

TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESION

Francesc J. Maestre Lorén
Universitat de Barcelona

*The cognitive therapy of depression (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) is set up by a **cognitive model**, i.e., the theoretical form as depression is thought, and **cognitive-behavioral methods of change**, i.e., the form as modifications could be developed in the depressive state. Basically, the present paper revises two aspects of the cognitive therapy of depression: (1) the cognitive-clinical constructs of the cognitive model, which will be integrated into the broader perspective of the information processing model; and (2) the therapeutic change, from the perspectives of therapy's effectivity and change's nature and possibilities.*

1. INTRODUCCION

Desde hace ya casi tres décadas Beck viene insistiendo en la necesidad de fijar la atención sobre las características cognitivas de la depresión. Según sus observaciones los depresivos presentan un pensamiento negativamente sesgado (Weishaar & Beck, 1985). La depresión, concebida hasta entonces como un "trastorno del humor o desorden afectivo", comienza a considerarse como un "trastorno del pensamiento". Aunque no pretendía determinar las primeras causas, Beck creía que el pensamiento influía en el afecto y, por lo tanto, la modificación del primero había de generar cambios en el segundo. Sobre estas ideas se elaboró un sistema de terapia aplicable a la depresión. Si bien debe reconocerse que el status actual de la terapia cognitiva no es el mismo que el de entonces, debido, entre otras razones, al desarrollo de los conocimientos en este área, y a las modificaciones del modelo como resultado de su aplicación a otros trastornos, sin embargo debe concedérsele haber realizado una aportación decisiva en la forma de comprender y tratar la depresión, que derivó en un sistema terapéutico alternativo a los existentes (Marzillier, 1986; Perris, 1988).

La afirmación de que el pensamiento influye en el afecto podemos entenderla como el resultado de factores diferentes pero interrelacionados. Según Widlöcher (1985), estos factores son por una parte, **un acontecimiento externo**, de cualidades estresantes, cuyos efectos dependen de las características personales, y que la mayoría de los sujetos están de acuerdo en considerarlo perjudicial; en segundo lugar, por el **significado vivencial**, es decir, la realidad subjetiva del individuo: la manera cómo vive una situación bajo la influencia de acontecimientos estresantes.

La vivencia de un acontecimiento externo o interno depende de la interpretación que se hace de él. En el contexto de la terapia cognitiva, se asume que las interpretaciones incorrectas pueden afectar el funcionamiento personal y social de la persona, generando sentimientos de desesperanza y sufrimiento. Las maneras peculiares de entender la realidad parten de un conjunto de creencias erróneas, que lo son por las consecuencias personales implicadas en su uso y no por la proximidad o la lejanía en que se encuentren de una verdad inmanente. De este modo, las creencias erróneas incluidas en los listados que se han elaborado (Beck, 1963 y Ellis, 1962, citados por Arnkoff & Glass, 1982; Raimy, 1985) tienen en común su manifiesta irracionalidad; es decir, son creencias muy abstractas, innegociables y recurrentes. En este sentido, al inicio del trabajo terapéutico se intentará articularlas en formas más concretas y con más posibilidades de adaptación.

Por último vamos a caracterizar la terapia cognitiva según los niveles propuestos por Feixas y Villegas (1990):

a) El nivel metateórico o epistemológico viene representado por una epistemología objetivista, aunque se considera que el hombre influye sobre el medio en una especie de causalidad recíproca.

b) El nivel teórico lo constituye el modelo cognitivo de la depresión. Fundamentalmente, considera que los pensamientos irracionales son la causa de la psicopatología y que los errores lógicos impiden captar la realidad tal como es.

c) El nivel clínico. De acuerdo con Mahoney y Gabriel (1987), la terapia cognitiva considera que los problemas se conceptualizan como disfunciones que deben corregirse y controlarse con la ayuda del terapeuta, cuya tarea consiste en guiar el descubrimiento de esos pensamientos y cuestionarlos.

d) El nivel estratégico. Podríamos denominar la estrategia básica de las terapias cognitivas como "empiricismo colaborativo". En el contexto de la relación terapéutica, las intervenciones del terapeuta, así como las creencias del paciente se consideran hipótesis que se han de confirmar. Para hacerlo, el paciente debe realizar "experimentos", que le permitan poner a prueba tales hipótesis.

Otra estrategia es el diálogo socrático; el terapeuta estimula el pensamiento del cliente mediante preguntas y con el fin de que elabore conclusiones personales en relación al tema que estuvieran trabajando.

e) El nivel técnico. Hay dos grandes modalidades técnicas: cognitivas y conductuales.

A continuación analizaremos el modelo cognitivo de la depresión, inscribiéndolo en el marco amplio e integrador del procesamiento de la información, y la estructura formal de la terapia cognitiva, siguiendo la formulación de Beck, Rush, Shaw & Emery (1979).

2. VISION SISTEMATICA DE LA TERAPIA COGNITIVA

2.1. Modelo cognitivo.

La piedra angular del planteamiento de Beck et al. (1979) es la consideración de que los pacientes deprimidos muestran un patrón de pensamiento negativo en su interpretación de la realidad (Beck & Greenberg, 1984). Los trastornos emocionales son una consecuencia de las atribuciones de significado idiosincrásico. Así, la depresión, como otras formas de patología, sería el resultado de distorsiones cognitivas o sesgos en el procesamiento de la información. De acuerdo con la taxonomía propuesta por Ingram & Hollon (1986) analizaremos los constructos clínico-cognitivos más relevantes del modelo de Beck, distinguiendo entre estructuras, proposiciones, operaciones y productos cognitivos.

2.1.1. Estructura cognitiva y proposiciones cognitivas.

La estructura cognitiva está configurada por una matriz de esquemas con la misma estructura, pero con diferente contenido y grado de complejidad (Winfrey & Goldfried, 1986). Un "esquema" es la unidad básica del conocimiento y dirige la búsqueda de información.

Para Beck et al. (1979), los esquemas constituyen el contexto cognitivo desde el que se transforman los hechos en cogniciones (definidas como un contenido verbal o gráfico) y desde el que se otorga significado a lo que sucede a nuestro alrededor. Solemos estructurar la realidad de forma recurrente, es decir, utilizando los mismos esquemas cognitivos; lo cual explicaría por qué se mantienen actitudes que son contraproducentes.

Al contenido de los esquemas, Ingram & Hollon (1986) lo denomina "proposiciones". Son suposiciones, actitudes, creencias organizadas en forma de patrones cognitivos. Beck et al. (1979) llama supuestos depresogénicos a los elementos que constituyen los esquemas depresivos.

Considera que el depresivo está sometido a unos supuestos rígidos e innegociables, responsables de aquello que quieren evitar, "al predecir las consecuencias, también hacen que se cumplan" (Beck et al. 1979). Sobre estas premisas se elaboran las conclusiones que el sujeto depresivo manifiesta en forma de cogniciones.

En términos generales, en la depresión, el sujeto tiene activados unos esquemas depresogénicos idiosincrásicos, desadaptados, desviados de la realidad, rígidos y extremos, implícitos, inarticulados y no examinados. Estos esquemas que pudieron cumplir alguna función en el pasado, se generan en la infancia como consecuencia de experiencias infelices o en la edad adulta debido a crisis personales o acontecimientos estresantes.

2.1.2. Operaciones cognitivas.

Las operaciones cognitivas son procesos de relación entre los componentes del sistema que participan en el procesamiento de la información (Ingram, 1986).

El equivalente en el modelo cognitivo son los errores cognitivos, “(son) errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo, mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la evidencia contraria” (Beck et al. , 1979). También reciben el nombre de distorsiones cognitivas. Se han identificado seis:

- Inferencia arbitraria: sacar una conclusión sin que haya evidencia suficiente para hacerlo.
- Abstracción selectiva: conceptualizar toda una situación a partir de un detalle de la misma.
- Generalización excesiva: hacer extensiva una conclusión a muchas situaciones a partir de uno o de varios hechos aislados.
- Maximización y minimización: en la evaluación de una situación.
- Personalización: atribuirse lo que ocurre, sin que haya razones para ello.
- Pensamiento absolutista, dicotómico: tendencia a clasificar las experiencias según una o dos categorías opuestas, ejemplo: santo o pecador. El depresivo selecciona las categorías del extremo negativo.

Estas distorsiones cognitivas, que son consistentes con los esquemas depresogénicos de los que surgen, producen dos efectos: validan las creencias depresogénicas, que funcionan como profecías autocumplidoras, y refuerzan esos esquemas como el centro de la organización cognitiva a expensas de otros más adaptativos. Además, son muy difíciles de modificar, ya que se producen sin un planteamiento consciente.

Este tipo de pensamiento influye en el mantenimiento de la depresión, mediante un feedback entre la visión negativa generalizada, del sí mismo, el mundo y el futuro, y el estado de humor depresivo.

2.1.3. Productos cognitivos.

Ingram & Hollon (1986) define los productos cognitivos como pensamientos o cogniciones resultantes de la interacción de la información, las estructuras cognitivas, las proposiciones y las operaciones. En el contexto del modelo cognitivo de la depresión, la interacción entre la información, la matriz de esquemas depresogénicos, los supuestos o creencias irracionales y las distorsiones cognitivas dan lugar a cogniciones negativas respecto del sí mismo, del mundo y del futuro.

El conjunto de las cogniciones negativas se denomina tríada cognitiva, compuesta por una triple visión negativa respecto a sí mismo, el mundo y el futuro. Siguiendo a Weishaar & Beck (1985), la visión negativa de sí mismo, lleva al depresivo a considerarse inadecuado y sin las cualidades necesarias para la autoestima y la felicidad; la visión negativa del mundo se refiere a la percepción de que le hacen demandas exageradas, de que hay obstáculos insalvables para conseguir sus objetivos y de que no recibe ninguna gratificación; y la visión negativa del futuro se refiere a la convicción de que los problemas actuales

permanecerán, e incluso se agravarán indefinidamente, todo lo cual puede provocar una desesperación inductora de suicidio.

Estas cogniciones serían en gran medida conscientes, ya que son la conclusión resultante de aplicar las suposiciones depresogénicas (que tienen una estructura formal lógica del tipo sí...entonces) a una situación particular. El análisis y registro de estos pensamientos negativos que preceden a la sintomatología es el punto de partida de la terapia cognitiva, cuando el trastorno depresivo es moderado.

Sin embargo, lo importante no es la frecuencia de los pensamientos positivos o negativos, sino el significado que tienen para la persona (Arnkoff & Glass, 1982). Es decir, no sería el significado literal de las cogniciones el responsable de las depresiones sino el valor implícito que tienen para la persona (Marzillier, 1986). Además, lo negativo no tiene la misma influencia que lo positivo, por lo que “ayudar a un cliente a ser más consciente de un cambio en sus patrones de pensamiento negativo puede ser más importante que incrementar el número de pensamientos positivos” (Arnkoff & Glass, 1982).

Hasta ahora, hemos estudiado los conceptos clave del modelo cognitivo formulado por Beck para explicar el sustrato de la depresión: esquema, error cognitivo y tríada cognitiva. Su adscripción a los diferentes componentes cognitivos que constituyen la cognición, según la propuesta de Ingram & Hollon (1986), intenta mostrar que pertenecen a niveles de análisis diferentes, que están vinculados entre sí de forma recíproca y que su conceptualización (el modelo cognitivo) es compatible con un planteamiento actual de la cognición.

2.2. Estructura formal de la terapia cognitiva.

Siguiendo a Beck et al. (1979) repasaremos los aspectos formales que deben tenerse en cuenta en toda terapia cognitiva.

a) Preparación del cliente para la terapia. Se trata de establecer en primer lugar una colaboración activa entre paciente y terapeuta. Para ello es necesario hacer el tratamiento creíble y comprensible. Así, normalmente durante las dos primeras sesiones, se explica el modelo cognitivo, incidiendo especialmente en la comprensión de la cognición y su relación con los sentimientos. La respuesta temprana del paciente a esta nueva forma de entender sus síntomas depresivos parece ser importante en el éxito terapéutico.

b) Fluctuaciones en la intensidad de los síntomas. Recaídas.

El paciente debe ser informado en las primeras sesiones que el curso de la depresión no es lineal, sino que conlleva altibajos. Pero además, que esas recaídas, inevitables, serán beneficiosas para progresar en el tratamiento, pues son una oportunidad de utilizar lo que ha aprendido en terapia.

c) Formulación de un plan para cada sesión. “Los principales objetivos de la terapia cognitiva son 1) eliminar los síntomas del síndrome depresivo y 2) prevenir las recaídas. Estos objetivos se consiguen entrenando al paciente, en primer lugar,

a identificar y modificar los pensamientos erróneos y las conductas inadecuadas y, en segundo lugar, a reconocer y cambiar los patrones cognitivos que producen estas ideas y conductas inadaptadas” (Beck et al. 1979). Los objetivos de una sesión deben centrarse en problemas concretos, por lo que una de las tareas será definirlos como tal y otra seleccionar las acciones que permitan arbitrar soluciones.

d) Establecimiento de una agenda al inicio de la sesión. Consiste en decidir conjuntamente con el cliente los temas que se van a tratar. Esta decisión debe ser flexible ya que puede haber problemas urgentes que requieran una atención inmediata. Otros factores a considerar en la elaboración de la agenda pueden ser: fase de la terapia, intensidad de la depresión y problemas pendientes de la sesión anterior. No sólo los temas sino también las técnicas que se van a utilizar deben consensuarse con el paciente.

e) Formulación y comprobación de hipótesis. Cualquier intervención del terapeuta debe basarse en lo que dice el cliente y tener un fundamento teórico claro. Se persiguen dos objetivos: elicitar una información concreta o probar una hipótesis, es decir, requerir la opinión del paciente respecto de la explicación tentativa que ha pensado el terapeuta. Si el paciente está de acuerdo con la hipótesis, se consensuará una estrategia para probar su validez fuera de la sesión terapéutica. Este último aspecto también se aplica cuando es el paciente quien elabora la hipótesis. En cualquier caso, lo más importante es el sentido personal que tenga ésta para la persona.

f) Elicitación del feedback del paciente. Se le anima a expresar lo que piensa y siente para detectar las dificultades que puedan ir apareciendo durante el tratamiento. Es una forma de consolidar la relación terapéutica.

g) Resúmenes intercalados. Suelen utilizarse en tres momentos durante la terapia: “al preparar la agenda,..., hacia la mitad de la sesión, recopila el material tratado hasta ese momento, y hacia el final de la sesión... este resumen final puede hacerlo el paciente” (Beck et al. 1979). Esto tendría como objetivo comprobar que el terapeuta y el paciente se entienden respecto de lo que hablan.

h) Coparticipación con las personas significativas. Esas personas refuerzan los efectos de la terapia pues sirven de apoyo al deprimido y pueden aportar una información complementaria (en presencia del paciente) respecto de las dificultades del paciente.

i) Utilización de técnicas auxiliares. Se intenta aumentar el impacto de la sesión permitiendo a los pacientes revisar grabaciones en magnetófono o vídeo de la sesión.

3. EFICACIA Y CAMBIO EN TERAPIA COGNITIVA.

En este apartado queremos presentar alguna evidencia a favor de la eficacia diferencial de la terapia cognitiva respecto de otros sistemas terapéuticos y una hipótesis explicativa de por qué la mayoría de los tratamientos estructurales de la depresión son igualmente efectivos. Los efectos de una terapia se reconocen por el cambio que producen en la persona; analizaremos el rol de la cognición en un cambio global del organismo y el posible mecanismo explicativo. Por último, analizaremos las posibilidades de cambio de la persona que hace una demanda de ayuda.

3.1. Eficacia.

Dobson (1989) concluye que la terapia cognitiva de la depresión es más efectiva que el efecto placebo, que el efecto de espera en una lista para recibir tratamiento, que la terapia conductual y que la farmacoterapia. Blackburn & Bishop (1983) concluyen que, con pacientes tratados en hospitales de día, una combinación de terapia cognitiva y fármacos sería mas efectiva que la terapia cognitiva sola, aunque esta última mantendría su superioridad sobre la farmacoterapia. Las diferencias se diluyen, sin embargo, en los pacientes de ambulatorio. Barber & DeRubeis (1989) señalan que la terapia cognitiva y la farmacoterapia obtienen los mismos resultados, pero se diferencian respecto al número de recaídas, que es mayor en la segunda.

La superioridad del tratamiento cognitivo frente al tratamiento farmacológico parece contar con evidencia; sin embargo, esta evidencia falta cuando la comparación se efectúa con otros tratamientos psicológicos estructurados—entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en habilidades de afrontamiento conductual, entrenamiento en habilidades de autocontrol— Así, de la constatación de que todos ellos enfatizan diferentes componentes terapéuticas, podemos preguntarnos, de acuerdo con Teasdale (1985): ¿Qué hace que sean igualmente efectivos?

Teasdale (1985), al igual que otros autores como Frank (1985), afirma que los diferentes procedimientos psicoterapéuticos afectan a un mismo factor, que sería el responsable de la alteración psicológica. En este sentido, para Frank (1985) se denomina “desmoralización” y se caracteriza por una baja autoestima, una percepción distorsionada de los otros y una escasa habilidad para afrontar sus problemas. Ese “estado mental” conduciría a experiencias de fracaso y emociones molestas, que en una suerte de círculo vicioso agravaría el estado del paciente. Y para Teasdale (1985), en el ámbito de la depresión, el factor sobre el que incidirían todos los tratamientos estructurales se denomina “depression about depression”, es decir, una depresión como consecuencia de estar deprimido. La vivencia de los síntomas depresivos genera “ese” estado depresivo (depression about depression) caracterizado por: síntomas vivenciados como muy aversivos, evidencia de inadecuación personal y sentimientos de desesperanza respecto al control personal

que podemos ejercer.

La “depression about depression” adopta la forma de un círculo vicioso que mantiene la depresión, impidiendo su curso natural hacia la remisión. Por tanto, la propuesta terapéutica de Teasdale es la de aumentar el control o eficacia del self en el manejo de la depresión, porque eso puede interrumpir el círculo vicioso y restablecer el curso normal de la depresión.

Sin embargo, no todos los pacientes se benefician por igual de la terapia cognitiva. Hay que distinguir entre los que tienen una respuesta rápida al tratamiento (responders) y los que tienen una respuesta lenta (non responders) (Fenell & Teasdale, 1987; Blackburn & Bishop, 1983). De modo que la eficacia de la terapia se basa en la premisa de una adecuación del tratamiento al paciente. Factores de esta acomodación serían las respuestas del paciente a la conceptualización cognitiva de la depresión y los altos niveles de “depression about depression”; la diferencia fundamental entre la respuesta rápida o lenta, que se observa ya desde las primeras sesiones, la describen Fenell & Teasdale (1987) como una “revolución inesperada del pensamiento” que conduce a una visión de la depresión como algo controlable.

La necesidad de una adecuación entre paciente y terapia plantea una cuestión importante: ¿quién se beneficiará de las 20 sesiones que, normalmente, completan un tratamiento de terapia cognitiva? A “Los pacientes que no responden a la terapia cognitiva en 2-4 semanas, es mejor ofrecerles un tratamiento alternativo” (Blackburn & Bishop, 1983, citado por Fenell & Teasdale, 1987). En este sentido, la selección de los pacientes adecuados exige elaborar modelos de evaluación de las características personales del paciente. O sea, es tan importante la analizabilidad del paciente como el análisis de la demanda que presenta, ya que “pueden surgir otros problemas como mero resultado de un intento equivocado de cambiar una dificultad existente” (Watzlawick et al., 1980).

3.2. Naturaleza del cambio.

“La depresión está marcada por el cambio: actividades que eran gratificantes dejan de serlo, individuos activos dejan de serlo y se vuelven dudosos e indecisos; el interés e implicación se convierte en apatía y desimplicación; en el extremo puede llegar al suicidio, la autodestrucción” (Hollon & Beck, 1979).

La persona que vive un estado depresivo se siente como si fuera otra persona. “La depresión incluye componentes afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos, (y) el terapeuta puede centrarse en uno de ellos o en la combinación de varios para conseguir la modificación del síndrome depresivo” (Beck et al., 1979).

3.2.1. El rol de la cognición.

Hollon, Evans & DeRubeis (1987) defienden “el rol mediacional de los procesos cognitivos”. Los síntomas afectivos, motivacionales y fisiológicos sur-

gen a partir de la mediación de la cognición. Sin embargo, el modelo mediacional no es lineal ni unidireccional sino que permite, también, contemplar la cognición como un efecto de la depresión.

Un modelo de este tipo (relación de reciprocidad), va contra las conclusiones de la mediación basadas en los resultados de que las terapias tienen “unos efectos no específicos” (Mc Lean & Hakstian, 1979, Zeiss et al. 1979, citados por Blackburn & Bishop, 1983). El núcleo central de la terapia cognitiva es el intento de descubrir y cambiar aquellos conceptos erróneos que, según se cree, son centrales para los problemas de los clientes” (Raimy, 1985).

3.2.2. Modelos de cambio.

¿De qué naturaleza es el cambio en las cogniciones? ¿Qué implicaciones terapéuticas se derivan de ello? Hollon, Evans, & DeRubeis, 1987, citado por Barber & DeRubeis 1989; Ingram & Hollon, 1986; describen diferentes modelos según los cuales se puede producir el cambio:

a) Cambio por acomodación. La terapia produciría cambios en los contenidos de los esquemas y en los procesos cognitivos encargados de crearlos, mantenerlos y cambiarlos.

b) Cambio por activación-desactivación. La terapia cognitiva produciría cambios en la “organización cognitiva” del paciente (Beck et al., 1979). El esquema depresogénico dejaría de ser preponderante a la vez que otros esquemas se activarían; sin embargo, el esquema desactivado permanecería latente y en disposición de volverse a activar con la concurrencia de un suceso suficientemente estresante. De este modo, el sujeto sigue siendo vulnerable a la depresión.

c) Cambio a través del desarrollo de habilidades compensatorias. Los sujetos que han superado un episodio depresivo han aprendido una serie de “habilidades conductuales, cognitivas y metacognitivas” (Hollon, Evans and Derubeis, 1987; Barber & DeRubeis, 1989) para afrontar los pensamientos negativos derivados de una situación dolorosa. Esto implica que aunque el patrón de procesamiento de la información negativa aparezca en el estado de remisión, el sujeto sabe cómo afrontarlo y controlarlo eficazmente.

Hay coincidencia en la afirmación de que la terapia exitosa debe promover un cambio a nivel del contenido de los esquemas o supuestos depresogénicos. De otra forma, el sujeto continuaría siendo vulnerable a la depresión. Por lo tanto, no basta con eliminar las consecuencias negativas de los supuestos inadecuados sino que deben revisarse tanto sus consecuencias negativas como positivas; a este aspecto Beck et al. (1979) lo denominan motivación para el cambio.

Pero, ¿cómo se lleva a cabo este proceso? Para Barber & DeRubeis (1989) la terapia cognitiva afecta primero a los procesos de afrontamiento a los pensamientos negativos y finalmente a los contenidos, bien por acomodación o desactivación. A partir de la generalización del uso de las habilidades aprendidas se modifican los contenidos. Así, concluyen estos autores, la práctica terapéutica

más eficaz es la que se centra en la enseñanza de habilidades más que en la modificación de creencias, las cuales se transformarán si el sujeto consigue asimilar esas habilidades.

3.2.3. Sistemas interrelacionados en el cambio.

La depresión puede considerarse como una organización de variables cognitivas; de humor y biomédicas interrelacionadas entre sí; cualquier intervención genera efectos en todo el sistema; aunque su objeto haya sido un tipo de variables.

Si nos preguntamos por el denominador común de las terapias con éxito, es decir que producen mejoría en la depresión, nos encontramos que todas ellas provocan un desplazamiento de un tipo de cogniciones negativas a otras positivas (Beck, 1985). Esta preeminencia de lo cognitivo justifica el papel que se le ha concedido en el modelo cognitivo como "primer eslabón de una cadena de síntomas o fenómenos" (Beck et al., 1979), aunque sin pretender considerarlo la causa primera de la depresión.

3.3. Posibilidades de cambio.

Según la hipótesis del bloqueo cognitivo, planteada por Beck (1985), los depresivos tendrían "dificultades para procesar datos positivos". Por lo tanto, la depresión puede explicarse como un desplazamiento del sesgo normal hacia lo positivo, que llamamos "ilusión de control" o autoengaño, a un sesgo depresivo hacia lo negativo, caracterizado por la ilusión de inadecuación personal y la ausencia de control. La negatividad en el pensamiento del depresivo se manifestará en todas las interacciones en las que participe, y desempeñarán un rol de profecías autocumplidoras, ya que persigue confirmar sus expectativas derrotistas.

En el transcurso de la interacción terapéutica, el depresivo puede estar sesgando las intervenciones del terapeuta, de manera que constituyan un refuerzo para sus supuestos depresogénicos (Dobson & Shaw, 1981). Esto obliga a que uno de los primeros objetivos de la terapia sea el de corregir la distorsión negativa, utilizando procedimientos como "la prueba de realidad", que consiste en contrastar qué piensa que ha sucedido y lo que ha sucedido realmente; y como los "listados de pros y contras", que permiten contemplar nuevas alternativas de acción y descubrir premisas de acción erróneas.

Por otro lado, cualquier estrategia de cambio debe basarse en el "paradigma personal" del sujeto; lo constituyen supuestos depresogénicos (creencias y actitudes disfuncionales), responsables del círculo vicioso de negatividad que rechaza cualquier evidencia desconfirmatoria. Así, cualquier intento de inducir un cambio debe comenzar por la comprensión del "porqué el paciente piensa que no puede cambiar", ya que "un paradigma personal puede tambalearse y experimentar un cambio cuando el individuo se dispone a reconocer una anomalía que no puede integrarse en el paradigma existente o algún otro tipo de evidencia que vaya en

contra del paradigma" (Beck et al., 1979).

3.3.1. Condiciones de cambio.

La terapia cognitiva no se reduce a un análisis de los componentes cognitivos, sino que se contextualiza en un modelo teórico útil para valorar los problemas del paciente y decidir la forma de intervención más adecuada.

Una de las primeras cosas que deberían valorarse es la analizabilidad del sujeto; es decir, la existencia de unos requisitos personales que garanticen la posibilidad de beneficiarse de la terapia; de algún modo, "predictores de respuesta" (Willians, 1986). En este sentido, Glass & Arnkoff (1982) describen una serie de principios que podrían servir para este fin: "las teorías implícitas de los clientes acerca de sus trastornos, metas a conseguir en la terapia, las expectativas de cómo la terapia le ayudará a cambiar y su familiaridad con los métodos cognitivos y con sus propios procesos cognitivos". Partiendo del conocimiento de las competencias y funcionamiento cognitivo general del sujeto, Glass & Arnkoff (1982) plantean un "modelo secuencial" de terapia constituida por dos fases: 1ª alianza terapéutica: reforzar los recursos del paciente con el fin de superar el "estado mental depresivo" (Lundh, 1988). 2ª utilizar métodos no familiares y desafiantes para el cliente, es decir, centrarse en las competencias menos desarrolladas del cliente. De esta forma, se intenta "transformar de forma permanente las estructuras de significado" (Lundh, 1988).

Un aspecto que no puede dejarse de tratar durante la terapia es la finalización de la misma. Conviene dejar muy claro que la finalidad de la terapia no consiste en dominar completamente las técnicas aprendidas, sino que "el énfasis (reside) en el desarrollo, en el crecimiento ... A veces, resulta útil programar una **sesión de apoyo** varias semanas después de finalizar el tratamiento" (Beck et al., 1979). Los casos en los que ha ocurrido una interrupción anticipada de la terapia, por una mejoría sintomática, sin haberse modificado los supuestos depresogénicos, el individuo continúa siendo vulnerable a la depresión; con lo que, las posibilidades de volver a padecer un estado depresivo son elevadas.

3.3.2. Estrategias de cambio.

La terapia de Beck se basa en dos supuestos de acción: presentar la idea de que hay alternativas de pensamiento y de que existe la posibilidad de elegir y modelar un sistema de valores alternativos y articular su puesta en práctica (Marzillier, 1986). La actividad que desarrolla el terapeuta durante el proceso terapéutico es una integración de técnicas cognitivas y conductuales fundamentadas en el "empiricismo colaborativo". Dentro de una relación de colaboración, el terapeuta y el paciente diseñan "experimentos" donde las hipótesis son las "predicciones del cliente". Los resultados obtenidos de esos experimentos confirmarán o desconfirmarán las expectativas del paciente y servirán para relativizar sus creencias erróneas.

Según Hoffman (1984) hay dos maneras de alcanzar una mejor adaptación, mediante:

- Cambios basados en la participación activa. En términos de Beck et al (1979) correspondería a las técnicas conductuales, cuyo fundamento teórico se basa en la convicción del paciente acerca de su incapacidad para hacer actividades que antes podía realizar. Se pretende modificar la estimación negativa de sus capacidades para restablecer un grado de funcionamiento parecido al que tenía antes de la depresión. Es importante subrayar que lo importante no es la actividad que se realiza sino las actitudes disfuncionales generadas a ese propósito; su modificación mejora la conducta.

El terapeuta prescribe actividades cuya realización aportará información contradictoria respecto de sus supuestos y, por otro lado, permitirá al paciente comportarse de forma diferente a como lo ha hecho hasta ese momento. Sin embargo, esto no parece suficiente en todas las ocasiones debido a que “un rasgo importante (de la depresión) es que no puede ser corregida por la experiencia. Ni por los éxitos, ni por la aprobación, ni por el afecto...se trata de un estilo de razonamiento que mantiene al deprimido en un sistema cerrado a toda corrección” (Widlöcher, 1986).

- Cambios a través de la comunicación verbal. Corresponde a las técnicas cognitivas, en la terminología de Beck et al. (1979); su fundamento teórico se basa en que la interpretación de la realidad es la responsable de los sentimientos, motivaciones y conducta. El terapeuta intenta influir en el paciente por medio de la comunicación terapéutica abriéndole a nuevos puntos de vista. Estas alternativas deben ser aceptables y deben poderse articular desde las posibilidades que presenta el individuo. Este nivel de cambio es necesario para contrarrestar el principio de vulnerabilidad que rige la depresión.

3.3.3. Generalización del cambio.

Durante la terapia se procura que los logros que se van alcanzando no queden circunscritos al contexto terapéutico. Se intenta mediante las tareas para casa no perder el contacto con las situaciones generadoras de problemas, y por eso gran parte del material de trabajo de la sesión corresponde a información recogida por el paciente en su contexto natural problemático. Esto permite asegurar la generalización del cambio terapéutico, así como de la capacidad del paciente para enfrentar situaciones futuras. Esa capacidad está en la base del mantenimiento de los efectos de la terapia.

3.3.4. Resistencia al cambio.

La resistencia se manifiesta por una ausencia de cooperación del paciente que puede presentarse en cualquier momento de la terapia pero que “es más evidente cuando el desequilibrio es intenso y exigente” (Mahoney, 1985). En tales momentos, el paciente vive el cambio como algo amenazante; se le propone un

cambio para el que no está preparado (Glass & Arnkoff, 1982).

La amenaza sentida también puede ser consecuencia de una estrategia terapéutica errónea. El cambio que se le propone cuestiona premisas fundamentales de su organización de la experiencia, olvidando que a pesar de que un sistema sea disfuncional, funciona a su manera.

La terapia cognitiva intenta manejar la resistencia manteniendo una actitud "científica": colaboración para plantear y probar hipótesis y resolver problemas. Mahoney (1985) considera que en el manejo de la resistencia o "procesos cognitivos protectores" se debe reducir la necesidad de su uso. El paradigma personal ha de reconocerse insuficiente y ha de canalizarse su energía hacia nuevas estructuras de significado.

4. CONCLUSION

La psicoterapia se ocupa del cambio. Un sistema de terapia debe abordar "qué cambia" en una persona para que genere un estado patológico; "cómo inducir un cambio" que produzca una mejoría en el paciente; y "quién cambia", es decir, las características personales del protagonista del cambio.

La terapia cognitiva de la depresión, de Beck, considera que: 1) un cambio cognitivo es el responsable de la depresión: es decir, la activación de esquemas depresogénicos genera una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro que conducirá al trastorno emocional; 2) una serie de técnicas conductuales y cognitivas pretenden que el paciente cambie su manera de pensar, pero, 3) no es posible cualquier cambio, sino que cada persona tiene unas posibilidades de cambio que la terapia debería potenciar.

La terapia cognitiva de la depresión, expuesta por Beck, Rush, Shaw & Emery (1979), está constituida por un **modelo cognitivo**, que da cuenta de la concepción teórica de la depresión, y unos **procedimientos de cambio**, de carácter cognitivo-conductual, que son la manera cómo se intenta producir modificaciones en el estado depresivo. Este artículo revisa, fundamentalmente, dos aspectos de la terapia cognitiva de la depresión: los constructos clínico-cognitivos que integran el modelo cognitivo, encuadrándolos en el planteamiento más amplio del procesamiento de la información, y el fenómeno del cambio terapéutico, desde la perspectiva de la eficacia de la terapia, la naturaleza del cambio y las posibilidades de cambio de la persona.

Referencias Bibliográficas:

- ARNKOFF, D.B., & GLASS, C.R. (1982). Clinical cognitive constructs: Examination, evaluation and elaboration. *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, 1, 1-33.
- BARBER, J.P., & DERUBEIS, R.J. (1989). On second thought: Where the action is in cognitive therapy for

- depression. *Cognitive therapy and research*, 13, 441-557.
- BECK, A.T. (1985). Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy: A cognitive continuum. In M. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum Press. (Traducción castellana: Paidós, Barcelona, 1988).
- BECK, A.T. & GREENBERG, R.L. (1984). Cognitive therapy in the treatment of depression. In N. Hoffman (Ed.), *Foundations of cognitive therapy: Theoretical methods and practical applications*. New York: Plenum Press.
- BECK, A.T., RUSH, J., SHAW, B., & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford. (Traducción castellana: DDB, Bilbao, 1983).
- BLACKBURN, I.M. & BISHOP, S. (1983). Changes in cognition with pharmacotherapy and cognitive therapy. *British Journal of Psychiatry*, 143, 609-617.
- DOBSON, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 414-419.
- FEIXAS, G., & VILLEGAS, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: PPU.
- FENELL, M.J.V., & TEASDALE, J.D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive therapy and research*, 11, 253-271.
- FRANK, J.D. (1985). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In M. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum Press. (Traducción castellana: Paidós, Barcelona, 1988).
- GLASS, C.R., & ARNKOFF, D.B. (1982). Think cognitively: Selected issues in cognitive assessment and therapy. *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, 1, 35-71.
- HOFFMAN, N. (1984). Introducción to the subject. In N. Hoffman (Ed.), *Foundations of cognitive therapy: Theoretical methods and practical applications*. New York: Plenum Press.
- HOLLON, S.D., EVANS, M.D., & DERUBEIS, R.J. (1987). Causal mediation of change in treatment for depression: Discrimination between nonspecificity and noncausality. *Psychological Bulletin*, 102, 139-149.
- INGRAM, R., & HOLLON, S.V. (1986). Cognitive therapy for depression from an information processing perspectives. In R. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology*. Florida: Academic Press.
- LUNDH, L.G. (1988). Cognitive therapy and the analysis of meaning structures. In C. Perris, I.M. Blackburn & H. Perris (Eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and practice*. Berlin: Springer-Verlag.
- MAHONEY, M. (1985). Psychotherapy and human changes process. In M. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum Press. (Traducción castellana: Paidós, Barcelona, 1988).
- MAHONEY, M., & GABRIEL, T. (1987). Psychotherapy and the cognitive sciences: An evolving alliance. *Journal of cognitive psychotherapy*, 1, 39-59.
- MARZILLIER, J.S. (1986). Changes in depressive beliefs: An analysis for Beck's cognitive therapy for depression. *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, 5, 89-114.
- PERRIS, C. (1988). The foundations of cognitive psychotherapy and its standing in relation to other psychotherapies. In C. Perris, I.M. Blackburn, H. Perris (Eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and practice*. Berlin: Springer-Verlag.
- RAIMY, V.E. (1985). Misconceptions and the cognitive therapies. In M. Mahoney & A. Freeman (eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum Press. (Traducción castellana: Paidós, 1988).
- TEASDALE, J.D. (1985). Psychological treatments for depression: How do they work? *Behavior research therapy*, 23, 157-165.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J.H., & FISH, R. (1976). *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- WEISHAAR, M.E., & BECK, A.T. (1985). Cognitive therapy. In W. Dryden & W.L. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy*. Cambridge: Hemisphere Publishing.
- WIDLÖCHER, D. (1983). *Les logiques de la dépression*. Paris: Fallar. (Traducción castellana: Herder, Barcelona, 1986).
- WILLIAMS, J.M.G. (1987). Cognitive treatment of depression. In H. Eysenck & I. Martin (Eds.), *Theoretical foundations of behavior therapy*. New York: Plenum Press.
- WINFREY, P.L., & GOLDFRIED, M.R. (1986). Information processing and the human change process. In R. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology*. Florida: Academic Press.

