



Aaron T. Beck
A. John Rush
Brian F. Shaw
Gary Emery
Robert J. DeRubeis
Steven D. Hollon



TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN

SERIE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

2ª EDICIÓN REVISADA Y AMPLIADA

Prólogo de David M. Clark
Prólogo a la edición española de Isabel Caro Gabalda



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

AARON T. BECK
A. JOHN RUSH
BRIAN F. SHAW
GARY EMERY
ROBERT J. DERUBEIS
STEVEN D. HOLLON

TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN

2ª edición revisada y ampliada

Prólogo de David M. Clark

Prólogo a la edición española de Isabel Caro Gabalda

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer

Título de la edición original:

COGNITIVE THERAPY OF DEPRESSION

Second edition

© 2024, Aaron T. Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw, Gary Emery,

Robert J. DeRubeis, and Steven D. Hollon

Published by The Guilford Press

Nueva York, EE. UU.

This edition is published by arrangement with

Guilford Publications Inc. through International Editors and Yañez' Co.

Traducción: Fernando Montesinos Pons

Revisión técnica: Álvaro Quiñones

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER S. A., 2026

Henao, 6 - 48009 Bilbao

www.edesclée.com

info@edesclée.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo 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

ISBN: 978-84-330-3987-3

Depósito legal: BI-01614-2025

Impresión: Grafo S. A. - Basauri

Índice

Sobre los autores.	9
Prólogo a la edición española	11
Prólogo a la 2ª edición revisada y ampliada	17
Prefacio	23
1. Visión general	27
2. El papel de la emoción y la naturaleza de la relación terapéutica	53
3. Estructura de la entrevista terapéutica	71
4. La sesión inicial: Proporcionar una justificación cognitiva.	89
5. Aplicación de las técnicas conductuales	109
6. Integrar las técnicas cognitivas	135
7. Esquemas: Creencias centrales y supuestos subyacentes.	163
8. Abordar los trastornos comórbidos	199
9. Tratamiento del paciente suicida	225
10. Integración de las tareas para casa en la terapia	249
11. Terminación y prevención de las recaídas.	265
12. Modificaciones para diferentes entornos y poblaciones.	281
13. Problemas frecuentes en la terapia cognitiva	295

14. Ejemplo de caso ampliado 325

15. Terapia cognitiva y medicamentos antidepresivos 365

16. Terapia cognitiva: Eficaz y duradera 403

Referencias 437

Índice terminológico 465

Prólogo a la edición española

Como profesores de Universidad una de nuestras preocupaciones es la de recomendar a los alumnos, de Grado o de Postgrado, qué libros deberían estar en sus estanterías con independencia de su adscripción teórica. El texto de Beck (18/07/1921-1/11/2021), Rush, Shaw y Emery de 1979, *Terapia cognitiva de la depresión*, cuya traducción en español se publicó en esta editorial es uno de ellos. Este texto supuso un antes y un después en el campo de los tratamientos para la depresión y un impulso definitivo para asentar las psicoterapias cognitivas. Sus numerosas ediciones (a cargo de DDB) y en muchos idiomas, mantenidas hasta la fecha, explican su elevado nivel de influencia. Además, la propia estructura del texto, académica, con base científica, pero fácil de leer y muy didáctica supuso que esta obra se convirtiera en imprescindible para psicólogos y psiquiatras.

La 1ª publicación de este texto contribuyó a valorar y aceptar la posibilidad de tratar la depresión con una terapia psicológica, con o sin ayuda de fármacos. Distinta a las ya existentes, se denominó *cognitiva* y supuso una auténtica “revolución” en el campo de los tratamientos psicológicos. Siendo esto importante, su devenir no lo es menos.

45 años después aparece la segunda edición, corregida y reescrita en el 85% (según la Editorial Guilford). ¿Ha valido la pena esperar tantos años? ¿Con qué se va a encontrar el lector? Para responder a estas preguntas, conviene enmarcar los comentarios siguientes en las características definitorias de la terapia cognitiva de Beck.

La terapia cognitiva de Beck: El papel de la interpretación y el cambio de creencias

La principal característica inherente al desarrollo de cualquier psicoterapia es la de ofrecer y defender un modelo único, diferenciado. Es decir, como siempre se ha señalado (Beck, 1993), la terapia cognitiva no es una suma dispar de técnicas, sino un conjunto teórico único, articulado, en donde teoría y práctica se

dan la mano. Diversos capítulos reflejan las aportaciones teóricas más relevantes del modelo de Beck.

La teoría fundamental de la terapia cognitiva (desarrollada de forma aplicada en los distintos capítulos) la tenemos en el Capítulo 1. En este capítulo (*Visión general*) se describe lo más destacable de la terapia cognitiva con cambios frente a la 1ª edición, introduciendo los conceptos centrales que explican la depresión de manera diferencial y única. El principio básico de la terapia cognitiva se sigue manteniendo a pesar del tiempo transcurrido: cómo interpretamos una situación (dependiendo de diversos factores, por ejemplo, un procesamiento defectuoso de la información) determina cómo nos sentimos con relación a ella y lo que hacemos, conductualmente, para afrontarla.

Influidos por el tratamiento cognitivo de los trastornos de personalidad (por ejemplo, a partir del concepto de *triada terapéutica*; véase, Beck, Freeman, & Davis, 2015), presentan el denominado *taburete de tres patas*. En su opinión (pág. 299 del texto original, 2ª edición) este concepto sea, quizás, la principal innovación frente a la 1ª edición. En numerosos apartados destacan su aplicación a distintos pacientes y sus ventajas frente a no hacerlo. ¿Cuáles son las *tres patas*?: problemas presentes, antecedentes en la infancia que han llevado al desarrollo de creencias desadaptativas y las reacciones de los pacientes a sus terapeutas (incluidas en un contexto más amplio, no específico, de *relación terapéutica*).

Hay que destacar, igualmente, que en este Capítulo 1 (y a lo largo del texto, por ejemplo, en el Capítulo 15) en distintos momentos se relaciona la depresión con teorías evolutivas y con la neurociencia para desarrollar un cuadro más integrador de conceptualización de la depresión.

Continuando con las características únicas del modelo debemos mencionar las reflexiones sobre el papel de la emoción junto a la relación terapéutica, por lo que el Capítulo 2 (*El papel de la emoción y la naturaleza de la relación terapéutica*) es clave.

Si abrimos el foco y prestamos atención a la cuestión *razón vs. emoción*, la teorización sobre el papel de la emoción es importante y ha sido un motivo de debate con otras perspectivas cognitivas, por ejemplo, constructivistas (Mahoney, 1988). Brevemente, cómo se dirime esta cuestión. El concepto central que se destaca en este capítulo es el de “cogniciones calientes” (*hot cognitions*; o pensamientos que conducen al afecto). Como señalan los autores, trabajar con este tipo de cogniciones es el objetivo principal de la terapia cognitiva.

En el transcurso del tratamiento surgen emociones. Igualmente, la relación terapéutica genera afecto en los participantes de la terapia y hay que responder a todo ello de manera apropiada. Además, en el marco del *empirismo colaborador*, se trabaja de manera específica con estos pensamientos que generan afecto. El foco se pone en modificar creencias disfuncionales y conductas auto-destructivas, buscando aliviar el malestar emocional excesivo, pero no eliminarlo por completo. Es decir, hay que buscar la capacidad de experimentar sentimientos positivos y negativos, pero apropiados al contexto y a la situación.

Siguiendo con cuestiones teóricas y sus desarrollos clínicos, hay que destacar el Capítulo 7 (*Esquemas: Creencias centrales y supuestos subyacentes*). En esta 2ª

edición, el concepto de esquema se desglosa, de manera clara, en creencias centrales y supuestos subyacentes. Se añaden técnicas cognitivas a las ya existentes y se incide en una importante característica cognitiva desde sus inicios: la *conceptualización cognitiva de casos* (Kuyken, Padesky, & Dudley, 2017; Persons, 1989), ejemplificada mediante el *diagrama de conceptualización cognitiva* (Beck, J., 1995), con distintos casos clínicos a lo largo de todo el texto.

La terapia cognitiva y la integración de otras terapias

Otra característica principal es la integración de técnicas cognitivas con las técnicas conductuales, lo que nos lleva a considerar la denominación del modelo. En los capítulos 5 (*Aplicación de las técnicas conductuales*) y 6 (*Integrar técnicas cognitivas*) se desarrolla lo definitorio del tratamiento cognitivo.

En el capítulo 5 se presenta una importante precisión. Las terapias cognitivo-conductuales (que los autores denominan *genéricas*) suelen trabajar, de manera secuencial, con conductas y cogniciones y entienden lo que un paciente piensa como conductas encubiertas (pp. 86-87 del texto original, 2ª edición). Frente a ellas, la terapia cognitiva de Beck se presenta como una terapia integradora, que emplea conductas para comprobar creencias (ausente esto en la terapia cognitivo-conductual más convencional) y que entiende las cogniciones de un paciente desde una perspectiva fenomenológica buscando sus creencias principales y el significado idiosincrásico aportado a las situaciones vividas.

No menos importante, desde una perspectiva integradora, es la posibilidad/necesidad de tratar al paciente depresivo, psicológica y farmacológicamente. El capítulo 15 (*Terapia cognitiva y medicamentos antidepressivos*) se centra sobre la relación y combinación entre ambos tipos de tratamientos, lo que es básico para entender esta perspectiva y la más que necesaria colaboración entre terapeutas y aquellos profesionales que prescriben fármacos. Con el paso del tiempo, se ha reescrito casi en su totalidad, adaptándose a las innovaciones farmacológicas.

El estilo terapéutico de la terapia cognitiva

Otra característica destacable es su gran nivel de estructuración que facilita su aprendizaje y aplicación. Una serie de capítulos dan cuenta de ello. En este sentido, se mantienen, con modificaciones, los capítulos principales de la 1ª edición como, por ejemplo, la estructura de la entrevista terapéutica (Capítulo 3), o cómo desarrollar la sesión inicial (Capítulo 4), ofreciendo una buena explicación/justificación de la terapia cognitiva a través, por ejemplo, de la ampliación del modelo ABC de 3 a 5 partes.

Todo lo anterior se ve reflejado, igualmente, en un capítulo especialmente interesante: un estudio de caso presentado y desarrollado en su totalidad (Capítulo 14; *Ejemplo de caso ampliado*). Lo que, inicialmente, era un capítulo donde se estructuraban, brevemente, las sesiones de tratamiento, en esta nueva edición se

amplía mucho más, con diálogos terapéuticos, bloques de organización y finalidad de las sesiones, etc. Con este capítulo podemos observar, aplicando la terapia cognitiva a un caso, cómo los autores aúnan cuestiones clásicas (1ª edición), con las innovaciones de la 2ª edición (por ejemplo, el *taburete de tres patas*).

Dos capítulos ejemplifican, igualmente, su nivel de estructuración. Es importante enseñar cómo terminar la terapia y prevenir recaídas (Capítulo 11; *Terminación y prevención de las recaídas*) y un capítulo fundamental, actualizado, sobre los tipos de problemas con los que nos podemos encontrar al hacer terapia cognitiva y cómo resolverlos (Capítulo 13; *Problemas frecuentes en la terapia cognitiva*).

Una característica relacionada es el estilo activo-directivo que implica una gran interacción paciente-terapeuta en el marco de una adecuada relación terapéutica y del *empirismo colaborador*. Un ejemplo de ello es el papel central que juegan las tareas (sobre todo fuera de sesión). La respuesta del paciente a todas las tareas desarrolladas por su terapeuta (o conjuntamente) es un buen indicador del posible funcionamiento del paciente en terapia, llegándose, incluso, a considerar un predictor del cambio (Burns & Spangler, 2000; Fennell & Teasdale, 1987). Todo ello se desarrolla en el Capítulo 10 (*Integración de las tareas para casa en la terapia*).

El paso del tiempo: Hacia otros focos y aplicaciones

Otra característica importante es su nivel de desarrollo y aplicaciones. En el tiempo transcurrido desde la 1ª a la 2ª edición han surgido avances de muy distinto tipo. A nuestro entender, los capítulos 8 y 12 están muy relacionados. Si la terapia cognitiva surgió dirigida al tratamiento de la depresión, el paso del tiempo ha hecho que numerosas publicaciones sustenten la aplicación de la terapia cognitiva a otro tipo de pacientes y de ambientes terapéuticos (Capítulo 12; *Modificaciones para distintos entornos y poblaciones*). Por ejemplo, ancianos, niños, adolescentes o parejas. Igual de relevante, y consecuente con los desarrollos en psicopatología, es entender la depresión desde su comorbilidad con otros trastornos, por ejemplo, los trastornos de personalidad, muy importante en distintos momentos de este texto (Capítulo 8; *Abordar los trastornos comórbidos*).

Es necesario tener en cuenta, en el contexto de las aplicaciones del modelo cognitivo a la depresión, el tratamiento del suicidio, por lo que seguir manteniendo un capítulo dedicado a ello en esta 2ª edición (Capítulo 9; *Tratamiento del paciente suicida*) es clave.

Terapia cognitiva y su fundamentación empírica

Finalmente, la terapia cognitiva ha sido, y es, una de las terapias más estudiadas. Dotarla de base empírica siempre ha sido una necesidad desde sus inicios (por ejemplo, el trabajo de Rush et al de 1977). El capítulo 16 (*Terapia cognitiva:*

Eficaz y duradera) es un compendio de los estudios de resultado más destacados, publicados sobre terapia cognitiva, clasificados por sus principales conclusiones. Este capítulo ha tenido, dado el paso del tiempo, muchas modificaciones. Si en la 1ª edición sólo se pudieron presentar 3 estudios (dos con análogos y uno con muestra clínica, el de Rush et al de 1977), en esta 2ª edición se presentan datos clínicos muy numerosos y de ensayos clínicos aleatorizados, en diversas muestras de población y con investigaciones de grupos internacionales.

Conclusión

Este texto será de gran utilidad para cualquier profesional que trabaje en salud mental, tanto desde una perspectiva psicológica, como psiquiátrica, con independencia de su nivel de práctica y experiencia. Igualmente, alumnos de últimos cursos dispondrán de un manual claro y didáctico que responda a buena parte de sus preguntas sobre cómo abordar el tratamiento de un paciente depresivo y que podrán emplear en el inicio de su desempeño profesional. Siguiendo lo que plantean los autores en el capítulo 15, este texto podría ser, también, de interés para médicos en atención primaria que prescriben fármacos antidepressivos.

En definitiva, este libro debería estar en las estanterías de todos los profesionales en salud mental, aunque ya se disponga de su 1ª edición. ¡Valió la pena esperar!

Profesora Isabel Caro Gabalda

*Catedrática del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Universidad de Valencia*

Referencias bibliográficas

- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 194-198.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2015). General principles and specialized techniques in cognitive therapy of personality disorders. En A. T. Beck, D. D. Davis, & A. Freeman (Eds). *Cognitive therapy of personality disorders* (pp. 97-124). (3ª edición). Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press. (Edición española, *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao: Desclée De Brouwer; 20ª edición).
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Nueva York: Guilford Press.
- Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2000). Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 46-56.

- Fennell, M., & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 253-271.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization*. Nueva York: Guilford Press. (Edición española, *Conceptualización colaborativa del caso*, Bilbao: DDB. Serie de Psicoterapias Cognitivas).
- Mahoney, M. J. (1988). Rationalism and constructivism in clinical judgment. En D. C. Turk & P. Salovey (Eds.). *Reasoning, inference, and judgment in clinical psychology* (pp. 155-181). Nueva York: Free Press.
- Persons, J. (1989). *Cognitive therapy in practice. A case formulation approach*. Nueva York: W. W. Norton.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-38.

Prólogo a la 2ª edición revisada y ampliada

La primera edición de *Terapia cognitiva de la depresión* fue un texto histórico que cambió el curso de la investigación y la práctica de la psicoterapia. En la primera mitad del siglo XX, el campo estaba dominado por los enfoques psicodinámico y, más tarde, rogeriano para aliviar el sufrimiento humano. Ambos hacían gran hincapié en los procesos mentales internos y en la relación terapéutica. En las décadas de 1960 y 1970, los conductistas dejaron de lado ambos enfoques y, en vez de ello, se centraron en aplicar los principios de la teoría del aprendizaje animal a la comprensión y el tratamiento de los problemas de salud mental. Pasaron a primer plano los ensayos controlados aleatorizados y se registraron éxitos notables, sobre todo en el uso de técnicas de extinción (terapia de exposición, y exposición con prevención de respuesta) en el tratamiento de las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, a medida que avanzaba la década de 1970 y los conductistas trataban de ampliar su trabajo al tratamiento de la depresión, quedó claro que un enfoque puramente conductual tenía un beneficio limitado. El escenario estaba preparado para un nuevo paradigma.

Aaron T. Beck, formado originalmente en la tradición psicodinámica, estaba desarrollando un nuevo enfoque con sus colegas en Filadelfia. En sus primeras investigaciones, exploró los sueños y las asociaciones libres de pacientes deprimidos en busca de pruebas que respaldaran la teoría psicodinámica de que la depresión es una consecuencia de la ira dirigida hacia el interior a nivel inconsciente. Para su sorpresa, descubrió que los sueños y las asociaciones libres de los individuos deprimidos no estaban dominados por la hostilidad, sino que reflejaban temas similares de pérdida y derrota en las verbalizaciones que estos pacientes hacían mientras estaban despiertos. Esto le llevó a proponer que los síntomas de la depresión se debían a una tríada cognitiva (visiones excesivamente negativas de uno mismo, del mundo y del futuro) de pensamientos accesibles de forma consciente y de los significados personales de esos pensamientos. Posteriormente, desarrolló un enfoque terapéutico coherente en el que paciente y

terapeuta trabajan juntos para detectar los pensamientos y significados idiosincrásicos clave que impulsan las emociones negativas y los comportamientos que dificultan el cambio de dichos significados. Una vez detectados, se emplea una amplia gama de técnicas (como el cuestionamiento socrático, la manipulación de imágenes, el ensayo cognitivo, la exploración de los antecedentes de una creencia y los cambios planificados en el comportamiento) de manera sistemática, todo con el objetivo de lograr un cambio en las creencias problemáticas que sustentan las emociones negativas y los comportamientos.

La terapia cognitiva de Beck (llamada así por su enfoque inquebrantable en la cognición) irrumpió en la escena mundial en 1977 con la publicación de un ensayo controlado aleatorizado (Rush et al., 1977) en pacientes psiquiátricos ambulatorios con depresión, que concluyó que la terapia cognitiva era superior a la medicación (imipramina). Fue un hallazgo enorme, ya que era la primera vez que se demostraba que una terapia psicológica era comparable, por no decir superior, a la medicación antidepressiva. La noticia se extendió rápidamente. Yo estaba al otro lado del Atlántico, en Londres, en plena formación como psicólogo. Mis compañeros y yo escribimos al Beck's Center for Cognitive Therapy en Filadelfia para solicitar copias del manual para terapeutas. Unas semanas más tarde, llegó un gran paquete con varios ejemplares de un texto mimeografiado de cubierta azul (el primer borrador de *Cognitive Therapy of Depression*, más tarde ampliado y publicado por The Guilford Press en 1979). Mis colegas y yo leímos rápidamente la copia mimeográfica y empezamos a aplicar el tratamiento con nuestros clientes deprimidos, con resultados alentadores. Los profesionales de muchos otros centros y países hicieron lo mismo. Se realizaron múltiples ensayos controlados aleatorizados más, cuyos resultados resumiremos en el capítulo 16 de esta edición. En conjunto, los ensayos muestran que la terapia cognitiva para la depresión es tan eficaz (pero no necesariamente más eficaz) como la terapia antidepressiva bien aplicada a corto plazo y que tiene efectos más duraderos, con un número significativamente menor de pacientes que recaen en los años posteriores a la suspensión de la terapia. Además, parece que los efectos más duraderos de la terapia cognitiva se deben a su mayor capacidad para cambiar los patrones de pensamiento negativos.

Cada uno de los resultados de las investigaciones anteriores ha tenido un gran efecto en este campo. Las encuestas (McHugh et al., 2013) muestran que el público prefiere la terapia psicológica a la medicación, con una proporción de 3 a 1. La equivalencia en los resultados a corto plazo significaba que, en principio, era razonable permitir que las personas eligieran según sus preferencias. El mayor beneficio a largo plazo de las terapias psicológicas significaba que también era probable que fuera rentable hacerlo. Estos hallazgos (y otros similares obtenidos posteriormente sobre enfoques generales de terapia cognitivo-conductual y otras terapias para diversos trastornos mentales) han llevado a muchos países a invertir en la mejora del acceso público a las terapias psicológicas basadas en la evidencia.

Entre estas iniciativas públicas a gran escala se incluyen el programa *Mejora del Acceso a las Terapias Psicológicas* [*Improving Access to Psychological Therapies*]* de Inglaterra (véase Clark, 2018), la *Atención rápida para la salud mental* [*Prompt Mental Health Care*] de Noruega (Knapstad et al., 2020), las *Terapias de primera línea* [*Therapies to the Frontline*] de Finlandia, el programa *Psicoterapia estructurada* [*Structured Psychotherapy*] de Canadá (Ontario Health, 2023) y el *Nuevo acceso* [*New Access*] de Australia (Cromarty et al., 2016). Juntas, garantizan que muchos millones de personas puedan beneficiarse cada año de una terapia psicológica basada en la evidencia.

Por supuesto, el modelo cognitivo general de Beck (1976) sobre los trastornos emocionales ha tenido un impacto mucho más allá de la depresión. Su propio equipo ha aplicado extensiones del modelo para tratar una amplia variedad de trastornos, como la ansiedad, los trastornos de la personalidad y las adicciones. Otros investigadores han tomado el modelo cognitivo general y lo han perfeccionado para explicar la persistencia de trastornos como el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad social, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos alimentarios, el trastorno bipolar y la psicosis. Beck apoyaba y alentaba todos estos desarrollos.

Todas las terapias del amplio campo de la terapia cognitivo-conductual tienen elementos cuyo desarrollo se ha visto fuertemente influido por el enfoque de Beck. Sin embargo, la forma en que se ha desarrollado esa influencia varía. Quizá el mejor ejemplo de ello sean los avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. El enfoque conductual directo que recurre a la exposición repetida para promover la habituación a los estímulos temidos rara vez se emplea hoy en día. La norma es un tipo de terapia cognitivo-conductual en la que los terapeutas también prestan atención a los pensamientos temerosos de los pacientes. En Norteamérica, esto significa a menudo que uno de los procedimientos (la reestructuración cognitiva verbal) que se emplea en la terapia cognitiva se ha añadido a la terapia de exposición, manteniendo la aplicación de esta última prácticamente sin cambios. La reestructuración cognitiva y la terapia de exposición se consideran procedimientos separados que pueden funcionar de formas distintas. En el Reino Unido, el enfoque suele acercarse más a lo que ocurre en la terapia cognitiva para la depresión. Es decir, los procedimientos conductuales y verbales están mucho más integrados, y ambos se centran explícitamente en las creencias distorsionadas de los pacientes sobre la peligrosidad de los estímulos temidos y en las estrategias conductuales y atencionales que impiden que dichas creencias cambien a la luz de la experiencia. Es comprensible que en este libro recomendemos este último enfoque para las presentaciones comórbidas de depresión y trastornos de ansiedad.

* Recientemente renombrado como *Terapias de conversación del NHS para la ansiedad y la depresión* [*NHS Talking Therapies for Anxiety and Depression*] (N. del T.).

¿Por qué publicar una 2ª edición revisada y ampliada? En vista del éxito y la enorme repercusión de la primera edición de la *Terapia cognitiva de la depresión*, cabe preguntarse si es realmente necesaria una 2ª edición revisada y ampliada. Mi respuesta es un rotundo SÍ. Esta edición, escrita por los autores originales (Beck, Rush, Shaw y Emery) y otros dos destacados profesionales e investigadores (DeRubeis y Hollon), desmonta algunos malentendidos sobre la terapia cognitiva y se sirve de los conocimientos adquiridos a lo largo de 45 años de investigación, formación de terapeutas y experiencia clínica. En vez de limitarse a añadir actualizaciones, los autores han reescrito sustancialmente la mayoría de los capítulos para crear un texto coherente y atractivo que hace justicia a la sofisticación de la terapia cognitiva en la tercera década del siglo XXI.

Algunos malentendidos. Aunque la primera edición atrajo a terapeutas de muy diversas orientaciones, probablemente sea justo decir que la leyeron con más entusiasmo los clínicos con formación conductual. Es comprensible que a veces consideraran los pensamientos automáticos negativos como comportamientos encubiertos que podían modificarse de forma simplista, sustituyendo un pensamiento negativo concreto por otro más positivo. La 2ª edición revisada y ampliada explica claramente por qué esto no aborda el problema central. Los pensamientos automáticos negativos son problemáticos debido a sus significados personales y a las emociones asociadas a esos significados. Por tanto, es fundamental que los terapeutas se abstengan de abordar los pensamientos hasta comprender completamente qué significan para el paciente y determinar en qué medida están influyendo en sus emociones y comportamiento. Este punto queda muy bien ilustrado por el relato de Beck sobre la reacción de los terapeutas en formación ante una demostración de terapia en vivo que realizó como preparación para el Programa de Investigación Colaborativa sobre el Tratamiento de la Depresión del Instituto Nacional de Salud Mental (Elkin et al., 1989). El paciente, con depresión grave, vivía en circunstancias sociales muy difíciles y estaba bastante desesperanzado. Al final de la sesión, Beck había conseguido generar un nivel considerable de esperanza, y se vislumbraba el camino hacia una terapia finalmente eficaz. Satisfecho con la sesión, Beck quiso conocer la reacción de los terapeutas en formación. Para su sorpresa, expresaron la opinión de que lo que estaban viendo no era terapia cognitiva, ¡sino más bien una charla general! Al indagar, quedó claro que a los terapeutas en formación les extrañaba el hecho de que se suscitaran varios pensamientos negativos sobre distintas áreas de la vida del paciente, sin que se intentara intervenir hasta bien avanzada la sesión. De lo que no se habían dado cuenta era de que Beck se centraba en la emoción. Únicamente empezó a intervenir cuando el paciente rompió a llorar mientras articulaba un pensamiento concreto. Como explicó posteriormente a los terapeutas en formación (y a mí): «La emoción es el camino principal hacia la cognición». Las discusiones sobre la «cognición caliente» en la 2ª edición revisada y ampliada hacen hincapié en este punto.

A medida que ha ido aumentando el abanico de terapias cognitivo-conductuales eficaces, los terapeutas en formación se han visto a menudo obligados a dominar diversos manuales de terapia. Esta complicada tarea ha hecho que, en ocasiones, los tratamientos se consideren poco más que conjuntos de procedimientos, en vez de intervenciones guiadas por la teoría. La 2ª edición revisada y ampliada explica claramente por qué esto último es esencial si queremos conseguir resultados óptimos con la terapia cognitiva.

Nuevos avances en el campo. La contribución más relevante ha sido el desarrollo de enfoques cognitivos para la comprensión y el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Estos enfoques se centran, en particular, en los esquemas cognitivos y las estrategias compensatorias que adoptan los pacientes. La 2ª edición revisada y ampliada muestra cómo este trabajo amplía las opciones que tienen los terapeutas cognitivos para ayudar a las personas que experimentan depresión en el marco de un trastorno de la personalidad o que padecen depresión crónica. En los casos más sencillos, la terapia se centra predominantemente en el presente. Sin embargo, en intervenciones más complejas, también resulta útil centrarse en las experiencias pasadas que sustentan las creencias negativas de los pacientes sobre sí mismos y su mundo, así como en el modo en que estas creencias y esquemas pueden manifestarse en la relación terapéutica. Los autores describen este triple enfoque como un «taburete de tres patas» y lo consideran como la adición más importante a su teoría cognitiva en el último medio siglo. Además de lo anterior, la 2ª edición revisada y ampliada incluye numerosos *insights* clínicos y consejos útiles, fruto de 45 años de investigación y experiencia clínica de los autores en el tratamiento de la depresión. Cuarenta y cinco años es mucho tiempo de espera, pero tengo la firme sospecha de que los lectores de mayor edad estarán de acuerdo en que la espera ha valido la pena, y de que los terapeutas más jóvenes apreciarán un panorama más completo de la terapia cognitiva para la depresión.

David M. Clark, DPhil
Departamento de Psicología Experimental
Universidad de Oxford

Prefacio

Aaron Temkin (Tim) Beck murió el 1 de noviembre de 2021, a la edad de 100 años. Formado en los principios psicodinámicos (la teoría dominante en la época), llegó a cuestionar la premisa de que las causas de los trastornos adultos residían en conflictos inconscientes establecidos durante la infancia. En su lugar, basándose en sus propios esfuerzos por poner a prueba la teoría, se centró en las creencias disfuncionales y en el procesamiento desadaptativo de la información, que los pacientes podían abordar utilizando su propio comportamiento para evaluar la exactitud y funcionalidad de sus creencias. La terapia cognitiva –el enfoque que desarrolló– fue una maravilla en su época, tan eficaz como la medicación y más duradera que ella en el tratamiento de la depresión y otros trastornos no psicóticos, y un complemento útil en el tratamiento de enfermedades mentales graves como la esquizofrenia y el trastorno bipolar I. *The New York Times* publicó una necrológica en la que calificaba la terapia cognitiva como «una respuesta al análisis freudiano: un enfoque pragmático de monitoreo del pensamiento para tratar la ansiedad, la depresión y otros trastornos mentales [...] [que] [...] cambió la psiquiatría» (Carey, 2021).

Los Dres. Beck, Rush, Shaw y Emery publicaron la primera edición de este manual de tratamiento en 1979. Proporcionaba una descripción clara de la naturaleza de la depresión y de las diversas técnicas conductuales y cognitivas que constituyen el enfoque. La terapia cognitiva siempre ha sido más que una colección de técnicas dispares. Más bien, comprende un conjunto integrado de principios basados en la teoría cognitiva, que postula que la depresión es una «respuesta [coordinada] corporal general» a los retos de la vida. Se presta especial atención al modo en que las personas interpretan esos retos, ya que son esas interpretaciones las que guían las emociones que experimentan y sus esfuerzos conductuales para afrontarlos. En la teoría estaba implícita la idea de que los pensamientos automáticos negativos, a los que es relativamente fácil acceder en una situación determinada, están vinculados a creencias y esquemas centrales que pueden descubrirse y examinarse de forma directa.

El mayor avance de la terapia cognitiva desde la primera edición de este manual es la adición de métodos que pueden ayudar a los pacientes con trastornos de la personalidad a reconocer y abordar los comportamientos problemáticos que contribuyen a los problemas en sus relaciones con los demás. Estos comportamientos se consideran como estrategias adoptadas para compensar los déficits percibidos que están incrustados en las creencias que constituyen el núcleo de los esquemas problemáticos de los pacientes y en las suposiciones condicionales que adoptan para ayudarse a navegar por la vida. Las estrategias compensatorias son similares a los comportamientos de búsqueda de seguridad que se observan en las personas con evitación desadaptativa basada en la ansiedad. Al igual que los comportamientos de búsqueda de seguridad, las estrategias compensatorias tienden a ser contraproducentes (ahuyentan a los demás) y a cumplirse por sí solas (impiden que los pacientes aprendan que sus creencias centrales problemáticas y suposiciones condicionales no son ciertas). Esta edición del manual integra los principios originales de la terapia cognitiva que causaron un gran impacto en este campo en las décadas de 1970 y 1980 con enfoques más recientes basados en esquemas que facilitan el tratamiento de pacientes más complicados.

Tim Beck fue uno de los teóricos de la psicoterapia más destacados del siglo pasado. Recibió el Lasker-DeBakey Clinical Medical Research Award (el máximo galardón en medicina), la Asociación Estadounidense de Psicología (APA) le nombró uno de los cinco psicólogos más influyentes de todos los tiempos, dejando a un lado el hecho de que era psiquiatra. Tim estuvo profundamente implicado en la revisión de este manual hasta el final. John Rush no solo fue el autor principal del primer ensayo controlado aleatorizado que mostró que cualquier psicoterapia podía competir con la medicación, sino también el investigador principal de las Alternativas Secuenciadas de Tratamiento para Aliviar la Depresión (STAR*D, por sus siglas en inglés, Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression), el mayor ensayo aleatorizado en el tratamiento de la depresión. Brian Shaw dirigió uno de los primeros ensayos controlados que mostraron la eficacia de la terapia cognitiva y supervisó la formación y la implementación de la terapia cognitiva en el Programa de Investigación Colaborativa sobre el Tratamiento de la Depresión (TDCRP, por sus siglas en inglés, Treatment of Depression Collaborative Research Program) del Instituto Nacional de Salud Mental. Gary Emery se unió a Tim y a los otros como autor de la terapia cognitiva original para la ansiedad. En su consulta privada de Los Ángeles, que fundó en la década de 1970, fue uno de los primeros en adoptar la terapia telefónica para ahorrar a sus pacientes el trayecto hasta la ciudad. Rob DeRubeis, ahora retirado del Departamento de Psicología de la Universidad de Pensilvania, fue el principal autor del primer ensayo controlado con placebo que mostró que la terapia cognitiva era tan eficaz como la medicación antidepresiva y más duradera que ella para tratar la depresión grave. Rob también colaboró estrechamente con Tim desde que él (Rob) llegó a Penn en 1983, y a menudo discutían sobre el mejor modo de incorporar los avances más recientes de la terapia cognitiva en esta edición del manual. Steven Hollon,

de la Universidad Vanderbilt, ha sido galardonado (al igual que su mentor Tim Beck) con el premio a la distinción profesional de la APA. Realizó sus prácticas en psicología clínica bajo la dirección de Tim en la Universidad de Pensilvania antes de trasladarse a la Universidad de Minnesota, donde Rob DeRubeis y él iniciaron una colaboración de medio siglo que incluyó tres ensayos aleatorizados en los que participaron más de 600 pacientes.

Revisar el manual de tratamiento ha sido un verdadero «trabajo de amor» para los autores. Rob DeRubeis y la hija de Tim, Judy Beck (una destacada teórica y terapeuta por derecho propio), organizaron una fiesta de cumpleaños «virtual» para Tim el día que cumplió 100 años. Cada uno de los más de doce participantes (incluidos varios de los autores de este libro) contó básicamente la misma historia: Tim vislumbró algo en ellos cuando aún estaban en formación, y apoyó sus carreras desde ese momento. Tim no solo era un gigante en este campo, sino también un mentor cálido y afectuoso, tan querido por sus protegidos como por sus pacientes. Dedicamos esta revisión a su memoria y nos sentimos maravillados por todo lo que nos dio (a los autores) y por su labor en la promoción de la salud mental en todo el mundo.

Agradecimientos

Queremos dar las gracias a nuestra amiga y colega Julia Jacobs por todo su trabajo de revisión de los primeros borradores del manuscrito. También expresamos nuestro agradecimiento al personal de The Guilford Press, en particular al editor senior Jim Nageotte, a la editora asociada Jane Keislar, a la correctora Jacquelyn Coggin, a la editora senior de producción Anna Nelson y al director artístico Paul Gordon.

1

Visión general

Los hombres no se perturban por las cosas,
sino por la visión que tienen de ellas.

—Epicteto

En los 50 años que han transcurrido desde su introducción, la terapia cognitiva se ha convertido en el tratamiento psicosocial más practicado para la depresión (Norcross et al., 2005). Lo que antes se consideraba radical –la proposición de que el procesamiento desadaptativo de la información y las creencias erróneas pueden dar lugar a la depresión, y de que ayudar a los clientes a aprender a pensar con más precisión puede aliviar los síntomas y prevenir su reaparición– está ahora ampliamente aceptado (Hollon & Beck, 2013). Numerosas investigaciones han demostrado que la terapia cognitiva no solo es eficaz y duradera, sino también rápida y segura (American Psychological Association [APA], 2019; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2022).

A pesar del éxito de la terapia cognitiva (así como de las demás terapias con apoyo empírico) en las últimas tres décadas, la proporción de pacientes con depresión tratados con psicoterapia de cualquier tipo se ha reducido a la mitad, mientras que la proporción de pacientes tratados con medicamentos casi se ha duplicado (Marcus & Olfson, 2010). Esto se debe en gran medida a la introducción, a principios de la década de 1990, de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), considerados seguros y ahora recetados por diferentes profesionales, no solo psiquiatras. Sin embargo, los medicamentos solo funcionan mientras se toman, mientras que la terapia cognitiva parece tener un efecto duradero que se prolonga más allá del final del tratamiento (Cuijpers et al., 2013). Los medicamentos son paliativos en el mejor de los casos; suprimen los síntomas pero no ayudan a resolver el trastorno subyacente. La terapia cognitiva es, al menos, compensatoria, ya que proporciona estrategias que compensan los procesos patológicos subyacentes (Barber & DeRubeis, 1989), y muy posiblemente curativa, dado que corrige las causas subyacentes del trastorno y reduce el riesgo futuro (Seligman, 1993)¹.

El problema de la depresión

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes y debilitantes. Según encuestas epidemiológicas retrospectivas, aproximadamente una de cada cinco personas cumplirá los criterios de depresión diagnosticable en algún momento de su vida, y las tasas de comorbilidad con otros trastornos mentales son elevadas (Kessler et al., 2003). Hasta un tercio de los pacientes que se presentan para recibir tratamiento tienen episodios que duran 2 años o más, y más de tres cuartas partes de los pacientes tratados que se recuperan de un episodio vuelven a tener otro (Keller, 2001). Dicho esto, los estudios de cohortes que siguen prospectivamente a las personas desde su nacimiento proporcionan estimaciones de prevalencia considerablemente más altas. Estos estudios indican que las tasas de depresión son de tres a cinco veces más altas de lo que se cree actualmente y que al menos la mitad de las personas que alguna vez tienen un episodio depresivo no volverán a tener otro (Monroe et al., 2019). La mayoría de estos individuos «adicionales» no buscarán tratamiento para la depresión, en gran parte porque es probable que sus síntomas, y la gravedad de las circunstancias ambientales que los desencadenaron, remitan por sí solos antes de que se den cuenta de que están deprimidos (véase Wakefield et al., 2017). Es mucho más probable que las personas con una depresión crónica o con antecedentes de recaída busquen tratamiento, ya que saben por experiencia que el episodio no desaparecerá por sí solo (si es crónico) o que es probable que reaparezca (si es recurrente), y probablemente la mayor parte de lo que sabemos sobre la depresión se base en este último grupo (Monroe & Harkness, 2011). La depresión afecta negativamente al desempeño de la persona en la familia y en el lugar de trabajo, y es una de las principales causas de suicidio (Michaels et al., 2017). Debido a su prevalencia, a su naturaleza a menudo crónica o recurrente (entre las muestras clínicas) y a su capacidad para socavar la función adaptativa, la depresión es la cuarta causa principal de discapacidad en Europa occidental, y la quinta causa principal de discapacidad entre los habitantes de las zonas de renta alta de Norteamérica (Murray et al., 2013).

La depresión se produce en el marco de la depresión unipolar, que solo implica episodios de depresión, o del trastorno bipolar, caracterizado por la aparición de uno o más episodios de manía o hipomanía (American Psychiatric Association, 2022). La depresión unipolar es 10 veces más frecuente que el trastorno bipolar, pero solo la mitad de heredable (las estimaciones para la primera oscilan entre 0,30 y 0,40, lo que la hace menos heredable que la orientación política, mientras que las estimaciones para el trastorno bipolar oscilan entre 0,60 y 0,80, por lo que es uno de los trastornos psiquiátricos más heredables). Las mujeres tienen el doble de probabilidades de ser diagnosticadas de depresión unipolar que los hombres, mientras que hombres y mujeres tienen las mismas probabilidades de padecer trastorno bipolar. Se ha sugerido que algunos pacientes diagnosticados de depresión unipolar pueden estar en realidad en el espectro bipolar, ya que buscan

tratamiento para sus episodios depresivos pero se sienten poco perturbados por sus episodios hipomaniacos más leves (Angst et al., 2010). En caso de ser así, esto puede influir en la prevalencia relativa de ambos. Las estrategias descritas en este manual son claramente relevantes para el tratamiento de la depresión unipolar (se han realizado múltiples ensayos controlados); sin embargo, su eficacia en el tratamiento de la depresión bipolar sigue siendo una cuestión no resuelta (véanse los capítulos 8 y 16).

Una perspectiva histórica

Como la mayoría de los terapeutas de su generación, Aaron T. Beck, MD, autor principal de este libro, se adhirió inicialmente a una perspectiva psicodinámica (Beck, 2006). Según la teoría psicodinámica, la depresión es consecuencia de la ira dirigida hacia el interior a nivel inconsciente, una hostilidad invertida dirigida hacia las personas significativas que no proporcionaron el amor y el afecto adecuados en la infancia (Freud, 1917/1957). Beck empezó su carrera buscando pruebas de esta hostilidad «introyectada» en los sueños y asociaciones libres de sus pacientes, donde era más probable encontrar pruebas de motivaciones inconscientes. Lo que observó, en cambio, fue que sus pacientes deprimidos expresaban *menos* contenido hostil que sus pacientes no deprimidos. Además, observó que sus sueños y asociaciones libres contenían los mismos tipos de temas de pérdida y derrota que las verbalizaciones que estos pacientes manifestaban mientras estaban despiertos (Beck & Ward, 1961). En contra de la idea de que los pacientes deprimidos tienen una *necesidad inconsciente de fracasar*, descubrió que se esforzaban más cuando tenían éxito y que respondían positivamente al éxito (Loeb et al., 1964). Esto le llevó a proponer una nueva teoría de la depresión en la que atribuía sus síntomas a las creencias negativas de los pacientes sobre su propia valía (Beck, 1963). Empezó a trabajar con sus pacientes para poner a prueba directamente sus creencias y descubrió que esto producía una profunda reducción de su malestar (Beck, 1964). Las claves consistían en reconocer que sus pacientes creían lo que decían creer y en ayudarles a comprobar la exactitud de esas creencias en su vida cotidiana, en vez de proceder como si su malestar estuviera causado por algún tipo de hostilidad inconsciente que, por lo que él sabía, no existía en realidad.

La teoría de Beck también difería conceptualmente de las perspectivas conductuales dominantes en aquella época, basadas en los principios del condicionamiento clásico (Pavlov, 1927) y operante (Skinner, 1953) que se habían desarrollado en gran medida en la investigación sobre animales infrahumanos. En un principio, la teoría del comportamiento evitaba toda consideración de los acontecimientos «privados», como los pensamientos o las emociones, y en vez de ello se centraba en la conexión entre los acontecimientos externos (estímulos) y los comportamientos observables (respuestas). Esta «primera ola» del conductismo consideraba al organismo como una caja negra que no desempeñaba ningún

papel en la formación de su propio comportamiento en un universo determinista. En esencia, los pensamientos y las emociones se ignoraban o se trataban como epifenómenos que tenían poca importancia causal.

Esto empezó a cambiar durante la segunda mitad del siglo XX, cuando los conductistas descubrieron que los principios desarrollados en un laboratorio científico no siempre se trasladaban bien a las situaciones del mundo real, en las que los pacientes adultos ambulatorios podían controlar su propio acceso a los reforzamientos. Esto requería que los terapeutas hablaran con sus pacientes para averiguar qué pensaban y sentían antes de responder conductualmente, y qué esperaban que ocurriera como consecuencia de sus acciones. Las expectativas eran las que dominaban. La incorporación de elementos cognitivos se convirtió en una parte tan fundamental de la teoría básica del comportamiento que algunos se refirieron a ella como la «segunda ola» del conductismo (Mahoney, 1977). La terapia cognitiva es un ejemplo clásico de un enfoque conductual de «segunda ola», aunque presta más atención a una exploración fenomenológica del sistema de significados idiosincrásico del cliente (en línea con la inclinación anterior de Beck a un enfoque dinámico) que otros tipos de terapias cognitivo-conductuales desarrollados por quienes se formaron inicialmente como conductistas (Hollon, 2021).

Posteriormente, la psicología conductual ha experimentado lo que algunos denominan una «tercera ola», en la que se combina un enfoque funcional contextual con elementos de la filosofía oriental, como la meditación (Linehan, 1993), y el fomento de la aceptación radical de situaciones difíciles de cambiar (Hayes et al., 1999). En estos enfoques, la cognición se trata como un comportamiento de evitación que distrae al paciente del compromiso con el ambiente, y se presta poca o ninguna atención a la corrección de los errores de pensamiento. En estos enfoques, se anima a los pacientes a redirigir su atención a otra parte (a lo que ocurre a su alrededor o a su propia respiración) y a alejarse de sus ruminaciones introspectivas (Martell et al., 2001). Aunque la meditación consciente y la aceptación se utilizan a menudo para promover los objetivos de la terapia cognitiva, en el fondo se trata de un enfoque de «segunda ola» que se centra en detectar y corregir las creencias disfuncionales y el procesamiento desadaptativo de la información.

La paradoja de la depresión

La depresión plantea una especie de paradoja (Beck, 1976) caracterizada por una inversión o distorsión de muchos principios generalmente aceptados de la naturaleza humana: el «instinto de supervivencia», los impulsos sexuales, el «principio del placer» e incluso el instinto maternal. Estas paradojas se vuelven comprensibles cuando se entienden en el marco de lo que cree el paciente. Por ejemplo, una persona que cree que es incompetente puede no solicitar un trabajo aunque lo desee. Cree que, pase lo que pase, no conseguirá lo que quiere, así que ¿para qué molestarse en solicitarlo? Luego se siente triste por estar sin ese

trabajo e interpreta esta situación como una prueba de su incompetencia, en vez de considerarla como el resultado de su inacción, es decir, de una profecía autocumplida. Sus creencias pueden reflejar su historia de aprendizaje temprano, o pueden representar extrapolaciones injustificadas de acontecimientos pasados, pero si esas creencias no reflejan con precisión las probabilidades reales en la situación actual, generarán un malestar innecesario y desadaptativo y una resolución de problemas menos eficaz (Beck, 1970).

En efecto, la **teoría cognitiva**² sugiere que las personas no responden tanto a los acontecimientos que encuentran como al modo en que interpretan esos acontecimientos. Si estas interpretaciones son inexactas, es probable que su respuesta parezca **paradójica** a un observador externo. Como se ilustra en la figura 1.1, la premisa básica del modelo cognitivo es que no es solo lo que le ocurre a alguien en una situación antecedente dada (A), sino cómo interpreta esa situación (B), lo que determina cómo se siente en respuesta y lo que hace al respecto conductualmente (C). Por tanto, se considera que las **creencias disfuncionales** y el **procesamiento desadaptativo de la información** constituyen el núcleo del malestar emocional y de los problemas de afrontamiento. Centrarse en los sistemas de significados idiosincrásicos de una persona deprimida sitúa al organismo directamente en el centro de la experiencia de aprendizaje (paradigma estímulo-organismo-respuesta [EOR]). Las personas que creen que los ascensores son peligrosos perciben un peligro que los demás no ven. Esa expectativa guiará su emoción (miedo) y su comportamiento (evitación) en relación con los ascensores, aunque el peligro objetivo sea escaso o nulo. Este es el modelo ABC* básico que constituye el núcleo de la **terapia cognitiva** y de cualquier otro enfoque cognitivo-conductual. El modo en que interpretamos un acontecimiento influye, en gran medida, en cómo nos sentimos al respecto y en cómo respondemos conductualmente a él.

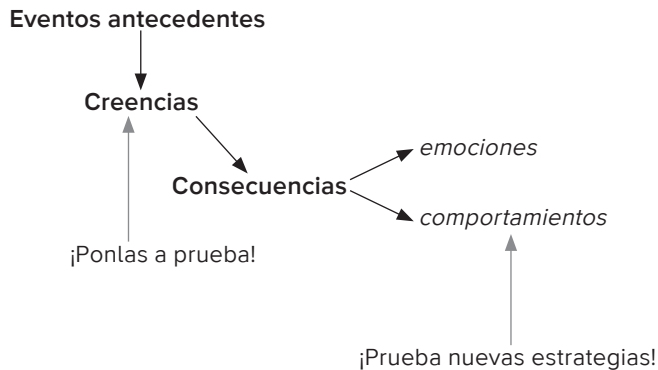


Figura 1.1. El modelo cognitivo original.

* Mantenemos en este caso las siglas del original inglés, ABC (Antecedent events, Beliefs, Consequences), por ser así como se conoce este modelo en psicoterapia (N. del T.).

Esto no quiere decir que algunas situaciones no sean peores que otras (a menudo hay una semilla de «verdad» tras la cognición problemática) o que un estado de ánimo negativo no predisponga a alguien a ser más pesimista y propenso a interpretar las situaciones de forma negativa (tendemos a pensar que la cognición, la emoción y el comportamiento ejercen una influencia mutua entre ellos). La teoría evolutiva considera que las distintas emociones negativas, como el miedo, la tristeza o la ira, son adaptaciones que han evolucionado para organizar distintos tipos de «respuestas corporales generales» ante distintos tipos de retos (Syme & Hagen, 2020). Sin embargo, estas propensiones primitivas van a veces demasiado lejos, y los *Homo sapiens* modernos pueden aprender a utilizar su córtex (su capacidad de razonar y juzgar) para anular esas tendencias innatas cuando conducen a una respuesta subóptima.

Los puntos de vista del paciente sobre el *self*, el mundo y el futuro (véase «La tríada cognitiva negativa» más adelante) están distorsionados cuando está deprimido, aunque en ese momento le parezcan correctos. Otras personas pueden considerar que sus puntos de vista son inexactos o poco útiles, como probablemente le ocurría a él antes de deprimirse y como probablemente le volverá a ocurrir cuando deje de estar deprimido. Su marco conceptual da forma a sus percepciones y guía sus interpretaciones de los acontecimientos. Cuando está deprimido, sus creencias están desproporcionadamente influenciadas por un procesamiento de la información sesgado negativamente, lo que provoca diversos síntomas. En la terapia cognitiva, el paciente y el terapeuta trabajan juntos para examinar el sistema de creencias del paciente y ayudarlo a tomar en consideración y poner a prueba creencias alternativas, un proceso denominado **empirismo colaborativo** (descrito más adelante). Cuando este esfuerzo tiene éxito, la depresión remite y los cambios duraderos en la forma en que aborda sus creencias reducen el riesgo de episodios posteriores.

En su momento, la propuesta de Beck de centrarse en explorar el sistema de significados idiosincrásico del paciente representó algo así como una revolución científica, un choque de paradigmas (Kuhn, 1962). Como psicoanalista, Beck se sentía cómodo con una tradición fenomenológica que concedía gran valor a los informes del paciente sobre su experiencia interna. Sin embargo, rompió con la teoría dinámica al proponer que lo que el paciente comunica, en la medida en que refleja sus creencias, no es una representación distorsionada de sus impulsos y motivaciones inconscientes, sino que representa el núcleo del problema. Las tradiciones de la terapia conductual influyeron en el modo en que Beck estructuró los procedimientos dentro de su enfoque: la expectativa de que el terapeuta participe activamente en el tratamiento, el énfasis en la operacionalización de procedimientos específicos y en el establecimiento de objetivos antes de cada sesión, así como la asignación de tareas para casa, pueden encontrarse en la terapia cognitiva. Pero lo que Beck creó iba más allá de los dos paradigmas principales de su época. El enfoque de la teoría cognitiva en los procesos intrapsíquicos era más afín al enfoque de la teoría psicoanalítica en la fenomenología (sin plantear

la existencia de un inconsciente dinámico que te impidiera reconocer tus verdaderas motivaciones), pero sus procedimientos terapéuticos tenían más elementos en común con la terapia conductual moderna (Beck, 2005).

La teoría cognitiva de la depresión

La teoría cognitiva de la depresión, que surgió de las observaciones y experimentación clínicas sistemáticas (Beck, 1967), constituye la base de las técnicas y estrategias que forman el núcleo de la terapia cognitiva (Beck, 1976). La terapia cognitiva es algo más que un conjunto de estrategias y técnicas; es lo que surge de un conjunto de principios básicos. El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) la tríada cognitiva negativa, (2) los esquemas y (3) los errores cognitivos.

La tríada cognitiva negativa

La **tríada cognitiva negativa** proporciona un marco para considerar las cogniciones idiosincrásicas que conducen a las alteraciones del estado de ánimo y del comportamiento de cada paciente. El primer componente de la tríada se refiere a la **visión negativa del self** que tiene el paciente. El paciente se considera a sí mismo como incompetente o indigno de ser amado (la mayoría de las creencias centrales se reducen a estas dos opciones, y la mayoría de los pacientes depresivos caen en una o en ambas), y tiende a atribuir las experiencias desagradables a sus deficiencias. A su modo de ver, son estos defectos supuestos los que hacen que se sienta inútil o indeseable. En el modelo cognitivo, las visiones negativas del *self* se consideran diátesis predisponentes latentes pero relativamente estables (heredadas o adquiridas) que, una vez desarrolladas, aumentan el riesgo de depresión en cuanto se produce un estresor relevante³.

El segundo componente de la tríada cognitiva comprende la **visión negativa del mundo** que tiene la persona deprimida, o la tendencia a interpretar negativamente sus experiencias en curso. El mundo se percibe como un lugar inhóspito o injusto. Además, el paciente considera que el mundo (y las demás personas que hay en él) le plantean exigencias desorbitadas o presentan obstáculos abrumadores para alcanzar sus objetivos vitales. El mundo exterior se percibe como indiferente en el mejor de los casos y hostil en el peor.

El tercer componente de la tríada cognitiva incluye una **visión negativa del futuro**. La persona deprimida prevé que las dificultades y el sufrimiento actuales continuarán indefinidamente. Espera penurias, frustraciones y privaciones incesantes. Cuando el paciente se plantea emprender una determinada tarea en el futuro próximo, espera fracasar. Esta visión negativa del futuro, que implica una expectativa esencial de no gratificación, constituye el núcleo de la depresión. La depresión se diferencia de otros trastornos psiquiátricos por la ausencia de emoción positiva; si alguien no prevé una gratificación futura, entonces la tristeza

sería la respuesta emocional esperada, en vez de la ansiedad, la ira o el asco (Clark & Watson, 1991). Tener una visión negativa del *self* como incapaz de obtener gratificación, o del mundo como poco propenso a proporcionársela, puede contribuir a esta conclusión, pero es la expectativa de que no habrá gratificación *en el futuro* lo que resulta central en la tristeza persistente.

Organización estructural del pensamiento depresivo (esquemas)

Piaget (1923) introdujo el concepto de esquema en la psicología, y Bartlett (1932) amplió el término, si bien sus raíces en la filosofía se remontan a Kant 150 años antes (Eysenck et al., 2010). Según la psicología cognitiva, los **esquemas** son agrupaciones relativamente estables de contenidos y procesos cognitivos que facilitan interpretaciones predecibles de los acontecimientos del mundo (Miller et al., 1960). Estos esquemas llevan a una persona a prestar atención de forma selectiva a determinados estímulos, a conectar observaciones actuales con recuerdos de experiencias pasadas y a sesgar la interpretación de un acontecimiento dado (Neisser, 1967).

Aunque distintas personas puedan conceptualizar la misma situación de diferentes modos, una persona determinada tiende a reaccionar siempre de la misma manera ante acontecimientos similares. Alguien que es «liberal» tenderá a ver el mundo de forma diferente a alguien que es «conservador», y los miembros de cada grupo tienden a interpretar los acontecimientos de forma diferente pero consistente a lo largo del tiempo. Los esquemas no solo organizan la información existente, sino que también determinan cómo se procesa la información nueva. En el marco de la terapia cognitiva, los esquemas explican por qué una persona deprimida mantiene actitudes autoderrotistas y que le generan malestar, aun cuando existen evidencias objetivas de factores positivos en su vida.

En las depresiones más leves, el paciente suele ser capaz de considerar sus puntos de vista negativos sobre el *self*, el mundo y el futuro con cierta objetividad. Sin embargo, a medida que la depresión empeora o se prolonga, su pensamiento se ve cada vez más dominado por ideas negativas. Es menos probable que interprete los acontecimientos como lo harían los demás, y más probable que lo haga de manera idiosincrásica, de un modo que perpetúe su depresión –es decir, empieza a desarrollar esquemas negativos–. Esto nos lleva de nuevo a la noción de causalidad recíproca con respecto a la cognición y la emoción, en el sentido de que cada uno influye en el otro en una situación determinada, del mismo modo que lo hacen la personalidad, las inclinaciones conductuales y los componentes ambientales a la hora de determinar las decisiones de un individuo (Bandura, 2018). Es probable que los esquemas ya preexistan en los individuos que entran en la adolescencia con una predisposición a deprimirse ante retos relativamente menores –a quienes Monroe y sus colegas (2019) denominan los «propensos a la recurrencia»–. Sin embargo, no es necesario que existan esquemas de este tipo entre quienes solo se deprimen en respuesta a un desafío importante, a quienes

Monroe y sus colegas se refieren como los «posibles deprimidos». La cuestión es que los esquemas pueden preexistir y permanecer latentes hasta que se desencadenan, o pueden desarrollarse con el tiempo en respuesta al malestar entre quienes son propensos a la recurrencia.

A medida que el paciente presta cada vez más atención a estas interpretaciones negativas, sus puntos de vista se distorsionan cada vez más, lo que conduce a errores sistemáticos en su pensamiento (véase más adelante). En consecuencia, es menos capaz de considerar la posibilidad de que sus interpretaciones negativas sean inexactas o inútiles. En las depresiones más graves, el esquema idiosincrásico puede dominar el pensamiento del paciente: está preocupado por pensamientos negativos repetitivos y perseverantes. Puede tener dificultades para concentrarse en estímulos externos (p. ej., leer o mantener una conversación) o para realizar actividades mentales voluntarias (p. ej., resolver problemas o recordar). En tales casos, inferimos que la organización cognitiva idiosincrásica se ha vuelto autónoma, en el sentido de que se vuelve tan dominante que anula cualquier *input* externo del ambiente. En los casos más graves, el esquema depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo apenas responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

Las personas categorizan y evalúan sus experiencias mediante una matriz de esquemas. El contenido de estos esquemas determina el modo en que un individuo estructura una experiencia y, por tanto, cómo responderá a ella. Un esquema puede estar latente y permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo, pero puede activarse mediante *inputs* ambientales específicos, como las situaciones estresantes (Scher et al., 2005). Por ejemplo, incluso después de tener un hijo y aprender a pensar como un padre, una persona no piensa como un padre todo el tiempo; su esquema de «padre» no siempre está activado, pero puede activarse cuando se producen situaciones relevantes. Sin embargo, en estados patológicos como la depresión, las conceptualizaciones del individuo de situaciones por lo demás benignas se distorsionan para ajustarse al esquema disfuncional. La correspondencia ordenada de un esquema normativo y funcional con un estímulo concreto se ve alterada por la intrusión de estos esquemas disfuncionales e idiosincrásicos excesivamente activos. Cuanto más activos se vuelven estos esquemas idiosincrásicos, mayor es la gama de estímulos que puede evocarlos. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y se muestra incapaz de activar otras formas más adecuadas de pensar sobre el mundo.

Procesamiento defectuoso de la información (errores cognitivos)

Las visiones negativas del *self*, del mundo y del futuro se consolidan en esquemas depresivos a través de errores en el procesamiento de la información. Estos errores sirven para mantener la creencia del individuo en la validez de sus cogniciones negativas, aunque existan evidencias que las contradigan (véase Beck, 1967). Estas distorsiones sistemáticas (rebautizadas como «trampas del pensamiento» con nombres más sencillos y fáciles de recordar entre paréntesis en el

manual clásico de autoayuda *Sentirse bien*, de David Burns [1980]), representan los componentes funcionales del pensamiento esquemático, y tienen una naturaleza similar a la de las heurísticas normativas que operan en las personas que no están deprimidas (Kahneman et al., 1982):

- **Abstracción selectiva (filtro mental).** Centrarse en un detalle o fragmento de una experiencia fuera de contexto, ignorando otras características más destacadas, y conceptualizar toda la experiencia basándose en este fragmento: «Cuando mi jefe rechazó mi petición de aumento, sentí que él pensaba que yo no valía nada», a pesar de que nadie más recibió un aumento y de que la evaluación que hizo de mi trabajo fue positiva.
- **Inferencia arbitraria (sacar conclusiones precipitadas).** Sacar una conclusión en ausencia de pruebas o a pesar de las pruebas en contrario (incluye tanto la **lectura de la mente**, en la que uno supone que sabe lo que piensa otra persona, como la **adivinación**, en la que uno cree que puede predecir el futuro): «Todo el mundo en el tren pensó que era idiota cuando tropecé».
- **Generalización excesiva.** Sacar una regla o conclusión general basándose en uno o unos pocos incidentes aislados y aplicar el concepto en sentido amplio: «Las cosas nunca salen como yo quiero».
- **Atribución de rasgos estables (etiquetado–etiquetado erróneo).** Una generalización excesiva en la que se atribuye un rasgo estable basándose en una muestra limitada de comportamiento: «No conseguí el trabajo; soy un fracaso».
- **Magnificación (catastrofización) y minimización.** Errores en la evaluación de la magnitud o el significado de los acontecimientos que distorsionan su importancia: «Con esa mala nota en el examen, seguro que no apruebo la asignatura» o «¿Y qué si me ha ido bien en el examen? Aún queda el final».
- **Personalización.** Interpretar acontecimientos externos de forma autorreferencial cuando no existe una base firme para hacer tal interpretación: «La gente no se divertía porque yo estaba allí».
- **Pensamiento absolutista/dicotómico (pensamiento de todo o nada).** Organizar las experiencias en dos categorías opuestas en vez de ordenarlas a lo largo de una dimensión continua (p. ej., impecable vs. defectuoso, santo vs. pecador). Los pacientes suelen seleccionar categorizaciones negativas extremas para describirse a sí mismos: «Soy completamente indigno de ser amado».
- **Descalificar lo positivo.** Descartar las experiencias positivas que no se ajustan a las creencias negativas existentes: «Si yo pude hacerlo, entonces no debe ser muy difícil».
- **Razonamiento emocional.** Utilizar la experiencia de una fuerte emoción negativa como prueba evidente de la veracidad de la creencia asociada: «Me siento tan avergonzado que debo de ser idiota».