

*Universidad Nacional de Mar del Plata*  
*Facultad de Psicología*



Trabajo de investigación de pre-grado,  
requisito para la obtención del grado de Licenciado en Psicología

**TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN**

Por:

MARIELA VIVIANA MORALES (Matrícula 2179/91)

ANDREA SILVINA NOGUEIRA (Matrícula 2187/91)

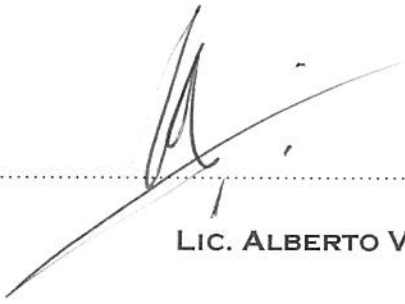
Agosto de 1996, Mar del Plata  
Buenos Aires  
Argentina

Nº CLASIFICACION	1246
T-PS M.	1246
Donacion	1246

*Este trabajo de investigación es propiedad de las  
alumnas de la Facultad de Psicología de la  
Universidad Nacional de Mar del Plata,  
Mariela V. Morales y Andrea S. Nogueira,  
y no puede ser publicado en todo o en parte,  
o resumirse, sin el consentimiento escrito  
de las autoras.*

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN APROBADO POR:

Supervisor: .....

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'A. Vilanova', is written over a horizontal dotted line. The signature is stylized and somewhat cursive.

**LIC. ALBERTO VILANOVA**

Co-Supervisor: .....

**PSICÓLOGA ELSA GONZÁLEZ**

Fecha: .....

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN APROBADO POR:

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN:



## INDICE GENERAL

<b>Prólogo</b> .....	Pág. 1
<b>Capítulo I: Introducción</b> .....	Pág. 2
<b>Capítulo II: Aportes Teóricos y Conceptuales</b> .....	Pág. 7
<b>Capítulo III: Desarrollos Clínicos y Terapéuticos</b> .....	Pág. 24
<b>Conclusión</b> .....	Pág. 57
<b>Bibliografía</b> .....	Pág. 61



## PRÓLOGO

La siguiente es una investigación bibliográfica de carácter descriptivo-exploratorio mediante la cual nos proponemos referir sucintamente a las diferentes teorías y terapias cognitivas que se han ocupado del trastorno depresivo.

Para tal objetivo haremos una exposición de las diferentes posturas que se han ocupado de la problemática.

Este trabajo se origina en una inquietud compartida acerca de las posibilidades que brinda la psicología cognitiva y los diferentes métodos terapéuticos que en ella se enmarcan para el tratamiento de la depresión.

Agradecemos al Lic. Alberto Vilanova y a la Psicóloga Elsa González por el estímulo y apoyo en la realización de este trabajo, a Valeria Nogueira, Susana Verdinelli, Carla Antola, Rubén Ledesma, Andrea Ansorena, Verónica Amchite, Alba Mostaza, Néstor Nogueira y a Fundación Aigle sin los cuales no hubiera sido posible esta realización.

MARIELA V. MORALES Y ANDREA S. NOGUEIRA

Mar del Plata, 14 de agosto de 1996

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

El Conductismo se ubica en un tiempo en el que “la realidad de los sentidos”, la búsqueda del conocimiento cierto, el control, y la exactitud eran las metas principales del conocimiento. Sin embargo estos objetivos se buscaban sólo en el estudio de la conducta, negando la investigación de los fenómenos mediacionales.

La metodología vigente para determinar el grado de veracidad de las hipótesis era empírica-experimental. Watson, fundador del Conductismo metodológico o empírico, describirá este movimiento como “una variedad de perspectivas que enfatizan el operacionismo, el positivismo lógico, el análisis lingüístico y el pragmatismo”<sup>1</sup>. El Conductismo asume de esta manera una postura metafísica que niega la existencia causal de la mente.

El positivismo de Skinner constituye un paso posterior en la descendencia asociacionista, representando al conductismo radical, con un fuerte énfasis en el condicionamiento operante, en la conducta y en las variables ambientales. Su propuesta de adoptar un enfoque estrictamente descriptivo y ateórico para la investigación de la conducta convertido a posteriori en un enfoque instrumentalista se

---

<sup>1</sup> Dobson K., 1988 en E. Suarez “El Conocimiento en el Enfoque Cognitivo Conductual”. Cap. 7 Pág.73, en “Integración en Psicoterapia”, Centro Científico de Desarrollo Psicológico, Editor Roberto Opazo. Cecidep, Santiago, Chile, 1992

centró en el estudio del control y la predicción de la conducta humana, descartando las variables no objetivamente medibles. Variables mediacionales como las cogniciones, la conciencia y los afectos no hacían las veces de causa sino que eran considerados epifenómenos <sup>2</sup>.

Skinner en 1953 hace el primer intento de analizar conductualmente la depresión, se refiere a esta como “ un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de una secuencia conductual previa que ha sido positivamente reforzada por el entorno social “. La idea de extinción de una respuesta sigue subyacente en las teorías conductuales de la depresión. Las implicaciones terapéuticas que de aquí se desprenden concluyen que si el inicio de la depresión es precedido por un descenso de los refuerzos positivos, la mejoría sería consecuencia de un aumento del refuerzo positivo. La finalidad del tratamiento sería entonces reconstruir un programa de refuerzos positivos adecuado a cada paciente. Esto se conseguiría modificando el nivel, la cualidad, y la gama de sus actividades y de sus interacciones interpersonales<sup>3</sup>.

En medio de los años 60 el Conductismo en Psicología se enfrenta a lo que se denominó la Revolución Cognitiva, incorporando modelos y métodos terapéuticos que incluían el concepto de cognición. La Psicología pre-cognitiva surge en el intento de dar respuesta a las carencias del Conductismo para explicar la conducta humana y los cambios terapéuticos. La realidad de los hechos sobrepasaba los objetivos de

---

<sup>2</sup> Suárez, E., Op. Cit. Pág. 74

<sup>3</sup> Lewinsohn, P. M y Hoberman H.M en “ Psicopatología de los trastornos afectivos”. E.S. Paykel Cap. 25 Pág. 512.. Ed. Pirámide. 1ºde. 1982.

control y predicción , y los principios conductuales ortodoxos resultaban parciales e incompletos. Ante este panorama la atención se dirige a las variables mediacionales, respaldadas por una fuerte investigación de índole más deductiva.

Las cogniciones han tenido un proceso de incorporación gradual dentro de la tradición del pensamiento conductual trayendo como consecuencia el resurgimiento de la importancia de la conciencia como variable a tener en cuenta.

El siguiente paso de incorporación de las cogniciones fue constituido por las teorías del procesamiento de la información. Estas asumirían que el individuo se “apodera” activamente de su ambiente, y actúa como un científico con el fin de determinar cuál es la mejor respuesta ante las demandas ambientales contextuales. Entre los desarrollos afines a esta aproximación se encuentran los de las terapias de habilidades de enfrentamiento, las terapias de resolución de problemas y la reestructuración cognitiva<sup>4</sup>.

Otro importante desarrollo para la integración de las cogniciones se ve constituido por las terapias de aprendizaje cognitivo que representarían la forma principal de la aproximación cognitivo-conductual. Las cogniciones participarían activamente como causales en esta concepción, centrándose en su estudio para comprender los desórdenes emocionales. Los conceptos de errores o distorsiones cognitivas, procesos cognitivos de primer y segundo orden, supuestos subyacentes, autoconcepto y niveles de conciencia, comenzaron a tener un rol protagónico<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Suárez, E..Op. cit. pág.75.

<sup>5</sup> Ib. idem. pág. 75.

Esta aproximación constituiría el desarrollo más importante en el enfoque cognitivo-conductual. Los principales ejemplos de dicha aproximación teórico-clínica de aprendizaje cognitivo serían la Terapia Racional Emotiva de Ellis y la Terapia Cognitiva de A. Beck<sup>6</sup>.

El enfoque del aprendizaje cognitivo sería el que se encuentra más distante de la postura conductual positivista. La aparición de estas aproximaciones significarían la muerte del conductismo metafísico y la refutación de buena parte de los principios explicativos planteados por el conductismo tradicional. Los hallazgos que mostraron el valor causal de las mediaciones llevaron a que el determinismo ambientalista tuviera que ceder su terreno.

El enfoque cognitivo-conductual había comenzado a caracterizarse por una mayor cercanía conceptual a procesos basados psicodinámicamente, a través de focalizarse en las cogniciones internas, supuestos subyacentes y reglas de vida, rasgos de la personalidad, conflictos emocionales internos y con la necesidad de conciliar el mundo de las creencias y actitudes con los cambios del mundo externo.<sup>7</sup>

En los últimos quince años surge dentro de los enfoques cognitivo-conductuales el movimiento de las llamadas “aproximaciones estructurales” o “constructivistas”, representadas principalmente por los planteamientos de Guidano, Liotti y Mahoney.

Los constructivistas asumen una epistemología diferente por considerar que

---

<sup>6</sup> Suárez, E., Op. cit. pág. 75.

<sup>7</sup> Ib. Idem., pág. 76

los cognitivos-conductuales, positivistas e inductivistas conciben el conocimiento como una reproducción mental de orden unívoco y objetivo, existente de manera independiente del sujeto en el mundo. Para los representantes de esta concepción el conocimiento será siempre proposicional, constructivo, predeterminado y conjetural, limitado por las complejidades autoorganizadoras del procesamiento mental humano. El conocimiento estaría saturado y sesgado por todos los aspectos invariantes que definen la naturaleza humana, y determinan la manera en que se conoce la realidad. Por lo anterior, en esta concepción la realidad permanecería más allá de toda posibilidad de acceso objetivo <sup>8</sup>.

El recorrido histórico anteriormente expuesto servirá al lector para poder comprender en los capítulos subsiguientes los desarrollos en Teoría y Terapia Cognitiva de la Depresión.

El capítulo 2 versará sobre los aportes que desde diferentes ámbitos toma la Teoría Cognitiva con el objeto de dar una explicación del trastorno depresivo.

Los desarrollos conceptuales y clínicos tendrán su espacio en el capítulo 3, en el que se intentará dar una visión panorámica de las diferentes opciones terapéuticas.

---

<sup>8</sup> Op. Cit., pág. 88

## CAPÍTULO II

### APORTES TEÓRICOS Y CONCEPTUALES

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)<sup>9</sup> se define al episodio depresivo mayor como un período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también deberá experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye: cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

---

<sup>9</sup> Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, pág. 326. Editorial Masson, S.A. Barcelona, España 1995. Primera publicación en Estados Unidos por American Psychiatric Association, Washington D.C 1994.

La depresión ha sido catalogada por el DSM-IV como un trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, el concepto de estado de ánimo ha sido poco estudiado en comparación con otros conceptos psicológicos.

Schwartz y Garamoni <sup>10</sup> han conceptualizado los estados de ánimo como sistemas cibernéticos que no están constantemente fijados en puntos específicos, sino que su punto de regulación fluctúa en función de circunstancias ambientales, tanto internas como externas. Sin embargo, existirían puntos en que tienen tendencia a fijarse.

El estado de ánimo o humor sería un fenómeno afectivo cotidiano, constituido por sentimientos positivos o negativos de carácter genérico. Serían así sentimientos de fondo carentes de una causa fácilmente identificable. Debido a esta aparente inespecificidad, la persona se refiere a este sentimiento como bueno o malo, dando pocos detalles acerca de sus características. En este sentido, el humor sería un concepto polarizado.

La duración de un estado de ánimo puede ser variable, por ello ha recibido el nombre de estado. Por esta característica se lo ha diferenciado de la emoción. Nowlis<sup>11</sup> estableció un continuum temporal que incluye temperamento, estado de ánimo y emoción, en el que el primero sería el más prolongado, y la última la más breve.

---

<sup>10</sup> Preciado Ignacio en "Revista de Psicoterapia" Vol. 4. Nº 13. Pág. 14. Editorial "Revista de Psiquiatría y Psicología Humanística" S.A. Barcelona.

<sup>11</sup> Ib. Idem. .pág. 16

Los estados de ánimo , por tratarse de sentimientos, se producirían por la repetición en un tiempo corto de la misma emoción, por una sucesión de emociones distintas, y también podrían ser inducidas por cambios bioquímicos orgánicos.

Una emoción prolongada induciría un estado de ánimo caracterizado por una mayor reactividad emocional y un umbral más bajo de activación de una emoción. Esto ocurriría en la depresión, en que las emociones que invaden la vida del sujeto son, según Ekman, la tristeza y el miedo ( Ekman 1984, en Páez 1989). Otra emoción que podría intervenir en el estado de ánimo depresivo, sería la culpa. La tristeza, aparecería asociada a situaciones negativas frecuentemente sin un agente causal claramente establecido.

El campo del humor habría sido incluido en el pasado en categorías laxas, por ejemplo bajo rótulos de depresión neurótica leve, neuropatía, psicoastenia, neurastenia, melancolía.<sup>12</sup>

Según Thayer el estado de ánimo es un componente afectivo que predispondría a conductas y que, como tal, podría tener más importancia para controlar la propia vida que los acontecimientos, aunque frecuentemente intervendría sólo como una disposición capaz de influenciar pero no siempre controlar la conducta. Este humor llevaría información sobre el estado energético de la persona, de forma que podría ser considerado como la percepción que el sujeto tiene de su arousal energético ( no es lo mismo arousal que humor, siendo este último la autopercepción del primero ).

---

<sup>12</sup> Preciado, I., Op. Cit., pág. 16

Esta información de tipo energético puede ser muy relevante para la vida, pues ciertos estados de ánimo, serían portadores de señales vitales acerca de las propias posibilidades de acción.

Una persona que sufre una crisis depresiva podría tener dificultad para superar la inercia que lo mantiene deprimido sin realizar los cambios necesarios para mejorar su estado de ánimo debido a dos posibles reacciones cognitivas. Una de ellas consistiría en la creación de un esquema cognitivo que mantenga el estado de ánimo negativo y que lleva a la persona a creer que no podrá nunca despojarse de él. Otra posibilidad consistiría en que el humor disfórico ayude a precipitar un comportamiento no deseado y que, al darse cuenta de esto la persona se desanime, y en consecuencia su mal humor empeora.

La diferencia básica entre el estado de ánimo negativo y la depresión, sería que en ésta última existiría dificultad de cambio del primero. Dicha dificultad podría ser explicada biológicamente por medio del aumento del control inhibitorio. Sin embargo, un deterioro de éste control no explica adecuadamente la instauración del síndrome depresivo ante conflictos psicológicos. No obstante, pese a los esfuerzos e investigaciones realizadas no existe hasta el momento un modelo lo suficientemente amplio y detallado que cubra los aspectos fundamentales de esta relación entre estado de ánimo y depresión.

Entre quienes se han ocupado del estudio de los trastornos del estado de ánimo, en este caso de la depresión, se encuentra el Cognitivismos.

Estas teorías se desprenden de las teorías conductuales implicando un desarrollo mayor al del supuesto de la relación estímulo respuesta.

Los teóricos cognitivos como Beck (1967), Ellis y Harper (1961), Rehm (1977) y Seligman (1974), han supuesto que la cognición es el elemento crítico que desencadena una depresión, pero mantienen puntos de vista diferentes en cuanto a la naturaleza específica de las cogniciones que al parecer provocan la reacción depresiva.

Beck concibe la depresión como un trastorno del pensamiento. Según esto los síntomas y señales de la depresión serían una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. La tríada cognitiva y los esquemas o errores cognitivos serían los responsables de la depresión. La primera de estas consta de tres patrones cognitivos que pueden llegar a dominar el pensamiento: la visión negativa de sí mismo, la visión negativa del mundo y la visión negativa del futuro. Así mismo, se postula la existencia de esquemas supraordenados que actuarían filtrando y distorsionando sistemáticamente la percepción y la memoria.<sup>13</sup>

Ellis acentúa el peso de las creencias irracionales en el desarrollo de la depresión. Según este autor la depresión se daría cada vez que una determinada situación pone en marcha una creencia irracional. Dicha creencia sería la responsable de la reacción emocional de la persona ante la situación.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Preciado, I., Op. cit., pág 513.

<sup>14</sup> Ib. idem., pág 513.

Rehm elaboró una teoría de autocontrol de la depresión en la que los factores desencadenantes de la baja tasa de respuesta propia de los depresivos serían las autoevaluaciones negativas, la baja tasa de autorrefuerzo y la tasa elevada de autocastigo. Se postulan tres procesos relevantes para el autocontrol: el autoregistro, la autoevaluación y el autorefuerzo. La persona depresiva atendería de modo selectivo a los sucesos negativos, sería muy exigente en cuanto la autoevaluación y el autorefuerzo se caracterizaría por una baja tasa de autogratificación y por una elevada tasa de autopunición<sup>15</sup>.

Seligman propuso una teoría de la depresión humana cuyo núcleo se refiere al efecto de la independencia entre la conducta y lo que sucede fuera. Su principal argumento sería que:

*“si es cierto que los síntomas de la indefensión aprendida son equivalentes a la depresión, estaremos en condiciones de aplicar en esta todo lo que hemos aprendido a propósito del origen, curación y prevención de la indefensión aprendida”.* (Seligman 1973).

Los fenómenos psicológicos más importantes en la indefensión aprendida para Seligman serían los siguientes: 1) La pasividad; 2) El retardo en el aprendizaje; 3) La falta de agresividad y competitividad; 4) La pérdida de peso y apetito.

---

<sup>15</sup> Preciado, I., Op. cit., pág. 513.

Lo que precedería a la indefensión aprendida no sería un trauma, sino la falta de control sobre éste. Las atribuciones que haría una persona respecto a la falta de contingencia percibida entre actos y resultados serían el origen de las expectativas de no contingencia en el futuro. Las atribuciones más relevantes en la indefensión aprendida y la depresión serían: internalidad-externalidad, generalidad-especificidad y estabilidad-inestabilidad. En un individuo depresivo sus atribuciones en cuanto al fracaso y la falta de control serían internas, globales y estables, mientras sus atribuciones relativas a los éxitos serían externas, específicas e inestables<sup>16</sup>.

Entre las teorías que explican la depresión desde una perspectiva histórica se encuentra la de Jhon Bowlby. En ésta el autor formula que en el trastorno depresivo principalmente la persona se siente impotente por su incapacidad de entablar y conservar relaciones afectivas. Esta sensación de impotencia la atribuye Bowlby a las experiencias vividas en el seno de la familia durante la niñez (y que continuarían en la adolescencia). Dichas experiencias serían de tres clases que pueden combinarse o interrelacionarse:

- Que el individuo no haya podido nunca conseguir una relación estable y segura con sus padres, a pesar de sus esfuerzos por lograrlo. Estas experiencias determinarían una fuerte tendencia a interpretar posteriormente cualquier pérdida sufrida como otro fracaso en el empeño de establecer o conservar una relación afectiva estable.

---

<sup>16</sup> Preciado, I., Op. cit., pág. 514.

- Pueden haberle repetido que era detestable, y/o incompetente, lo que determinaría que el sujeto se forjara un modelo de sí mismo en el que se ve representado de esta manera, creándose un modelo de las figuras de apego en el que se las representa como a seres inaccesibles que lo rechazan o castigan. En el caso de que la persona sufriera una adversidad, no esperaría ayuda de los demás, por sentirlos como seres hostiles que la rechazan.
- Pudo haber experimentado la pérdida de un padre y por la inmodificabilidad de tal situación podría vivir sus siguientes esfuerzos como condenados al fracaso.

Para Bowlby, el tipo de trastorno depresivo que desarrolla una persona se corresponderá con el patrón de las experiencias que haya tenido en la niñez y a la naturaleza y circunstancias del suceso adverso recientemente vivido.

La vivencia de este tipo de experiencias durante la niñez explicaría por qué en las personas propensas a la depresión se observa una fuerte tendencia a que la tristeza, el anhelo y quizás también la ira que se suscitan por una pérdida se desconecte de la situación que los provocó, adquiriendo esta desconexión de la respuesta diversos grados y formas.

Cuanto más persistente sea el trastorno depresivo de la persona mayor sería el grado de desconexión y más completa la prohibición de reevaluar sus modelos<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Bowlby J. en "La Pérdida Afectiva". Tristeza y Depresión. Cap. XIV. Editorial Paidós. Psicología Profunda. 1º edición 1980, España.

Respecto del papel de los procesos neurofisiológicos, Bowlby señala la posibilidad de que el estado del sistema neuroendócrino de los individuos sometidos a condiciones muy tensionantes durante la niñez pueda quedar permanentemente modificado, de manera tal que el individuo resulte más sensible o menos sensible.

Bowlby cita a Beck afirmando que los datos de éste último se explican por la teoría que propone el primero, ya que Beck supone que las experiencias de la niñez desempeñan cierto papel en el desarrollo de los esquemas cognitivos erróneos.

Por su parte Herbert Chappa arguye que “las experiencias de aprendizaje en etapas cruciales del desarrollo acarrearían perturbaciones en los procesos de organización y utilización de la información más que desajustes conductuales directos, como propone la ortodoxia comportamental. Estas estructuras cognitivas actuarían psicopatológicamente no solamente a favor de la vulnerabilidad frente a la pérdida o al fracaso, sino también, configurando un estilo de vida destinado a proteger al sujeto del riesgo depresivo que deviene en perturbador en sí mismo”<sup>18</sup>.

Desde la teoría cognitiva constructivista es de gran importancia el aporte de la investigación longitudinal llevada a cabo por Hammen y Goodman-Brown (1990) con niños. Las autoras tuvieron como objetivo evaluar los factores de riesgo asociados al autoesquema que predispondrían a futuras depresiones. Para esto adoptaron un enfoque de autoesquema en relación a la vulnerabilidad a la depresión,

---

<sup>18</sup> Chappa, Herbert en “Los grupos cognitivo-comportales en un programa terapéutico integrativo para pacientes depresivos”. Cap. 24. Pág. 270.” Integración en Psicoterapia”. Centro Científico de Desarrollo Psicológico. CEDICEP. Editor: Roberto Opazo.

sobre la idea de que el estudio de la adquisición de autoesquemas permitiría que importantes aspectos de la teoría del desarrollo y de la teoría psicodinámica fueran integrados con teorías cognitivas-conductuales. Hipotetizaron que muchos niños de alto riesgo adquieren percepciones negativas de su competencia y su valor, formando la base de un autoesquema negativo altamente accesible. Los estudios con niños confirmarían la existencia de un self en la memoria que organizaría la información. Mientras que los niños normales muestran facilidad de recuerdo sólo para rasgos positivos, los niños depresivos muestran recuerdos de rasgos auto-descriptivos más negativos.<sup>19</sup>

Dentro de los aportes sociales en la conceptualización de la depresión se encuentran los trabajos de Heider, Bem, Jones y Davis, Kelley y Weiner que ponen de manifiesto la relación entre depresión y estilo atribucional. Las personas vulnerables a la depresión parecerían tener un estilo habitual de explicar las causas de determinados eventos de vida estresantes.

Uno de los primeros trabajos en este sentido fue el realizado por Fritz Heider. El autor se interesó por la manera en que el hombre corriente utiliza la información para realizar inferencias causales sobre la conducta de los demás. Su intento recae en formular explícitamente el sistema de nexos causales de un entorno que contiene los hechos directamente observables acerca de la conducta de la persona, y su conexión

---

<sup>19</sup> Marchetti, Ana María en: "Nuevos desarrollos en Terapia Cognitiva-Conductual". Cap .15 Pág. 176. "Integración en Psicoterapia". Centro Científico de Desarrollo Psicológico. CECIDEP. Editor Roberto Opazo. Santiago, Chile, 1992

con las estructuras y procesos más estables subyacentes a la conducta, para poder predecir la conducta en el futuro.

El autor distinguirá entre fuerzas personales (como la habilidad, disposiciones, motivos) y fuerzas ambientales. El perceptor dirigiría sus análisis intuitivos hacia identificaciones personales que le facilitarían la predicción de la conducta del actor. Así el actor podría ejercer una conducta cuando posea capacidad, lo permitan las fuerzas del entorno, y se añada la intención a la acción.

La oportunidad y la suerte serían los factores más variables del entorno, mientras que la cognición de la dificultad de la tarea se realizaría a partir de las posibilidades de ejecutarla y a partir de otras influencias ( como las necesidades o determinados rasgos de personalidad ). Esto lo condujo a distinguir entre causas internas o externas. Las primeras se referirían a factores situados en el interior de la persona, como lo son el esfuerzo, la capacidad o la intención, mientras que las segundas serían factores que se hallan fuera de la persona como la dificultad de la tarea y la suerte.

Bem (1967,1972) en su teoría sobre la autopercepción sugiere que el estado interno de una persona (como las creencias y las emociones) no es directamente experimentado, pero puede llegar a serlo por el proceso de la atribución, a partir de la inferencia de las observaciones de la conducta manifiesta y de las circunstancias en las

que tiene lugar. La autopercepción sería el resultado de las relaciones sociales, por lo que entonces sería una variante de percepción interpersonal.<sup>20</sup>

Kelley se refiere a un campo más general que el de la percepción social y la autopercepción, basándose en la proposición de Heider consistente en afirmar que para llegar a comprender el medio, sería necesario hacer un análisis causal semejante al método experimental. Su modelo lo explica por covariación estableciendo que el efecto es atribuido a una causa que está presente cuando el efecto ocurre, y ausente cuando el efecto no ocurre.

Cuando el observador carece de información, tiempo y motivación para analizar las observaciones múltiples, las atribuciones se realizarían en base a una observación única, usando esquemas causales relacionadas con las causas de la conducta. Estos esquemas serían creencias relacionadas con la formas de interacción de determinadas causas en el momento de producir un efecto. La persona que percibe haría sus atribuciones de acuerdo a un “principio de sustracción”, por el que el papel de una causa determinada en la producción de un efecto es sustraído o rebajado si otras causas están también presentes.

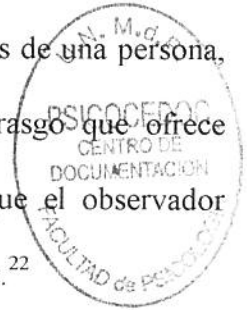
Adjudica a los esquemas causales el “principio de aumento”, por el que en algunas situaciones se atribuiría la acción al actor en mayor medida que en otras. Se juzgaría como de mayor importancia el papel de una causa facilitadora cuando existen dificultades como sacrificios o riesgos.

---

<sup>20</sup> Buendía Vidal, José en: “Depresión y apoyo social”. Cap. 1 :“La Depresión”. Pág.39. Editorial El Taller. Murcia 1990

Kelley de esta manera intentaría poner en relieve la capacidad del individuo para explicarse su entorno (aún conteniendo escasa información) gracias a una estructura interna que poseería para establecer reglas de conexión entre los sucesos y sus causas.<sup>21</sup>

Jones y Davis (1965) buscan conceptualizar la manera en que los individuos hacen inferencias sobre la base de alguna conducta observada. Intentan determinar el momento en que un perceptor realizará inferencias correspondientes acerca de lo que un actor busca conseguir con una determinada acción. Así, atributos de una persona, como intención y disposición personal, se percibirían como un rasgo que ofrece suficientes argumentos para que la acción tenga lugar, por lo que el observador creería que la acción se debe a un rasgo particular que posee el actor.<sup>22</sup>



Weiner estudiará las atribuciones en el contexto de realización de una tarea, interesado en los elementos utilizados por los individuos para interpretar y predecir el resultado de un logro.

Su trabajo se basa en el supuesto de que las creencias y percepciones acerca del éxito y el fracaso median entre las condiciones antecedentes y el logro tomado como una conducta. Concluye que las personas se valdrían de cuatro factores causales para explicar el éxito o fracaso. Ellos son: la habilidad, el esfuerzo, la dificultad de la tarea y la suerte. Los cuatro factores causales formarían las dimensiones causales que determinan las expectativas de cambio y los afectos.

---

<sup>21</sup> Buendía Vidal..José. Op. Cit., Pág. 40

<sup>22</sup> Ib. Idem. Pág. 41

En el modelo, los componentes “habilidad y esfuerzo” se referirían a cualidades personales para realizar la actividad, mientras que “dificultad en la tarea y suerte” se considerarían propiedades externas. La habilidad sería un factor interno y fijo; el esfuerzo interno y variable; la dificultad en la tarea, externa y fija; y la suerte externa y variable.

El grado de estabilidad versaría a las atribuciones hechas a lo largo de un continuo que empezaría en la estabilidad y llegaría a la inestabilidad. Las atribuciones a factores estables influirían en las expectativas de éxito, mientras que la baja expectativa de logro se asociaría con las adscripciones de un resultado a factores inestables.

Los determinantes de la depresión serían explicados por la dimensión de estabilidad, ya que se produciría una disminución de las expectativas.

La atribución causal que haga una persona, afectaría su conducta de logro por estar relacionada con las reacciones afectivas. Las atribuciones internas aumentarían las respuestas emocionales, y si estas atribuciones internas se refieren al fracaso, aumentarían los sentimientos de baja autoestima e inutilidad propios del estado depresivo.

Weiner otorga un papel predominante al “nivel de control”. Se trataría de otra dimensión determinante indirectamente de las reacciones afectivas. Las causas percibidas para éxito y fracaso son susceptibles de clasificarse de acuerdo al control que la persona puede ejercer sobre ellas. En la depresión, las personas se

considerarían incapaces de ejercer algún control sobre los factores causantes de los resultados deseados.

Las dimensiones tendrían grandes consecuencias en la vida de las personas, por estar relacionadas con las reacciones o expectativas sobre futuros resultados, con las reacciones afectivas en torno a la autoestima y con las reacciones conductuales acerca del logro. El sujeto reaccionaría más emocionalmente cuando las atribuciones de éxito o fracaso se adjudiquen a factores internos; si las adscripciones de un resultado se refieren a factores inestables defraudarían más las expectativas de logro del resultado deseado que si se refirieran a factores estables.

Las personas depresivas se caracterizarían por una baja expectativa de logro de meta y una baja autoestima. A su vez las atribuciones estables para el fracaso también las caracterizarían.

Las teorías de la atribución constituyen así una gran contribución desde la perspectiva cognitiva en el momento de explicar y predecir ciertas conductas, por subrayar el papel de las expectativas y comparaciones respecto a la percepción, el uso activo de la información, la organización.<sup>23</sup>

Kuiper y Olinger han desarrollado un modelo de vulnerabilidad cognitiva a la depresión al que han denominado Modelo de Autovalía. En él proponen que las percepciones y evaluaciones del valor de sí mismo juegan un papel fundamental en la etiología de la depresión.

---

<sup>23</sup> Buendía Vidal., José. Op. cit. Pag. 43.

Es de resaltar en este modelo, el aspecto de las actitudes disfuncionales o reglas excesivamente rígidas e inapropiadas para orientar la propia vida. Los sujetos que tienen una cierta cantidad de actitudes disfuncionales son considerados como cognitivamente vulnerables a la depresión, y se caracterizarían por una preocupación intensa por la aprobación de los demás, por lo que si el sujeto percibe que no se piensa bien de él, las evaluaciones sobre el valor de sí mismo tendrán por resultado una disminución, desarrollándose posteriormente los síntomas propios de la depresión.

Este modelo propone que la utilización de actitudes disfuncionales se asocia a un clima familiar en el que se fomenta la autocrítica y la dependencia.

La depresión podría provocarse por la presencia de estresores menores continuados o por acontecimientos vitales significativos. El impacto se produciría a través de una carencia de condiciones que posibiliten el valor de sí mismo. En cada intento fallido que busque satisfacer la necesidad de aprobación, aumentaría la respuesta depresiva en los distintos tipos de síntoma: afectivos, comportamentales, cognitivos y fisiológicos. Estas respuestas al alcanzar un grado elevado configurarían el episodio depresivo.

Cuando estas personas vulnerables intentan modificar la situación provocadora del estrés, tendría lugar una forma de relacionarse con los demás que provocaría el rechazo esperado. Este modelo resalta también las estrategias de afrontamiento que usan las personas vulnerables cuando dan cuenta de los acontecimientos vitales negativos, ya que éstas se apoyarían en estrategias menos eficaces, centrándose en sí

mismas, preocupadas por regular su estado emocional en lugar de dar relevancia a las demandas de la situación. Las estrategias tomarían distintas formas, incluyendo pensamientos y sentimientos referidos a la propia inutilidad, distanciamiento, rumiación excesiva de pensamientos relacionados con el problema, pero sin buscar posibles conductas eficaces.

Otro de los aspectos importantes de este modelo es la idea de que la vulnerabilidad cognitiva a la depresión sería una característica relativamente duradera (lo que fue avalado por distintos estudios longitudinales llevados a cabo por Kuiper y su equipo).<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Buendía Vidal, José. en "Estrés y Psicopatología". Cap. 6: Estrés y depresión. Pag. 97. Ediciones Pirámide. Universidad de Murcia, Madrid 1993

### CAPÍTULO III

## DESARROLLOS CONCEPTUALES Y CLÍNICOS

### EN LOS ENFOQUES TERAPÉUTICOS

El aporte pionero y original en relación al tratamiento terapéutico del trastorno depresivo desde la Teoría Cognitiva corresponde a Aaron Beck. Los desarrollos subsiguientes, coincidentes o en parte disidentes, no podrán dejarla de tener en cuenta como referencia principal.

Beck define la terapia cognitiva como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tipo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psíquicas, basado en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta de una persona se determinan en gran medida por el modo en que tiene dicha persona de estructurar el mundo. Sus cogniciones se basarían en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias previas<sup>25</sup>.

Las *técnicas terapéuticas específicas* que se usan en la terapia se enmarcarían en el modelo cognitivo en psicopatología. Estas técnicas tendrían por objetivo identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y falsas creencias

---

<sup>25</sup> Beck, A. y otros, en "Terapia Cognitiva de la Depresión". Cap. 1 pág 13. Desclee de Brouwer, biblioteca de psicología. quinta edición 1979.

(esquemas) subyacentes a estas cogniciones. El sujeto a través de la reevaluación y modificación de sus pensamientos aprendería a resolver problemas y situaciones que anteriormente consideraba insuperables. El terapeuta cognitivo ayudaría al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación a sus problemas psicológicos, buscando reducir o eliminar los síntomas<sup>26</sup>.

La terapia cognitiva se valdría así de una amplia gama de *estrategias cognitivas y conductuales*. El objetivo de las técnicas cognitivas consiste para Beck en delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consistiría en experiencias de aprendizaje muy específicas orientadas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

- 1.- Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
- 2.- Detectar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
- 3.- Examinar la evidencia en favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- 4.- Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas, y
- 5.- Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias<sup>27</sup>.

Para explorar la lógica subyacente y la base de las cogniciones y supuestos concretos se emplearían diversas técnicas verbales. Al principio el paciente recibe una explicación del fundamento de la terapia cognitiva. Luego aprende a reconocer,

---

<sup>26</sup> Beck, A. y otros. Op. cit., pág.13.

<sup>27</sup> Ib .Idem, pág 13.

controlar y registrar sus pensamientos negativos. Se discuten y examinan las cogniciones y supuestos subyacentes desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo y aumento de la conducta positiva versus el mantenimiento de la patología. De esta manera la terapia se centra en “síntomas objetivo” específicos, identificando las cogniciones que están en su base y sometiéndolos a una investigación lógica y empírica.

Un poderoso componente de este modelo basado en el aprendizaje pondría énfasis en que el paciente comience a incorporar muchas de las técnicas que utiliza el terapeuta. Al formularse a sí mismo las preguntas que le ha hecho el terapeuta, se produciría así la generalización de las técnicas cognitivas de la consulta a situaciones externas. Sin estas preguntas la persona depresiva se encontraría inmersa en patrones automáticos estereotipados, denominados en esta teoría “pensamiento irreflexivo”.

El empleo de técnicas conductuales tendría por objetivo no solo modificar la conducta de la persona depresiva, sino también elicitación de cogniciones asociadas a conductas específicas. Estas técnicas se diseñan para ayudar a la persona a someter a prueba supuestos y cogniciones desadaptativas.

### **Características de la Terapia Cognitiva**

Esta terapia se diferencia, de acuerdo al autor, de la terapia tradicional, principalmente en dos aspectos: en los tipos de problemas en los que se centra y en la estructura formal de las sesiones.

El terapeuta cognitivo se diferenciaría del terapeuta tradicional, por encontrarse en continua actividad e interactuar intencionadamente con el paciente, estructurando la terapia según un diseño específico que requiere la participación y colaboración del paciente. Como el paciente se encuentra depresivo, el terapeuta deberá recurrir a su inventiva para estimularlo a participar activamente en las diversas operaciones terapéuticas.

La terapia cognitiva se centra entonces en el “aquí y ahora”, prestando atención a los hechos históricos sólo si ayudan a esclarecer episodios actuales. El objetivo principal sería investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión y entre sesiones. No se interpretan factores inconcientes, y el terapeuta colabora de manera activa en la exploración de las experiencias psicológicas, en la elaboración de programas de actividades y de tareas para que el paciente realice en su hogar.

A su vez, la terapia cognitiva diferiría de la terapia conductual por poner mayor énfasis sobre las experiencias internas (como pensamientos, deseos, aspiraciones y actitudes).<sup>28</sup>

La estrategia de la terapia cognitiva se caracterizaría por el énfasis en la investigación empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente. Esto se lleva a cabo tomando las ideas y creencias desviadas del paciente (acerca de sí mismo, de su futuro y de sus experiencias) en términos de hipótesis, y cuya validez deberá ser investigada de manera sistemática.

---

<sup>28</sup> Cfr. Beck, A. y otros, Op. Cit., Pág. 15

Algunos de los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva son los siguientes:

1. La percepción y la experiencia son procesos activos que abarcan datos de introspección como de inspección.
2. La cognición del paciente es el resultado de la síntesis de estímulos externos e internos.
3. A partir de las cogniciones del paciente se hace evidente el modo que tiene de evaluar una situación.
4. Dichas cogniciones son el campo fenoménico de la persona (corriente de conciencia) que muestra la configuración que la persona tiene de sí misma, su mundo, el pasado y el futuro.
5. Los cambios en el contenido de las estructuras cognitivas influyen en el estado afectivo de la persona y en sus pautas de conducta.
6. Con la terapia psicológica, el paciente puede llegar a ser conciente de sus distorsiones cognitivas.
7. Corrigiendo estos constructos erróneos se puede conseguir la mejoría clínica.

El modelo cognitivo se basaría en tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Beck, A. y otros, *Op.*, Cit. Pág. 17

**La tríada cognitiva** consistiría en tres patrones cognitivos que llevan al sujeto a considerarse a sí mismo, sus experiencias y el futuro de manera idiosincrática.

El primer componente se centra en la visión negativa del paciente sobre sí mismo, atribuyendo sus experiencias desagradables a un defecto propio por lo que se siente carente de valor.

El segundo componente de la tríada se centra en la tendencia a interpretar las experiencias en forma negativa. Sintiendo así que el medio le hace exageradas demandas y le presenta insuperables obstáculos.

El tercer componente de la tríada cognitiva se trata de la visión negativa acerca del futuro, por lo que al hacer proyectos anticipa que sus sufrimientos actuales se proyectarán indefinidamente.

El segundo elemento del modelo cognitivo se refiere a **los esquemas** que sirven para explicar la razón por la que el sujeto mantiene actitudes que le hacen sufrir.

Una situación se compone de un amplio conjunto de estímulos, a los que el sujeto atendería selectivamente, combinándolos para conceptualizar esta situación. Algunos patrones cognitivos relativamente estables serían la base de las interpretaciones, y el término esquema designa estos patrones.

El esquema sería la base para transformar los datos en cogniciones, localizando y codificando el estímulo con que se enfrenta la persona. Los tipos de esquemas utilizados determinarían el modo con que la persona estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante un tiempo hasta ser

activado por estímulos específicos, determinando la manera de responder de la persona. En la depresión las conceptualizaciones acerca de algunas situaciones se distorsionan y se ajustan a esquemas inadecuados; se altera así la relación de un esquema adecuado con un estímulo concreto debido a la intrusión de esquemas idiosincráticos activos. Estos esquemas se van haciendo más activos y son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor manteniendo poca relación lógica con ellos. La persona perdería parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento, incapacitándose para acudir a esquemas más adecuados.

El tercer elemento del modelo cognitivo se ve representado por los **errores cognitivos** ( en el procesamiento de las información) . En el pensamiento de la persona depresiva se dan errores sistemáticos que mantienen su creencia en la validez de sus conceptos negativos, a pesar de la existencia de evidencia contraria. Algunos de ellos son:

***Inferencia arbitraria:*** (relativo a la respuesta) Proceso de llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.

***Abstracción selectiva:*** (relativo al estímulo) Se produce al centrarse en un detalle extraído de contexto sin tener en cuenta otras características más relevantes a la situación.

***Generalización excesiva:*** (relativo a la respuesta) proceso de elaborar una conclusión o regla general a partir de hechos

aislados. El concepto se aplica luego tanto a situaciones relacionadas como a inconexas.

**Maximización y minimización:** (relativo a la respuesta) errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, que constituyen una distorsión.

**Personalización:** (relativo a la respuesta) Tendencia y facilidad para atribuirse a sí mismo fenómenos externos en ausencia de una base firme que lo avale.

**Pensamiento absolutista, dicotómico:** (relativo a la respuesta) Tendencia a clasificar las experiencias según categorías opuestas. Para describirse a sí mismo, la persona selecciona las categorías del extremo negativo.

El terapeuta cognitivo formulará el método terapéutico de acuerdo a las necesidades específicas de un determinado paciente. Así podrá optar por la predominancia o no de las mencionadas técnicas conductuales o cognitivas.<sup>30</sup>

Por lo general en las primeras fases de la terapia cognitiva se haría necesario que el terapeuta restablezca el nivel de funcionamiento que el paciente tenía antes de la depresión. Basado en la observación clínica de que el paciente depresivo pierde la capacidad de realizar las funciones que se esperan de él, el terapeuta buscará

---

<sup>30</sup> Beck, A., Op. Cit. Pág. 22

mantener ocupada la tensión e interés del paciente, induciéndolo a contrarrestar su huída dedicándose a actividades constructivas.

Esta merma en su nivel de actividad por la escasa capacidad de concentración, fatigabilidad, etc. produciría en el paciente insatisfacción y reducción de la autoestima.

### **TÉCNICAS CONDUCTUALES**

El objetivo de las técnicas conductuales sería en los momentos iniciales de la terapia, lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente para producir una mejoría en su ejecución. De esta manera, los métodos conductuales se utilizarían como una serie de pequeños experimentos dirigidos a probar la validez de las ideas del paciente acerca de sí mismo. Cuando estas ideas comienzan a ser refutadas por las técnicas, el paciente comenzaría a dudar de su validez y se motivaría para emprender tareas que entrañen una mayor dificultad.<sup>31</sup>

La modificación de la conducta sería para el terapeuta cognitivo, un medio para llegar a un fin determinado: la modificación cognitiva. En cambio para el terapeuta conductual la modificación de la conducta es un fin en sí mismo.

---

<sup>31</sup> Cfr. Beck, A. y otros, Op. Cit. Pág 122

La modificación conductual permitiría la identificación de las cogniciones negativas, por lo que su relevancia radicaría en proporcionarle al paciente la oportunidad de evaluar empíricamente sus ideas de inadecuación e incompetencia.

Una de las técnicas conductuales es la prescripción de actividades. Se basaría en la observación clínica de que a los pacientes depresivos les resulta difícil realizar tareas que antes le resultaban sencillas. El empleo de programas de actividades contrarrestaría la escasa motivación del paciente, su preocupación en torno a las ideas depresivas y su inactividad. La técnica de planificar el tiempo hora tras hora mantendría a la persona ocupada impidiendo que regrese a su estado de inmovilidad. De la misma manera, al centrarse en tareas dirigidas a un objetivo proporcionaría al terapeuta y al paciente datos en los que basar las evaluaciones realistas de la capacidad funcional del paciente, y le proporciona al paciente el sentimiento de saberse capaz de controlar su tiempo.

El terapeuta presentaría al paciente el fundamento teórico de la técnica, determinando en forma conjunta las actividades a realizar, con el compromiso del paciente de registrar sus pensamientos y sentimientos mientras realiza cada tarea. Las tareas se incorporan en una jerarquía de dificultad gradual.

En la siguiente sesión se evaluaría el grado de satisfacción asociado a cada actividad, “sensibilizando” al paciente hacia los sentimientos de satisfacción, aumentando de esta manera la probabilidad de que experimente y recuerde sensaciones agradables.

Entre las técnicas conductuales se encuentran las de:

- *Dominio y agrado*<sup>32</sup>: escala de evaluación para que el paciente identifique éxitos parciales y niveles bajos de agrado. Su utilidad residiría en contrarrestar el pensamiento absolutista de todo o nada.
- *Práctica cognitiva*<sup>33</sup>: consiste en que el paciente imagine cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea, obligándolo a atender a los detalles esenciales de las actividades, contrarrestando su tendencia a la dispersión. Identificaría posibles “obstáculos” que puedan dar lugar a una experiencia de fracaso no deseada.
- *Entrenamiento en asertividad y role-playing*<sup>34</sup>: el entrenamiento se centra en habilidades específicas, mientras el role-playing implica la adopción de papeles por parte del terapeuta, paciente, o ambos y la subsiguiente interacción social. Mostrarían al paciente puntos de vista alternativos, elicitando respuestas de autocomprensión.

Las técnicas conductuales serían por lo tanto útiles por producir una mejoría en el nivel de funcionamiento del paciente, contrarrestando los pensamientos obsesivos, las actitudes inadecuadas y por proporcionar sentimientos de gratificación. Al observar los cambios operados en su propia conducta, el paciente podría examinar así su autoconcepto negativo, produciendo el aumento espontáneo en la motivación y una mejoría del estado de ánimo.

---

<sup>32</sup> Beck, A. y otros, Op. Cit., Pág. 120

<sup>33</sup> Ib. Idem, Pág. 126

<sup>34</sup> Ib. Idem., Pág. 128

## **TÉCNICAS COGNITIVAS**

El terapeuta se centrará en los componentes cognitivos de la depresión cuando el paciente sea capaz de emprender actividades más constructivas por consecuencia de haber modificado la estimación negativa de sus capacidades<sup>35</sup>. Cuando el terapeuta juzgue que se pueden explorar los sentimientos, pensamientos y deseos del paciente, podrán aplicarse las técnicas introspectivas.

Estas técnicas brindarían puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente. Hacer preguntas, determinar las reglas en base a las cuales el paciente organiza la realidad, identificar pensamientos ilógicos, etc., forman parte del espectro de las técnicas empleadas para ayudar al paciente y al terapeuta a entender la interpretación que el primero hace de la realidad.

Según A. Beck es esencial que el terapeuta obtenga la información adecuada para penetrar en el mundo del paciente y entender cómo organiza éste la realidad, ya que la terapia cognitiva es un amplio sistema que se ocupa de proporcionar procedimientos específicos para identificar y modificar el paradigma personal del mismo. De esta manera el terapeuta se involucraría en los conceptos idiosincráticos del paciente, en las pautas cognitivas concretas que generan y mantienen la depresión.

La investigación de las cogniciones del paciente se basaría en dos premisas: Una de ellas consistente en que los pacientes depresivos piensan de una manera idiosincrática, que presentan un sesgo sistemático en el modo de verse a sí mismos, el

---

<sup>35</sup> Beck, A. y otros, Op. Cit., Pág. 133

futuro y el mundo; la segunda es que su manera de interpretar los acontecimientos contribuye a mantener la depresión.<sup>36</sup>

El momento más importante de la terapia cognitiva estaría representado por el entrenamiento del paciente para observar y registrar sus cogniciones, ya que permite que éste se de cuenta de la existencia de las imágenes y autoverbalizaciones. Esta tarea de entrenamiento en la observación y registro de cogniciones se operativizaría en pasos sucesivos<sup>37</sup>:

1. Definir “pensamiento automático”. Se explica al paciente que la cognición se trata de “un pensamiento o una imagen de la que uno puede no ser conciente, a no ser que se le preste atención”. Las cogniciones típicas que se presentan en la depresión se denominan “pensamientos automáticos”, los cuales forman parte de un patrón de pensamientos determinado. Como las cogniciones son interpretadas por la persona como representaciones objetivas de la realidad, las toma como verdaderas. De esta manera se vuelven automáticas, creíbles y habituales, logrando que el individuo no se detenga a probar su validez.
2. Mostrar la relación entre cognición y afecto (conducta, con el uso de ejemplos concretos). Se utilizan técnicas que muestren la

---

<sup>36</sup> Beck, A. y otros. Op. cit. Pág.135.

<sup>37</sup> Ib. Idem. Pág 137

relación entre pensamientos, sentimientos, y conducta. (Una de ellas es la de “imágenes inducidas”).

3. Demostrar la presencia de las cogniciones, utilizando la experiencia reciente del paciente como base. Luego de entendida la definición de cognición, y reconocida la presencia de imágenes y pensamientos automáticos, se expone un proyecto para poner de manifiesto las cogniciones inadecuadas.
4. Asignar la tarea de registro de las emociones en el momento que el paciente está en su casa.
5. Revisar los registros del paciente y proporcionarle un feedback.

Una de las técnicas de gran utilidad en el trabajo con personas depresivas sería la de *retribución*<sup>38</sup>. Esta técnica se emplea cuando el paciente atribuye de forma poco realista las consecuencias negativas a una deficiencia personal como la falta de capacidad o de esfuerzo. Ambos revisarán los acontecimientos importantes y analizarán lógicamente la información, con el objeto de atribuir la responsabilidad a quién le corresponda. Lo relevante aquí sería definir los factores que forman parte de esta experiencia adversa sin por eso liberar al paciente de toda responsabilidad. La búsqueda de explicaciones alternativas proporcionaría otro enfoque ante los problemas irresolubles, que permitan así al paciente elaborar respuestas racionales para sus cogniciones negativas.

---

<sup>38</sup> Cfr. Beck, A. y otros, Op. Cit., Pág. 146

Cualesquiera de los componentes de la depresión que implique malestar o inmovilidad podría ser considerado como un síntoma objetivo, el cual puede reformarse en términos de un problema resoluble.

La depresión abarcaría componentes motivacionales, efectivos, cognitivos, fisiológicos y conductuales. El terapeuta podrá centrarse en ellos en forma separada o combinados para conseguir de esta manera la modificación del síndrome depresivo. Como estos componentes mantienen una relación recíproca entre ellos, la mejoría en una de las áreas problemáticas afectaría a las demás. El terapeuta necesitará entender cómo los signos y síntomas de la depresión reflejan una profunda alteración en la organización cognitiva del paciente.

Como se explicó anteriormente, en la persona depresiva se establece un círculo vicioso, en el que los pensamientos negativos, los sentimientos desagradables, la falta de motivación y la pasividad son mutuamente reforzadas. El terapeuta cognitivo romperá este círculo seleccionando uno o varios de los síntomas susceptibles de intervención terapéutica. El procedimiento que utilizará consiste en centrarse en los problemas descomponiendo el fenómeno de la depresión en sus problemas constitutivos, seleccionando los problemas concretos que se van a abordar y determinando el tipo de intervención terapéutica para el individuo.

Los “síntomas objetivo”<sup>39</sup> se dividen en: *afectivos* (como la tristeza, distracción, expresiones de disforia, llanto incontrolable, sentimientos de culpabilidad, vergüenza, ansiedad); *motivacionales* (pérdida de la motivación

---

<sup>39</sup> Beck, A. y otros, Op. Cit., Pág. 155

positiva e incremento de la tendencia a la evitación, dependencia); *cognitivos* (indecisión, percepción de los problemas como abrumadores, autocrítica, pensamiento absolutista, problemas de memoria y dificultad para concentrarse); *conductuales* (pasividad, evitación, inercia, problemas de habilidades sociales) y *fisiológicos* (alteraciones del sueño, alteraciones sexuales y del apetito).

Los síntomas mencionados deberán ser entendidos dentro de un contexto social teniendo en cuenta las relaciones interpersonales significativas del sujeto además de considerar el significado de las experiencias para el paciente. El terapeuta al desarrollar el programa terapéutico deberá tener en cuenta todas las características de la situación específica, los síntomas concretos y sus interpretaciones negativas generales.

Entre los desarrollos en terapia cognitiva de la depresión en nuestro país, se encuentran los de Herbert Chappa, médico psiquiatra que propone la implementación de la Terapia Grupal Cognitiva en un contexto integrativo, para el tratamiento de pacientes con desórdenes depresivos.<sup>40</sup>

La terapia es implementada como un Programa de Habilidades de Enfrentamiento que combina diferentes técnicas (asertividad, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y relajación) para el tratamiento grupal de la depresión. Los aportes básicos para estructurar los grupos se toman del modelo de

---

<sup>40</sup> Chappa, Herbert en "Los Grupos Cognitivo-Comportamentales en un programa terapéutico integrativo para pacientes depresivos", Cap. 24, Pág. 262. Integración en Psicoterapia, Centro Científico de Desarrollo Psicológico, CECIDEP. Editor Roberto Opazo, 1992, Santiago, Chile.

Sank y Shaffer (1984), basado en propuestas psicoeducacionales, que se instrumentan en secuencias o módulos de tiempo limitado. La propuesta original de los autores fue modificada para adaptarla a la Argentina, teniendo en cuenta las características económicas, culturales, y especialmente a los estilos de pensamiento y relacionales del país.

La Teoría Cognitiva proveería para la terapéutica de un denominador común que sirva de fundamento para indicar, en todos los subtipos de depresión (psicorreactivas, endorreactivas y sintomáticas) estrategias y técnicas que tendrán como meta:

1. el monitoreo de la covarianza entre los cambios afectivos, cognitivos, comportamentales, y los ambientales;
2. la reestructuración de las distorsiones cognitivas;
3. la evaluación y modificación de estrategias de enfrentamiento y resolución;
4. y favorecer el incremento de la autoestima y el desarrollo de habilidades sociales.<sup>41</sup>

Suma a lo anterior los aportes de Bandura que resalta el peso de las modificaciones cognitivas que favorecen las estrategias de enfrentamiento y la ejecución, conjugando habilidad y autoeficacia para otorgar estabilidad al cambio.

En este modelo el autor integra las observaciones acumuladas en las investigaciones sobre depresión que él considera, hayan demostrado su validez para

---

<sup>41</sup> Chappa, H., Op. Cit., Pág. 270

amalgamar conocimiento clínico, proposiciones teóricas y expectativas de tratamiento. Toma tres dimensiones<sup>42</sup> de variabilidad que se combinarían en la depresión:

**Dimensión biológica:** La disposición constitucional, con base genética, que caracterizaría a las depresiones endógenas. Se acepta que los disturbios neuroquímicos con los que se asocia pueden ser primarios o que pueden precipitarse a partir de precipitantes orgánicos.

**Dimensión social-cognitiva:** la estructura cognitiva idiosincrática individual que surge del aprendizaje social y por la que se interpreta la realidad. La experiencia personal interactuaría sobre una base psicobiológica o el conjunto de pautas preprogramadas del que habla Bowlby. Lo que se observa en la persona depresiva, es para Chappa, la resultante de la interacción expresada como diferencias individuales en la respuesta al medio, continuamente remodelada, y por lo que es posible el cambio terapéutico.

**Dimensión cognitiva-comportamental:** Las estrategias aprendidas para manejarse con las autodemandas y las demandas del medio. Para la configuración de la autoimagen percibida y las expectativas de eficacia individual serían relevantes aspectos como el control percibido, el automonitoreo, la comparación social, el nivel de

---

<sup>42</sup> Chappa, H., Op. Cit., Pág. 270

aspiración y el autorrefuerzo. Al estar estos aspectos perturbados la persona se ve expuesta al desarrollo de reacciones depresivas.

Las dimensiones deben considerarse interactivas. La propuesta del autor en la terapia es abordar estas tres dimensiones de manera conjunta.

En los grupos cognitivos comportamentales las aportaciones cognitiva y comportamental basarían su accionar en la enseñanza de conocimientos y en la práctica del enfrentamiento de un modo directo. Para lograr lo anterior el autor integra procedimientos psicológicos tradicionales con otros puramente educacionales (como la planificación, la enseñanza didáctica, y los ejercicios formales). El modelo se tornaría psicoeducacional, desempeñando el terapeuta un rol próximo al de un maestro. El paciente, por lo tanto, será enseñado y entrenado en actitudes y habilidades personales e interpersonales factibles de usar en la resolución de los problemas que lo llevaron a terapia.

### **Características de los grupos:**

La terapia consta de cuatro módulos -Relajación, Reestructuración Cognitiva, Entrenamiento Asertivo y Resolución de Problemas- con una duración de 16 semanas (un encuentro por semana). Las sesiones constan de una hora y media de duración, distribuidas de esta manera<sup>43</sup>:

---

<sup>43</sup> Chappa, H., Op. Cit., Pág. 273

*Sesión 1:* Se presenta e introduce a los pacientes al programa, dando a conocer los objetivos generales. Sirve para el conocimiento de los miembros entre sí y para reducir la ansiedad general. Se administran además escalas de evaluación de la depresión.

*Sesiones 2 a 5:* Inicio del Módulo de relajación, usando las técnicas de Schultze en combinación con otras de focalización. Se introduce a los pacientes en los conceptos de la reestructuración cognitiva. Se les explica que los estados anímicos, ansiedad y depresión, son el resultado, además de los hechos mismos, de las actitudes y creencias con que se los interpreta. Luego se los instruye sobre monitoreo y registro de las cogniciones y su concomitancia con hechos y emociones, acentuando la necesidad de la auto-observación en el proceso de cambio. Se les explican los conceptos de idea automática, creencias erróneas, esquema cognitivo y otros.

*Sesiones 6 y 12:* Evaluación del progreso terapéutico en cuanto al balance entre expectativas y logros. Administración de la escala de expectativa y las correspondientes al módulo de Entrenamiento Asertivo.

*Sesiones 7 a 11:* Módulo de Entrenamiento Asertivo. Los pacientes aprenden a diferenciar las reacciones asertivas de las pasivas y agresivas, buscando que lleguen a admitir que todos tenemos algún déficit en nuestra asertividad. Se usa el Rol-playing y el modelaje.

*Sesiones 13 a 15:* Módulo de resolución de problemas. La tensión y las fluctuaciones del humor son resultado de la dilación en la toma de decisiones y la rumiación prolongada de conflictos. Se enseñan para esto, estrategias y técnicas de resolución,

buscando generar un hábito que permita al paciente cambiar su atención centrada en el problema centrándolo en la búsqueda de una solución.

Este Programa muestra la integración de los distintos componentes que otros autores instrumentan separadamente. Así está presente el entrenamiento en el autocontrol corporal para reducir la tensión y regular la expresión emocional; el Módulo de Reestructuración Cognitiva consta de todas las técnicas de modificación de pensamientos distorsionados empleados por Beck; las habilidades sociales se ven representadas en el Módulo de Entrenamiento Asertivo, mediante el uso de distintas técnicas expresivas, rol-playing, modelaje, ensayo cognitivo, etc.

Otro de los terapeutas que dentro del cognitivismo, presentan una opción de tratamiento que abarca diferentes técnicas, es el psicólogo clínico de la Universidad de Illinois Daniel O'Leary<sup>44</sup>. Concibe la depresión en términos biológicos, psicológicos y sociales, en la convicción que la depresión no es causada por un sólo factor, sino que las variables de las tres dimensiones interactuarían entre ellas.

El fundamento de su terapia se encuentra en la idea de que los problemas maritales harían más probable que una persona se deprima, por tratarse de un estresor de la vida cotidiana. En este modelo se trabaja tanto con terapia cognitiva como con terapia marital.

---

<sup>44</sup> O'Leary Daniel en "Terapia Marital de la Depresión", Cap. 25, pág. 286. "Integración en Psicoterapia", Centro Científico de Desarrollo Psicológico, Editor Roberto Opazo, 1992, Santiago, Chile.

En colaboración con Beach <sup>45</sup> postula que su terapia marital sería más efectiva que la terapia cognitiva llevada a cabo por Beck. Encontraron que la terapia marital llevaría tanto a un incremento de la satisfacción marital como a la disminución de la depresión, asociándose la terapia marital , con menos recaídas en un período de seguimiento de un año.

Las metas de la terapia marital serían: que los miembros de la pareja compartan pensamientos y sentimientos de una manera más abierta; intentar que se comporten positivamente en la vida cotidiana con respecto al otro; que disminuya la crítica hacia el otro; que se incrementen los sentimientos de cercanía (al compartir sentimientos, preocupaciones acerca de sí mismos, los hijos, etc.); y se enfatiza en el desarrollo de la habilidad para resolver problemas buscando alternativas de solución a los problemas de la vida diaria.

Por su parte, entre las metas de la terapia cognitiva se encontraría la búsqueda del incremento de las creencias positivas acerca de sí mismo y acerca del futuro; la disminución de las distorsiones negativas, evaluando en la “memoria selectiva” de los pacientes cuáles fueron los eventos positivos que pueden permitirles fijar su atención para darle un sentido más positivo a sus vidas; y el incremento de la autodirección, que lleve a las personas a ganar control sobre sus vidas. Para probar la efectividad del tratamiento, el autor realizó un estudio piloto en 1985<sup>46</sup>, en el que confirma que la terapia cognitiva efectivamente ayuda a superar significativamente los problemas de

---

<sup>45</sup> Cfr. O’Leary, D., Op. Cit., Pág. 287

<sup>46</sup> Ib. Idem, Pág. 289

depresión. Los pacientes habrían evolucionado desde una depresión mayor hacia problemas depresivos menores. Sin embargo, la terapia cognitiva no había ayudado a superar las discordias maritales. Los maridos sí habrían conseguido alguna mejoría en la satisfacción marital, lo que el autor interpreta como consecuencia de que se sentirían menos culpables por la depresión de sus esposas.

La terapia marital se habría traducido en superación de la depresión y en una mayor satisfacción marital, mostrándose así como una forma de tratamiento muy eficiente en un espectro amplio de problemas. Un dato importante que se obtuvo en este estudio, es que un 66% de las mujeres dijeron que los problemas maritales se habían presentado antes que la depresión, y un número similar pensaba que éstos eran la causa de la depresión, por lo que el autor concluye que en estos casos la terapia cognitiva no provocaría grandes progresos.

O'Leary se refiere a los resultados de la investigación en estos términos:

*“De este modo el modelo de la discordia marital para la depresión parece fundamentarse desde varias perspectivas. Desde una perspectiva longitudinal por el hecho que la desavenencia marital tiende a preceder a la depresión y no al revés. Desde una perspectiva correlacional porque la correlación discordia marital-depresión es alta en diferentes estudios. Y desde una perspectiva terapéutica porque la terapia marital sin*

*una focalización en la depresión, deriva en una mejoría de la depresión”.*<sup>47</sup>

En síntesis, la propuesta del autor es la de aportar un tratamiento con técnicas cognitivas, pasible de elegir para parejas con problemas maritales, en las que uno de los miembros presenta un trastorno de depresión, y que aportaría una serie de ventajas sobre las de abordaje individual por presentar un doble impacto positivo: la mejoría en la relación de pareja y el alivio de la depresión.

La teoría Cognitiva de la Depresión considera que pese a la existencia de evidencias que demuestran lo contrario, la persona depresiva mantiene su pensamiento negativo, debido a la distorsión del feedback que recibe del ambiente que lo lleva a percibir el mundo de manera más negativa de lo que en realidad es. Sin embargo, en un trabajo más reciente David H. Haaga y el mismo Aaron Beck<sup>48</sup> mencionan distintas investigaciones acerca de la vinculación entre la depresión y los pensamientos negativos. En éstas se cuestiona la validez de la noción de que estas interpretaciones negativas sean distorsiones de la realidad y sugieren que:

1. Los pensamientos negativos de las personas deprimidas generalmente reflejan realidades genuinamente negativas ( Krantz, 1985 )

---

<sup>47</sup> O’Leary, D., Op. Cit., Pág. 289

<sup>48</sup> Haaga, David A. y Beck, Aaron en “Perspectiva constructivista del realismo depresivo: implicaciones para la Teoría y la Terapia Cognitiva”. Revista de Psicoterapia, Vol. 4 Nº 13, Barcelona 1993. Edita Revista de Psiquiatría y Psicología Humanística, S.A. Barcelona.

2. Las personas no depresivas muestran cogniciones ilusorias que, al parecer refuerzan el bienestar psicológico (Taylor y Brown, 1988),  
y
3. Los depresivos puede que sean más realistas que los no depresivos, reflejando así un “realismo depresivo” ( Alloy y Abramson, 1988)

A partir de aquí A. Beck planteará la necesidad de diferenciar las perspectivas metateóricas realistas y constructivistas en el estudio de la relación entre las cogniciones y las circunstancias externas.

Las perspectivas constructivistas exigirían una modificación por parte de la Teoría Cognitiva de la Depresión. Los trabajos de Beck no diferenciarían sesgos de distorsiones y no otorgarían una visión consistente acerca del pensamiento de la persona no depresiva. En su teoría habría indicios de apoyo a la interpretación de los investigadores realistas de que la teoría cognitiva postula una ausencia de sesgos entre los sujetos no depresivos y las distorsiones de los depresivos. Para Beck, las construcciones usadas por los depresivos se guían por esquemas más que por datos, mientras que los no depresivos harían lo contrario ( Beck, 1987, pág. 14). Los depresivos así realizarían juicios incorrectos, distorsionando la realidad con ideas poco creíbles para las demás personas.

No obstante, la observación clínica ha comprobado que las grandes distorsiones son infrecuentes en las construcciones depresivas.

El debate *realismo vs. constructivismo* se plantearía en el conflicto de dos posturas: el realismo depresivo frente a la distorsión depresiva. Sin embargo, ambas tendencias comparten algunas premisas:

*“ (a) La cuestión central que hay que comprobar empíricamente consiste en saber si las personas depresivas distorsionan negativamente la realidad, si los no-depresivos la distorsionan positivamente, o si ocurren ambas situaciones, o ninguna de ellas; y (b) si resulta que los depresivos realizan pocas distorsiones, la Teoría Cognitiva de la Depresión resultaría incorrecta (que es la conclusión a la que llegan Beidel y Turner, 1986, en base fundamentalmente a los hallazgos acerca del realismo depresivo). ”*<sup>49</sup>

Las anteriores premisas son el reflejo de una perspectiva realista de la cognición. Esta, asumiría que la realidad es singular, externa al observador, estable y que puede ser juzgada correcta o incorrectamente ( Mahoney & Gabriel, 1987)<sup>50</sup>.

En la perspectiva constructivista se observan de manera diferente las características de la cognición de los sujetos depresivos modificando así el lugar de énfasis en la Teoría y Terapia Cognitiva.

El constructivismo reconceptualiza la realidad como múltiple, subjetiva y maleable; por lo tanto los procesos cognitivos no se concebirían como pasivos

---

<sup>49</sup> Cfr. Haaga y Beck, Op. Cit. Pág.32

<sup>50</sup> Ib. Idem.,Pág 32

registros sensorios de la información sino como transacciones activas de adentro hacia fuera entre el observador y los acontecimientos de la realidad. Se asume de esta manera que *todas* las cogniciones estarían determinadas parcialmente por sesgos personales, y que no son registros directos de la información que ofrece la realidad. Estas construcciones se considerarían distorsiones desde otras perspectivas, dependiendo de la concordancia o no con los sesgos del observador y con el feedback que ofrece generalmente la realidad.

Algunos de los términos que Beck utilizó para describir procesos que supuestamente conducirían a distorsiones cognitivas en la depresión (sobregeneralización, abstracción selectiva, inferencia arbitraria, etc) serían desde un punto de vista constructivista, redundantes pues: todas las abstracciones son selectivas, todas las inferencias tienen un sentido arbitrario, todas las generalizaciones no están lo suficientemente justificadas. Esto sucedería tanto en sujetos depresivos como en no-depresivos.<sup>51</sup>

La metateoría e investigación constructivista del entorno social de las personas depresivas coinciden en sugerir que una modificación del punto de énfasis haría más viable la teoría cognitiva. Una formulación más viable, en lugar de asociar la depresión con sesgos y un procesamiento esquemático que conduce a distorsiones cognitivas, debería incluir los siguientes principios:

- Tanto las personas deprimidas como las que no lo están, construyen su mundo de forma sesgada, que solo en parte tiene en

---

<sup>51</sup> Hagga y Beck, Op. Cit., Pág. 33

cuenta los datos. Esta construcción puede llevar a percepciones certeras como así también distorsionadas, dependiendo de las circunstancias que concurran, del contenido de las creencias sesgadas y de las oportunidades que la persona tiene para convertir sus creencias en resultados a través de las acciones que elige realizar,

- Un dato saliente de los sesgos depresivos parecería consistir en la subestimación de la capacidad de mejora en circunstancias negativas. Es así, que existiría un déficit en creatividad y persistencia, más claro que el de la capacidad de percibir correctamente lo que ocurre.<sup>52</sup>

Según los análisis constructivistas ya citados ¿cuáles serían las consecuencias en la teoría y terapia cognitiva?. A. Beck y David A. Haaga concluyen que: la noción de que los depresivos pueden mostrar un sesgo negativo pero no necesariamente un alto grado de distorsiones cognitivas conduce a la hipótesis de que la eficacia de la terapia cognitiva se debe a que puede facilitar la acción constructiva y el pensamiento divergente, más que a su focalización en el tema de la precisión per se.

Finalmente los autores concluyen que las propuestas acerca del realismo depresivo y el sesgo de ilusión de las personas normales no necesitarían ser consideradas obligatoriamente como antagónicas a la teoría y terapia cognitiva de la

---

<sup>52</sup> Haaga y Beck, Op. Cit. pág. 36

depresión, sino más bien podrían ser heurísticos para un refinamiento teórico posterior.

Entre los autores que hacen un abordaje cognitivo constructivista de la depresión vale mencionar el trabajo de realizado por Jeremy D. Safran y Leslie Greenberg <sup>53</sup> sobre los distintos procesos depresivos como: la desactivación de los sistemas de comportamiento; la desconexión cognitiva de la respuesta a la situación; la secuencias depresivas cognitivo-afectivas; la apatía asociada a la severa autocrítica; el procesamiento emocional inacabado; y la forma de intervención desde una perspectiva emocional .

El proceso depresivo de *desactivación de los sistemas de comportamiento* consistiría en que, cuando el individuo siente que es inútil o peligroso seguir esforzándose, puede interrumpir de diversas maneras la conexión normal entre el procesamiento de la información emocional y la acción. En estas circunstancias la síntesis de la información emocional asociada con los sistemas específicos de comportamiento puede ser incompleta o acabar bloqueándose. Ante estas situaciones Safran y Greenberg proponen realizar una intervención que ponga en evidencia estas creencias disfuncionales que bloquean la síntesis de la experiencia emocional, o que dirijan la atención del sujeto hacia el comportamiento expresivo motor que no está siendo sintetizado plenamente.

---

<sup>53</sup> Safran, Jeremy y Greenberg, Leslie en "El tratamiento de la Depresión y el proceso de cambio afectivo". Revista de Psicoterapia, Vol. 4, N° 13, 1993, Barcelona. Editado por Revista de Psiquiatría y Psicología Humanística, Barcelona.

La *desconexión cognitiva de la respuesta a la situación* (como la denominó Bowlby, 1980) es otra forma frecuente de procesamiento disfuncional de la información que ocurre en la depresión. Cuando el individuo aprendió a través de experiencias importantes de su desarrollo, que la activación de los sistemas de comportamiento vinculados con ciertos tipos de emoción lo llevan muy probablemente a la ruptura de relaciones interpersonales podría llegar a sintetizar los componentes expresivo-motóricos, dejando el sentimiento desconectado del acontecimiento interpersonal relevante.

Ante esta falta de conexión e inmediatez con su estado general emocional, una intervención útil consistiría, según dichos autores, en ayudarles a restablecer la relación entre la experiencia emocional y el acontecimiento relevante que la provocó.

En los casos en que un grupo de respuestas afectivas queda desconectado de la situación interpersonal que las ha provocado, la depresión sería el resultado de que el individuo dirija su atención hacia sí mismo en lugar de situarla en el acontecimiento interpersonal. Dicha situación lo conduce a una preocupación mórbida por el propio self, o una emoción generalizada de amargura, desesperanza o enojo sin destinatario, en vez de experimentar emociones focalizadas y dirigidas a un determinado acontecimiento específico.

Las *defectuosas secuencias cognitivo-afectivas* en la depresión podrían estar asociadas al sentimiento general de desesperanza que la caracteriza, por lo que sería útil explorar dichas secuencias a los fines de elucidar qué conduce a este sentimiento en las situaciones concretas. Para guiar este tipo de evaluación sería necesario entrar

en detalles que expandan el monólogo emocional que normalmente ocurre automática e instantáneamente, permitiendo de esta manera, a cliente y terapeuta, conseguir una mejor comprensión de la secuencia que conduce a la desesperanza.

Un patrón muy común subyacente en los estados crónicos de depresión consistiría en la lucha constante por satisfacer *creencias disfuncionales muy exigentes* acerca de lo que uno “debiera ser” para poder ser aceptable como persona. Las personas empeñadas en esta lucha interna encontrarían por lo general poca satisfacción en la vida, experimentando un constante estado de disforia apática y falta de vitalidad. Por este motivo a menudo trabajarían con muy poco aprovechamiento de sus propias posibilidades. De esta manera se crearía un círculo vicioso. Estarían en constante desilusión acerca de sí mismos por la incapacidad de satisfacer sus exigencias internas excesivamente altas.

En dichos casos la intervención se focalizaría en ayudar al cliente a actuar de forma que exista conexión con su propia experiencia afectiva más que con un sentimiento externalizado de lo que debieran estar haciendo. Para iniciar este proceso sería de vital importancia que el cliente obtenga una sensación más clara de lo que siente y desea, comenzando a valorar su propia experiencia.

Por último, el *procesamiento emocional inacabado* consiste en no conseguir completar la experiencia de las secuencias emocionales conduciría al mantenimiento de secuencias emocionales o sistemas de comportamiento inconclusos e incompatibles entre ellos por lo que se bloquearían mutuamente. Las secuencias emocionales

inconclusas, al ser almacenadas en este estado de procesamiento incompleto en los esquemas de la memoria, tendrían tendencia a perseverar.

La conclusión de asuntos inconclusos permitiría a la persona responder de forma completa a las situaciones actuales, sin la intrusión de la experiencia dolorosa que previamente saturaba la capacidad de procesamiento e interfería la habilidad de la persona de responder de forma óptima.<sup>54</sup>

Por su parte, Beck no deja de tener en cuenta la importancia del papel que desempeñarían las emociones en el abordaje de la Terapia Cognitiva de la Depresión, aunque le otorgue diferente relevancia a los fines del cambio terapéutico.

Para Beck, la persona depresiva en cierto sentido sería un ser puramente “cerebral”<sup>55</sup>, ya que su capacidad de experimentar sentimientos positivos se encontraría relegada en favor de emociones desagradables.

A pesar de que la finalidad de su terapia cognitiva consiste en mitigar las alteraciones emocionales y otros síntomas típicos de la depresión, los medios se centrarían en las interpretaciones erróneas, en su conducta y en sus actitudes consideradas inadecuadas. Sin embargo, menciona que el terapeuta tendría que estar igualmente atento tanto a la intensificación de las emociones negativas, empatizando con sus emociones dolorosas, como a las cogniciones inadecuadas; fomentando la satisfacción de experiencias agradables en el momento de su surgimiento.

---

<sup>54</sup> Cfr. Safran y Greenberg, Op. Cit., Pág. 51

<sup>55</sup> Beck, A. y otros, Op. Cit., Pág. 41

El autor menciona técnicas emocionales para utilizar en la terapia, como la de “conciencia sensorial” e “inundación”, que permitirían la expresión espontánea de las emociones y su intensificación, pero que para su uso efectivo deberían enmarcarse en un programa de modificación cognitiva.

El terapeuta discute los sentimientos del paciente durante la sesión, aceptándolos siempre. Sin embargo Beck advierte que las sesiones deben ser estructuradas de manera tal que no se dedique todo el tiempo a la emocionalidad del paciente, sino que deben examinarse las actitudes a las que conducen estas emociones.<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup>Beck, A. y otros.. Op. Cit.,Pág. 48

## CONCLUSIÓN

El cognitivismo se caracteriza por ser un enfoque “multiforme” ya que se extiende desde los modelos asociacionistas hasta los recientes postulados constructivistas, abarcando dentro de sus hipótesis explicativas a la conducta, las cogniciones, los niveles y dinamismos de la conciencia, los afectos, la naturaleza biológica del ser humano, y las variables del observador como constructor de la realidad que aprehende.

Tiene como ventaja, sobre otros enfoques, la posibilidad de recibir conocimiento desde diferentes disciplinas por lo cual prescinde de límites dogmáticos.

Actualmente, se encuentran en debate sus bases epistemológicas, cuestionando sus primeros momentos asociacionistas y orientándose hacia una perspectiva constructivista.

El constructivismo propone una “epistemología evolutiva”<sup>57</sup> como base del cognitivismo, sosteniendo que el pensamiento y las conductas “mentales” del ser humano constituyen una cualidad inmanente de todo sistema vivo que posea diversos

---

<sup>57</sup> Suárez, Eugenio en “El conocimiento en el enfoque cognitivo-conductual: la continuación de una tradición crítica Cap.7. Pág.88. en: “Integración en Psicoterapia”. Centro Científico de Desarrollo Psicológico. Editor Roberto Opazo. CECIDEP. Santiago, Chile, 1992.

niveles de complejidad organizada en concordancia con su respectivo nivel evolutivo. Por lo anterior plantean el conocimiento como resultado de la evolución de la especie y el sistema cognoscente, sosteniendo una concepción biológica del mismo.

Los organismos crearían teorías acerca del medio, limitadas por sus características biológicas e históricas, para poder adaptarse a las perturbaciones que les imprime el ambiente. El conocimiento será, en consecuencia, siempre autorreferencial, como un proceso de interacción determinado por el sistema autoorganizado creador de teorías para significar los hechos.

Dentro de este enfoque las emociones y los sentimientos ocupan un rol primario en el conocimiento personal.

El conocimiento en las actividades cognoscitivas se sustenta en una base afectiva, constituida por esquemas emocionales, redes emocionales de memoria, modelos integrativos emocionales, y procesos afectivos de profundos cimientos filo y ontogenéticos. Complejos mecanismos de memoria analógica, con alto nivel de credibilidad y de operación inconciente, constituirían el aspecto más relevante de organización constructiva del conocimiento individual.

Como hemos visto en el capítulo 3, Greenberg & Safran argumentan que los elementos subsidiarios de las experiencias emocionales se constituirían de aspectos tácitos de conocimiento, apuntalados en bases prioritariamente afectivas.

En resumen, el constructivismo apunta al conocimiento como un fenómeno no puramente cognitivo, sino que al ser esencialmente emotivo (por ser los afectos los proveedores del conocimiento tácito más inmediato) se consideraría multinivel.

¿De qué manera influye este debate epistemológico en la clínica y terapéutica de la depresión ?

Ya hemos visto que más allá de las diferencias epistemológicas, la terapia cognitiva-conductual de Beck, aunque tiene en cuenta las emociones, apunta principalmente a las cogniciones denominadas erróneas como objetivo de trabajo.

Para este autor es solo el procesamiento cognitivo de la realidad el que determina la conducta y los estados emocionales, llegando así a un modelo de desajuste psicoógico. Pero el concepto de esquema, central en la terapia cognitiva conductual, actualmente no puede ser considerado únicamente como almacenamiento de información. La característica más relevante a abordar en su definición y modificación es la relacionada con los afectos almacenados.

Greenberg y Safran, como exponentes del constructivismo, van más allá del denominado “cambio de etiqueta racional” (ya que lo que es “significativo” estaría fuertemente asociado a afectos que energizan los contenidos informáticos) orientándose a las emociones y cogniciones como objetivo conjunto del trabajo terapéutico.

La responsabilidad del cambio terapéutico varía de acuerdo a cada postura ya que para el constructivismo este cambio no es posible sin la participación de las emociones.

*“El pensamiento cambia las creencias, solo los sentimientos pueden cambiar las emociones”*

(Vittorio Guidano, 1991, p-96)

El enfoque cognitivo-conductual presenta mayores posibilidades de falsación de sus hipótesis debido a la tradición crítica inserta en la metodología sobre la que ha sustentado su desarrollo; se encuentra hoy ante el reto de crecer debido a los planteamientos constructivistas. Gracias a su ventaja epistemológica cuenta con la posibilidad de continuar preservando el nivel de verdad adjudicado a sus postulados, buscando “deshacerse” de los falsos conocimientos facilitados por las limitaciones biológicas e históricas que nos ha legado nuestra evolución como organismos.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) **Beck, Aaron - Rush, A. John - Shaw, Brian F. - Emery, Gary.** *"Terapia Cognitiva de la Depresión"* Pág. 13 - 356 . Editorial Desclee de Brouwer, S.A. Herrao, 6 - Bilbao - 9. 5º Edición, 1979
- (2) **Bowlby, John** en *"La Pérdida Afectiva"*. Tristeza y Depresión. Cap: 14. Editorial Paidós. Psicología Profunda. 1º edición en 1980, Madrid, España.
- (3) **Chappa, Herbert** en : *"Los grupos cognitivo comportamentales en un programa terapéutico integrativo para pacientes depresivos"*. Cap:24. Pág:270 en *"Integración en Psicoterapia"*, Centro Científico de Desarrollo Psicológico, Editor Roberto Opazo. CECIDEP. Santiago, Chile, 1992
- (4) **Lewinsohn, P. M. y Hoberman, H.M.**, en : *"Psicopatología de los trastornos afectivos"*. Paykel, E. S., Cap: 25. Pág 512. Editorial Pirámide, 1ª edición 1982.

- (5) **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**, Pág. 326.  
Editorial Masson, S.A. Barcelona, España, 1995. 1º publicación en Estados Unidos por: American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994.
- (6) **Marchetti**, Ana María en: "*Nuevos Desarrollos en Terapia Cognitivo-Conductual*". Cap: 15. Pág: 176 en "Integración en Psicoterapia", Centro Científico de Desarrollo Psicológico, Editor Roberto Opazo. CECIDEP. Santiago, Chile, 1992
- (7) **O'Leary**, Daniel: "*Terapia Marital de la Depresión*". Cap: 25. Pág: 286 - 289 en "Integración en Psicoterapia", Centro Científico de Desarrollo Psicológico, Editor Roberto Opazo. CECIDEP. Santiago, Chile, 1992
- (8) **E. Suárez**: "*El Conocimiento en el Enfoque Cognitivo-Conductual*". Cap 7. Pág. 73-76., en "Integración en Psicoterapia", Centro Científico de Desarrollo Psicológico, Editor Roberto Opazo. CECIDEP. Santiago, Chile, 1992
- (9) **Vidal Buendía**, José "*Depresión y Apoyo Social*". Cap: 1 La Depresión  
Editorial El Taller. Murcia, 1990
- (10) **Vidal Buendía**, José "*Stress y Psicopatología*" Cap: 6 Estrés y Depresión.  
Pág. 97. Editorial Pirámide. Madrid, 1993

## REVISTAS

- (1) **Haaga**, David A. H. y **Beck**, Aaron T., "*Perspectiva Constructivista del Realismo depresivo: implicaciones para la teoría y terapia cognitiva*" en Revista de Psicoterapia. Volumen 4, Número 13. Pág: 29 - 39 Editorial "Revista de Psiquiatría y Psicología Humanística" S.A.Barcelona
- (2) **Preciado**, Ignacio . "*Estados de Ánimo: Polaridades básicas y relaciones con el trastorno depresivo*" en Revista de Psicoterapia Volumen 4, Número 13. Pág: 14 - 16 Editorial "Revista de Psiquiatría y Psicología Humanística" S.A.Barcelona
- (3) **Safran**, Jeremy y **Greenberg**, Leslie "*El Tratamiento de la depresión y el proceso de cambio afectivo*" en Revista de Psicoterapia. Volumen 4, Número 13. Pág: 41 - 52 Editorial "Revista de Psiquiatría y Psicología Humanística" S.A.Barcelona

## OTRAS FUENTES

(1) **Wanderley**, Salvador *“Módulo N°1 de Metodología de la Investigación*

*Psicológica”* Área Metodológica de Investigación Psicológica Mar del

Plata, 21 de Junio de 1990

