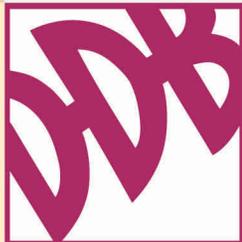




Terapia cognitiva de la depresión

20ª Edición

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



Desclée De Brouwer
biblioteca de psicología

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

TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN

20^a Edición

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLEÉ DE BROUWER**

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 dichos 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, el 15% de los adultos entre 18 y 74 años puede sufrir síntomas depresivos de cierta consideración. En otro orden de cosas, los autores indican unos costes que oscilan entre 0,3 y 0,9 billones de dólares. Asimismo, los autores subrayan que “de cara a la terapia, el peso de la gran proporción de casos de depresión (el 75% del total

de hospitalizaciones psiquiátricas) incide de lleno sobre las modalidades terapéuticas psicosociales”.

Valor de la terapia psicológica en el tratamiento de la depresión

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

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

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

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

La sabiduría popular sugiere que un buen curso de terapia psicológica podría ser, a largo plazo, más beneficioso que la quimioterapia, ya que el paciente puede *aprender algo de su propia experiencia psicoterapéutica*. Es decir, se podría esperar

que tales pacientes manejasen mucho mejor posibles depresiones posteriores, 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 antidepressivos 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 prue-

ba 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 material relacionado

con las estrategias conductuales (Capítulo 7) antes de la exposición de las técnicas (Capítulo 8). Entre los materiales relacionados con las técnicas conductuales se encuentran un Cuestionario de Actividades Semanales, en el que el paciente debe registrar sus actividades cada hora; un Cuestionario de Dominio y Agrado, en el que el paciente avalúa las actividades listadas en el cuestionario anterior; y la Asignación de Tareas Graduales, en la cual el paciente emprende una serie de tareas que le llevarán a alcanzar una meta que él considera difícil o imposible. Además, las técnicas conductuales se diseñan para ayudar al paciente a someter a prueba ciertos supuestos y cogniciones desadaptativos.

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

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

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

Generalmente, la terapia consta de 15-20 sesiones una vez a la semana. Los casos más graves suelen adquirir sesiones frecuentes, dos semanales durante 4-5 semanas y después, una semanal durante 10-15 semanas. Normalmente, solemos disminuir la frecuencia a una sesión de cada dos semanas durante las últimas fases, al tiempo que recomendamos la “terapia de apoyo” una vez que ha finalizado el tratamiento. Estas visitas de seguimiento pueden programarse de acuerdo a cier-

tos criterios o dejarse a la elección del propio paciente. Hemos observado que el paciente suele acudir en busca de sesiones “de apoyo” unas tres o cuatro veces a lo largo del año siguiente a la terminación de la terapia.

Características nuevas de la terapia cognitiva

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

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

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

La terapia cognitiva también difiere de la terapia de conducta en su mayor énfasis sobre las experiencias internas (mentales) del paciente, tales como pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes. La estrategia general de la terapia cognitiva se puede diferenciar del resto de las escuelas de terapia por su énfasis en la *investigación empírica* de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente. Nosotros formulamos las ideas y creencias desviadas del paciente acerca de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro en términos de hipótesis, cuya validez intentamos comprobar de un modo sistemático. Así, casi todas las experiencias pueden darnos la oportunidad de realizar un

experimento relevante a los puntos de vista o creencias negativas del paciente. Si el paciente piensa, por ejemplo, que todas las personas con las que se encuentra le dan la espalda con un gesto de disgusto, podríamos ayudarle 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 importancias de comprender al paciente dentro del marco de sus propias experiencias conscientes. Para Adler, la terapia consistía en intentar explicar cómo la persona percibe y experiencia el mundo. Adler (1931/1958) afirmaba:

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

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

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

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

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

y sobre su interacción con otras personas. Kelly se refiere a estos supuestos o creencias subyacentes con la denominación de “constructos personales”.

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

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

Las recientes contribuciones al desarrollo de la terapia cognitiva por parte de autores de orientación conductual (Mahoney, 1974; 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 subestimar a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

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

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

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

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

La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos. Dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de

las tareas, espera fracasar en todo. Así, tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados.

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

Organización estructural del pensamiento depresivo

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

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

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia. El esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

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

En las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad y, consecuentemente, errores sistemáticos en el pensamiento depresivo, ése 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”	PENSAMIENTO “MADURO”
1. <i>No dimensional y global:</i> Soy un miedoso.	<i>Multidimensional:</i> Soy medianamente miedoso, bastante generoso y ciertamente inteligente.
2. <i>Absolutista y moralista:</i> Soy un despreciable cobarde.	<i>Relativo; no emite juicios de valor:</i> Soy más cobarde que la mayoría de las personas que conozco.
3. <i>Invariable:</i> Siempre fui y siempre seré un cobarde.	<i>Variable.</i> Mis miedos varían de un momento a otro y de una situación a otra.
4. <i>“Diagnóstico basado en el carácter”:</i> Hay algo extraño en mi carácter.	<i>“Diagnóstico conductual”:</i> Evito en gran medida algunas situaciones y tengo diversos miedos.
5. <i>Irreversibilidad:</i> Como soy intrínsecamente débil, no hay nada que se pueda hacer con mi problema.	<i>Reversibilidad:</i> Puedo aprender modos de afrontar situaciones y de luchar contra mis miedos.