeuta no representaba el *papel* de terapeuta. No parecía artificial ni afectado.

15. **Aceptación**

__a. El *tono de voz* y la *conducta no verbal* del terapeuta transmitían aceptación e interés.

__b. El *contenido* de lo que el terapeuta decía transmitía preocupación y atención.

__c. El terapeuta no criticó, desaprobó ni ridiculizó la conducta del paciente.

__d. El terapeuta no aparecía frío, distante ni indiferente.

__e. No se mostraba efusivo, posesivo ni excesivamente implicado.

__f. Respondía al humor o hacía uso del mismo cuando era conveniente.

16. **Empatía**

__a. El terapeuta resumía correctamente lo que el paciente *decía* explícitamente.

__b. Resumía correctamente las *emociones más evidentes* del paciente (p. ej., tristeza, cólera).

__c. Resumía correctamente los *matices más sutiles* de los sentimientos o creencias implícitas del paciente.

d. El terapeuta comunicaba a través de su conducta verbal y no verbal que comprendía los sentimientos del paciente y respondía a ellos.

17. Profesionalidad

a. El tono de voz y la conducta no verbal del terapeuta transmitían confianza.

b. El terapeuta hacía afirmaciones claras sin dudar demasiado.

c. El terapeuta controlaba el curso de la sesión; mantenía un equilibrio adecuado entre escuchar y dirigir.

d. El terapeuta se mostraba relajado, en absoluto ansioso.

18. Rapport

a. Paciente y terapeuta parecían a gusto uno con otro.

b. Mantenían contacto visual.

c. Buena interacción afectiva (p. ej., al sonreír uno, sonreía el otro).

d. Fluidez en los intercambios verbales.

e. Ni el paciente ni el terapeuta se mostraban demasiado cautelosos, comedidos ni a la defensiva.

Este cuestionario ha sido elaborado por Jeffrey Young, Karen El Shammaa y Aaron T. Beck. Se pueden solicitar un syllabus y una guía de la Lista de Competencias para Terapeutas Cognitivos a Aaron T. Beck, M.D., Center for Cognitive Therapy, Room 602, 133 South 36 th Street, Philadelphia, PA 19104.

POSIBLES RAZONES PARA LA NO REALIZACIÓN DE LAS TAREAS DE AUTOAYUDA

(A completar por el paciente)

A continuación figura una lista de razones que varios pacientes han propuesto como responsables de la no realización de las tareas de autoayuda durante el curso de la terapia. Dado que la mejoría depende en gran medida del número de tareas de autoayuda que usted está dispuesto a realizar, es de crucial importancia detectar las razones que usted pueda tener para no llevar a cabo estas tareas. Es importante buscar dichas razones en el momento en que usted sienta desgan o rechazo hacia las tareas, o bien el deseo de posponerlas o dejarlas a un lado. Por lo tanto, lo mejor es que responda a este cuestionario en esos momentos. Si encuentra alguna dificultad, rellénelo junto con su terapeuta durante una de las sesiones. (Responda a cada frase con una "V" (Verdadero) o con una "F" (Falso). La "V" indica que está de acuerdo con la frase; la "F", que está en desacuerdo en ese momento).

1. Parece que no hay nada que pueda ayudarme, así pues, no tiene sentido intentar nada. ___
2. No veo qué utilidad puede tener lo que el terapeuta me ha pedido que haga. ___
3. Me parece que el método que el terapeuta ha sugerido no va a ser útil. No creo que tenga mucho sentido. ___
4. "Yo siempre dudo, por lo tanto, no puedo hacer esto". Así, termino por no hacerlo. ___
5. Estoy dispuesto a realizar las tareas, pero me olvido de ello. ___
6. No tengo tiempo. Estoy demasiado ocupado. ___
7. Hacer lo que el terapeuta sugiere es peor que superarlo con mis propias ideas. ___
8. Me siento inútil y no creo que sea capaz de hacer nada, aunque haya decidido hacerlo. ___
9. Creo que el terapeuta intenta dominarme o controlarme. ___
10. No me gusta cooperar con el terapeuta. ___
11. Temo que el terapeuta desaprobe o critique mi trabajo. Creo que lo que yo haga nunca será suficientemente bueno para él. ___
12. No deseo ni estoy motivado para realizar las tareas ni para hacer ninguna otra cosa. Ya que no me gusta realizar las tareas, no seré capaz de hacerlas y no debo hacerlas. ___
13. Me siento demasiado mal, triste, nervioso, alterado (subrayar la/s palabra/s adecuada/s) para hacerlo. ___
14. Me siento bien ahora y no quiero estropearlo realizando la tarea. ___
15. Otras razones (Por favor, anótelas):
-
-

Este cuestionario ha sido elaborado por David Burns, M.D. y Aaron T. Beck, M.D.

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PARA UN CENTRO DE TERAPIA COGNITIVA

A. Evaluación preliminar

1. *Evaluación Clínica Completa*: Estado mental, historia de la enfermedad actual, historia anterior.
2. Trastornos afectivos y esquizofrenia (SADS: Spitzer y Endicott).
3. Diagnóstico según el Research Diagnostic Criteria y los criterios de Feighner.
4. *Escalas Clínicas*: Hamilton Scale for Depression (Escala de Depresión de Hamilton); Hamilton Scale for Anxiety (Escala de Ansiedad de Hamilton); Scale for Suicide Intentionality (SSI) (Escala de Intencionalidad Suicida).
5. *Tests Psicométricos*: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota); Spielberger State-Trait Anxiety Scale (Escala de Ansiedad Estado-Ansiedad Rasgo de Spielberger); Symptom Checklist-90 (Hopkins) (Lista de Síntomas de Hopkins); Beck Depression Inventory (Inventario de Depresión de Beck).
6. *Escalas Especiales*: Test de Autoconcepto; Dysfunctional Attitude Scale (Escala de Actitudes Inadecuadas); Hopelessness Scale (Escala de Desesperanza); Picture Order Test (Test de Ordenación de Dibujos); Story Completion Test (Test de Completamiento de Historias).

B. Asignación del paciente a un terapeuta

C. Primera entrevista terapéutica (a realizarse dentro de los tres días siguientes a la evaluación).

D. Frecuencia y duración de las sesiones y duración del tratamiento: Máximo de 20 visitas a lo largo de un período de 12 semanas; duración de cada sesión: 50 minutos; se programan dos sesiones semanales hasta que el paciente esté preparado para una sesión semanal.

Programa de tratamiento para el paciente medio (15 visitas): Semanas 1, 2 y 3: 2 sesiones semanales; Semanas 4-12: una sesión semanal.

Primera Sesión

1. Establecer rapport.
2. Investigar las expectativas hacia la terapia.
3. Elicitar las posibles actitudes negativas hacia sí mismo, la terapia y el terapeuta.
4. Concretar los problemas más urgentes y accesibles (p. ej., desesperanza, ideas de suicidio, mal funcionamiento general, disforia grave).
5. Explicar las estrategias cognitivo-conductuales, haciendo hincapié en el fundamento teórico de las tareas conductuales y de la asignación de tareas para casa.

6. Cuestionario para registrar las actividades para la siguiente sesión.
7. Proporcionar al paciente el manual *Coping with Depression* (Cómo hacer frente a la Depresión) para que lo lea.
8. Investigar las reacciones ante la sesión. *Nota:* La mayor parte de los pacientes se sienten mejor al final de la primera sesión; de no ser así, el terapeuta debe buscar las razones de esta reacción adversa.

Segunda Sesión

1. Investigar los efectos de la primera sesión.
2. Revisar el registro de las actividades asignadas.
3. Revisar los efectos producidos por la lectura de *Coping with Depression*.
4. Comentar los problemas y progresos desde la sesión anterior.
5. Programar actividades para la siguiente sesión.
6. Comentar las evaluaciones de “Dominio” y “Agrado” en el registro de las actividades (opcional).
7. Preparar la agenda y concretar el/los problema(s) a discutir.
8. Investigar las reacciones ante la sesión.

Tercera Sesión

1. Preparar la agenda.
2. Investigar los efectos de la sesión anterior.
3. Revisar las actividades realizadas.
4. Discutir las reacciones ante la sesión anterior.
5. Discutir los pensamientos automáticos negativos (opcional).
6. Demostrar la forma de utilización del contador de pulsera para registrar los pensamientos automáticos negativos (opcional).
7. Preparar y asignar tareas.
8. Feedback sobre la sesión.
9. Pedir al paciente que redacte una breve autobiografía para la siguiente sesión.

Cuarta Sesión

1. Seguir el mismo formato general que en la tercera sesión.
2. Instrucciones adicionales para identificar los pensamientos automáticos negativos (emplear la “fantasía inducida” o el role-playing si es conveniente).
3. Explicar cómo los pensamientos automáticos constituyen distorsiones de la realidad y están relacionados con otros síntomas de la depresión.
4. Elicitar pensamientos automáticos, especialmente los relacionados con las tareas asignadas para casa.

Quinta Sesión

1. Seguir el mismo formato general que en la sesión anterior.
2. Revisar el registro de actividades, con especial énfasis en las evaluaciones de dominio y agrado.

3. Revisar y discutir los pensamientos automáticos negativos.
4. Enseñar al paciente modos de evaluar y corregir las distorsiones cognitivas (pensamientos automáticos).
5. Explicar la forma de empleo del Registro Diario de Pensamientos Distorsionados; explicar las columnas 4, 5 y 6 (“Respuesta Racional”, etcétera).
6. Emplear el contador de pulsera para registrar y llevar un control de los pensamientos automáticos.

Sesiones 6, 7 y 8

1. Seguir el mismo formato general que en las sesiones anteriores.
2. Continuar modificando factores psicológicos para recuperar el nivel de funcionamiento anterior a la depresión.
3. Continuar identificando pensamientos automáticos negativos.
4. Mostrar y proponer respuestas racionales a los pensamientos automáticos.
5. Asignar tareas para casa.
6. Discutir el concepto de Supuesto Básico (Capítulo 12).

Sesiones 8-12

1. Delegar en el paciente una mayor responsabilidad en el establecimiento de la agenda.
2. Incrementar su responsabilidad en relación con las tareas para casa.
3. Identificar y discutir los supuesto básicos. Probar su validez.

Sesiones finales 13-15 (hasta 20)

1. Preparar al paciente para el término de la terapia.
2. Fomentar la continuación de las tareas para casa y la práctica de las distintas estrategias después de haber finalizado la terapia; enfatizar el hecho de que ésta constituye un proceso de aprendizaje que continúa a lo largo de toda la vida del individuo.
3. Identificar aquellos problemas que se anticipen y desarrollar y practicar estrategias para hacerlos frente.

MATERIALES ADICIONALES E INSTRUMENTOS TÉCNICOS

Los test y cuestionarios anteriores, así como otros materiales relacionados con la terapia cognitiva de la depresión se hallan disponibles en el Center for Cognitive Therapy.

Entre los materiales disponibles figuran los siguientes:

- Cintas de video y cassettes que explican las técnicas de la terapia cognitiva.
- Audiocassettes que explican las técnicas de la terapia cognitiva.
- Transcripciones de entrevistas de demostración grabadas en video.
- Manual de tratamiento de la ansiedad y trastornos fóbicos mediante terapia cognitiva.
- Manual de tratamiento de la drogadicción mediante terapia cognitiva.
- *Copping with Depression* (Cómo hacer frente a la Depresión) (manual para los pacientes).
- Registro Diario de Pensamientos Distorsionados.
- Inventario de Depresión de Beck.
- Escala de Desesperanza.
- Escala de Intentos de Suicidio.
- Escala de Pensamientos Suicidas.

El Centro tendrá en cuenta cualquier petición de material. Sin embargo, ya que las existencias son limitadas en algunos casos, se concede prioridad a aquellos investigadores que estén realizando trabajos sobre la terapia cognitiva.

Si está interesado, escriba al Center for Cognitive Therapy, 133 South 36th Street, Philadelphia, Pennsylvania, 19104, exponiendo las razones por las que desea recibir el material.

El contador de pulsera que se menciona en el Capítulo 8 puede pedirse a la Behavior Research Company, Box 3351, Kansas City, Kansas, 66103.

BIBLIOGRAFÍA

ADLER, A., *What life should mean to you* (A. Porter, Ed.). Nueva York: Capricorn, 1958. (Publicado originalmente en 1931.)

AKISKAL, H. S., BITAR, A. H., PUZANTIAN, V. R., ROSENTHAL, T. L. y WALKER, P. W., The nosological status of neurotic depression. *Archive of General Psychiatry*, 1978, 35, 756-766.

ALEXANDER, F., *Psychosomatic medicine: Its principles and applications*. Nueva York: Norton, 1950.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual II*. Washington: American Psychiatry Association, 1968.

BALDESSARINI, R. J., *Chemotherapy in psychiatry*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1977.

BANDURA, A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall, 1977.

BECK, A. T. Thinking and depression: 1, Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 1963, 9, 324-333.

BECK, A. T. Thinking and depression: 2, Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 1964, 10, 561-571.

BECK, A. T. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Hoeber, 1967. (Publicado de nuevo como *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972).

BECK, A. T. *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1973.

BECK, A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press, 1976.

BECK, A. T. *Depression inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy, 1978.

BECK, A. T. y Greenberg, R.L. *Coping with depression* (manual). Nueva York: Institute for Rational Living, 1974.

BECK, A. T., KOVACKS, M. y WEISSMAN, A. Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Journal of the American Medical Association*, 1975, 234, 1146-1149.

BECK, A. T., KOVACS, M. y WEISSMAN, A. Assessment of suicidal intention; The Scale for Suicidal Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, en prensa.

BECK, A. T., RESNIK, H. L. P. y LETTIERI, D. (Eds.). *The prediction of suicide*. Bowie, Md.: Charles Press, 1974.

BECK, A. T. y RUSH, A. J. Cognitive approaches to depression and suicide. En G. Serban (Ed.), *Cognitive defects in the development of mental illness*. Nueva York: Brunner-Mazel, 1978.

BECK, A. T., WEISSMAN, A., LESTER, D. y TREXLER, L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, 42, 861-865.

BECKER, J. *Depression: theory and research*. Washington, D. C.: V. H. Winston and Sons, Inc., 1974.

BERNE, E. *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. Nueva York: Grove Press, 1961.

BERNE, E. *Games people play*. Nueva York: Grove Press, 1964.

BINSWANGER, L. (The case of Ellen West: An anthropological-clinical study). (Traducción de W. M. Mendel y J. Lyons). En R. May, E. Angel y H. F.

ELLENBERGER (Eds.), *Existence: A new dimension in psychology and psychiatry*. Nueva York: Basic Books, 1958. (Publicado originalmente en 1944-45).

BOWERS, H. S. Situationism in psychology: An analysis and critique, *Psychological Review*, 1973, 80, 307-336.

BREGER, L. y MCGAUGH, J. L. Critique and reformulation of "learning theory" approaches to psychotherapy and neurosis, *Psychological Bulletin*, 1965, 63, 338-358.

BROWNELL, K., HECKERMAN, C. L. y WESTLAKE, R. J. *The effect of couples training and spouse cooperativeness in the behavioral treatment of obesity*. Trabajo presentado en la Reunión Anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, Diciembre 1977.

CAUTELA, J. y KASTENBAUM, R. A reinforcement survey schedule for use in therapy, training and research. *Psychological Reports*, 1967, 20, 1115-1130.

CHASSELL, J. O. *The "basic model" of psychotherapy*. Trabajo presentado en la Reunión de la American Psychoanalytic Association, Nueva York, Diciembre 1953 (revisado, marzo, 1977).

CHRISTIE, G. L. Group psychotherapy in private practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1970, 43, 43-48.

GOVI, L., LIPMAN, R., DEROGATIS, L., SMITH, J. y PATTISON, I. Drugs and group psychotherapy in neurotic depression. *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131, 191-198.

GOYNE, J. C. Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 1976, 85, 186-193. (a).

GOYNE, J. C. Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 1976, 39, 28-40. (b).

DANEMAN, E. A. Imipramine in office management of depressive reactions (a double-blind study). *Diseases of the Nervous System*, 1961, 22, 213-217.

- DAVIS, J. M. Overview: Maintenance therapy in psychiatry: II. Affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1976, 133, 1-13.
- DEMBER, W. N. Motivation and the cognitive revolution. *American Psychologist*, 1974, 29, 161-168.
- ELLIS, A. Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 1958, 13, 344-350.
- ELLIS, A. *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart, 1962.
- ELLIS, A. *Growth through reason; Verbatim cases in rational-emotive psychotherapy*. Palo Alto: Science & Behavior Books, 1971.
- ELLIS, A. *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. Nueva York: McGraw-Hill, 1973.
- ELLIS, A. y HARPER, R. A. *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1975.
- EMERY, G. Cognitive vs. behavioral methods in weight reduction with college students. (Tesis Doctoral, University of Pennsylvania, 1977). *Dissertation abstracts International*, 1978, 38, 5563B-5564B. (Microfilm de la Universidad nº 7806578).
- EMERY, G. Self-reliance training for depressed patients. En D. P. Rathjen y J. P. Foreit (Eds.), *Social competence: Interventions for children and adults*. Nueva York: Plenum, en prensa.
- FARBEROW, N. L. Vital process in suicide prevention: Group psychotherapy as a community concern. *Life threatening behavior*, 1972, 2, 239-251.
- FEIGHNER, J. P., ROBINS, E., GUZE, S. B., WOODRUFF, R. A., WINOKUR, J. y MUÑOZ, R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 1972, 26, 57-63.
- FRANK, J. *Persuasion and healing*. Baltimore: John Hopkins Press, 1961.
- FRANKL, V. *Man's search for meaning*. Nueva York: Washington Square Press, 1963.
- FREEDMAN, A. M., KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J. (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry-II*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1975.
- FREEMAN, A. The use of dreams and imagery in cognitive therapy. En G. EMERY, S. HOLLON y R. BEDROSIAN (Eds.), *New directions in cognitive therapy: A casebook*. Nueva York: Guilford Press, en prensa.
- FREUD, S. (The interpretation of dreams). (J. Strachey, editor y traductor). En la *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, V. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1953. (Publicado originalmente en 1900.)
- FRIEDMAN, A. S. Interaction of drug therapy with marital therapy in depressive patients. *Archives of General Psychiatry*, 1975, 32, 619-637.
- FUCHS, C. y REHM, L. P. A self-control behavior therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45, 206-215.
- GIOE, V. J. Cognitive modification and positive group experience as a treatment for depression. (Tesis Doctoral, Temple University, 1975). *Dissertation Abstracts International*, 1975, 36, 3039B-3040B. (Microfilm de la Universidad nº 75-28, 219.)

GOLDFRIED, M. R. y DAVISON, G. C. *Clinical behavior therapy*. Nueva York: Holt, Rinehart, and Winston, 1976.

GREEN, R. A. y MURRAY, E. J. Expression of feeling and cognitive reinterpretation in the reduction of hostile aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43, 375-383.

GREENWALD, H. *Direct decision therapy*. Los Angeles: Knapp, 1973.

GRINKER, R. R., Sr., WERBLE, B. y DRYE, R. C. *The borderline syndrome*. Nueva York: Basic Books, 1968.

GUNDERSON, J. G. y SINGER, M. T. Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 1975, 132, 1-10.

HODGSON, J. W. y URBAN, H. B. *A comparison of interpersonal training programs in the treatment of depressive states*. Manuscrito no publicado, Pennsylvania State University, 1975.

HOLLON, S. D. y BECK, A. T. Cognitive therapy and suicide. En E. C. KENDALL y S. D. HOLLON (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions. Theory, research, and procedures*. Nueva York: Academic Press, en prensa.

HOLLON, S. D., BECK, A. T., KOVACS, M. y RUSH, A. J. *Cognitive therapy vs. pharmacotherapy of depression: Outcome and follow-up*. Trabajo presentado en la Convención Anual de la American Psychological Association, Madison, agosto 1977.

HOLLON, S. D. y BECK, A. T. Psychotherapy and drug therapy: Comparison and combinations. En S. L. GARFIELD y A. E. BERGIN (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2.^a ed.). Nueva York: Wiley, 1978.

HORNEY, Karen. *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization*. Nueva York: Norton & Co., 1950.

JANOV, A. *The primal scream: Primal therapy, the cure for neurosis*. Nueva York: G. P. Putnam's Sons, 1970.

JASPERS, K. (*General psychopathology*). (Traducción de J. Joenig y M. W. Hamilton). Chicago: University of Chicago Press, 1968. (Publicado originalmente en 1913.)

KASANIN, J. The acute shizoffective psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 1944, 13, 97.

KAZDIN, A. E. y WILSON, G. T. *Evaluation of behavior therapy: Issues, evidence, and research strategies*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1978.

KEITH-SPIEGEL, P. y SPIEGEL, D. E. Affective states of patients immediately preceding suicide. *Journal of Psychiatric Research*, 1967, 5, 89-93.

KELLY, G. *The psychology of personal constructs* (Vols. 1 y 2). Nueva York: Norton & Co., 1955.

KHATAMI, M. y RUSH, A. J. A pilot study of the treatment of outpatients with chronic pain: Symptom control, stimulus control and social system intervention. *Pain*, 1978, 5, 163-172.

KLEIN, D. F. Endogenomorphic depression. *Archives of General Psychiatry*, 1974, 31, 447-454.

KLERMAN, G. L. Clinical research in depression. *Archives of General Psychiatry*, 1971, 24, 305-319.

KLERMAN, G. L., DIMASCIO, A., WEISSMAN, M., PRUSOFF, B. y PAYKEL, E. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131, 186-191.

KLERMAN, G. L. y PAYKEL, E. S. Depressive pattern, social background and hospitalization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1970, 150, 466-478.

KORANYI, E. K. Physical health and illness in psychiatric outpatient department populations. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 1972, 17, 109-113.

KOVACS, M., BECK, A. T. y WEISSMAN, A. The Use of Suicidal Motives in the Psychotherapy of Attempted Suicides. *American Journal of Psychotherapy*, 1975, 29, 363-368.

KOVACS, M., RUSH, A. J., BECK, A. T. y HOLLON, S. D. *Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in treatment of depressed outpatients: A 12 month follow-up*. Manuscrito no publicado, University of Pittsburgh, 1978.

KUHN, T. S. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1962.

LAZARUS, A. *Behavior therapy and beyond*. Nueva York: McGraw-Hill, 1972.

LAZARUS, A. y FAY, A. *I can if I want to*. Nueva York: William Morrow and Co., Inc., 1975.

LAZARUS, R. *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill, 1966.

LEFF, M. J., ROATCH, J. F. y BUNNEY, W. E. Environmental factors preceding the onset of severe depressions. *Psychiatry*, 1970, 33, 293-311

LERNER, M. J. *Deserving versus justice: A contemporary dilemma*. Trabajo presentado en el Simposium sobre Libertad, Justicia y Responsabilidad Social de la American Psychological Association, Washington, septiembre 1969

LEWINSOHN, P. M. A behavioral approach to depression. En R. M. Friedman y A. K. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington, D.C.: Winston-Wiley, 1974.

LEWINSOHN, P. M. The behavioral study and treatment of depression. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification, Vol. 1*. Nueva York: Academic Press, 1975.

LIPOWSKY, Z. J. Psychiatry of somatic diseases: Epidemiology, pathogenesis, classification. *Comprehensive Psychiatry*, 1975, 16, 105-124.

LÓPEZ-IBOR, J. J. Masked depressions. *British Journal of Psychiatry*, 1972, 120, 245-258

LOW, Abraham. *Mental health through will-training*. Boston: Christopher, 1950.

MAAS, J. W. Biogenic amines and depression: Biochemical and pharmacological separation of two types of depression. *Archives of General Psychiatry*, 1975, 32, 1357-1361.

MACPHILAMY, D. J. y LEWINSOHN, P. M. *Pleasant events schedule*. Manuscrito no publicado, University of Oregon, 1971.

MAHONEY, M. J. *Cognition and behavior modification*. Cambridge: Ballinger, 1974.

MAHONEY, M. J. Reflections on the cognitive-learning trend in psychotherapy, *American Psychologist*, 1977, 32, 5-13.

MAHONEY, M. J. y MAHONEY, K. *Permanent weight control - A total solution to the dieter's dilemma*. Nueva York: Norton & Co., 1976.

MAULTSBY, M. C. *Handbook of rational self-counseling*. Madison, Wisconsin: Association for Rational Thinking, 1971a.

MAULTSBY, M. C. Systematic written homework in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 1971b, 8, 195-198.

MAULTSBY, M. C., *Help yourself to happiness through rational self-counseling*. Boston: Esplanade Books, 1975.

McFALL, R. M. y TWENTYMAN, C. T. Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling, and coaching to assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 1973, 81, 199-218.

MCLEAN, P. D. y HAKSTIAN, A. R. *Clinical depression: Comparative efficacy of out-patient treatments*. Trabajo presentado en la Reunion anual de la Society for Psychotherapy Research, Toronto, junio 1978.

McMULLIN, C. y CASEY, B. *Talk sense to yourself*. Lakewood, Colorado: Jefferson County Mental Health Center, Inc., 1975.

MEICHENBAUM, D. B. *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. Nueva York: Plenum, 1977.

MENDELS, J. Biological aspects of affective illness, En S. Ariety y E. B. Brady (Eds.), *American handbook of psychiatry*. Nueva York: Basic Books, 1974.

MENDELS, J. y COCHRANE, C. The nosology of depression: The endogenous-reactive concept. *American Journal of Psychiatry* (Suplemento), 1968, 124, 1-11.

MORRIS, N. E. A group self-instruction method for the treatment of depressed out-patients. (Tesis Doctoral, University of Toronto, 1975). National Library of Canada, Canadian Theses Division n. 35272.

MORRIS, J. B. y BECK, A. T. The efficacy of antidepressant drugs: A review of research (1958-1972). *Archives of General Psychiatry*, 1974, 30, 667-674.

NOVACO, R. *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, Mass.: Heath & Co., 1975.

PADFIELD, M. The comparative effects of two counseling approaches on the intensity of depression among rural women of low socioeconomic status. *Journal of Counseling Psychology*, 1976, 23, 209-214.

PAYKEL, E. S., KLERMAN, G. L. y PRUSOFF, B. A. Treatment setting and clinical depression. *Archives of General Psychiatry*, 1970, 22, 11-21.

PIAGET, J. (*Psychology of Intelligence*.) (Traducción de M. Piercy y D. E. Berlyne). Nueva York: Harcourt, Brace & Co., 1950. (Publicado originalmente en 1947.)

PIAGET, J. (The moral judgment of the child) (Traducción de M. Gabain). Glencoe, III: Free Press, 1960. (Publicado originalmente en 1932.)

PRIEN, R. F., CAFFEY, E. M., Jr. y KLETT, C. J. Factors associated with treatment success in lithium carbonate prophylaxis. *Archives of General Psychiatry*, 1974, 31, 189.

RAIMY, V. *Misunderstandings of the self*. San Francisco: Jossey Bass, 1975.

REHM, L. P., FUCHS, C. Z., ROTH, D. M. KORNBLITHE, S. J. y ROMANO, J. M. *A comparison of self-control and social skills treatments of depression*. Manuscrito no publicado, Cornell University, 1978.

ROBINS, E. y GUZE, S. Classification of affective disorders: The primary-secondary, the endogenous, and the neurotic-psychotic concepts. En *Recent advances in the psychobiology of depressive illness*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health, Education and Welfare Publication No. 70-9053, 1972.

ROBINSON, F. P. *Principles and procedures in student counseling*. Nueva York: Hamper & Brothers, 1950.

ROGERS, C. *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin Co., 1951.

RUSH, A. J., BECK, A. T., KOVACS, M. y HOLLON, S. Comparative efficacy of cognitive therapy and imipramine in the treatment of depressed outpatients, *Cognitive Therapy and Research*, 1977, 1, 17-37.

RUSH, A. J., BECK, A. T., KOVACS, M., KHATAMI, M., FITZGIBBONS, R. y WOLMAN, T. *Comparison of cognitive and pharmacotherapy in depressed outpatients: A preliminary report*. Presentado en las Reuniones de la Society for Psychotherapy Research, Boston, Mass., 1975.

RUSH, A. J., HOLLON, S. D., BECK, A. T. y KOVACS, M. Depression: Must pharmacotherapy fail for cognitive therapy to succeed? *Cognitive Therapy and Research*, 1978, 2, 199-206.

RUSH, A. J., KHARAMI, M. y BECK, A. T. Cognitive and behavioral therapy in chronic depression. *Behavior Therapy*, 1975, 6, 398-404.

RUSH, A. J., SHAW, B. y KHARAMI, M. Cognitive therapy of depression: Utilizing the couples system. *Cognitive Therapy and Research*, en prensa.

RUSH, A. J. y WATKINS, J. T. *Specialized cognitive therapy strategies for psychologically naive depressed outpatients*. Trabajo presentado en la Reunión de la American Psychological Association, San Francisco, agosto, 1977.

RUSH, A. J. y WATHINS, J. T. *Group versus individual cognitive therapy: A pilot study*. Manuscrito no publicado, Southwestern Medical School (Dallas), 1978.

SACKETT, D. L. y HAYNES, R. B. *Workshop symposium on compliance with therapeutic regimens*. McMaster University, 1974. Baltimore: John Hopkins University Press, 1976.

SAUL, L. J. *Emotional maturity*. Philadelphia: Lippincott, 1947.

SCHMICKLEY, V. G. *The effects of cognitive-behavior modification upon depressed outpatients*. (Tesis Doctoral, Michigan State University, 1976.)

SCHOU, M. Special review: Lithium in psychiatric therapy and prophylaxis. *Journal of Psychiatric Research*, 1968, 6, 67-95.

SCHREIBER, M. T. Depressive cognitions (carta al editor). *American Journal of Psychiatry*, 1978, 135, 1570.

SCHUYLER, D. y KATZ, M. M. *The depressive illnesses: A mayor public health problem*. Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office, 1973.

SCHWAB, J. J. BIALOW, M., BROWN, J. M. y HOLZER, C. E. Diagnosing depression in medical inpatients. *Annals of Internal Medicine*, 1967, 67, 695-707.

SECUNDA, S. K., KATZ, M. M., FRIEDMAN, R. J. y SCHUYLER, D. *Special report: 1973 - The depressive disorders*. Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office, 1973.

SHAPIRO, A. K. y MORRIS, L. A. Placebo effects in medical and psychological therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2.^a ed.). Nueva York: Wiley, 1978.

SHAW, B. F. *A systematic investigation of three treatments of depression*. (Tesis Doctoral, University of Western Ontario, Canada, 1975.)

SHAW, B. F. Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45, 543-551.

SHAW, B. F. y HOLLON, S. D. *Cognitive therapy in a group format with depressed outpatients*. Manuscrito no publicado, University of Western Ontario (London), 1978.

SHELTON, J. L. y ACKERMAN, M. J. *Homework in counseling and psychotherapy*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1974.

SHIPLEY, C. R. y FAZIO, A. F. Pilot study of a treatment for psychological depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1973, 82, 372-376.

SPITZER, R. L., ENDICOTT, J. y ROBINS, E. Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 1978, 36, 773-782.

STRAUS, E. W. *Phenomenological Psychology: Selected Papers*, Nueva York: Basic Books, 1966.

SULLIVAN, H. S. *Interpersonal theory of psychiatry*. Nueva York: Norton & Co., 1953.

TAYLOR, F. G. *Cognitive and behavioral approaches to the modification of depression*. (Tesis Doctoral, Queen's University, Kingston, Ont., 1974.)

TAYLOR, F. G. y MARSHAL, W. L. Experimental analysis of a cognitive-behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 1977, 1, 59-72.

WEIMER, W. B. y PALERMO, D. S. (Eds.). *Cognition and the symbolic processes*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum, 1974.

WOLFE, J. y FODOR, I. A cognitive-behavioral approach to modifying assertive behavior in women. *The Counseling Psychologist*, 1975, 5, 45-52.

YALOM, I. D. *The theory and practice of group psychotherapy*. Nueva York: Basic Books, 1970.

YESSLER, P. G., GIBBS, J. J. y BECKER, H. A. Communication of suicidal ideas. *Archives of General Psychiatry*, 1961, 5, 12-29.

ÍNDICE

Prólogo	7
Capítulo 1: Visión general	11
El problema de la depresión	11
Valor de la terapia psicológica en el tratamiento de la depresión	12
Definición de terapia cognitiva	13
Características nuevas de la terapia cognitiva	16
Modelos cognitivos: perspectiva histórica	17
El modelo cognitivo de la depresión	19
<i>Concepto de Tríada Cognitiva</i>	19
<i>Organización estructural del pensamiento depresivo</i>	21
<i>Errores en el procesamiento de la información</i>	22
<i>Predisposición y desencadenamiento de la depresión</i>	24
<i>Un modelo de interacción recíproca</i>	25
<i>Primacía de los factores cognitivos en la depresión</i>	25
Revoluciones cognitivas: paradigmas científicos y relativos a la depresión ...	28
Requisitos previos para llevar a cabo la terapia cognitiva de la depresión ...	30
Limitaciones de la terapia cognitiva	33
Riesgos comunes en el aprendizaje de la terapia cognitiva	34
Maximización de los efectos de la terapia cognitiva	39
Capítulo 2: El papel de las emociones en la terapia cognitiva	41
Identificación y expresión de las emociones	43
El papel de las emociones en la relación terapéutica	46
Liberación de emociones	48
Capítulo 3: La relación terapéutica: aplicación a la terapia cognitiva	51
Características deseables del terapeuta	51
<i>Aceptación</i>	52
<i>Empatía</i>	53
<i>Autenticidad</i>	55
La interacción terapéutica	55
<i>Confianza básica</i>	55
<i>Importancia del rapport</i>	56
La colaboración terapéutica	59
<i>Recogida de "datos brutos"</i>	59
<i>Autenticación de los datos introspectivos</i>	60
<i>Investigación de los supuestos subyacentes</i>	60
<i>Diseño de experimentos</i>	60

<i>Asignación de tareas para casa</i>	61
<i>Técnicas terapéuticas “no-colaborativas”</i>	62
Reacciones de “transferencia” y “contratransferencia”	62
Capítulo 4: Estructura de la sesión terapéutica	65
Pautas específicas para el terapeuta	65
<i>Conocer el “paradigma personal” del paciente</i>	65
<i>Evitar “etiquetar” al paciente y hacer juicios de valor</i>	67
<i>Evitar la conducta contraproducente a “deseos inconscientes”</i>	68
<i>Ajustar el nivel de actividad y estructurarlo según las necesidades del paciente</i>	68
<i>Emplear las preguntas como instrumento terapéutico</i>	70
<i>Emplear el método de hacer preguntas, en vez de discutir o sermonear</i>	73
<i>Emplear el humor con prudencia y sensatez</i>	74
Estructura formal de la terapia cognitiva	75
<i>Preparar al paciente para la terapia cognitiva</i>	75
<i>Formular un plan de terapia para cada sesión</i>	78
<i>Establecer la agenda al comienzo de la sesión</i>	79
<i>Formular y comprobar hipótesis concretas</i>	81
<i>Elicitar feedback del paciente</i>	83
<i>Resúmenes intercalados</i>	85
<i>Contar con la participación de personas significativas</i>	86
<i>Utilizar técnicas auxiliares</i>	87
Capítulo 5: La entrevista inicial	89
Comienzo de la entrevista inicial	89
Recogida de la información relevante	90
<i>Información para el diagnóstico</i>	93
<i>Exploración del estado mental</i>	94
Transformar las “quejas principales” en “síntomas objetivo”	95
Objetivos terapéuticos de la entrevista inicial	96
Seleccionar los síntomas objetivo	97
Contrarrestar los síntomas objetivo	98
Énfasis en el procesamiento de la información inadecuada	99
Feedback en la entrevista inicial	100
Resumen	102
Capítulo 6: El tratamiento sesión por sesión curso típico de la terapia	105
Visión general de las sesiones	105
Historia del caso	106
<i>Datos personales</i>	106
<i>Evaluación</i>	106
<i>Sesión 1</i>	106
<i>Sesión 2</i>	107

<i>Sesión 3</i>	107
<i>Sesión 4</i>	108
<i>Sesión 5</i>	109
<i>Sesión 6; sesión 7; sesión 8</i>	109
<i>Sesión 9; sesión 10; sesión 11</i>	111
<i>Sesión 12; sesión 13; sesión 14; sesión 15</i>	111
<i>Sesión 16; sesión 17; sesión 18; sesión 19</i>	112
<i>Sesión 20; sesión 21; sesión 22</i>	114
<i>Seguimiento</i>	114
Capítulo 7: Aplicación de las técnicas conductuales	115
La modificación cognitiva a través de la modificación conductual	115
Programación de actividades	117
Técnicas de dominio y agrado	125
Asignación de tareas graduales	128
Práctica cognitiva	131
Entrenamiento en asertividad y role-playing	133
Técnicas conductuales: fundamento teórico y tiempo	135
Capítulo 8: Técnicas cognitivas	137
Fundamento teórico de las técnicas cognitivas	137
Explicar el fundamento teórico al paciente	138
<i>Definición de cognición para el paciente</i>	142
<i>Influencia de las cogniciones sobre los efectos y la conducta</i>	142
<i>Cognición y experiencias recientes</i>	143
<i>Detección de pensamientos automáticos</i>	144
<i>Examinar y someter a una prueba de realidad las imágenes y los pensamientos automáticos</i>	147
Técnicas de retribución	151
<i>Búsqueda de soluciones alternativas</i>	153
Registro de pensamiento inadecuados	156
Empleo del contador de pulsera	158
Capítulo 9: Determinación de los síntomas objetivo	161
Selección de objetivos y técnicas	162
Síntomas afectivos	163
<i>Tristeza</i>	163
<i>Cólera inducida</i>	164
<i>Distracción</i>	165
<i>Humor</i>	166
<i>Limitación de las expresiones de disforia</i>	166
<i>“Construir un piso” bajo la tristeza</i>	167
<i>Períodos de llanto “incontrolable”</i>	169
<i>Sentimientos de culpabilidad</i>	170
<i>Vergüenza</i>	171

<i>Cólera</i>	172
<i>Ansiedad</i>	173
Síntomas motivacionales	175
<i>Pérdida de la motivación positiva e incremento de la tendencia a la evitación</i>	175
<i>Dependencia</i>	175
Síntomas cognitivas	177
<i>Indecisión</i>	177
<i>Percibir los problemas como abrumadores</i>	179
<i>Autocrítica</i>	181
<i>Pensamiento absolutista (todo o nada)</i>	185
<i>Problemas de memoria y dificultad para concentrarse</i>	186
Síntomas conductuales	187
<i>Pasividad, evitación e inercia</i>	187
<i>Haciendo frente a los “problemas prácticos”</i>	193
<i>Problemas de habilidades sociales</i>	193
Síntomas fisiológicos	194
<i>Alteraciones del sueño</i>	194
<i>Alteraciones sexuales y del apetito</i>	195
Contexto social de los síntomas	195
Capítulo 10: Técnicas específicas para el paciente suicida	197
Evaluación del riesgo de suicidio	197
La intencionalidad suicida como un continuo	198
Exploración de los motivos para el suicidio	199
Inclinación de la balanza en contra del suicidio	201
<i>Tratamiento de la desesperanza</i>	202
<i>Resolución de problemas con pacientes suicidas</i>	207
<i>Técnica de inoculación de stress</i>	208
Intensificación de los deseos suicidas durante la terapia	210
Capítulo 11: Entrevista con un paciente depresivo suicida	213
Primera parte: preguntas para elicitación de la información esencial	215
Segunda parte: ampliar las perspectivas de la paciente	215
Tercera parte: terapia basada en las alternativas	216
Cuarta parte: obtener datos más precisos	216
Quinta parte: conclusiones	216
Capítulo 12: Supuestos depresógenos	233
Identificación de los supuestos inadecuados	235
Modificación de los supuestos	240
Los supuestos como “objetivos”	240
Modificación de los “debería”	242
Los supuestos como “contratos personales”	244
Los supuestos como profecías autocumplidas	247

Supuestos que subyacen a los errores cognitivos	248
Listar las ventajas e inconvenientes de los supuestos inadecuados	249
El papel de la acción en la modificación de los supuestos	250
Utilizar al paciente para obtener contra argumentos	252
neutralizar los supuestos relacionados con la autoestima	252
Exponer la arbitrariedad de los supuestos	255
Utilidad de los supuestos a corto plazo vs. a largo plazo	256

Capítulo 13: Inclusión del trabajo para casa en la terapia 259

Proporcionar el fundamento teórico de las tareas para casa	259
Asignación de las tareas para casa	262
Facilitar la realización de las tareas	263
Detectar las reacciones inadecuadas ante las tareas para casa	266
Elaborar los programas de actividades	269
Programar actividades que resulten agradables	270
Programar actividades que incrementen la sensación de dominio	271
Registros escritos y obligaciones	272
El papel del paciente en el diseño de las tareas para casa	273
Tareas especializadas para casa	276
<i>Biblioterapia</i>	276
<i>Grabación de cintas</i>	277
Preparar al paciente para afrontar posibles problemas	278
Sugerencias de guión para la asignación de tareas para casa	278

Capítulo 14: Problemas técnicos 281

Pautas para el terapeuta	282
1. <i>Evitar estereotipar al paciente</i>	282
2. <i>Mantener el optimismo</i>	282
3. <i>Detectar y hacer frente a las propias cogniciones</i>	283
4. <i>Mantener un alto nivel de tolerancia a la frustración</i>	283
5. <i>Mantener una actitud orientada a resolver los problemas</i>	283
Creencias antiterapéuticas del paciente	284
1. <i>“La terapia cognitiva es una refundición del poder de pensamiento positivo”</i>	284
2. <i>“Yo no estoy deprimido porque distorsione la realidad sino porque las cosas van realmente mal. Cualquiera se deprimiría en estas circunstancias”</i>	285
3. <i>“Sé que interpreto las cosas en un sentido negativo, pero no puedo cambiar mi personalidad”</i>	286
4. <i>“Creo lo que usted me dice en el plano intelectual, pero no en el plano emocional”</i>	288
5. <i>“No puedo pensar en respuestas racionales a los pensamientos automáticos cuando estoy emocionalmente alterado”</i>	288
6. <i>“Ya que no me gustan esos pensamientos negativos, la razón de que surjan debe ser que yo quiero estar deprimido”</i>	289

7. “Temo volver a sentir ansiedad como antes cuando haya superado la depresión”	290
8. “Quiero una garantía de que esta terapia curará mi depresión”	290
9. “La terapia cognitiva se ocupa de los aspectos mundanos de la vida y no de los serios problemas que me hacen estar deprimido”	291
10. “Las distorsiones cognitivas negativas me hacen desgraciado, ¿significa que las distorsiones cognitivas positivas me harían feliz?”	292
11. “Llevo viniendo a la terapia cuatro semanas y no he mejorado en absoluto”	292
12. “No puede tratar mi depresión sin ver a mi esposa también. Ella es la causa de la depresión”	293
13. “Soy mejor que el terapeuta. ¿Cómo va a poder ayudarme?”	293
14. “Usted está más interesado en hacer investigación que en ayudarme”	294
15. “La terapia cognitiva no dará resultado porque la depresión tiene una base biológica”	294
16. “Tengo que afirmar ni independencia no permitiendo que el terapeuta haga surgir lo mejor de mí”	295
Conductas antiterapéuticas del paciente	296
1. El paciente no habla (o no puede hablar) en la terapia	296
2. El paciente inventa o falsifica datos deliberadamente, o trata de manipular al terapeuta	297
3. El paciente desarrolla hacia el terapeuta una “transferencia” positiva o negativa que limita sus posibilidades	297
4. El paciente habla demasiado y se sale por la tangente	299
5. El paciente abusa de las llamadas telefónicas	299
6. El paciente llega siempre tarde y olvida sus citas	300
7. El paciente intenta prolongar la sesión	300

Capítulo 15: Problemas relacionados

con el término de la terapia y las recaídas	301
Preparación para el término de la terapia	301
Preocupaciones del paciente acerca de la terminación de la terapia	302
Terminación prematura	306
Mejoría rápida de los síntomas	306
Reacciones negativas hacia el terapeuta	307
Ausencia de mejoría significativa o recaídas durante el tratamiento	307
Recaídas después del tratamiento	310

Capítulo 16: Terapia cognitiva de grupo

para pacientes depresivos	311
Introducción	311
Terapia de grupo de la depresión. Consideraciones generales	311
Consideraciones clínicas especiales	313
Autocomparaciones negativas	314

<i>Efectos negativos sobre otros miembros del grupo</i>	316
<i>Distorsiones “universales” versus distorsiones personales</i>	316
Aspectos formales	317
<i>Grupos orientados al problema versus grupos orientados al proceso</i>	318
<i>Grupos cerrados versus grupos abiertos</i>	318
<i>Terapeutas: misión y número</i>	319
<i>Grupo: composición y número de pacientes</i>	319
<i>Duración y frecuencia de las sesiones</i>	320
<i>Contratos de tiempo militado</i>	320
<i>Terapia de grupo combinada con terapia individual</i>	320
Realización de las sesiones terapéuticas	321
<i>Entrevistas preparatorias</i>	321
<i>Secuencia de procedimientos técnicos</i>	321
<i>Problemas específicos</i>	327
Ilustración de las maniobras terapéuticas típicas	328
<i>Aprovechar las interrupciones</i>	328
<i>Empleo de miembros del grupo como coterapeutas</i>	329
Estudios empíricos sobre la terapia cognitiva de grupo	331
Conclusiones	333
Capítulo 17: Terapia cognitiva y fármacos antidepresivos	335
Introducción	335
Evaluación del paciente	338
Aumentar la observancia de la medicación a través de las técnicas de cambio cognitivo	350
Capítulo 18: Estudios sobre la terapia cognitiva	363
Estudios sistemáticos: sujetos depresivos voluntarios	364
Estudios sistemáticos: pacientes depresivos clínicos	365
Resumen	372
Apéndice: Materiales	373
Inventario de depresión de Beck	374
Escala de pensamientos suicidas	377
Registro diario de pensamientos distorsionados	381
Lista de competencias para terapeutas cognitivos	382
Posibles razones para la no realización de las tareas de autoayuda	388
Protocolo de investigación para un centro de terapia cognitiva	389
Materiales adicionales e instrumentos técnicos	392
Bibliografía	393

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

Dirigida por Beatriz Rodríguez Vega y Alberto Fernández Liria


2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Lecky.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. UN PUNTO DE VISTA EXPERIMENTAL, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA. por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA, Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shaw.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.^a Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES, Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS, Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer. BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS, Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.
52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.

56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D'Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA, Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su Naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. LOS HECHOS, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. CAUSAS, CONSECUENCIAS Y CONTROL, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. INTRODUCCIÓN A LA PSICOÉTICA, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. PRINCIPIOS Y PRÁCTICA EFICAZ, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. LA APORTACIÓN DE E. T. GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. UNA NUEVA PSICOLOGÍA DE LA CONCIENCIA Y LA MORALIDAD, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS, Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. MENTE Y CONDUCTA, por M^a Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.
92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttman.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M^a Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.

98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERAPIA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsky.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS
Vol 1. Con ejercicios del profesor
Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. Mc.Gorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL, Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES, Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA, El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.

134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassioevitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA, Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA, Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Salez.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.

Este libro se terminó
de imprimir
en los talleres de
RGM, S.A., en Bilbao,
el 17 de noviembre de 2006.



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 susceptible de necesitar tratamiento. Durante los últimos años se han publicado cientos de estudios sistemáticos referentes a las bases biológicas y a la quimioterapia de la depresión.

El presente trabajo es el resultado de muchos años de investigación y práctica clínica. De alguna manera constituye el producto final de la estrecha colaboración entre múltiples personas: clásicos, investigadores y pacientes. Gran parte del mismo se ha escrito en base a las conferencias semanales que se han venido sucediendo durante años en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pensylvania. Las conferencias consistían en la exposición de problemas concretos de los pacientes: los participantes aportaban su propia experiencia y colaboraban ofreciendo sugerencias. Estas fueron tomadas bajo la forma de manuales de tratamiento, que finalmente se exponen en el presente volumen.



desclée

Biblioteca de Psicología

ISBN: 978-84-330-0626-4



9 788433 006264

www.desclée.com