



MODELO COMBINADO DE TERAPIA CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN CON ENFOQUE INDIVIDUAL Y MARITAL

S. GUMÁ BACOT

Universidad de Puerto Rico

Resumen

Dos modelos terapéuticos conductuales basados en las teorías de aprendizaje social son analizados y discutidos como un posible sistema combinado para tratar la depresión clínica. Estos son la Terapia Cognitiva para la depresión de A. T. Beck y la Terapia Marital-Conductual de N. S. Jacobson. Se proponen como una alternativa terapéutica para matrimonios que incluyen un cónyuge deprimido.

Se sugiere la combinación de ambos modelos a la luz de las teorías que postulan la existencia de factores interpersonales, siendo la interacción marital uno de ellos, como precipitantes o perpetuantes de la depresión. El autor considera que el tratamiento individual de un cónyuge deprimido puede ser obstaculizado por una disfunción marital que, de no tratarse, podría eventualmente provocar futuras recaídas. Se evalúa la fortaleza del modelo terapéutico propuesto por A. T. Beck para la depresión y su amplio respaldo empírico, considerando, adicionalmente, la falta de evidencia para respaldar su carácter preventivo, aunque así lo propone la teoría que lo sustenta. Se evalúan los postulados teóricos y prácticos del modelo y se propone la adición de la terapia marital conductual tomando en cuenta sus compatibilidades en la aplicación por derivarse ambos de las teorías de aprendizaje social, así como la complementación de un enfoque individual con otro que considera la corrección de aspectos interpersonales. De esta forma, se tratará más ampliamente el repertorio conductual que facilite al individuo prevenir sus estados depresivos.

Se discuten los aspectos positivos y las limitaciones de cada modelo terapéutico.

Abstract

Two behavioral therapeutic models based on social learning theory are discussed as a possible combined system for the treatment of depression. These are Beck's Cognitive Therapy for Depression and Jacobson's Behavioral Marital Therapy. They are proposed as a therapeutic option for marriages with a depressed spouse.

The combined model is suggested based on the theories that propose the existence of interpersonal factors, such as marital interaction, that precipitate or perpetuate depression. The author considers that the individual treatment of the depressed spouse can be undermined by a dysfunctional marriage that, if left unattended, could eventually lead to future relapses. Beck's cognitive therapy for depression is evaluated taking into account its empirically validated therapeutic strengths. The author takes into account the lack of evidence of the preventive quality of the treatment that is theoretically proposed by the model. It is considered that this preventive quality could be achieved or reinforced if interpersonal factors, such as marital interaction, are treated directly with behavioral marital therapy. The compatibility of both models based on social learning theory and the complementary integration of individual (intrapersonal) and interpersonal variables, would include more factors to strengthen the depressed client's behavioral repertoire in order to fight the depression.

The strengths and limitations of each therapeutic model are discussed.

Introducción

Los desórdenes afectivos ocupan un lugar importante en la historia de los trastornos mentales, ha-

biendo recibido atención desde épocas remotas. Alteraciones en el estado de ánimo fueron descritas por Homero, Plutarco e Hipócrates en observaciones precisas sobre la melancolía y la manía (Nathan

y Harris, 1980). A principios del presente siglo los problemas afectivos se empezaron a clasificar nosológicamente a partir de la labor de E. Kraepelin.

Desde los comienzos de la psiquiatría y la psicología clínica como disciplinas formales se han producido cambios significativos en la concepción de los trastornos afectivos, sus causas, clasificación y tratamiento. En referencia a los *disturbios depresivos* el actual sistema clasificatorio DSM III (APA, 1980) los han incluido en una nueva categoría general de «Trastornos Afectivos». Esto representa un reconocimiento a la particularidad de la depresión como entidad clínica aparte con características peculiares, ya que en la anterior nomenclatura psiquiátrica (DSM II) se incluía como parte de las neurosis (neurosis depresivas) o de las psicosis generales (psicosis depresiva, melancolía involucional, enfermedad maníaco depresiva). Aunque existe acuerdo en que la depresión es un trastorno de tipo afectivo, las diversas teorías psicológicas y psiquiátricas están en desacuerdo en cuanto a su etiología. Las diferentes explicaciones causales se han relacionado con los modelos teóricos que las sustentan, de donde también se han elaborado sistemas terapéuticos.

Tradicionalmente las teorías psicodinámicas originadas en el psicoanálisis freudiano han postulado que la depresión es producto de una agresión introyectada intropunitivamente de forma inconsciente. Recientemente se ha hipotetizado causalidad psicobiológica en las depresiones recurrentes (cíclicas) en donde se ha utilizado el carbonato de litio preventivamente para alterar posibles procesos de neurotransmisión disfuncional (Fieve, 1975). Feidman (1976) agrupa las teorías etiológicas de la depresión en cuatro categorías principales: 1) biológica; 2) psicoanalítica; 3) cognitiva y 4) conductual. Cada una propone un modelo de tratamiento a tono con la teoría. Las tres primeras categorías han focalizado al funcionamiento *intrapersonal* (biológico o intrapsíquico), ignorando el contexto *interpersonal* en el cual surge y se mantiene la depresión. Según Feidman (1976) las teorías conductuales han considerado las consecuencias interpersonales y el contexto o ambiente social de la depresión, pero no evalúan las propiedades sistémicas del mismo. Este autor intenta integrar el modelo cognitivo individual con el concepto interpersonal de la estimulación y el refuerzo social, bajo un modelo sistémico-familiar (teoría general de sistema). También se ha intentado tratar la depresión bajo la terapia marital con enfoque conductual (Jacobson, 1981, 1984).

Por otro lado, actualmente existe un volumen extenso de investigaciones con enfoque neoconductual y cognoscitivo sobre la depresión. Las *teorías cognitivo-conductuales*, en términos generales, han atribuido la depresión a déficit en los procesos cognitivos en donde la persona distorsiona la información generada de sus experiencias, alterando negativamente su imagen propia y la de su mundo circundante, con consecuentes pensamientos disfuncionales producidos por un deficiente procesamiento cognitivo de la información (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Beck, Rush, Shaw y

Emery, 1979; Coyne y Gotlib, 1983; Ingram, 1984; Rehm, 1977). Los modelos terapéuticos cognitivo-conductuales, siendo integrantes de las terapias conductuales, enfatizan la activación y el cambio *conductual* en adición a la modificación de los procesos *cognitivos* del cliente. Semejante a los postulados de los modelos cognitivos tradicionales ejemplificados en la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1973), la Terapia de Realidad de Glasser (1965) y el modelo de los constructos personales de Kelly (1955), se propone que las emociones y conductas disfuncionales pueden modificarse alterando los pensamientos o creencias personales a través de un proceso terapéutico que enfatice el buen uso (adaptativo) del razonamiento y el control racional de la conducta. A diferencia de dichos modelos racionalistas que básicamente tienen una orientación lógica y filosófica, los modelos cognitivos-conductuales tienen un enfoque más empírico y orientado hacia lo conductual (en adición a lo cognitivo). Estos modelos parten de las siguientes premisas: 1) el organismo humano responde a las «representaciones cognitivas del ambiente» y no al ambiente *per se*; 2) estas representaciones cognitivas se aprenden al igual que la conducta observable; 3) la mayor parte del aprendizaje humano está mediada cognoscitivamente y 4) los pensamientos, emociones y conductas están interrelacionados causalmente (Masters, Burish, Hollan y Rimm, 1987). Dichas premisas tienen como precursor el modelo de aprendizaje social de Albert Bandura.

La aportación primordial de las terapias cognitivas conductuales ha seguido la tradición de las *terapias conductuales*: 1) la clara operacionalización de los procesos terapéuticos en un modelo altamente estructurado y replicable y 2) su compromiso con la validación empírica de las técnicas terapéuticas a través de la investigación científica.

Siguiendo esta trayectoria de seriedad profesional, de los modelos cognitivos-conductuales de la *depresión* se ha destacado el de A. T. Beck (Beck y col., 1979) y su efectividad terapéutica ha sido apoyada empíricamente por muchos estudios (Beck y Rush, 1978).

Propósito del trabajo

El propósito de este trabajo es analizar el modelo de Terapia Cognitiva para la depresión desarrollado por Beck (Beck y Rush, 1978; Beck y col., 1979). Adicionalmente se estudiará el modelo de Terapia Marital-conductual elaborado por Neil S. Jacobson (Jacobson, 1981, 1984; Jacobson y Margolin, 1979). Este autor considera importante la integración del enfoque individual de la terapia cognitiva-conductual de Beck y col. (1979) con su modelo de terapia marital conductual en donde se tomaría en consideración el funcionamiento de la pareja marital que incluye un cónyuge deprimido (conjuntamente terapia individual cognitiva para el individuo deprimido y sesiones de terapia marital enfocando la pareja). Al igual que otros autores, N. Jacobson considera im-

portante los aspectos interpersonales (reciprocidad, refuerzos mutuos) en el origen y mantenimiento de la depresión.

Ambos modelos a estudiarse son congruentes y pueden ser complementarios, ya que se basan en las teorías de aprendizaje social, enfatizan la terapia de la conducta y la modificación de los procesos cognitivos (pensamientos, creencias, expectativas, imágenes mentales) considerando a éstos como mediadores de la conducta, y sostienen que la modificación de la conducta externa y los procesos cognoscitivos traerán cambios consecuentes en los estados emocionales disfóricos (p. ej., la depresión).

En el presente trabajo se propone el modelo cognitivo-conductual de Beck y col. (1979) como alternativa terapéutica para el individuo soltero deprimido, y para las personas casadas con uno (o los dos) cónyuges depresivos se propone la complementación de este modelo con la terapia marital (Jacobson y Margolin, 1979) enfocada hacia lo conductual y cognitivo, que mantiene unas similares perspectivas terapéuticas. Esta integración congruente de dos terapias conductuales toma en cuenta, en adición al funcionamiento individual, los efectos interpersonales que tiene el depresivo sobre otras personas significativas (p. ej., cónyuge) y las reacciones de éstas que refuerzan la conducta depresiva, y considera que muchas depresiones pueden ser producto de un matrimonio disfuncional o al menos son perpetuadas (alimentadas) por la propia dinámica marital. Aunque se considera que un enfoque contextual sistémico (que también incluya aspectos del aprendizaje social) es una forma más abarcadora de explicar y tratar los disturbios emocionales, la terapia marital conductual es la que más se acerca a esto dentro de las terapias conductuales, al considerar la reciprocidad en la interacción marital.

Terapia Cognitivo-Conductual de la Depresión: Modelo de A. T. Beck

a) Modelo de la conducta humana y de la depresión

Beck y col. (1979) elaboran una teoría basada en muchos años de práctica clínica y estudios empíricos. En términos generales se postula que la depresión es producto de distorsiones cognitivas que surgen cuando la persona evalúa sus experiencias negativamente, reflejándose esto en su auto-imagen, su percepción del mundo y del futuro. Se generan pensamientos automáticos disfuncionales que activarán y mantendrán la depresión. El origen de todo esto será un sistema de creencias o reglas absolutistas que pueden tornarse disfuncionales, denominadas «asunciones básicas» (depresogénicas) por Beck y col. (1979), que servirán de base filosófica o marco de referencia para la evaluación de las experiencias vividas por el individuo y serán la fuente de las distorsiones cognitivas al interpretar las

mismas. Estas asunciones depresogénicas, por ende, cuando son de suficiente magnitud, facilitarán que la persona sea vulnerable (predispuesta) a la depresión. Son temas comunes que se pueden extraer (inferir) del contenido de los pensamientos automáticos depresivos y están subyacentes, o sea, el individuo no está plenamente consciente de la existencia de estas reglas rígidas auto-impuestas.

El modelo cognitivo de la depresión propone como parte esencial del mismo una vinculación estrecha entre los *pensamientos*, la *conducta* y las *emociones*. Postula que la producción de cambios en la conducta y los pensamientos es una forma efectiva de modificar los estados afectivos. Lo que la persona piensa (autoverbalizaciones, imágenes mentales) y hace influirá en cómo se sentirá. Esto se aplica para toda la gama de conducta humana en general. En cuanto a la depresión se refiere, aunque Beck y col. (1979) no descartan la influencia de factores biológicos (internos), opinan que puede producirse cambio en el afecto disfórico modificando los componentes cognitivos-conductuales de la depresión.

Se ofrece una explicación teórica, no sólo del mecanismo cognitivo-afectivo durante la depresión, sino también de los factores cognitivos que predisponen a la depresión (Harrison, Beck y Buceta, 1984; Masters y col. 1987). Beck y col. (1979) postulan que las experiencias tempranas aprendidas pueden fomentar las bases para la formación de conceptos negativos (esquemas) acerca de: 1) uno mismo, 2) el futuro y 3) el mundo circundante. A esto se le denominó la «triada cognitiva» que en la persona deprimida sirve para evaluar negativamente sus experiencias en estas tres dimensiones (Beckham, Leber, Watkins, Boyer y Cook, 1986; Harrison y col. 1984). El contenido negativo de dicha «triada» está organizado en el individuo mediante *esquemas*. Éstos son estructuras cognitivas subyacentes a la actividad mental que guían la organización, categorización, y evaluación de las propias experiencias. Los esquemas o conceptos negativos aprendidos desde temprano suelen desarrollarse a través de las experiencias negativas que fomentan reglas rígidas para guiar la conducta e influncian disfuncionalmente el contenido del pensamiento del individuo. Pueden estar latentes (no manifiestos) y ser activados por circunstancias específicas análogas a las experiencias negativas que los originaron inicialmente. Por tanto, el individuo puede haber desarrollado durante su niñez, y posteriormente haber elaborado, unos esquemas interpretativos negativos que permanezcan «dormidos» en periodos no depresivos. Se activan al iniciarse periodos depresivos precipitados por *eventos estresores*, primordialmente cuando éstos tienen factores comunes a las experiencias estresoras que facilitaron el desarrollo inicial de los esquemas cognitivos negativos. Beck y col. (1979) postulan que, inclusive experiencias muy adversas, no producen necesariamente depresión clínica al menos que la persona sea muy sensible ante dicho estresor debido a su organización cognitiva. Para explicar dicha sensibilidad el modelo introduce el

concepto de asunciones depresogénicas (generadores de ideas depresivas).

Las asunciones básicas que predisponen hacia la depresión son un conjunto de reglas rígidas caracterizadas por ser muy 1) absolutistas; 2) extremas, y 3) arbitrarias. Facilitan que la persona cometa errores cognitivos por medio de generalizaciones exageradas (p. ej., a partir de una falta juzgarse una persona inepta en todo momento), inferencias arbitrarias (concluir en ausencia de evidencias) y otros procesos cognoscitivos distorsionadores. A partir de este fundamento cognitivo la persona deprimida (o predispuesta a deprimirse) significa y organiza sus experiencias (son parte de los esquemas cognitivos). Esta estructura cognitiva rígida predispone a que el individuo procese distorsionadamente la información generada de sus propias experiencias, en ciertas circunstancias. Las básicas asunciones rígidas no garantizan que la persona se deprima. Esto ocurre cuando ciertos *eventos estresores* afectan directamente dichas creencias subyacentes, al enfrentar al individuo a un incumplimiento de sus expectativas dogmáticas de sí mismo, de lo que el mundo externo puede brindarle y de su futuro. El confrontamiento con los eventos estresores que estimularán una experiencia incongruente con el esquema sistemático de creencias rígidas (el incumplimiento de las mismas) lastimará la autoimagen, causará malestar y precipitará una cadena de pensamientos disfuncionales (mal adaptativos) que conducirán a la depresión por medio de un ciclo mutuamente reforzante entre: pensamientos, conducta y afecto. Los pensamientos propiciarán una distorsión cognitiva en este ciclo continuo, a favor de un núcleo afectivo depresivo (tristeza, autodesprecio, pesimismo, derrotismo) (Ingram, 1984).

Algunas asunciones dogmáticas que predisponen a la depresión, son condiciones rígidas para la felicidad, tales como:

- «DEBO: 1)...ser aceptado por todos, siempre»
2)...ser exitoso en todo, siempre»
3)...ser amable, perfecto, etc. siempre»

Cuando el individuo siente que cumple con estos postulados no se deprimirá. De lo contrario, ocurrirá la depresión.

b) *Modelo terapéutico*

Congruentes con el modelo teórico del desarrollo de la depresión, Beck y col. (1979) elaboran su modelo terapéutico. Generalmente se conoce como la Terapia Cognitiva de la Depresión, pero su énfasis en la activación y modificación conductual del cliente, en conjunto con las intervenciones cognitivas, la ubican en la categoría de las terapias cognitiva-conductuales. Es un producto de la evolución de las terapias conductuales (neoconductual), las cuales se han incorporado a los procesos cognoscitivos como foco de atención terapéutica debido a su importancia como mediadores (internos) de las respuestas conductuales. A partir de la influencia de Bandura (1969) y su teoría de aprendizaje social, se ha consi-

derado que el individuo no responde directamente a los estímulos ambientales, sino que evalúa e interpreta los mismos por medio de representaciones mentales (mediación cognoscitiva a través de pensamientos o imágenes) antes de emitir una respuesta. De esta forma la persona procesa la información de su ambiente a través de sus «filtros cognitivos», evaluando su experiencia a base de sus *ideas o creencias* personales y la anticipación de las posibles consecuencias (refuerzos o castigos) de sus actos.

Los modelos terapéuticos racionales que enfocan primordialmente los aspectos cognitivos han sido la otra influencia importante para la terapia cognitivo-conductual de la depresión, principalmente la terapia racional-emotiva de Ellis (1973) y su énfasis en modificar las creencias irracionales.

El modelo terapéutico de Beck y col. (1979) es uno altamente estructurado que define explícitamente los objetivos y estrategias terapéuticas a través de unas etapas secuenciales en el tratamiento. Se destaca la operacionalización de los procesos y su compromiso con la validación empírica de las intervenciones propuestas. Mantiene otras comunidades con las terapias conductuales recientes en la postulación de que:

- 1) toda conducta (incluyendo las cogniciones) es aprendida;
- 2) la terapia debe enfatizar la ejecución conductual y todo aquello que puede evaluarse empíricamente (p. ej., las cogniciones se detectan a través de las verbalizaciones);
- 3) al modificarse la conducta y cogniciones, se alterarán los estados emocionales;
- 4) el rol del terapeuta es uno activo y dirigido a *activar* al cliente en su recuperación a través de la asignación de tareas y el aprendizaje de destrezas de ayuda propia que lo capacitarán para la resolución de sus problemas.

Su énfasis en la ACCIÓN se lleva a cabo a través de un método *lógico-empírico*, en donde por medio de experimentos y registros de conductas y cogniciones la persona aprenderá a observarse más objetivamente y a debatir sus pensamientos automáticos disfuncionales asociados con su depresión. A diferencia de la terapia racional-emotiva de Ellis (1973) con su énfasis en lo deductivo, se utiliza el método *inductivo*, en el cual las creencias abstractas (temas generales) son inferidas a partir de instancias concretas (*ideas particulares*). Otras diferencias son: 1) su énfasis en que el cliente *valide empíricamente* sus creencias por medio de la confrontación objetiva con la realidad externa a través de *experimentos conductuales* y 2) el rol del terapeuta como facilitador de este proceso, por medio de tareas estructuradas y el «diálogo socrático» (empirismo colaborativo entre cliente y terapeuta) en contraste con el método persuasivo utilizado por Ellis (1973), en el cual carismáticamente el terapeuta debate racionalmente las ideas irracionales del cliente, persuadiéndole a cambiarlas por medio del argu-

mento y contra-argumento (Masters y col., 1987). El modelo de Beck y col. (1979) se dirige a que el propio cliente valide la disfuncionalidad de sus ideas depresivas, y se convenza por sí mismo de su invalidez empírica al experimentar con la realidad objetiva. En contraste con la terapia de Ellis (1973), el modelo está diseñado exclusivamente para el tratamiento de la depresión.

Beck y col. (1979) sugieren las siguientes etapas en el tratamiento:

Fase I. Considerando que la inactividad se destaca en la depresión clínica, la *activación conductual* del cliente será el foco de atención de la primera fase del tratamiento, la cual enfatiza técnicas conductuales previas a aquellas primordialmente cognitivas. Al igual que, a través de todo el tratamiento, se logra la activación por medio de la asignación de tareas estructuradas que la persona llevará a cabo por su cuenta y en todo momento, el terapeuta le ayudará a evaluar su actitud inicial *previa* a la ejecución, sus pensamientos y sentimientos *durante* la tarea y como *productos* de su realización final (Hollon y Beck, 1979; Harrinson, Beck Buceta, 1984). De esta forma, se evaluarán algunas cogniciones y su relación al estado afectivo (depresión), siendo una valiosa información para detectar el sistema de creencias que luego se modificará a través de técnicas más formalmente cognitivas. Se podrá evaluar las anticipaciones negativas del cliente (p. ej., no podré hacer la tarea) y validar las mismas en el mundo de los hechos.

Hollon y Beck (1979) sostienen que la retardación psicomotora del depresivo no es realmente una incapacidad de ejecutar, sino una dificultad en tomar decisiones conductuales. Con la colaboración del terapeuta durante la sesión terapéutica en conjunto se decidirá la acción a tomarse; el cliente sólo implementará conductas ya decididas previamente, librándose del bloqueo debido a la indecisión de actuar. Para facilitar el proceso, las tareas asignadas se dividen en fragmentos realizables para el individuo y éstos se van uniendo gradualmente hasta completar la actividad. Por ejemplo, un individuo que tenga pendiente escribir un resumen de trabajo puede comenzar anotando su nombre y otros datos descriptivos y luego incorporar gradualmente aspectos más difíciles de la tarea. En cada paso evaluará su ejecución. Esta *graduación de la tarea* en orden de dificultad facilitará la iniciación de la misma (rompiendo con la indecisión); la evaluación de pequeños éxitos que aumentará la motivación confrontará la idea depresiva de incompetencia, y estimulará un sentido de logro acumulativo que facilitará la realización final (Hollon y Beck, 1979)

La programación de un *itinerario de actividades* es otra forma de activar al cliente y eliminar su indecisión de actuar. Como toda planificación de tareas, surge de forma colaborativa entre el terapeuta y el cliente. Se programa un itinerario realizable para el cliente, día a día, que le reduzca su inactividad y disminuya el tiempo utilizado en ruminaciones depresivas. Esto ayuda a confrontar al cliente con la idea errónea de que no puede hacer nada. Para faci-

litar el análisis cognitivo de la actividad, el cliente puede evaluarla *al momento de realizarla* en cuanto a: 1) «Dominio» - lograr involucrarse en algo que inicialmente parecía difícil e implicaba romper un sentido de inercia e indecisión (no implica agrado necesariamente), y 2) «Placer» - el sentido subjetivo de agrado, sensación positiva o alivio de la emoción disfórica. Cada una de estas dos dimensiones se evalúan en un continuo numérico desde un mínimo hasta un máximo (escala del 0 al 100). El informe subjetivo en el *momento* en que se vive la experiencia elimina la distorsión en la memoria de sensaciones pasadas. De tal forma que, si el cliente se siente deprimido durante la entrevista, podría relatarle (distorsionadamente) que se sintió mal durante una actividad asignada, aunque en aquel momento pudo haber sentido algún grado de placer y dominio. Al evaluar cada actividad en su momento, podría resaltar eventos que producen placer o sensación de dominio, sirviendo esto para confrontar la idea distorsionada que trae el cliente depresivo en cuanto a que su afecto disfórico es continuo e independiente de su conducta.

En muchas ocasiones el cliente depresivo no siente experiencias de placer porque se aleja de las actividades potencialmente placenteras (inactividad y aislamiento social); anticipa que nada le producirá agrado, y se envuelve en la profecía autorrealizable. Para romper este ciclo vicioso, el terapeuta le ayuda a programar *actividades potencialmente placenteras*, y las prescribe como «un experimento». No se le garantiza que producirán placer. De ocurrir esto, lo ayudará a aliviar la depresión; si no producen placer, al menos proveerá información que puede trabajarse terapéuticamente. El registro de anticipaciones cognitivas y reacciones posteriores a dicha actividad señalará cuánta dificultad en disfrutar las experiencias es real o simplemente anticipada.

La fase de *activación conductual* será el primer paso para eliminar la inactividad (previo al trabajo más directo con las distorsiones cognitivas) y comenzar a romper el ciclo vicioso depresivo: cognición depresiva-afecto depresivo-inactividad-incremento en cognición y afecto depresivo. Además, estos «experimentos conductuales» proveerán información sobre cómo la persona evalúa sus experiencias. Se infiere que la *activación conductual* (romper con la indecisión de actuar y validar empíricamente las anticipaciones negativas) alterará el *plano cognitivo* (evaluación de resultados conductuales positivos) y éste mediará una mejoría en el *afecto* (depresión).

Fase II. Cuando la persona comienza a disminuir su inactividad depresiva, con el esperado alivio sintomático, está preparada para comenzar una fase terapéutica dirigida más directamente a sus cogniciones, en donde se evaluarán las formas en que «construye su realidad» (Beck y col., 1979). Existen unas cogniciones negativas (pensamientos, imágenes mentales) que surgen espontáneamente durante la depresión. El terapeuta ayuda a evaluar el proceso y el contenido de estos *pensamientos automáticos* asociados con la depresión y la forma

en que distorsionan la realidad hacia un esquema depresivo. En todo momento se recalca la influencia directa de estas frecuentes cogniciones (aspectos conscientes) sobre la conducta y el afecto. Se continúa fomentando la «actitud de experimentación científica» por medio de la validación empírica de las hipótesis depresivas (cogniciones) del cliente. Sus creencias son tratadas como *inferencias* subjetivas y no como hechos reales objetivos, sobre la realidad, por lo cual se le ayudará a: 1) identificarlos; 2) observar su influencia en forma de autoverbalizaciones; 3) «distanciarse» de la certidumbre con que se acogen, y 4) evaluar su validez real (Hollon y Beck, 1979).

Primeramente se ayuda al cliente a *identificar* sus pensamientos automáticos. Por medio de tareas estructuradas, hará un registro escrito de las situaciones en donde ocurren dichas cogniciones, el afecto que suscitan (proceso depresivo), y el grado de credibilidad que se adjudica a dichas ideas. Luego el cliente *evaluará* críticamente sus distorsiones cognitivas por medio de preguntas tales como: «¿Qué evidencia sostiene esta idea?» «¿Existen otras formas de *evaluar* esto?» «Si fuese confirmada mi hipótesis ¿es esto tan negativo como parece?» Para analizar las perspectivas alternas, en el auto-registro de pensamientos anotará posibles «respuestas racionales» que él pueda encontrar para contraargumentar su pensamiento depresivo, y cuánto cree en estas alternativas racionales. Finalmente reevaluará su creencia en el pensamiento automático inicial. De esta manera, puede aprender a debatir sus pensamientos irracionales. Además de este debate lógico, el cliente es asignado a que valide sus ideas depresivas en el mundo real. Una persona que se subestima porque piense que se debe trabajar por «amor a la profesión», y él sólo lo hace por el dinero, puede hacer una encuesta entre otras personas y encontrar que tal vez la norma sea que primordialmente las personas trabajan por el sueldo y esta actitud no afecta su felicidad. Esto sería un enfoque normativo para validar cogniciones.

Fase III. A la medida en que el cliente desarrolla un repertorio de estrategias cognitivas y conductuales para contraatacar sus ideas depresivas (síntomas) se moviliza el tratamiento hacia la identificación y el debate de las *asunciones básicas* o premisas subyacentes a la actividad consciente que sustentan y sirven de base filosófica para el sistema depresivo (Beck y col., 1979; Harrison y col., 1984). Esto se logra a través de la identificación de los *temas generales* comunes al contenido de los pensamientos depresivos, por medio de un proceso inductivo. La importancia de identificar estas premisas filosóficas se asemeja a los postulados de la terapia racional-emotiva (Ellis, 1973). No obstante, en este modelo terapéutico se utiliza el proceso deductivo y se logra por medio de la persuasión del terapeuta. En el modelo cognitivo-conductual, la búsqueda e identificación se hace colaboradamente entre cliente y terapeuta y el debate lógico lo lleva a cabo el cliente con la guía terapéutica, *luego de haber probado empíricamente la validez de dichas*

creencias básicas (Hollon y Beck, 1979). Beck y col. (1979) postulan que el cliente no está consciente de estas asunciones básicas subyacentes, pero pueden inferirse de los pensamientos automáticos continuamente presentes en su conciencia. Estas premisas facilitan los procesos de distorsión cognitiva al impregnar el procesamiento de información cargándolo de sobregeneralizaciones, inferencias arbitrarias, abstracciones selectivas, magnificación y otros procesos cognitivos disfuncionales que aumentan la percepción negativa de la realidad externa e interna. Al eliminar las asunciones básicas desaparecen sus productos (pensamientos automáticos), pues termina el procesamiento de información depresivo y de esta forma se disminuye la vulnerabilidad hacia la depresión (enfoque correctivo y preventivo). Las asunciones que debe atacar el cliente permean una actitud perfeccionista hacia sí mismo, las demás personas y las experiencias esperadas de su vida, tales como: 1) «Mi vida como persona depende de la opinión pública»; 2) «Para ser feliz debo ser aceptado por todos siempre»; 3) «Para ser feliz debo ser exitoso en toda empresa que me proponga»¹, y 4) «La vida siempre me debe tratar muy bien» (Beck y col., 1979). Con la evidencia que ha generado en el proceso terapéutico, el cliente puede convencerse del proceso depresivo que estas premisas o reglas rígidas y absolutistas han facilitado. Al percatarse de la invalidez y del potencial disfuncional (propensión a la depresión) de estas exigencias cuando no pueden ser cumplidas, podrá abandonarlas adoptando otras creencias básicas más razonables. Esto tiene un valor preventivo al eliminar la vulnerabilidad depresiva del cliente. De esta forma, la terapia lo fortalece cognitivamente para enfrentarse a futuras situaciones difíciles.

c) *Investigaciones y revisión de literatura*

Desde hace más de una década se ha estudiado y se ha relacionado a los eventos estresores de vida con las enfermedades físicas y trastornos psicológicos (Dohrenwend y Dohrenwend, 1974). Se ha encontrado que las experiencias acumulativas de estrés psicológico y un tipo de ajuste depresivo frente a éstas, permeado de un sistema de creencias específicas, pueden ser factores predispositivos al cáncer (Gumá 1981; Simonton, Simonton y Creighton, 1978). Se ha postulado una asociación entre la cantidad, el tipo de eventos estresores, o la calidad de la respuesta de ajuste suscitada, como determinante de disturbios, incluyendo a la depresión (Beck y col., 1979; Brown y Harris, 1978; Dohrenwend y Dohrenwend, 1974). Un estresor es todo evento (actual o inminente) de cambio, separación o pérdida significativa que exige reajuste psicológico a la situación nueva. Dicho reajuste puede dificultarse cuando la persona tiene un sistema de creencias que le impiden lidiar adecuadamente con la situación y, consecuentemente, puede enfermarse o perturbarse emocionalmente (Beck y col., 1979; Ellis, 1973; Simonton y col., 1978).

Varios estudios han explorado la función de posibles variables intermedias y moderadoras entre las experiencias estresoras y la depresión (Aneshensel y Frerichs, 1982; Beck y col. 1979; Bell, Le Roy y Stephenson, 1982). Se han esbozado varios modelos que consideran la *vulnerabilidad* hacia la depresión. Brown y Harris (1978) identificaron cuatro variables externas (interpersonales y sociales) que aumentaban la vulnerabilidad de mujeres a deprimirse. El modelo de Beck y col. (1979) enfatiza la interacción entre eventos externos estresores y la interpretación cognitiva de los mismos (variable intrapersonal). El sistema de asunciones básicas rígidas son creencias *estables* a través del tiempo que mediarán entre el estresor y su interpretación, creando vulnerabilidad depresiva. No obstante, los estudios aún no establecen claramente dicha interacción y su efecto en la depresión. Pueden existir fallos metodológicos tales como instrumentos inadecuados y la carencia de suficientes estudios longitudinales que evalúen la estabilidad a través del tiempo. (p. ej., durante depresión y en remisión sintomática) de las creencias básicas (subyacentes). Las investigaciones mayormente han utilizado el diseño «cross-sectional»; consistentemente encuentran distorsiones cognitivas *durante* el período depresivo (Cane y Gotlib, 1985; Hewitt y Dick, 1986; Lewinshon Larson y Muñoz, 1982; Persons y Rao, 1985; Ross, Gottfredson, Christensen y Weaver, 1986; Silverman, Silverman y Eardley, 1984). Mientras algunos autores postulan que las creencias depresogénicas son antecedentes predispositivos y otros plantean que surgen concurrentes con la depresión (al igual que los pensamientos automáticos), existen estudios longitudinales con sofisticación metodológica que apoyan la hipótesis de vulnerabilidad cognitiva del modelo de Beck y col. (1979). Ciertos hallazgos señalan la estabilidad de las creencias básicas, medidas con un instrumento («Dysfunctional Attitude Scale») derivado de la propia teoría, encontrándose persistencia de estas ideas hasta un año después de la depresión (Dobson y Shaw, 1986; Reda, Carpiniello, Secchiarioli y Blanco, 1985; Rush, Wissenburger y Eaves, 1986). Olinger, Kuiper y Shaw (1987) encontraron que la depresión puede ser producto de una interacción entre creencias disfuncionales y eventos estresores específicos y generales que pueden imposibilitar que se cumplan las exigencias que el individuo se impone a sí mismo y a su vida. La fortaleza metodológica de este estudio es la utilización de dos instrumentos diferentes para medir la variable eventos estresores, obteniendo hallazgos similares. Sus debilidades son comunes a muchos estudios sobre la depresión: 1) la utilización de sujetos universitarios; 2) con depresiones leves, y 3) la carencia de un diseño longitudinal. Hallazgos similares con estudios longitudinales utilizando sujetos seleccionados de contextos clínicos podrían fundamentar la necesidad terapéutica de modificar creencias estables subyacentes a las cogniciones depresivas.

Los hallazgos empíricos han apoyado las teorías cognitivas de psicopatología, aunque en mayor gra-

do a los *modelos terapéuticos* cognitivos. Masters y col. (1987) resaltan la evidencia que apoya la efectividad del modelo terapéutico de Beck y col. (1979), siendo comparable con la efectividad farmacoterapéutica en el tratamiento ambulatorio de la depresión unipolar, y para personas deprimidas con ciertas características de personalidad podría resultar más beneficiosa. Muchos de estos estudios tienen una gran aportación metodológica al utilizar sujetos *clínicamente* deprimidos, lo cual facilita la generalización de resultados al contexto clínico. En una revisión de los estudios realizados sobre la efectividad de terapias con enfoque conductual, cognitivo y cognitivo-conductual para la depresión, Kovacs (1980) destaca la supremacía del modelo cognitivo de Beck y el de aprendizaje de destrezas sociales de McLean. Señala sus factores comunes: 1) los únicos modelos evaluados con personas formalmente diagnosticadas con depresión (moderada a severa); 2) aplicados clínicamente con rigor empírico; 3) incluyen intervenciones directivas y estructuradas, dirigidas a la enseñanza de destrezas cognitivas y conductuales. Pueden ser más efectivos que la farmacoterapia en términos de reducción de síntomas y menor duración del tratamiento. Los estudios longitudinales señalan que hacen efecto más rápidamente, pero la permanencia del mismo a largo plazo no ha sido determinada aún. Dado el enfoque preventivo del efecto de estas terapias, esto puede ser una limitación (Kovacs, 1980).

Consistentemente se ha puesto de manifiesto a través de varios estudios la efectividad de la terapia cognitiva de depresión al compararse con el tratamiento farmacológico tradicionalmente utilizado. En varios de ellos se ha encontrado mayor efectividad al combinarse la farmacoterapia con dicho modelo terapéutico (Masters y col., 1987). En adición a esto, Hollon, De Rubens, Tuason, Weimer, Evans y Garvey (1986) encontraron evidencia para el efecto profiláctico de la terapia cognitiva al hallarse que el 50 por 100 de los casos tratados con medicinas tuvieron recaídas post-tratamiento, mientras que sólo el 20 por 100 del grupo tratado con terapia cognitiva mostró esto durante un seguimiento de dos años.

Se han encontrado variables de personalidad asociados a la efectividad de la terapia cognitiva. Simons, Lutman, Wetzel y Murphy (1985) encontraron que aquellos que puntuaban alto en la capacidad para lidiar con experiencias adversas («Learned resourcefulness») obtenían mayor beneficio de la terapia cognitiva que de la farmacoterapia. Fennell y Teasdale (1987) encontraron que pacientes con depresión (moderada o severa) que mostraban una rápida respuesta positiva a la terapia cognitiva, obtenían beneficios más duraderos que los que respondían más lentamente. Se asociaba con aquel grupo una mayor aceptación inicial de la conceptualización cognitiva ofrecida (sobre la depresión), respondían más positivamente a las tareas asignadas y estaban más «deprimidos por el hecho de estar deprimidos» (doble depresión), que el grupo que respondió lento. Esto señala la importancia de presen-

tarle a los clientes un racional terapéutico razonable en conjunto con tareas congruentes con dicha explicación. Los autores concluyeron que la explicación o modelo de depresión coherente y plausible, y la estimulación a utilizar destrezas asociadas, podía demostrarle a los «deprimidos por su depresión» que la misma podía ser controlada (esperanza de recuperación). De ahí a la rápida mejoría observada.

Los hallazgos hasta ahora mencionados señalan cierta validez en la teoría y la terapia cognitiva de la depresión. No obstante, el aspecto crucial de la teoría no ha sido demostrado: la estabilidad de las asunciones o creencias básicas subyacentes a las cogniciones depresivas (foco principal para que el tratamiento sea potente, duradero y preventivo). Aunque se ha encontrado que la persona depresiva posiblemente ha sido expuesta a muchos eventos estresores, la mencionada «vulnerabilidad cognitiva» frente a éstos aún está por demostrarse. La carencia de suficientes estudios longitudinales limita aseverar tanto que las asunciones depresogénicas se mantienen estables a través del tiempo y se activan frente a eventos estresores, como que la terapia cognitiva puede ser efectiva a largo plazo y prevenir futuras depresiones, tal y como lo postulan Beck y col. (1979). Hasta el presente sólo se ha evidenciado la efectividad inmediata de la terapia, con los beneficios de ser un tratamiento a corto plazo. Por otro lado, la carencia de evidencia sobre la vulnerabilidad cognitiva levanta la interrogante sobre si la efectividad terapéutica se debe a lo postulado teóricamente, si modifica sólo los pensamientos disfuncionales durante la depresión, o si los efectos se deben a otras variables no consideradas por el modelo.

Por el momento, este modelo terapéutico ha tenido respaldo empírico, a diferencia de muchos otros que no pertenecen al conjunto de terapias conductuales, probando cierta eficacia para la depresión. Tiene características que facilitan su evaluación empírica: 1) es altamente estructurado y replicable (operacionaliza sus procesos secuencialmente a través de un manual terapéutico); 2) tiene una teoría coherente sobre la depresión y focaliza en este problema definido, y 3) sus postulados sobre las conductas y cogniciones pueden evaluarse empíricamente.

Se considera muy recomendable aumentar las investigaciones sobre la etiología depresiva que utilicen muestras de poblaciones clínicas, al igual que se ha hecho con los estudios de la terapia cognitiva. Se deben utilizar menos las poblaciones universitarias con depresiones leves de poca relevancia clínica. Esto haría comparable los hallazgos de ambas áreas de investigación, eliminando posibles discrepancias debido a diferencias en el grado de depresión estudiada y ayudaría a conectar la teoría con la práctica terapéutica.

Terapia Marital Conductual

El énfasis principal del presente trabajo ha sido señalar la efectividad de la Terapia Cognitiva para la

depresión. No obstante, a continuación se propone la Terapia Marital Conductual como tratamiento que, en conjunto, puede utilizarse con personas deprimidas casadas. Esta combinación puede ser una alternativa para aquellas depresiones que son producto de matrimonios disfuncionales y toma en consideración, no sólo el efecto que la persona depresiva tiene cónyuge, sino también la influencia recíproca de la pareja en el mantenimiento de la depresión. Se considera que, aunque en algunos casos el cambio individual de la persona deprimida, por medio de la Terapia Cognitiva, puede producir cambios positivos en la interacción marital, para otros la disfunción marital (causa, efecto, o perpetuante de la depresión) puede ser tal que impida el progreso terapéutico individual. El propio Beck y col. (1979) no descartó la influencia interpersonal en la depresión, aunque enfatizó sus aspectos individuales «intrapersonales».

a) Factores interpersonales de la depresión

Varios autores han relacionado la depresión con factores interpersonales (Bell y col., 1982; Brown y Harris, 1978). Coyne (1976) postula que el depresivo crea un contexto social que alimenta su depresión. La persistencia repetitiva de sus síntomas se hace incomprensible para sus seres queridos, pero el sufrimiento expresado por él hace que éstos se inhiban de expresarle sentimientos de desagrado suscitados por su conducta. Por tanto, se genera un ciclo-auto-perpetuante. Aunque estén irritados por su conducta, dado su estado depresivo, sus seres queridos intentan darle apoyo y aceptación, existiendo incongruencia entre lo verbalizado y el afecto reflejado. Esta retroinformación contradictoria aumenta su sospecha de que es aceptado «sólo en apariencia» (por lástima), lo cual lo deprime aún más, hasta el punto que las interacciones pueden disminuir. Su depresión será producto recíproco de las relaciones atenuadas, la comunicación perturbada y la falta de genuinidad que puede prevenir la recepción de información necesaria para corregir sus percepciones distorsionadas.

Coleman y Miller (1975) encontraron una correlación significativa entre depresión y desajuste marital, evaluadas por medio de auto-informes e informes de los terapeutas. Feidman (1976) propone una teoría que integra los conceptos del aprendizaje social bajo un enfoque marital sistémico. Postula una interacción de estimulación y refuerzo recíproco entre el cónyuge deprimido y su compañero(a) permeada por una complementariedad de sus estructuras cognitivas. En un patrón de causalidad circular cada conducta es simultáneamente: 1) un estímulo (del esquema cognitivo y la conducta del otro); 2) una respuesta (a las conductas previas del otro y a las cogniciones del propio respondiente), y 3) un refuerzo (de la secuencia conductual de ambos cónyuges) (Feidman, 1976).

b) Terapia Marital Conductual

Neil Jacobson crea un modelo de Terapia Marital Conductual enmarcada bajo los principios de apren-

dizaje social y la psicología cognitiva (Jacobson y Margolin, 1979). Aunque no ha sido diseñada exclusivamente para tratar la depresión, presenta posibles estrategias para lidiar con parejas que tienen un miembro deprimido. El propio Jacobson considera recomendable para el tratamiento de la depresión un enfoque que integre: 1) los aspectos individuales de la depresión (bajo la terapia cognitiva de Beck), y 2) la perturbación marital (bajo la terapia marital conductual), considerando que la depresión puede ser causa, producto, agravante, o perpetuante de una disfunción marital.

La Terapia Marital Conductual (Jacobson y Margolin, 1979) propone la siguiente teoría. El modelo terapéutico está enmarcado en las teorías de aprendizaje, tomando en consideración los conceptos de acondicionamiento operante (refuerzos positivos, negativos y castigo) y los procesos cognitivos mediacionales. En términos generales se postula que la tendencia a emitir conducta recompensante, respuestas aversivas, los sentimientos subjetivos de satisfacción marital, y la tendencia a permanecer en la relación, son productos de las consecuencias ambientales provistas por cada cónyuge. Debido a que cada cónyuge provee consecuencias para el otro continuamente y ejerce una importante influencia en el control de su conducta, la relación marital es un proceso circular de secuencias recíprocas de conductas y consecuencias, en el cual cada cónyuge es afectado y afecta la conducta del otro. Se tienen en cuenta los constructos cognitivos a base de los cuales cada cónyuge evalúa su relación y la conducta emitida por el otro.

La pareja perturbada se define como aquella en donde existen escasas consecuencias positivas para cada integrante. Comparten o intercambian poca conducta recompensante, mucha conducta aversiva o ambas. Las parejas felices interactúan predominantemente a través de un sistema de «control positivo» (intercambio de recompensas) mientras que las perturbadas utilizan un «control coercivo», o sea, se determinan la conducta mutua por medio de refuerzos negativos. Este proceso puede tener consecuencias efectivas a corto plazo, en controlar la conducta del otro, aunque a largo plazo tiene consecuencias detrimentales. La tendencia de muchas personas a permanecer casadas, aun bajo esta condición aversiva y de mínimas recompensas, es producto de que no se perciben mejores alternativas fuera del matrimonio (por ej., la mujer maltratada que permanece con su cónyuge por dependencia económica). Incluso el intercambio positivo de conductas no es suficiente para mantener una relación si alguno de los cónyuges estiman mayores consecuencias positivas fuera del matrimonio, ya sea con otras relaciones o en la vida de soltería.

El concepto de «reciprocidad» en este modelo define la tendencia de la pareja de premiarse o castigarse mutuamente. La posibilidad de que un cónyuge premie a otro como consecuencia de ser premiado por aquél, es alta. La reciprocidad es aún mayor cuando se intercambian castigos, lo que distingue a las parejas perturbadas al compararse con

las no perturbadas, según este modelo terapéutico.

En términos generales, la disfunción marital puede ser producto de lo siguiente. Deficiencias en cómo se recompensan mutuamente, ya sea por lo mencionado anteriormente o porque cada cónyuge va perdiendo el «valor recompensante» para el otro (erosión de la capacidad recompensante). Deficiencias en la capacidad para el cambio en el ajuste marital, y en las destrezas interpersonales para la solución de problemas. Además intervienen factores externos al matrimonio que pueden resultar alternativas más atractivas para uno o ambos cónyuges, que impacten al matrimonio.

A base de esta teoría, se genera el modelo terapéutico dirigido a fomentar un intercambio conductual más positivo y enseñar destrezas interpersonales en la solución de los conflictos maritales. En la fase inicial se enfatiza el *intercambio conductual positivo* para ampliar el repertorio de conductas recompensantes que aliavará los efectos de los intercambios maritales aversivos (frecuentes en parejas perturbadas). Las intervenciones varían en términos de quién seleccionará las conductas positivas a incrementarse: el emisor, el recipiente, o ambos cónyuges. Se deben aumentar los premios para el recipiente minimizando los «costos» al que emite la conducta. Para lograr esto se toman en consideración conductas existentes dentro del repertorio (aprendido) de cada cónyuge, que se han dejado de ejecutar, pero que no resultarían difícil de reiniciar. Por tanto, en la fase inicial no se trabajará con los temas maritales conflictivos ni con conductas que tengan una historia marital negativa. Se dirigirá la atención conyugal hacia actividades gratificantes de menor grado o importancia. Además se ayuda a que la pareja incluya en su itinerario actividades potencialmente placenteras que puedan compartir con resultados agradables (p. ej., recreaciones, pasatiempos, intereses vocacionales comunes).

A medida que transcurre el tratamiento, se focaliza en un entrenamiento para desarrollar destrezas de *comunicación y solución de problemas*. Este proceso se lleva a cabo a través de tres pasos similares al entrenamiento afirmativo («assertive training»):

1. El terapeuta provee *retroinformación* («feedback»), de forma descriptiva y carente de crítica punitiva, sobre los patrones mal adaptativos de la comunicación marital. Enfatiza la parte positiva y señala los aspectos negativos de la conducta emitida por cada cónyuge, considerando tanto el contenido como el proceso (p. ej., entonación de la voz, interrupciones) de la comunicación.

2. El terapeuta ofrece *instrucciones*, o modela patrones de comunicación alternos (más positivos) para que la pareja los practique.

3. La pareja lleva a cabo un *ensayo conductual* como respuesta, practicando las instrucciones ofrecidas. Luego de esto, comienza el ciclo nuevamente, hasta que aprende a incorporar estas alternativas para la comunicación. Al igual que con todo lo que aprenda en la sesión terapéutica, deberá practicarlo en el hogar.

Utilizando el modelo de aprendizaje de destrezas

para la comunicación, se le enseñará su aplicación para lidiar con los conflictos centrales que llevaron al matrimonio a solicitar ayuda. Para facilitar las destrezas en solución de problemas maritales a la pareja se les provee un *manual* que les servirá de guía. El entrenamiento en comunicación focalizado en áreas tales como empatía, capacidad para escuchar y la asertividad de expresar sentimientos (positivos y negativos) facilitan unas destrezas previas que podrán utilizarse cuando se entre en la fase de solución de los problemas. El terapeuta también puede enseñarle a la pareja el proceso de *negociación* de cambios maritales por medio de contratos que definen contingencias y acuerdos de cambio conductual para cada cónyuge.

Jacobson y Margolin (1979) sugieren la terapia marital conjunta para personas deprimidas que cumplen con las siguientes condiciones: 1) la depresión se relaciona a conflictos maritales; 2) el otro cónyuge refuerza la depresión con su conducta, o 3) el otro cónyuge experimenta insatisfacción debido a la incapacidad del depresivo de funcionar en la relación. Estos requisitos se cumplirían prácticamente en todo matrimonio con un cónyuge deprimido.

Los autores recomiendan que se ayude al depresivo a percatarse de su papel activo en el matrimonio enfocando el «control mutuo» que existe en las parejas, y de esta forma aliviar su sentido de impotencia en la relación. Además, sugieren la reestructuración cognitiva eliminando distorsiones que se alimentan mutuamente en la pareja tanto en la percepción de sí mismo como de la relación con el otro cónyuge; aumentar las actividades maritales placenteras; y entrenamiento de destrezas (p. ej., afirmatividad, solución de problemas) que le facilitan al depresivo derivar satisfacción de su relación, y reciprocamente a su cónyuge.

Neil Jacobson favorece la integración de la terapia marital conductual con la terapia individual cognitiva, señalando que se ha encontrado una alta recurrencia de síntomas depresivos posterior al tratamiento, no importa el enfoque terapéutico tradicionalmente utilizado. Al añadir un enfoque marital se le dará atención a mejorar la calidad de las relaciones maritales que pueden permanecer perturbadas aún después de la depresión, persistiendo como factor de vulnerabilidad.

c) Investigaciones

La efectividad de la terapia marital conductual ha sido evaluada empíricamente (Jacobson, 1977, 1978; Jacobson y Anderson, 1980; Jacobson y Martin, 1976). En un estudio se encontró que el paquete terapéutico completo era más efectivo que sus componentes aislados: 1) intercambio conductual positivo, y 2) entrenamiento en comunicación y solución de problemas; tanto el segundo componente como el paquete terapéutico completo garantizaban mejor el mantenimiento y progreso de las ganancias terapéuticas (Jacobson, 1984). Jacobson, Follete, Revenstorf, Baucom, Hahleweg y Margolin (1984) encontraron que las parejas tratadas mantenían las

ganancias obtenidas en la terapia conductual marital durante un período de seis meses posterior al tratamiento.

En términos generales, los estudios controlados que han evaluado la terapia marital conductual propuesta por su principal autor, Neil Jacobson, aún no han reflejado claramente el significado clínico de los efectos terapéuticos encontrados (Jacobson y col., 1984). Este modelo no ha sido evaluado con parejas que incluyen un cónyuge deprimido.

Resumen y conclusión

En el presente trabajo se han comparado dos modelos de *terapia conductual* que pueden ser aplicados conjuntamente en el tratamiento de parejas con un miembro deprimido. La afinidad de sus postulados comunes originados de las evolucionadas teorías cognitiva-conductuales y de aprendizaje social, hacen que un terapeuta identificado con estas teorías y modalidades terapéuticas pueda aplicarlas en conjunto. Aunque no existen estudios evidenciando la efectividad de dicha aplicación combinada, es razonable inferir que una persona deprimida puede ser ayudada individualmente a vencer sus distorsiones cognitivas y la vulnerabilidad depresiva producto de un sistema de creencias aprendidas desde la niñez (Terapia Cognitiva), mientras aprende a lidiar con un matrimonio disfuncional que perpetúa o ha sido afectado por dicha depresión (Terapia Marital Conductual). El individuo puede librarse de su depresión, pero pueden quedar hábitos de interacción disfuncional que deben tratarse maritalmente.

La literatura revela que el sujeto depresivo ha sido expuesto a múltiples o intensas experiencias de estrés psicológico (cambios y pérdidas). Algunos autores postulan que, a partir de éstas, el individuo forja, en su estilo de ajuste, un sistema de creencias rígidas y absolutistas. Es conocido clínica y empíricamente que el aumento en conflictos maritales son estresores significativos. Los disturbios maritales, producto de una sociedad transicional convulsionada por los cambios radicales, hoy día son uno de los motivos principales para buscar ayuda psicológica. De ahí la necesidad de crear modelos terapéuticos que incorporen enfoques maritales y que simultáneamente consideren las frecuentes respuestas depresivas frente a los estresores maritales, tomando en cuenta, tanto los posibles aspectos individuales (p. ej., vulnerabilidad cognitiva de la persona deprimida), como los aspectos interpersonales (disfunción de la pareja) de dichas respuestas. La combinación terapéutica, evaluada en el presente trabajo, puede ser una alternativa.

El modelo terapéutico combinado puede ser muy potente, al considerar varios aspectos del funcionamiento humano. No obstante, su origen en una cultura anglosajona debe tomarse en consideración al tratar de incorporarse a las sociedades hispanoamericanas. Las diferencias en la idiosincrasia cultural podría afectar la aplicación del modelo a estas cultu-

ras. Sólo la validación clínica y empírica, y su adaptación a nuestros valores culturales, hará recomendable su incorporación.

Referencias

- Abramson, L. Y.; Seligman, M. P., y Teasd Ole, I. D. (1978): Learned helplessness in humans: Critique and reformulation, *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 40-47.
- American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)* (3rd. ed.) Washington, D. C., APA.
- Aneshensel, C., y Frerichs, R. (1982): Stress, support, and depression: A longitudinal Causal Model, *Journal of Community Psychology*, 10 (oct.), 363-376.
- Bandura, A. (1969): *Principles of Behavior Modification*, New York, Holt, Rinehart y Winston.
- Beck, A. T., y Rush, A. J. (1978): Cognitive approaches to depression and suicide. En G. Serban (ed.): *Cognitive Defects in the Development of Mental Illness*, New York, Brunner y Mazel.
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B., y Emery, G. (1979): *Cognitive Therapy of Depression*, New York, The Guilford Press.
- Beckham, E.; Leber, W.; Watkins, J.; Boyer, J., y Cook, J. (1986): Development of an instrument to measure Beck's Cognitive Triad: The Cognitive Triad Inventory, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (4), 566-67.
- Bell, R. A.; Le Roy, J. B., y Stephenson, J. (1982): Evaluating the mediating effects of social support upon life events and depressive symptoms. *Journal of Community Psychology*, 10 (oct.), 325-339.
- Brown, G. W., y Harris, T. (1978): *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*, New York, The Free Press.
- Cane, D., y Gotlib, I. (1985): Depression and the effects of positive and negative feedback on expectations, evaluations, and performance, *Cognitive Therapy and Research*, 9 (2), 145-160.
- Coleman, R. E., y Miller, A. G. (1975): The relationship between depression and marital maladjustment in a clinic population: A multitrait-multimethod study, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(5), 647-651.
- Coyne, J. C. (1976): Toward an interactional description of depression, *Psychiatry*, 39 (1), 28-40.
- Coyne, J. C., y Gotlib, I. (1983): The role of cognition in depression: A critical appraisal, *Psychological Bulletin*, 94, 472-505.
- Dobson, K., y Shaw, B. (1986): Cognitive assessment with Major Depressive Disorders, *Cognitive Therapy and Research*, 10 (1), 13-29.
- Dohrenwend, B., y Dohrenwend, B. (eds.) (1974): *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, New York, John Wiley & Sons.
- Ellis, A. (1973): *Humanistic Psychotherapy: The Rational Emotive Approach*, New York, The Julian Press, Inc.
- Feldman, L. B. (1976): Depression and marital interaction, *Family Process*, 15 (4), 389-395.
- Fenell, M., y Teasdale, J. (1987): Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change, *Cognitive Therapy and Research*, 11(2), 253-271.
- Fieve, R. R. (1975): *Moodswing*, New York, Bantam Books, Inc.
- Glasser, W. (1965): *Reality Therapy*, New York, Harper & Row.
- Gumá, S. (1981): *Aspectos emocionales en el paciente puertorriqueño con cáncer*, Tesis de Maestría, Universidad de Puerto Rico.
- Harrison, R. P.; Beck, A. T., y Buceta, J. M. (1984): Terapia Cognitiva de la depresión: Una introducción al desarrollo histórico. Los conceptos y procedimientos fundamentales de la alternativa terapéutica de Beck, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39 (4), 621-646.
- Hewitt, P., y Dyck, D. (1986): Perfectionism, stress and vulnerability to depression, *Cognitive Therapy and Research*, 10 (1), 137-142.
- Hollon, S. D., y Beck, A. T. (1979): Cognitive therapy of depression. En P. C. Kendall y S. D. Hollon (eds.): *Cognitive-behavioral Interventions: Theory, Research and Procedures*, New York, Academic Press.
- Hollon, S. D.; De Rubeis, R. J.; Tuason, U. B.; Weimer, M. J.; Evans, M. D., y Garvey, M. J. (1986): *Cognitive Therapy, Pharmacotherapy and Combined Cognitive-Pharmacotherapy in the Treatment of Depression: I-Differential out-Come*, Manuscrito sin publicar, University of Minnesota and St. Paul-Ramsey Medical Center, Minneapolis-St. Paul.
- Ingram, R. (1984): Toward an information-processing analysis of depression, *Cognitive Therapy and Research*, 8 (5), 443-478.
- Jacobson, N. (1977): Problem solving and contingency contracting in the treatment of marital discord, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45 (1), 92-100.
- Jacobson, N. (1978): Specific and Nonspecific factors in the effectiveness of a behavioral approach to the treatment of marital discord, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (3), 442-452.
- Jacobson, N. S. (1984): A component analysis of behavioral marital therapy: The relative effectiveness of behavior exchange and communication-problem-solving training, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (2), 295-305.
- Jacobson, N. S. (1981): *Behavior Therapy for Depression: Present Status and Future Directions*, New York, Academic Press.
- Jacobson, N. S. (1984): Marital therapy and the cognitive behavioral therapy of depression, *The Behavior Therapist*, 7, 143-147.
- Jacobson, N. S., y Anderson, E. A. (1980): The effects of behavior rehearsal and feedback on the acquisition of problem-solving skills in distressed and non-distressed couples, *Behavior Research and Therapy*, 18, 25-36.
- Jacobson, N. S.; Follette, W.; Revenstorf, D.; Baucom, D.; Hahlweg, K., y Margolin, G. (1984): Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: A reanalysis of outcome data, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (4), 497-504.
- Jacobson, N. S., y Margolin, G. (1979): *Marital Therapy: Strategies Based on Social Learning and Behavior Exchange Principles*, New York, Brunner & Mazel.
- Jacobson, N. S., y Martin, B. (1976): Behavioral marriage therapy: Current status, *Psychological Bulletin*, 83 (4), 540-556.
- Kelly, G. A. (1955): *The Psychology of Personal Constructs* (vo. II), New York, Norton.
- Kovacs, M. (1980): The efficacy of cognitive and behavior therapies for depression, *The American Journal of Psychiatry*, 137 (12), 1495-1500.
- Lewinsohn, P.; Larson, D., y Muñoz, R. (1982): The measurement of expectancies and other cognitions in depressed individuals, *Cognitive Therapy and Research*, 6 (4), 437-446.
- Masters, J.; Burish, T.; Hollon, S., y Rimm, D. (1987): *Behavior Therapy: Techniques and Empirical Findings* (3rd. ed.), New York, Harcourt Brace Jovanovich.

- Nathan, P., y Harris, S. (1980): *Psychopathology and Society*, New York, McGraw Hill.
- Olinger, L. J.; Kuiper, N. A., y Shaw, B. F. (1987): Dysfunctional attitudes and stressful life events: An interactive model of depression, *Cognitive Therapy and Research*, 11 (1), 25-40.
- Persons, J., y Rao, P. (1985): Longitudinal study of cognitions, life events and depression in psychiatric inpatients, *Journal of Abnormal Psychology*, 94 (1), 51-63.
- Reda, M.; Carpiello, B.; Secchiareli, L., y Bianco, S. (1985): Thinking, depression, and antidepressants: Modified and unmodified depressive beliefs during treatment with Amitriptyline, *Cognitive Therapy and Research*, 9 (2), 135-143.
- Rehm, L. P. (1977): A self control model of depression, *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Ross, S.; Gottfredson, D.; Christensen, P., y Weaver, R. (1986): Cognitive self-statements in depression: Findings across clinical populations, *Cognitive Therapy and Research*, 10 (2), 159-166.
- Rush, J.; Weissenburger, J., y Eaves, G. (1986): Do thinking patterns predict depressive symptoms? *Cognitive Therapy and Research*, 10(2), 225-236.
- Silverman, J. S.; Silverman, J. A., y Eardley, D. (1984): Do maladaptive attitudes cause depression? *Archives of General Psychiatry*, 41, 28-30.
- Simons, A. D.; Lustman, P. J.; Wetzel, R. D., y Murphy, G. C. (1985): Predicting response to cognitive therapy of depression: The role of learned resourcefulness, *Cognitive Therapy and Research*, 9, 79-89.
- Simonton, O. C.; Simonton, S. M., y Creighton, J. (1978): *Getting well Again*, Los Angeles, J. P. Tarcher, Inc.