



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

## **ALGUNOS ASPECTOS DE LAS TERAPIAS COMPORTAMENTAL Y COGNITIVA EN EL TRATAMIENTO DE LAS DEPRESIONES REACTIVAS**

A. POLAINO-LORENTE

1. Introducción
  - 1.1. Terapias comportamentales
  - 1.2. La terapia cognitiva
  - 1.3. Un modelo cognitivo de depresión
  - 1.4. Características de la TC
2. Modo de proceder en un ejemplo concreto
  - 2.1. Historia comportamental
  - 2.2. Otros procedimientos empleados en la evaluación diagnóstica
    - 2.2.1. Exploraciones complementarias (sólo se informa de los resultados algo afectados)
    - 2.2.2. Escalas de evaluación
    - 2.2.3. Otros procedimientos
  - 2.3. Explicación del programa
  - 2.4. Identificación, registro y modificación de los desórdenes cognitivos
  - 2.5. Otros procedimientos auxiliares empleados
3. Discusión y conclusiones
  - Bibliografía

## 1. INTRODUCCION

En las líneas que siguen me limitaré a mostrar la efectividad de algunas de estas estrategias. Por exigencias de esta publicación trataré de ofrecer una síntesis de los principales resultados generados por estos procedimientos, agrupados —cuestión ésta que es discutible— en dos grandes bloques, en función de las estrategias usadas: las terapias comportamentales y las terapias cognitivas. Una exposición más extensa de estos planteamientos puede encontrarse en POLAINO-LORENTE (1982).

Las técnicas de modificación de conducta —en lo sucesivo TMC— abarcan un paquete de técnicas, estrategias y procedimientos muy variados, que se aplican de forma integrada o no, sucesiva o simultáneamente y asociadas o independientemente del empleo de psicofármacos. No obstante esta diversidad, puede encontrarse un denominador común, que agrupa a todas ellas. Los principios comunes que las aúnan pueden resumirse en los siguientes:

a) Los procedimientos aplicados están fundamentados en los principios de la psicología del aprendizaje y en los resultados generados por los laboratorios, donde se trabaja con modelos psicopatológicos experimentales (*exigencia científica*).

b) Se presentan como procedimientos rigurosos y cuantificables —casi como un experimento individuado—, cuya metodología varía mucho de la que es acostumbrada en el quehacer clínico rutinario (*exigencia experimental*).

c) Sus objetivos no se contraen exclusivamente a hacer desaparecer la sintomatología depresiva. Esto supuesto, van más allá, dotando al paciente de nuevos repertorios comportamentales desde los cuales hacer frente a las situaciones estimulares a que está habitualmente expuesto (*exigencia preventiva*).

d) Los procedimientos empleados son, desde luego, directivos; las estrategias, estructuradas en mayor o menor grado; y la tecnología, controlada en todos sus detalles (*exigencias de control*).

e) La meta a alcanzar es el incremento de conductas adaptativas, gracias a que el cliente puede disponer de ciertas habilidades que le capacitan para la solución de los problemas que, de ordinario, se le plantean (*exigencias adaptativas*).

f) Son terapias en las que el cliente ha de cooperar activamente en la modificación de su propio comportamiento, sin abandonarse a la obligada pasividad que caracteriza el empleo de psicofármacos y/o de las terapias psicoanalíticas (*exigencia activa y cooperativa*).

### 1.1. Terapias comportamentales

Las terapias comportamentales fueron estrategias que se emplearon con anterioridad a la terapia cognitiva para la modificación de la conducta depresiva, según la revisión de REHM y KOVACS (1979).

El modelo de depresión de LEWINSOHN (1972 y 1974) sirvió de fundamentación a estas estrategias. Muy brevemente expuesto, para lo que aquí nos interesa la teoría de LEWINSOHN, sostuvo que:

a) Los factores etiológicos de las conductas depresivas consistían en una disminución de la tasa de refuerzos contingentes positivos (contingencias ambientales), del empobrecido repertorio de habilidades sociales de que disponga el organismo y de los refuerzos de tipo social que sostienen y perpetúan estas conductas. De este modo, las conductas depresivas han sido conceptualizadas como una reacción a la pérdida o disminución de los refuerzos.

b) Las variables críticas fundamentadas en los anteriores factores etiológicos, se concretaron en las tres siguientes: a) la pobreza en el repertorio de las destrezas sociales, b) los sucesos que son contingentes con la conducta de la persona no son reforzantes, y c) los eventos que antes reforzaban, pierden ahora su efecto gratificante.

El paradigma surgido de las bases anteriores antecedió principalmente al apesamiento, individuación, registro y monitorización de las variables implicadas en las situaciones-problema. En este paradigma se asume lo que sigue:

1. Que las conductas depresivas maladaptativas, son aprendidas y sostenidas luego a través de programas de refuerzo que pueden ser identificados, analizados y modificados por el experto.

2. Que las conductas manifiestamente depresivas, pueden ser observadas, cuantificadas y posteriormente modificadas a través del manejo de los refuerzos contingentes externos.

3. Que el programa modificador debe dirigirse tanto a incrementar la frecuencia de las conductas socialmente deseables como a disminuir la tasa de respuestas indeseables o socialmente aversivas (llanto, RR de evitación del contacto social, etc.).

Los métodos de análisis y registro empleados varían mucho, desde los autoinformes sobre los eventos reforzantes a la observación comportamental de microsituaciones familiares; de las escalas de observación a los *self-rated symptom checklists* (chequeo autoevaluativo de síntomas). De este modo puede determinarse la línea base de esos comportamientos; las pautas que deben seguirse en el programa para que el cliente incremente gradualmente su participación en actividades que son reforzadas contingentemente; las situaciones estimulares que debe evitar —y cómo evitarlas— por contribuir, mediante ciertas recompensas, a perpetuar su conducta depresiva, etc. Una vez que se han identificado estas variables se diseña el programa de intervención, en el que se delimitan, puntual y sistemáticamente, las diferentes estrategias que se emplearán.

Las *estrategias* empleadas para el logro de estos fines, varían mucho, aunque todas ellas acepten el paradigma del aprendizaje *ER*.

Entre las estrategias más frecuentemente utilizadas por la terapia comportamental pueden destacarse las siguientes:

- Entrenamiento en habilidades sociales reforzantes, de modo que se amplíe el repertorio comportamental para la interacción social bienadaptativa.
- Entrenamiento en relajación y en técnicas de desensibilización frente a las situaciones sociales que generan ansiedad.
- Entrenamiento asertivo a través de *role-playing* (McLEAN, 1976).
- Programa de entrenamiento en la autoadministración de refuerzos contingentes con las *RR* sociales bienadaptativas (programa de autocuidados).
- Autorregistro de *RR* depresivas (*feedback* informativo) y entrenamiento en *RR* de evitación alternativas.
- Autorregistro de *RR* bienadaptativas (*feedback* informativo) y entrenamiento en el manejo de refuerzos contingentes con la emisión de esas *RR* (monitorización de las contingencias).
- Programa de economía de fichas para incrementar conductas apropiadas no depresivas (sonreír, conversar, trabajar, etc.) o para disminuir *RR* depresivas como los llantos, los comentarios negativos, etcétera (HERSEN y cols., 1973; HANAWAY y cols., 1975).
- Aplicación del principio de PREMACK (HOME, 1965) a conductas deseables que aparecen muy infrecuentemente. Basta asociar entonces (de forma contingente a la aparición de esos comportamientos), cualquier otro comportamiento natural y espontáneo que sucediendo con mayor frecuencia que el anterior sea para el paciente un refuerzo (por ejemplo, oír música, encender un pitillo, usar determinada colonia, etc.).

La *evaluación de la eficacia* de estos procedimientos ha sido muy controvertida (REHM, 1979). Hay aspectos, objetivamente positivos y negativos, que sostienen en la actualidad la polémica.

Entre las *críticas negativas* que ha recibido la tradicional terapia comportamental de la depresión se encuentran las siguientes:

- La oscuridad de los criterios diagnósticos empleados.
- La ausencia de criterios para la inclusión de los sujetos experimentales.
- La evaluación de sólo las conductas sobre las que incidía la intervención, dejando fuera de foco otros comportamientos —depresivos o no— sobre los que ignoramos toda información tanto en el pre- como en el post-tratamiento.
- La indeterminación sobre el grado de severidad de la depresión, y sobre otros síntomas y signos clínicos que no fueron evaluados.
- La ausencia de un seguimiento sistemático durante el post-tratamiento.
- La ausencia de grupos controles con los que comparar los resultados obtenidos después de haber sido homogeneizados los sujetos uno a uno.

- La ausencia de una descripción sistemática de las estrategias usadas en los programas de intervención.
- La menor eficacia de estas estrategias frente a los resultados logrados por la terapia cognitiva (SHAW, 1977).

Entre los resultados positivos comunicados pueden destacarse los siguientes:

- La superior eficacia de estos programas de entrenamiento en habilidades sociales frente al empleo de tricíclicos en pacientes depresivos de tipo ambulatorio (MCLEAN y cols., 1979; COVIN y cols., 1974).
- La mayor eficacia de estas estrategias en pacientes con depresiones neuróticas que no responden positivamente al tratamiento farmacológico (WEISSMAN y cols., 1979).
- La superioridad de los resultados obtenidos con estas estrategias frente a otros procedimientos convencionales no controlados, de tipo psicoterapéutico (MCLEAN y cols., 1973).
- La mayor eficacia de los métodos de observación y análisis aquí empleados en relación con el apresamiento, identificación y cuantificación de las conductas depresivas, respecto de los procedimientos que tradicionalmente se emplean en el diagnóstico clínico (POLAINO-LORENTE, 1981).

Hasta aquí los aciertos y desaciertos de la terapia comportamental tradicional. Veamos ahora qué ha sucedido con las terapias de tipo cognitivo.

## 1.2. La terapia cognitiva

La terapia cognitiva, en lo que se refiere a este punto, se presenta todavía problemática. Este es el resultado derivado no tanto de su relativa juventud (desde que se introdujo como terapia de la conducta depresiva), sino, principalmente, de las dificultades, aún no bien resueltas, para controlar el peso de los distintos factores intervinientes, así como de la vaguedad conceptual que envuelve al término *cognition* (cognición).

La psicología ha definido el término *cognition* como un proceso mental que transforma, elabora, almacena, registra, sintetiza y emplea tanto los inputs sensoriales internos como los externos (NEISSER, 1967; BROADBENIT, 1971). Los procesos cognitivos abarcan muchas funciones psíquicas; acaso demasiadas: la percepción y la memoria, el pensamiento y el lenguaje, las creencias y las actitudes, hasta la conducta de solución de problemas, tomada de una forma global (MAHONEY, 1977). De este modo en el cognitivismo psicológico no sólo se subsumen los procesos de conocimiento (el conocimiento-principio), sino también el término del acto de conocer (el conocimiento-resultado), sin que se distingan suficientemente uno de otro.

A pesar de esta oscuridad, el cognitivismo se ha presentado como un proceso activo, gracias al cual los estímulos no son pasivamente incor-

porados, sino diferenciados y transformados a lo largo del mismo. Así las cosas, la memoria, por ejemplo, no es un simple almacén de datos, sino una función más de las muchas que intervienen en el proceso (FALMAGNE, 1975; ARNOLD, 1970).

Con el cognitivismo se produce un nuevo giro en la psicología, en virtud del cual la percepción y el pensamiento se trenzan más íntimamente todavía para determinar —una vez que se ha valorado la situación estimular— los efectos resultantes de ese proceso evaluador (PETERS, 1970; IZARD, 1972).

En consecuencia, a través de la larga marcha de la psicología cognitiva se instaura el protagonismo del pensamiento sobre los sentimientos, en una palabra, del cognitivismo frente al timocentrismo tradicional (BECK, 1963 y 1972).

La terapia cognitiva (TC), se presenta como un procedimiento alternativo en el tratamiento de las depresiones, fundamentado en el modelo cognitivo de BECK (1970 y 1976). Este modelo concede un papel principal al pensamiento, a la evaluación del flujo estimular y al juicio de estos pacientes en el desarrollo y mantenimiento de la conducta depresiva. Y, en consecuencia, asume que la corrección de estos sistemas cognitivos acabará mejorando los sufrimientos de los pacientes y sus déficits funcionales, a la vez que puede ayudar a explicarles sus respectivas conductas depresivas.

Las diferencias entre las variadas estrategias usadas, están en función de *cómo* y *qué* entiendan los expertos por *cognition*, a la vez que de los *modos de atribución* de las distintas variables implicadas en la causación y modificación de los perfiles psicopatológicos característicos de la depresión, lo que también supone diferentes puntos de vista acerca de lo que se entiende por depresión.

Una modesta revisión bibliográfica, pone en evidencia la amplitud de las variables implicadas en las terapias cognitivas y comportamentales.

El pensamiento (BECK, 1967 y 1968), las contingencias interiores (ELLIS y cols., 1977), la percepción (BROADBENT, 1971), la memoria (NEISSER, 1967), el lenguaje (LOVELESS, 1974), la imaginación (MAHONEY, 1977) o los constructos personales, constituyen variables intervinientes en el síndrome depresivo, cuya relevancia es alzaprimada en mayor o menor grado, según los autores.

Para otros modificadores del comportamiento las variables cognitivas tienen sólo una función suplementaria, consistente en moderar y contrabalancear los defectos de los diferentes eslabones de la sencilla cadena comportamental estímulo-respuesta (KANFER, 1972). Estas variables son para algunos conductas encubiertas que no se someten a las leyes del aprendizaje. Además de estas postulaciones, hay quienes todavía sostienen formulaciones timocentristas, según las cuales el peso de las variables cognitivas estaría en función de la autonomía de las emociones, que son las que realmente podrían estar a la base de las alteraciones, motivaciones y perceptivas de las que aquellas variables dependen (LEPPER, 1970).

### 1.3. Un modelo cognitivo de depresión

Uno de los modelos cognitivos de la depresión más conocido es, sin duda alguna, el de BECK (1967 y 1976).

Este modelo no ha caído del cielo; detrás y debajo de él hay muchas horas de laboratorio y un apretado bloque de resultados experimentales. Por encima de él, hay también constructos hipotéticos que tratan de ser explicativos, todavía no suficientemente probados, pero necesarios y hasta imprescindibles a la hora de explicar —hipotéticamente— lo que caracteriza, si bien parcialmente, a la conducta depresiva.

El *modelo cognitivo de Beck* sostiene que la depresión es mantenida por un set cognitivo de tipo negativo (distorsión en la evaluación de los sucesos percibidos y malinterpretación de los mismos), conducente a sostener un punto de vista negativo sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro.

Aunque el modelo fue formulado por BECK y a través de él se ha hecho conocido, hay antecedentes del mismo, que no deben silenciarse, en las publicaciones de ELLIS (1962), VELTEN (1968) y de VALINS y cols. (1978).

Este modelo es, con toda certeza, el que ha generado mayor número de investigaciones y consecuentemente, el que ha obtenido, también, más resultados en orden a verificar sus propias hipótesis.

Controversias posteriores postulan que acaso no sea el set cognitivo el responsable de esas depresiones inducidas, sino más bien otro factor —no estrictamente cognitivo— al que viene denominándose autoestima (*self-esteem*). Se discute, pues, si es la creencia (*belief*) o el conocimiento de la propia valía el factor interviniente principalista o los afectos (*affects*) respecto de uno mismo (*self*).

Parece evidente que el comportamiento afectivo se deja influir, en uno u otro sentido, mediante la modificación cognitiva de la atención, que puede fijarse en pensamientos negativos o positivos, inductores de creencias negativas o positivas, respectivamente, en torno a sí propio.

BECK sostiene que los sujetos depresivos cometen ciertos errores cognitivos. No se trata tanto de que los depresivos piensen pobre o ilógicamente, sino más bien que, obtienen conclusiones ilógicas al autoevaluarse.

El depresivo emplea un esquema de auto-desprecio y auto-acusación, lo que hace que el sujeto interprete o etiquete los acontecimientos ajustándolos de forma coherente a ese esquema previo.

Los principales *errores lógicos* en que incurren los enfermos depresivos, según BECK, son los siguientes:

- Errores al minimizar y magnificar, respectivamente, los propios aciertos y desaciertos.
- Premisas desde las que se cuantifica la experiencia como «todo» o «nada», sin que sea posible una evaluación más objetiva.
- Abstracción selectiva y generalización no fundamentada de conclusiones, que siempre afectan negativamente a su persona.
- Imperativos categóricos como «debo» o «tengo que», que hacen inviables otras opciones y cierran la posibilidad de determinarse hacia otras conductas alternativas.



- Deducciones inevidentes y arbitrarias desde hechos irrelevantes y triviales que generan conclusiones negativas para sí mismo.
- Asignación a circunstancias, procesos y personas dentro de un set global e indiferenciado del tipo de «A es bueno y B es malo».

Estos errores cognitivos, convergen y acaban por fundamentar una visión negativa de sí mismo, de las experiencias pasadas y presentes y de las expectativas ante el futuro. El mundo estimular se percibe distorsionado, contribuyendo a precipitarle en la depresión.

Para BECK, los desórdenes depresivos no constituyen una perturbación del estado de ánimo primario, sino, fundamentalmente, un desorden cognitivo, del pensamiento, que es el que reconduce a aquél.

Así pues, en el depresivo, según el autor citado, las alteraciones del pensamiento constituyen el aspecto más sobresaliente de su enfermedad, siendo las citadas alteraciones responsables de los desórdenes afectivos, comportamentales y vegetativos que caracterizan al enfermo depresivo.

El psicopatograma depresivo, que caracteriza a este modelo cognitivo, puede resumirse del modo siguiente:

1. Errores sistemáticos del pensamiento que el paciente sostiene de forma invariante y estereotipada y que le conduce a conclusiones maladaptativas (el paciente asigna una significación global y personalizada de tipo negativo a sucesos triviales o irrelevantes).

La responsabilidad que erróneamente se atribuye, le hace concebirse como totalmente incapacitado para poder cambiar positivamente su comportamiento. En consecuencia, el deprimido está cegado para todo lo que no sea sus propios errores o los errores y/o desgracias de los demás (NELSON y cols., 1977; DEMOMBREUM y cols., 1977). Los aspectos sobresalientes de cualquier situación son ignorados; los detalles irrelevantes de esa misma situación son abstraídos precisivamente y magnificados. De este modo se genera una cosmología pesimista y negativa, además de inobjetiva.

Una exploración sistemática de las tematizaciones cognitivas en el paciente depresivo revela que sus evaluaciones e interpretaciones están fundamentadas en un sistema de asunciones básicas muy cercanas a las meras creencias (BECK, 1978 y 1979).

2. Alteraciones de la temporalidad (DILLING y cols., 1967; ANDREASEN y cols., 1976), consistentes en una evaluación pesimista y triste del presente y desesperante del futuro. Simultáneamente hay una preocupación casi obsesiva por los sucesos negativos de su pasado biográfico (LLOYD y cols., 1975). La autopercepción como un ser miserable y sin sentido unido a lo anterior le encamina a inventar o completar sus impulsos suicidas.

3. Su memoria se especializa en evocar recuerdos predominantemente desagradables o auto-vejatorios.

4. Los síntomas vegetativos y la disforia son construidos por el paciente como una prueba más de su conducta inadecuada y desadaptativa.

5. El set cognitivo-negativo y las otras alteraciones acompañantes dificultan sus relaciones interpersonales. El paciente experimenta estas últimas como un rechazo, siendo progresivamente cada vez más incapaz de evaluar objetivamente lo que le sucede.

Disponemos de algunas *evidencias empíricas* sobre las que el modelo de BECK ha logrado alzarse. Veamos algunas de ellas:

1. El pensamiento de los sujetos deprimidos se caracteriza por una preponderancia —empíricamente demostrada— de temas y contenidos negativos (MELGES y cols., 1969; HAMMEN y cols., 1976).

2. Los sujetos depresivos tienden a completar las narraciones o relatos incompletos que se les presentan de forma negativa. En oposición a lo que sucede en los sujetos normales, en el depresivo la tendencia más frecuente es la de terminar mal los relatos inacabados.

3. Los deprimidos perciben con mayor facilidad e intensidad los aspectos negativos que los positivos, de las situaciones que les llegan.

AVERIL (1973), lo probó proyectando un film en que la tasa de sucesos tristes era superior a los alegres. En la depresión desciende el umbral perceptivo del paciente frente a los sucesos tristes, siendo más vulnerable frente a ellos, que los sujetos normales.

4. El pensamiento y las verbalizaciones de contenido negativo son más frecuentes en los deprimidos (PALAINO-LORENTE, 1980), y les afectan más profundamente que a los que no lo son (VELTEN, 1968).

5. La memoria es más sensible a recuerdos tristes que alegres. La tendencia a recordar los primeros es casi una constante (LLOYD y cols., 1975; LISHMAN, 1972).

6. El rendimiento en el aprendizaje se afecta durante el padecimiento de la depresión. La causa de este decremento no se debe sólo a la inhibición cognitiva, como hasta aquí se ha sostenido, sino más bien a la facilidad con que el depresivo se concentra en el examen de los datos irrelevantes de la situación, en lugar de atender a aquellos que son realmente importantes para la solución del problema (MISCHEL y cols., 1973).

7. Existen evidencias de que ciertos estados depresivos pueden ser inducidos o aliviados, según se modifiquen factores cognitivos, como la focalización de la atención o las creencias respecto de uno mismo.

LUDWIG (1975), probó lo anterior al inducir efectos depresivos en universitarias a las que se hacía creer —mediante la modificación de los resultados obtenidos en algunos test previamente realizados— que eran inmaduras y vulgares.

8. Interpretaciones depresivas, fallos groseros en las atribuciones y evaluaciones erróneas de los estímulos (REY y cols., 1977; KLEIN y cols., 1976; RIZLEY, 1976).

Sobre estas evidencias empíricas levantó BECK (1976 y 1978) su *constructo hipotético explicativo* de la conducta depresiva. La peculiaridad cognitiva más relevante en la depresión consistiría en la «reactivación» de un esquema cognitivo, específico y diferente. Este *esquema cognitivo o estructura cognitiva depresiva* es sólo sugestiva de la complejidad y de la regularidad con que la información del pasado es preservada, de cómo los recuerdos son organizados y de bajo qué circunstancias aquéllos son recuperados y usados.

En tanto que constructos hipotéticos usados por la psicología cognitiva estos esquemas sólo aspiran a explicar lo que caracteriza a un depresivo en el modo de construir su conducta para la solución de determinados problemas.

Estos esquemas, como postuló NEISSER (1967), no son específicos ni homogéneos. Son más bien estructuras, esbozos, o modos de organizar las representaciones que, formados al filo de las primeras experiencias, tienen posteriormente mucha facilidad para emerger y dirigir el registro de la información que les llega, acomodándola y moldeándola según su modo peculiar de construcción e interpretación.

Estos esbozos cognitivos para categorizar la información pueden coexistir con otros esquemas, más rudimentarios o muy sofisticados, especializados en la ordenación de otras informaciones. De acuerdo con esto, la maduración cognitiva no consiste tanto en la multiplicación de estos esquemas o en una más alta especialización de ellos. La maduración supone un proceso continuo de modificación, reorganización y creciente complejidad de esos esquemas en función de las propias experiencias.

En el caso de la depresión, se reactivarían viejos e inmaduros esquemas que de una forma simplificada y errónea organizan e interpretan las distintas experiencias. A través de la organización de la información y de la interpretación de la experiencia, se moldean las funciones cognitivas del paciente, con las cuales evalúan erróneamente las condiciones estimulares de su entorno y sobre las que fundamentarán un auto-concepto negativo (BECK, 1976 y 1979).

Es posible que estos esquemas inicialmente tuvieran una función adaptativa, representando un modo ajustado para construir algunas experiencias. En la actualidad, sin embargo, suponen una de las peores estrategias para la solución de problemas.

Estos *esquemas depresógenos* pueden emerger ante las actuales condiciones estimulares, que tal vez son relativamente parecidas a las que suscitaron su desarrollo años atrás. La generalización en la reorganización acomodaticia de la información, gracias a estos esquemas, generarían una aproximación maladaptativa para la solución de los problemas y, a su través, la aparición de diferentes *settings* cognitivos negativos que tienden a perpetuar la conducta depresiva.

#### 1.4. Características de la TC

Las estrategias verbales y comportamentales empleadas en la TC son muy variadas y han ido ampliándose de la mano de los numerosos investigadores que las han usado.

Una exposición introductoria sobre este particular puede encontrarse en el manual de tratamiento editado por BECK (1978).

Resumo a continuación algunas de las principales notas que caracterizan a estas estrategias:

1. La TC constituye un modo de terapia estructurada y rigurosamente diseñada para el tratamiento de los factores específicamente cognitivos implicados en las conductas depresivas reactivas, sean éstas moderadas o severas.
2. La TC abarca un bloque de estrategias integradas con las que el paciente y el terapeuta trabajan juntos y activamente.
3. La TC se propone los objetivos siguientes: 1) identificar y modificar las alteraciones cognitivas del paciente; 2) hacer explícito el es-

quema cognitivo subyacente al comportamiento depresivo; 3) incrementar el repertorio adaptativo del paciente para la conducta de solución de problemas, y 4) examinar junto con el paciente, la evidencia en pro y en contra del pensamiento automático distorsionado.

4. La TC se sirve de estrategias y situaciones, diseñadas *ad hoc*, para la identificación de los desórdenes cognitivos del paciente. A este fin se asignan tareas comportamentales al sujeto depresivo, de modo que pueda experimentar y registrar qué situaciones y qué problemas él considera especialmente insuperables. Mediante pruebas empíricas y análisis verbal se esclarecen las creencias y los modos de atribución en que están asentados los esquemas cognitivos depresógenos.

5. La TC entrena al paciente, a través de las anteriores estrategias, de manera, que sea el propio paciente quien obtenga la información relevante, para que ayudándose de ella pueda hacer más objetiva y real la organización de los estímulos que le llegan o la interpretación-atribución de las situaciones estimulares que, hasta entonces, son funcionalmente depresógenas.

6. La TC encamina al paciente a que aprenda que su alterada construcción de la realidad es el primer paso que debemos dar en el tratamiento de sus síntomas depresivos.

El terapeuta, a la vez que entrena al cliente en estas actividades, puede ir introduciendo las estrategias de intervención que considere pertinentes, en función de las exigencias que el paciente y sus circunstancias le impongan.

7. El terapeuta debe seleccionar, de acuerdo con su cliente, el área sobre la que dirigirán más importantemente su trabajo. En la TC de la depresión, son prioritarios algunos temas y manifestaciones cognitivas. Sintetizo a continuación, a modo de orientación, algunos de los aspectos preferenciales sobre los que el terapeuta debe centrarse y en lo posible incidir allí con las estrategias de intervención que considere más pertinentes.

a) Premisas y/o asunciones que son inferidas de un modo persistente y repetitivo.

b) Tematizaciones más frecuentes y conclusiones estereotipadas a las que llega el paciente, cualquiera que sean las situaciones estimulares que le rodean.

c) Sentimientos de desaprobación, de autoestimación negativa y/o de dependencia suscitados ya por sus cogniciones, ya por el ámbito ecológico familiar. Premisas irreales que sostienen estas asunciones negativas.

d) Elucidación del modo en que el paciente examina, atribuye y procesa la información estimular de su ambiente para inferir esas conclusiones erróneas.

e) Re-examen, con ayuda del terapeuta, del proceso cognitivo que genera las conclusiones erróneas de modo que pueda aprender el paciente otras estrategias cognitivas contrapuestas a las anteriores.

f) Reformulación y re-atribución de las percepciones y cogniciones en orden a establecer una conducta más real y ajustada.

g) Observación y registro de las contingencias externas que hacen

emerger, reactivan o sostienen este set cognitivo negativo. Propuesta de modificación para esas contingencias.

*h)* Entrenar al paciente en la evaluación y reformulación de las estrategias e hipótesis sugeridas por su terapeuta, de forma que pueda verificar o refutar la validez y la eficacia de aquélla respecto de la modificación de su conducta.

*i)* Las estrategias a seguir deben estructurarse con toda claridad, marcándose los objetivos y las secuencias de los pasos o etapas a seguir. La flexibilidad de la programación es muy conveniente y debe estar en función de la evolución que experimenta el paciente.

*j)* El terapeuta no debe fundamentar sus estrategias en el autoritarismo ni en la sugestión. Cada área del programa debe fundamentarse en datos que puedan ser comprobables, tanto por el cliente como por el terapeuta.

A través del análisis de esos datos, el cliente puede evaluar los resultados que va consiguiendo y a través de éstos, modificar su propio sistema atribucional.

*k)* El terapeuta debe procurar limitar sus intervenciones sin discutir o pretender invalidar las argumentaciones, interpretaciones o sentimientos de su cliente. Su misión se restringe a observar, cuantificar, registrar y evaluar la conducta depresiva del paciente. Sobre esta evaluación se construyen más tarde las hipótesis explicativas y en función de éstas se diseñan las estrategias a emplear.

El intercambio de información entre el terapeuta y el cliente, debe atenerse a los anteriores datos objetivados, sin necesidad de apelar a otros argumentos interpretativos y hermenéuticos de dudosa eficacia.

## 2. MODO DE PROCEDER EN UN EJEMPLO CONCRETO

En las líneas que siguen se informa del proceso y los modos de intervención empleados en la modificación de la conducta depresiva de una paciente cuya historia clínica comportamental se resume en función de los hitos que consideramos más relevantes para lo que aquí interesa.

### 2.1. Historia comportamental

A. M. es una paciente de 28 años, casada y con dos hijos. Licenciada en Filología, francesa, ejerció su profesión sólo dos años antes de contraer matrimonio. Los síntomas depresivos comenzaron a manifestarse hace dos años, ocho meses después del nacimiento de su último hijo. La paciente muestra una actitud cooperativa durante la entrevista, pero se niega rotundamente a seguir ningún tratamiento farmacológico. No hay antecedentes depresivos familiares ni personales. Tampoco hay antecedentes de otras manifestaciones comportamentales psicopatológicas. La intensidad de las alteraciones que ahora presenta han experimentado últimamente una intensificación progresiva. El marido la acompaña durante la primera entrevista, confirmando con frecuencia las informaciones

que nos ofrece la paciente. No hay problemas ni conflictos conyugales. No existen conductas de adicción (café, alcohol, drogas).

El listado de los síntomas depresivos más relevantes aparecen agrupados a continuación, según la valoración que de su intensidad ha realizado la paciente. El asterisco (\*) marca la concordancia entre el juicio del marido y de la paciente, respecto de las intensidades sintomatológicas. La barra (/) señala aquellos síntomas en que hay discrepancias manifiestas entre las valoraciones de los cónyuges. Los síntomas en los que no se especifica nada significa que el cónyuge no tenía opinión formada por no disponer de ningún dato que pudiera ser cotejado.

TABLA 21.1

<i>Gran intensidad (6-10)</i>	<i>Intensidad media (3-6)</i>	<i>Baja intensidad (1-3)</i>
* Pesimismo.	* Nerviosismo.	/ Pérdida de memoria.
* Tristeza. Pensamientos negativos.	* Tensión muscular. Disminución del rendimiento. Incapacidad para concentrarse.	/ Disminución de apetito. Estreñimiento. Temblores.
* Sentimientos de inutilidad e invalidez.	* Conducta fóbica.	
* Descenso de la actividad motora.	* Pérdida de peso. Atribución de la enfermedad a sí misma.	* Sudoración.
/ Insomnio (dificultades para dormirse)	* Inquietud.	* Crisis de vértigo.
* Cansancio y fatigabilidad.	* Irritabilidad. Apatía.	* Suspiros.
* Aislamiento social.	/ Indecisión. Lentitud al comunicarse.	* Fobia a la oscuridad.
* Pérdida de interés por el trabajo. Crisis de llanto.	* Inhibición de la libido. Sentimientos de soledad. Opreión precordial.	
* Auto-compasión.	* Fobias a comer en restaurantes.	
* Palpitaciones.	* Fobia a reuniones familiares.	

## 2.2. Otros procedimientos empleados en la evaluación diagnóstica

### 2.2.1. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS (SÓLO SE INFORMA DE LOS RESULTADOS ALGO AFECTADOS)

Peso: 53 kg.

Presión arterial 9,5/6.

Pulso: 116 (128-98).  
Fosfolípidos: 139 mg/100 cc.  
Globulinas totales, suero: 1,7 g/100 cc (tiselius).  
Hematíes: 4,1 millones/mm<sup>3</sup>.  
Leucocitos: 13.000 mm<sup>3</sup>.

### 2.2.2. ESCALAS DE EVALUACIÓN

- Escalas de evaluación de la ansiedad (HAMILTON) y de la depresión (BECK y HAMILTON).
- Inventario de temores de WOLPE.
- Inventario de WILLONGHBY \*.
- Escala de asertividad de RATHUS.
- Escala de MAE de PELECHANO \*.
- Cuestionario de DIXON.

### 2.2.3. OTROS PROCEDIMIENTOS

Autoinformes.  
Autorregistros.  
Informes del esposo.

## 2.3. Explicación del programa

Tomando como punto de partida los signos y síntomas manifestados en la historia clínica y en las diferentes escalas y cuestionarios que previamente le fueron aplicados, se le explicó, a lo largo de dos entrevistas consecutivas, los siguientes aspectos del programa:

1. Posibles relaciones existentes entre sus pensamientos, afectos y comportamiento depresivo. Las explicaciones estaban sostenidas en ejemplos tomados de las manifestaciones comportamentales de la paciente, después de haber sido cuidadosamente seleccionadas para estos propósitos. La eficacia y verosimilitud de las explicaciones ganó mucho con este modo de proceder. Se le pidió a la paciente, entre la primera y segunda entrevista, que seleccionara otros hechos de su conducta que también pudieran explicarse según el modelo establecido.
2. Se aislaron las cuatro áreas comportamentales, que parecían estar más afectadas por la enfermedad depresiva: los desórdenes cognitivos, la inhibición motora, el comportamiento fóbico y las conductas de evitación social. Sobre ellas, la paciente tendría que trabajar tal y como se especificará más adelante. Se le invitó a que hiciese preguntas sobre este parti-

---

\* No se modificaron significativamente después del tratamiento. Los resultados obtenidos en las otras escalas, si se modificaron significativamente con el tratamiento, siendo indicativos de depresión los datos hallados en la evaluación pre-terapéutica.

cular, tratando de confirmar la posibilidad de si los paradigmas que se le habían explicado le ayudaban o no a conceptualizar mejor y más fácilmente su propia conducta.

3. Durante otra entrevista, se la entrenó a reorganizar en forma de hipótesis bien formuladas, las explicaciones que le fueron ofrecidas por el terapeuta. La cliente debería cuestionar y observar su conducta, tanto como le fuera posible, de modo que evaluara: *a)* si aquella se ajustaba o no, a las explicaciones que se le ofrecieron, y *b)* si las hipótesis que el terapeuta construyó con dichas explicaciones se verificaban o refutaban, mediante los datos auto-observados. Para ayudarle a llevar a término esas comprobaciones se la dotó de un cuestionario-registro, construido a propósito, para evaluar una de sus manifestaciones comportamentales sobre las que ya se había trabajado conjuntamente en la anterior entrevista. La cliente podía inspirarse en este instrumento, pero debería construir otros específicos para cada una de las áreas comportamentales antes señaladas. Aunque en este programa se trabajó con un paquete de técnicas integradas, sólo se expondrá aquí, de forma más detallada, las específicamente cognitivas. Las otras estrategias usadas sólo aparecen indicadas. Estas últimas además de ser más conocidas, se emplearon como procedimientos auxiliares, que, aunque convenientes y necesarios para una mayor eficacia del programa, no son específicamente estrategias anti-depresivas.

#### 2.4. Identificación, registro y modificación de los desórdenes cognitivos

##### a) *Construcción de un catálogo de desórdenes cognitivos*

La paciente recibió entrenamiento en auto-observación de forma que pudiese apresar y registrar los pensamientos, impresiones y conclusiones negativas que se le ocurriesen, siempre que, simultáneamente que sucedían aquéllas, cambiase su estado de ánimo.

A la semana la paciente trajo a la consulta dos catálogos de ocurrencias cognitivas que ella se había permitido diferenciar: *a)* ocurrencias espontáneas, y *b)* ocurrencias reactivas frente a determinadas situaciones.

Las primeras aparecían espontáneamente, aunque según pudo comprobarse más tarde, casi siempre vinculadas a ciertas imágenes o recuerdos.

Las segundas sucedían ante determinadas situaciones, eran de mayor duración e intensidad que las anteriores y se acompañaban siempre —en mayor o menor grado— de sentimientos disfóricos y síntomas somáticos. Unos y otros aparecían cuantificados por la paciente de 1 a 10, según su intensidad relativa. La utilidad de estos listados fue muy eficaz.

##### b) *Construcción de un autorregistro con las cogniciones reactivas observadas*

En el autorregistro que aparece a continuación la paciente fue anotando, inmediatamente después de observadas, las cogniciones reactivas.



TABLA 21.2

**Autoregistro de las cogniciones reactivas observadas**

Día y hora	Circunstancias previas	Situación en que aparecen	Ocurrencias cognitivas, afectos (A) y síntomas (S) suscitados. Intensidad de dad, de 1-10, entre paréntesis	Conclusiones
10-V 8,30	Desayunamos mi hija y yo deprimos.	Yendo hacia la parada del autobús con su hija pequeña.	<p>«¿Por qué tendrán que ir a clase tan temprano?»</p> <p>A) «¿Por qué tengo que separarme tan pronto de mi hija?»</p> <p>Y luego para que se case y no le sirva para nada lo que ha aprendido con tanto esfuerzo.</p> <p>A) Tristeza (6). Compasión (9).</p> <p>S) Inquietud (4). Zozobra (4). Opresión en el pecho (5). Pinchazos en la sien (6). Cansancio y dolor en las pantorrillas (5).</p>	<p>«Me detengo en la parada del bus. Me siento cada vez peor.</p> <p>(a) <i>Pienso que la vida es absurda.</i> (b) <i>Todos estos niños sufriendo un horario peor que el de los oficinistas sin que rerlo ni desearlo.</i></p> <p>(c) <i>Me preocupan todos los niños que veo a mi alrededor. Pienso que (d) soy extraña y anormal porque no soporto la mirada de estos niños inocentes.»</i></p>
10-V 8,45	Yendo hacia la parada del autobús.	Esperando en la parada del autobús que llevará a mi hija al colegio. Llega el autobús. Despedida de mi hija.	<p>B) «Mira que si el autobús tiene un accidente y muere mi hija y todas estas criaturitas.»</p> <p>A) Tristeza (8). Soledad (10). Pena (8). Me pongo a llorar como una tonata (10).</p> <p>S) Palpitaciones (7). Sudor frío (5). Temblores en las piernas (9). Sensación de que me voy a marear y perderé el conocimiento (9).</p>	<p>«Vuelvo a casa (e) Soy una inábil. Me siento en el sofá. Paso así una hora (f), incapaz de hacer nada. (g) No tengo solución. ¿Por qué me sucederá a mí todo esto? (h) <i>Jamás me pondré buena.</i> Decido acostarme. Permanezco en la cama hasta el mediodía sollozando con la cabeza oculta bajo las sábanas y sin querer ver a nadie, ni a mi misma» (i).</p>

En la tabla 21.2, los efectos y síntomas suscitados aparecen autoevaluados por la paciente según una intensidad variable de 1 a 10, que se recoge entre paréntesis, a continuación de cada síntoma. Estas evaluaciones sintomatológicas son específicas de la situación en que se suscitaron y no hacen referencia alguna a otras situaciones. En la tabla 21.2 se han subrayado aquellas cogniciones y/o «consecuencias lógicas» (inferencias) que parecieron más relevantes, desde el punto de vista cognitivo, en este paciente.

c) *Evaluación de la evidencia lógica de la proporcionalidad y de la eficacia explicativa de las cogniciones reactivas observadas*

En el anterior registro (en el apartado de «consecuencias»), la cliente fue anotando una rica información que no estaba programada para esa etapa y que era, sin embargo, de gran utilidad para proseguir con las estrategias modificadoras.

A consecuencia de esta incidencia nos decidimos por ampliar el registro de la tabla 21.2 con los apartados siguientes: «inevidencia lógica», «desproporcionalidad de las conclusiones» e «ineficacia explicativa de la cadena de cogniciones».

En la tabla 21.3 se ofrece un modelo del autorregistro, tal y como se diseñó después de la incorporación de los nuevos apartados. En la columna de «consecuencias» la paciente debía anotar las variaciones (sobre todo de intensidad) que se produjeran en las ocurrencias, afectos y síntomas una vez que había evaluado las tres condiciones anteriores.

d) *Entrenamiento en la identificación del set cognitivo y atributivo (de tipo negativo) y en la eficacia resultante de contraponer a éstas, otras alternativas explicativas de tipo bienadaptativo*

Con el material obtenido en el autorregistro de la tabla 21.3, se entrenó a la paciente para la identificación del set cognitivo que subyacía a aquellas concurrencias. El set se categorizó en un número limitado de formulaciones alternativas, una vez que se examinaron cuáles de ellas eran más frecuentes en esta paciente.

Las formulaciones inicialmente elegidas fueron las siguientes:

- I. Premisas «todo» o «nada».
- II. «Minimización de los aciertos» y «Magnificación de los desaciertos».
- III. «Anticipación de lo peor» y «expectativa desconfiada ante lo mejor».
- IV. «Debo y tengo que» y «no puedo... lo que debo».
- V. «Esto es bueno» o «esto es malo».
- VI. «No valgo» y «la culpa es únicamente mía».

Posteriormente la paciente descubrió otros modos en los que podían categorizarse sus ocurrencias ilógicas. El análisis de las verbalizaciones, argumentaciones y atribuciones registradas durante las entrevistas contribuyó a mostrar a la paciente los errores en que incurrió durante su proceso cognitivo.

De este modo se le sugirieron otras posibles interpretaciones y explicaciones alternativas, así como pensamientos terapéuticos, que siendo más

**TABLA 21.3**  
**Autoregistro de las cogniciones reactivas observadas**

<i>Día y hora</i>	<i>Circunstancias previas</i>	<i>Situaciones que aparecen</i>	<i>Ocurrencias cognitivas, afectivas y sintomáticas (1-10)</i>	<i>Inferencias y/o conclusiones</i>	<i>Evidencia lógica (1-10)</i>	<i>Desproporcionalidad de las conclusiones (1-10)</i>	<i>Ineficacia explicativa (1-10)</i>	<i>Consecuencias</i>
			A) B)	a) b) c) d) e) f) g) h) i) j)	7 9 9 1 6 0 7 3 2 1	7 6 8 0 6 0 9 4 2 1	6 8 10 0 7 0 10 1 3 0	Tristeza (4). Soledad (5). Compasión (6). Llanto (5). Inquietud (5). Opresión pecho (3). Pinchazos sien (1). Cansancio (2). Palpitaciones (7). Sudoración (0). Temblores (1). Mareo (0).

lógicos pudieran servirle para solucionar sus problemas y corregir su distorsión cognitiva.

Estas explicaciones fueron grabadas y se le pidió a la paciente que las estudiara en casa, de forma que le fuera útil para proponer otros repertorios de posibles explicaciones ante las nuevas ocurrencias que observara. Se le sugirió que comentase con su marido —que había recibido entrenamiento como coterapeuta— algunas de aquellas explicaciones, el valor de sus atribuciones y el modo de enfrentarse o reaccionar comportamentalmente ante los problemas que le parecían insolubles. El autorregistro de la tabla 21.2 fue modificado a partir de esta sesión como se indica en la tabla 21.3.

e) *Entrenamiento en detención y cambio del pensamiento y/o en sustitución de las cogniciones depresivas por cogniciones autogratificantes*

Se solicitó de la cliente un listado de pensamiento, imágenes, recuerdos y sucesos que le fueran gratificantes. Se la entrenó en relajación y en detención del pensamiento, mostrándole el modo en que podía sustituir sus cogniciones depresivas por otras (fundamentalmente a partir de las anteriores explicaciones alternativas bienadaptativas) y el modo en que, posteriormente, podía autoadministrarse las recompensas cognitivas de acuerdo con un catálogo de refuerzos cognitivos, antes elaborado. Para la construcción de ese catálogo se solicitó a la paciente un listado de situaciones reales, en las que ella triunfó socialmente. Se le pidió que las ordenara según sus preferencias y que tratase de «revivirse» de la forma más pormenorizada y autogratificante en esas escenas.

La hoja de autorregistro fue modificada, como aparece en la tabla 21.4. En las consecuencias se hizo constar, sin mucho éxito, la eficacia diferencial resultante de estos procedimientos según se emplearan, aisladamente o de forma integrada.

f) *Entrenamiento en anticipación de lo mejor y en la reatribución-consolidación de las nuevas cogniciones*

Con la ayuda de la relajación se le entrenó en que anticipase la mejor solución y/o conclusión ante las ocurrencias de sus problemas insolubles. Se le enseñó a focalizar el presente y el futuro, asociándolos a expectativas anticipatorias de lo mejor. De este modo se le dotó de un procedimiento alternativo con el que hacer frente (mediante la sustitución, por ejemplo), a las cogniciones de tipo negativo que, vinculadas al pasado, pudieran surgir espontánea o reactivamente. De este modo, su conducta de aproximación a los mismos, resultaba optimizada a la vez que mejoraban las expectativas.

Naturalmente estas estrategias se emplearon únicamente para resolver problemas que eran solubles y en cuya solución la cliente comenzaba a tener cierta experiencia. De lo contrario —de ser los problemas insolubles—, probablemente con este modo de proceder, se hubieran incrementado la frustración, la ansiedad y las cogniciones de tipo depresógeno.

Para generalizar y consolidar el aprendizaje reatribucional se le entrenó en la resolución de problemas más complejos que los anteriores y

TABLA 21.4.

**Autoregistro de las cogniciones reactivas observadas**

Día y hora	Circunstancias previas	Situaciones en que aparecen	Ocurrencias cognitivas, afectivas y sintomas (1-10)	Inferencias y/o conclusiones	Identificación del set cognitivo	Otras alternativas explicativas y terapéuticas	Consecuencias (eficacia resultante de las explicaciones anteriores)
			A) III B) III	a) b) c) d) e) f) g) h) i) j)	VI I, III, V I, III II, IV VI, IV VI, IV III y I III y I I y III I, III y VI	«Que sienta esto no significa que la vida sea absurda».	Tristeza (2). Soledad (3). Comprensión (1). Lloros (3). Inquietud (5). Oprisión (3). Pinchazos (3). Cansancio (4). Palpitaciones (7). Sudoración (0). Temblores (0). Mareo (0).
b)	«Tal vez ellos no lo vean como yo.» «A los niños les gusta mucho la actividad.» «Probablemente a algunos les divierta la llegada de este momento.» «Si no fueran al colegio, probablemente, se aburrirían, y/o alborotarían en casa.»						
c)	«Si no fueran al colegio, serían analfabetos.» «Nadie tiene la obligación (ni por supuesto la capacidad) para llevar todos los problemas de este mundo sobre sus espaldas.» «No hay que pensar que uno es imprescindible.»						
d)	«Mi sensibilidad hace que sea más vulnerable.» «Ser más sensible no es nada anormal ni extraño.»						

TABLA 21.4 (cont.)

- e) «Estoy llevando a la niña a su autobús. Esto es de alguna utilidad. Alguien tendría que hacerlo. En esto, al menos, no soy inútil.»
- f) «Estoy siendo capaz de acompañar a mi hija al autobús.»
- g) «Todavía no he puesto todos los medios.»  
«Realizando el programa que me propuso el terapeuta, probablemente consiga resolver mis problemas.»  
«A otras personas le sucedía igual y ya lo han superado.»
- h) «Eso ni yo lo sé.»  
«Habitualmente unas veces me siento peor y otras mejor.»  
«Desde que he empezado el programa me voy encontrando mejor.»  
«Pensaré que enseñada me pondré buena.»
- i) «Cuando recibo visitas me encuentro mejor.»  
«Voy a concentrarme en las cosas buenas que también tengo.»  
«Voy a recordar los momentos más felices de mi vida.»  
«Trataré de imaginarme a mí misma charlando de temas agradables con las personas que más me aprecian.»
- j) «Aunque un día se case, lo que hoy aprenda continuará siéndole útil.»  
«A los niños les cuesta menos esfuerzo aprender que a los adultos.»  
«Puede ocurrir que mi hija se case y sin embargo, trabaje; o que no se case y quiera trabajar.»

TABLA 21.5  
 Autorregistro de las cogniciones reactivas observadas

Día y hora	Circunstancias previas	Situaciones en que aparecen	Ocurrencias cognitivas, afectos y sintomas (1-10)	Inferencias y/o conclusiones	Identificación del set cognitivo	Procedimientos empleados	Consecuencias
			A) III B) III	a) b) c) d) e) f) g) h) i) j)	VI I, III, V I, III II, IV VI, IV VI, IV III, I III, I I, III I, III, VI	a) Otras explicaciones. b) Detención y sustitución del pensamiento. c) Refuerzo. a)+b) b)+c) a)+c)	(Eficacia diferencial de los procedimientos empleados.)

ante los cuales su vulnerabilidad era también mayor. El planteamiento del problema era la señal para la inmediata puesta en marcha de procesos re-atribucionales sin permitir que el enjambre de cogniciones negativas llegara a producirse.

g) *Entrenamiento en detección de señales y monitorización de la terapia cognitiva*

Se la entrenó en la detección precoz de las situaciones en que aparecían las ocurrencias cognitivas y en la auto-observación de los síntomas somáticos y reacciones disfóricas acompañantes. Todos estos elementos constituyeron un bloque que actuaba como única señal que una vez detectada debía disparar la puesta en marcha de la terapia cognitiva. El autorregistro quedó simplificado, como aparece en la tabla 21.6, sirviéndose de él durante los meses de seguimiento terapéutico y postterapéutico.

TABLA 21.6

**Autorregistro durante el seguimiento terapéutico y postterapéutico**

<i>Detección de señales</i>	<i>Auto-intervención y/o monitorización de la terapia cognitiva (procedimientos empleados)</i>	<i>Consecuencias</i>

La monitorización de la terapia cognitiva fue conseguida y el proceso terapéutico consolidado. Durante el seguimiento —de seis meses de duración—, no se pudo registrar ninguna recaída (ni atribucional ni de sintomatología depresiva). La historia comportamental, las informaciones apuntadas por el marido, y los autoinformes y autorregistros de la paciente, confirmaron la eficacia de los resultados terapéuticos logrados. Las puntuaciones obtenidas en las escalas de evaluación de la ansiedad y de la depresión, verificaron también la validez terapéutica de las estrategias.

Lo mismo sucede respecto de los datos obtenidos durante el post-tratamiento con los otros procedimientos empleados para la evaluación diagnóstica en este programa. Se omite, a propósito, en esta colaboración muchos de estos detalles para no alargar innecesariamente esta publicación.

## 2.5. Otros procedimientos auxiliares empleados

Líneas atrás se ha señalado el procedimiento seguido en este caso con la terapia de intervención cognitiva, como era el propósito de esta



colaboración. Sin embargo, en este programa modificador se emplearon algunas técnicas auxiliares, para ayudar al cambio de otras alteraciones comportamentales.

Resumo a continuación algunas de las estrategias usadas y el área conductual en que se emplearon.

a) *Modificación de la inhibición motora*

1. Construcción de un catálogo jerarquizado de posibles actividades reforzantes, que pudieran ser autoadministradas por la cliente, a partir de los datos obtenidos a través de cuestionarios y entrevistas.

2. Construcción de un catálogo de actividades ordenadas en función del mayor o menor coste energético (subjetivo) del paciente.

3. Entrenamiento en relajación, simultáneamente que se pedía a la paciente que tratara de imaginarse realizando esa actividad concreta sin ningún esfuerzo. Propuesta por el terapeuta de actividades reforzantes al final de cada actividad entrenada. El grado de dificultad (subjetiva) de la tarea entrenada era proporcional al poder gratificante del refuerzo usado, según el catálogo jerarquizado antes construido.

4. Ejecución en vivo, en presencia del terapeuta, de la actividad antes entrenada. En esta etapa la paciente se autoadministraba el refuerzo que previamente se había fijado.

5. Repetición, en su casa, de las actividades entrenadas por la paciente. Registro de las tareas realizadas y de las posibles incidencias. Avance progresivo de esas actividades según la programación realizada.

b) *Tratamiento del comportamiento fóbico*

En este caso, se procedió en dos etapas, según un método tradicional de desensibilización. Inicialmente se usó la desensibilización encubierta; luego, la desensibilización en vivo.

El terapeuta se decidió a emplear esta estrategia después de comprobar en la historia conductual de la paciente las relaciones existentes entre las fobias y las cogniciones depresógenas.

Cuando se intensificaban espontáneamente (?) las segundas, remitían la intensidad y el número de los contenidos fóbicos. Cuando se inició el tratamiento, las ocurrencias cognitivas y las manifestaciones depresivas eran los síntomas más relevantes; las fobias eran muy restringidas y de poca intensidad en esa etapa. Pero la paciente aseguraba que, cuando mejoraba de su depresión, empeoraba de sus fobias. Como el programa de TC se centró desde el principio en el tratamiento de la depresión, se consideró oportuno emplear la desensibilización como una técnica auxiliar, para evitar que, la posible aparición posterior de las fobias —una vez que habían mejorado las manifestaciones depresivas— no condicionase la recaída de la paciente en otro cuadro depresivo.

c) *Modificación de las conductas de evitación social*

Se diseñó un programa de entrenamiento asertivo con la ayuda del marido como coterapeuta y de grabaciones en video de los sesiones de

entrenamiento, que la paciente visualizaba y analizaba posteriormente en casa. Los objetivos que se cumplieron fueron los siguientes.

1. Extinción de las *RR* de interacción social de tipo depresivo, mediante el *feedback* informativo procedente del material grabado.
2. Entrenamiento para desdramatizar las respuestas espontáneas de interacción social.
3. Moldeamiento y ampliación del repertorio de habilidades sociales.
4. Aumento de la autoestima y de la tasa de conductas sociales en la que la paciente toma la iniciativa.

El modelo explicativo que se le ofreció, aparece en la figura 21.1.

Las ocurrencias y síntomas depresivos condicionaban la emisión, por parte de la paciente, de *RR* de interacción social de tipo depresivo. La paciente se experimentaba como la *persona causadora* de las conductas de los demás. Las personas que la rodeaban, respondían a esta interacción de forma alternativa: *a*) consolando y gratificando las *RR* depresivas de la paciente (reforzándolas), o/y *b*) distanciándose y rehusando encontrarse con ella (conducta de evitación). Ambos tipos de *RR* suscitaban consecuencias negativas para la paciente, por cuanto que por uno u otro procedimiento se contribuía a perpetuar su comportamiento depresivo. En esta situación la paciente se experimentaba como la *persona sufridora*, de las consecuencias negativas derivadas de las conductas de los demás. Se había formado así un perfecto y viciado círculo que era necesario romper. Por eso se eligió comenzar, después de explicárselo a la paciente, por la extinción de las *RR* de interacción social de tipo depresivo.

### 3. DISCUSION Y CONCLUSIONES

En el modo de proceder del ejemplo anterior se han integrado estrategias cognitivas y estrategias comportamentales. Esta decisión responde a las dos razones siguientes: *a*) que el diseño terapéutico se hizo en función de la paciente y de sus demandas asistenciales, y *b*) que es sabida la mayor eficacia terapéutica resultante en algunos casos, cuando se integran ambos procedimientos.

Al replegarse el autor a lo que entendió era más conveniente para la paciente, dejó fuera de foco la evaluación de la eficacia terapéutica de las estrategias cognitivas tomadas aisladamente. Algo había que sacrificar y, en este caso, esto fue lo renunciado. Sin embargo, parece muy conveniente que este punto —indicaciones y eficacia comparativa de unas y otras estrategias— se dilucide en futuras investigaciones.

En la actualidad, un importante sector bibliográfico reconoce mayor eficacia terapéutica a las estrategias cognitivas que a las comportamentales. Sin embargo, la polémica sigue en pie. Resumo a continuación algunas de las razones apuntadas sobre este particular.

1. Se critica el escaso rigor metodológico de las investigaciones publicadas sobre los resultados terapéuticos obtenidos a través de las estrategias comportamentales. Los autores enfatizan las cuestiones siguien-

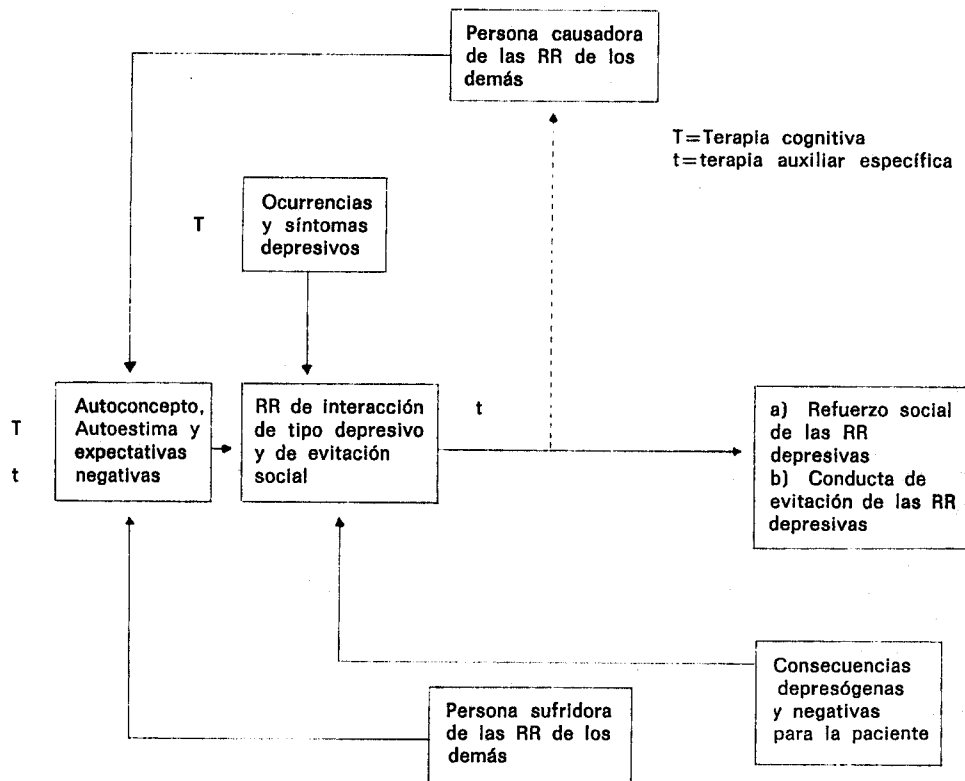


FIG. 21.1. Modelo explicativo del mantenimiento de las RR de interacción y de evitación social en una paciente depresiva (comentarios en el texto).

tes: poca precisión diagnóstica (SHIPLEY y cols., 1973), evaluaciones pre y postterapéutica insuficientes (LEWINSOHN y cols., 1969 *a*), grado de severidad no especificado (LEWINSOHN y cols., 1969 *b*), seguimiento post-terapéutico asistemático, muestra inapropiada en los experimentos realizados (grupos de estudiantes, inexistencia de un grupo control con pacientes en lista de espera, etc.). Muchas de ellas, sin embargo, tampoco han sido controladas en los diseños en que se ha trabajado con estrategias cognitivas.

2. Se reconoce, en cambio, algunas ventajas metodológicas al empleo de la terapia comportamental como :la utilidad de la observación comportamental en el hogar, la importancia de focalizar la conducta social en relación con el diagnóstico, la precisión obtenida al diseñar escalas específicas para cada paciente, la eficacia de los entrenamientos en habilidades de interacción social, etc.

3. Algunos (TAYLOR y cols., 1977) reconocen que los resultados obtenidos tras la integración de ambas estrategias en un solo paquete terapéutico son superiores al empleo independiente de cada una de ellas.

4. En cualquier caso, la terapia cognitiva puede ser la estrategia de elección en aquellas depresiones reactivas en que los síntomas de tipo

cognitivo son preponderantes (lo que se detecta mejor con la escala de BECK que con la de HAMILTON, pues esta última enfatiza más los síntomas depresivos somáticos) y en aquellos pacientes con deseos suicidas, que no aciertan a comprender y controlar.

Las estrategias comportamentales están más indicadas en las depresiones reactivas que por su severidad o inhibición conducen al paciente a la inactividad. La programación de actividades en las que el cliente se compromete y obtiene ciertos refuerzos, representa una buena estrategia para el abordaje terapéutico inicial.

Gracias a estas tareas el paciente puede experimentar una modesta gratificación y la vuelta, a través de ella, a confiar en su propia valía. En este punto, la articulación con las estrategias cognitivas puede ser la vía natural en que el programa se lleve adelante. No se olvide que la TC dota al paciente con otros procedimientos alternativos para construir (interpretar, configurar o explicar) nuevas habilidades cognitivas, con las que procurarse una conducta más adaptada. Pero la TC modifica muy difícilmente los síntomas más somatizados de la enfermedad depresiva, síntomas que, en función de su severidad, pueden no sólo dificultar, sino incluso hacer inviable, la utilización de la TC. He aquí otra razón más para trabajar con ambas técnicas simultánea o sucesivamente.

5. Por último, cada modelo de depresión —y, en consecuencia, cada una de las estrategias terapéuticas derivadas de ellos—, constituye un modo de explicación alternativo que siempre es incompleto, no sólo para un determinado tipo de enfermedad depresiva sino también para cada enfermo depresivo concreto.

Por consiguiente, no parece que pueda juzgarse como improcedente —al menos en todos los casos— la convergencia de todos estos procedimientos —farmacológicos y psicológicos— dentro de un programa terapéutico integrado. En esos casos, la selección de los pacientes debe ser lo más rigurosa posible. Proceder así, no obstante, no invalida —antes bien lo aconseja explícitamente— la necesidad de comparar la eficacia terapéutica derivada del uso de fármacos y de estrategias de intervención psicológica. No se olvide que el modelo catecolamínico de la depresión resulta más eficaz que el modelo cognitivo a la hora de explicar los signos y síntomas depresivos no cognitivos. En última instancia, mientras que no conozcamos mejor el modo de acción de cada una de estas intervenciones, la elección del procedimiento terapéutico debe estar fundamentada en los resultados empíricos demostrados y en los datos diagnósticos que resulten de la evaluación del paciente, y no tanto en el mayor o menor atractivo que puedan tener, para el terapeuta, unos u otros modelos. También aquí, la asistencia y eficacia rehabilitadora del paciente constituyen un criterio prioritario.

#### BIBLIOGRAFIA

- ANDREASEN, N. J. C., y PFOHL, B.: «Linguistic analysis of speech in affective disorders», en *Arch. Gen. Psychiatry*, 1976, 33, 1361-1367.
- ARNOLD, M. B.: *Feelings and Emotions* (ed.), Academic, Nueva York, 1970.
- AVERILL, J. R.: «Personal Control over Aversive Stimuli and its Relation-ship to Stress», en *Psychological Bulletin*, 1973, 80, 286-303.

- BECK, A. T.: «Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions», en *Arch. Gen. Psychiatry*, 1963, 9, 324-333.
- *Depresión: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*, Nueva York, Hoeber, 1967.
- «Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy», en *Behav. Ther.*, 1970, 1, 184-200.
- *Depression: Clinical, Experimental, and theoretical Aspects*, Hoeber, Nueva York. (Republished as *Depression: Causes and Treatment*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1972.
- *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, International Universities Press, Nueva York, 1976.
- BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F., y EMERY, C.: *Cognitive Therapy of Depression: A treatment Manual*, University of Pennsylvania, Philadelphia, 1978.
- BECK, A. T., y KOVACS, M.: «Cognitive-affective processes in depression», en *Emotions in Personality and Psychopathology*, C. E. Izard, Ed., Plenum Press, Nueva York, 1979.
- BROADBENT, D. E.: «Cognitive psychology: introduction», en *Br. Med. Bull.*, 1971, 27, 191-194.
- COVIN, L.; LIPMAN, R. S.; DEROGATIS, L. R. y cols.: «Drugs and group psychotherapy in neurotic depression», en *Am. J. Psychiatry*, 1974, 131, 191-198.
- DEMONBREUN, B. G., y CRAIGHEAD, W. E.: «Distortion of perception and recall of positive and neutral feedback in depression», en *Cognitive Ther. Res.*, 1977, 1, 311-329.
- DE VELLIS, R. F.; McEVoy, B., y McCauley, C.: «Vicarious Acquisition of Learned Helplessness», en *Journal of Personality and Social Psychology*, 1978, 36, 8, 894-899.
- DILLING, C., y RABIN, A.: «Temporal experience in depressive states and schizophrenia», en *J. Consult. Psychol.*, 1967, 31, 606-608.
- ELLIS, A.: *Reason and Emotions in Psychotherapy*, Nueva York, Lyle Stuart, 1962.
- ELLIS, A., y GRJEGER, R. (eds.): *Handbook of rational Emotive Theory and Practice*, Springer Publishing Co., Nueva York, 1977.
- FALMAGNE, R. J.: *Reasoning: Representation and Process*, Erlbaum, Hillsdale, Nueva Jersey, 1975.
- HAMMEN, C. L., y KRANTZ, S.: «Effect of success and failure en depressive cognitions», en *J. Abnormal Psychol.*, 1976, 85, 577-586.
- HANAWAY, T. P., y BARLOW, D. H.: «Prolonged depressive behaviors in a recently blinded deaf mute: a behavioral treatment», en *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1975, 6, 43-48.
- HERSEN, H.; EISLER, R. M.; ALFORD, G. S., y cols.: «Effects of token economy on neurotic depression: an experimental analysis», en *Behavior Therapy*, 1973, 4, 392-397.
- HOMME, L. E.: «Perspectives in psychology: XXIV, Control of coverants, the operants of the mind.», en *Psychological Record.*, 1965, 15, 501-511.
- IZARD, C. E.: *Patterns of Emotions*, Academic, Nueva York, 1972.
- KANFER, P. H., y KAROLY, P.: «Self-control: a behavioristic excursion into the lion's den.», en *Behavior Therapy*, 1972, 3, 398-416.
- KLEIN, D. F., y GITTELMAN-KLEIN, R. (eds.): *Progress in Psychiatric Drug Treatment*, vol. 20, Brunner/Mazel, Nueva York, 1976.
- KOVACS, M.: «Treating depressive disorders: the efficacy of behavior and cognitive therapies», en *Behavior Modification*, 1979, 3, 496-517.
- LEEPER, R. W.: «The motivational and perceptual properties of emotions as indicating their fundamental character and role», en *Feelings and Emotions*, Edited by Arnold, M. B., Academic Press, Nueva York, 1970.
- LEWINSOHN, P. M.: «A behavioral approach to depression, in the Psychology of depression», en *Contemporary Theory and Research*, Edited by Friedman, R. J., Kartz, M. M., John Wiley y Sons, Nueva York, 1974.
- LEWINSOHN, P. M.; ATWOOD, G. E.: «Depression: a clinical-research approach», en *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1969, 6, 166-171.
- LEWINSOHN, P. M., y SHAW, D. A.: «Feedback about interpersonal behavior as an agent of behavior change: a case study in the treatment of depression», en *Psychother Psychosom.*, 1969, 17, 82-88.
- LEWINSOHN, P. M., y LIBET, J.: «Pleasant events, activity schedules, and depression», en *J. Abnorm. Psychol.*, 1972, 79, 291-295.
- LISHMAN, W. A.: «Selective factors in memory, Part 2: Affective disorders», en *Psychol. Med.*, 1972, 2, 248-253.
- LOVELESS, E. J., y BRODY, H. M.: «The cognitive base of psychotherapy», en *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1974, 11, 133-137.
- LUDWIG, L. D.: «Elation-depression and skill as determinants of desire for excitement», en *Journal of Personality*, 1975, 43, 1-22.
- LLOYD, G. G., y LISHMAN, W. A.: «Effect of depression on the speed of recall of pleasant and unpleasant experiences», en *Psychol. Med.*, 1975, 5, 175-180.
- MAHONEY, M. J.: «Reflections on the cognitive-learning trend in psychoterapy», en *Am. Psychol.*, 1977, 32, 5-13.

- McLEAN, P. D.: «Therapeutic decision-making in the behavioral treatment of depression», en *Behavioral Management of Anxiety, Depression and Pain*, Edited by Davidson, P. O., Brunner/Mazel, Nueva York, 1976.
- McLEAN, P. D., y HAKSTIAN, A. R.: «Clinical depression: comparative efficacy of outpatient treatments», en *J. Consult Clin. Psychol.*, 1979, 47, 818-836.
- McLEAN, P. D.; OGSTON, K., GRAUER, L.: «A behavioral approach to the treatment of depression», en *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1973, 4, 323-330.
- MELGES, F. T., y BOWLBY, J.: «Types of hopelessness in psychopathological process», en *Arch. Gen. Psychiatry*, 1969, 20, 690-699.
- MISCHEL, W.; EBBESEN, E. B., y ZEISS, A. R.: «Selective attention to the self: Situational and dispositional determinants», en *Journal of Personality and Social Psychology*, 1973, 27, 129-142.
- NEISSER, U.: *Cognitive Psychology*, Appleton-Century-Crofts, Nueva York, 1967.
- NELSON, R. E., y CRAIGHEAD, W. E.: «Selective recall of positive and negative feedback, self-control behaviors, and depression», en *J. Abnorm. Psychol.*, 1977, 86, 379-388.
- PETERS, R. S.: *The education of the emotions, in Feelings and Emotions*, M. B. Arnold, Ed., Academic, Nueva York, 1970.
- POLAINO-LORENTE, A.: «Ecología familiar depresiva e inducción de la depresión» (texto no publicado), Madrid, 1980.
- «Evaluación de la depresión», en FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R., y CARROBLES, J. A. (directores): *Evaluación conductal*, Ed. Pirámide, Madrid, 1981, 454-488.
- *Depresión, actualización psicológica de un problema clínico*, Ed. Alhambra, Madrid, 1982 (en prensa).
- REHM, L. P., y KORNBILTH, S. J.: «Behavior therapy for depression: a review of recent developments», en *Progress in Behavior Modification*, Edited by Hersen, M.; Eisler, R. M.; Miller, P. M., Academic Press, Nueva York, 1979.
- REY, A. C.; SILBER, E.; SAVARD, R. J., y POST, R. M.: *Thinking and language in depression*; paper presented at the meeting of the American Psychiatric Association, Toronto, Canadá, mayo, 1977.
- RIZLEY, R. C.: *The perception of causality in depression: An attributional analysis of two cognitive theories of depression*, unpublished doctoral dissertation, Yale University, 1976.
- SHAW, B. F.: «Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression», en *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1977, 45, 543-551.
- SHIPLEY, C. R., y FAZIO, A. F.: «Pilot study of a treatment for psychological depression», en *J. Abnorm. Psychol.*, 1973, 82, 372-376.
- TAYLOR, F. G., y MARSHALL, W. L.: «Experimental analysis of a cognitive behavioral therapy for depression», en *Cognitive Therapy and Research*, 1977, 1, 59-72.
- VELTEN, E. Jr.: «A laboratory Task for Induction of Mood States», en *Behavior Research and Therapy*, 1968, 6, 473-782.
- WEISSMAN, M. M.; PRUSOFF, B. A.; DiMASCIO, A., y cols.: «The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes», en *Am. J. Psychiatry*, 1979, 136, 555-558.