

5. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Díaz, Torres y cols. (2006) señalan que la relación entre el médico y el paciente deprimido son factores claves para la recuperación o mantenimiento del trastorno. Comentan que un gran porcentaje de los pacientes deprimidos, necesitan algo más que una terapia farmacológica, necesitan ser escuchados, atendidos, comprendidos y tomados en cuenta. Con base en esto, a continuación se describen los principales tratamientos psicológicos utilizados en el tratamiento de la depresión.

5.1 Definiciones de psicoterapia

Es en este apartado donde abarcaremos los tratamientos psicológicos. Para empezar con sus descripciones, conviene primero estudiar las definiciones de psicoterapia que se encuentran hoy en día en la literatura.

Para Kielholz (1983) la psicoterapia es un diálogo entre dos o más personas de forma verbal. Según el autor, se necesita una relación de confianza entre ambos para reducir e ir eliminando las manifestaciones, para la mejora de la adaptación social y para la elevación de la autoestima.

Rojas (2005) por su parte, dice que la psicoterapia *“es el modo como se va consiguiendo que otra persona sea más madura y equilibrada, esté más en la realidad y sea capaz de desarrollarse integralmente. Así, la psicoterapia tiene una serie de pasos sucesivos. Trata de ayudar al paciente en sus comienzos a comprenderse mejor a sí mismo, a asumir su vida superando las heridas del pasado y a ir madurando en las distintas vertientes de su personalidad”*.

Garza, (2004) señala que la psicoterapia es el tratamiento de los trastornos emocionales, conductuales o psiquiátricos. Este tratamiento se hace a través del análisis de algún problema o situación específica. Es el tratamiento de los trastornos

mentales que un terapeuta entrenado aplica al paciente a través de una serie de conversaciones e interacciones. Este tratamiento de los trastornos es a nivel emocional, conductual y de la personalidad, implica el estudio verbal y no verbal de la comunicación y es complementario de la farmacoterapia.

Para Cameron (2005), la psicoterapia abarca un amplio campo de tratamiento cuya característica común es tratar las enfermedades psicogénicas por medio de métodos psicológicos, más que mediante medicinas u otros procedimientos somáticos.

Gold (1988) por su parte, explica que innegablemente algunas personas se benefician con ciertas terapias. Aún así no se sabe a ciencia cierta qué porcentaje de pacientes mejora en general. Según este autor, el diagnóstico del paciente, las metas y la estrategia de la terapia, la duración de ésta y la determinación del éxito, varían de un terapeuta a otro.

La psicoterapia en todas sus formas ha sido usada para el tratamiento de los trastornos afectivos y se ha creado mucha discusión acerca del valor del cómo aborda el problema y los resultados. Generalmente parece que las psicoterapias son tan efectivas como la medicación, en la mayoría de las depresiones excepto en las severas. La psicoterapia puede también ser efectiva sí se combina con antidepresivos (Strange, 1992).

Las recomendaciones de las guías clínicas para la psicoterapia son bastante claras (Depresión Guideline Panel, 1993). Cuando se selecciona una psicoterapia como tratamiento exclusivo, la guía establece que:

“La psicoterapia debería ser de tiempo limitado, estar centrada en problemas actuales y tener como objetivo resolver las manifestaciones clínicas más que modificar la personalidad. Dado que no se ha demostrado que todos los tipos de psicoterapia sean igualmente eficaces para la depresión mayor, si se escoge uno de ellos como tratamiento exclusivo, debería haber sido estudiado en ensayos controlados y aleatorizados” (Weissman, 2002).

El tratamiento exitoso y duradero de la depresión involucra el reconocer abiertamente su existencia. Del mismo modo, implica resolver los conflictos que producen la depresión, los conflictos de la vida interior o de las circunstancias externas (Chave-Jones, 1990).

Actualmente existen dos instrumentos principalmente utilizados en el diagnóstico de la depresión: el inventario de Beck, y la Escala de Hamilton. Estos dos tienen metodologías distintas, la escala de Hamilton es una entrevista y el inventario de Beck, es un cuestionario autoaplicado (Katz, Shaw, et al., 1995, citado por Pérez y García, 2001). Ambos se encuentran mas adelante como apéndices de este trabajo.

Muchas teorías se han interesado en el estudio de los tratamientos que pueden ayudar en un caso de depresión, las más utilizadas son terapia psicoanalítica, terapia interpersonal, terapia de grupo, entrenamiento en autocontrol de la depresión y terapia cognitivo conductual. Ahora bien, a continuación se describen los principios y estrategias de cada una de ellas.

5.2 Psicoanálisis

Este tratamiento intenta no sólo mejorar los signos y síntomas, sino a toda la persona de manera integral. Se enfoca a las experiencias previas tratando de comprender los conflictos actuales revisando en perspectiva el pasado del paciente. Se analizan las figuras de la infancia y la relación con ellas, particularmente con los padres, para resolver conflictos pasados, si es que todavía están perturbando el presente. Este tratamiento intenta superar los patrones de conducta destructivos (Garza, 2004).

El psicoanálisis explica la depresión desde su teoría del psiquismo, la cual se fundamenta en la existencia del inconsciente, el cual, determinaría la vida de la persona sin que ésta se perciba de ello. La depresión desde el psicoanálisis se presenta como el

resultado de la agresividad introyectada, la pérdida de objeto y el fracaso ante el narcisismo (Huerta, 1999).

Freud (1917) sugiere que el retiro del amor, aprobación o apoyo por parte de uno de los padres o su sustituto paternal en un periodo importante del desarrollo predispone al individuo a la depresión (Arietti, 1990).

Según el psicoanálisis, las personas depresivas son en especial vulnerables a cualquier cosa que destruya o amenace seriamente la satisfacción de sus necesidades de dependencia profunda y a todo lo que empequeñezca su sentido de autoestima. Entre los factores precipitantes los más comunes son:

1. Pérdida de amor o de apoyo emocional.
2. Fracasos personales o económicos.
3. Responsabilidades nuevas o la amenaza de nuevas responsabilidades.

Así, el paciente reaccionará ante tales factores con una regresión parcial. Ésta reactivará conflictos infantiles, actitudes y defensa del ego infantil y un superego arcaico (Cameron, 2005).

En los tipos psicoanalíticos de terapia, el paciente habla y se relaciona en total intimidad con un profesional adiestrado. El terapeuta escucha y observa con empatía, ayudando, lenta y apropiadamente a que el paciente comprenda pensamientos, sentimientos, ideas y actos según patrones inconscientes que se enraízan en el pasado. “La psicoterapia agrega penetración al daño. Al acentuar su conciencia intelectual y emocional, de sí mismo, el individuo puede liberarse de esas garras del pasado inconsciente y establecer patrones nuevos más sanos y adaptables. De este modo la persona sometida a la terapia abandona sus antiguos modos de conducta para aprender otros nuevos (Gold, 1988).

5.3 Terapia interpersonal

Esta terapia fue desarrollada en 1980 por los investigadores Gerald Klerman y Myrna Weissman. Esta terapia sostiene que cualquier área con problemas interpersonales puede acarrear a la depresión y debe ser tratada. Algunas de las áreas en las que se trabaja son: pérdida interpersonal, disputa de roles interpersonales, transición de roles interpersonales y déficits interpersonales (Klerman y Weissman, 1992, Klerman et al, 1984, citado por Comer, 2001).

El psiquiatra Gerald Klerman y la epidemióloga Myrna Weissman descubrieron que una terapia de breve duración, para cuidar a los pacientes a identificarse y resolver sus problemas inmediatos con otras personas en su propio medio, podría ayudar a la recuperación de la depresión en sí. Elaboraron una serie de técnicas y, en 1979, publicaron un manual de procedimientos para terapeutas. A pesar del tiempo tan breve que lleva en la práctica, la terapia interpersonal se presenta tan favorable como la cognitiva en los estudios de eficacia (Gold, 1988). La terapia interpersonal se considera útil para personas deprimidas que estén luchando contra conflictos sociales o que estén experimentando cambios en sus roles sociales (APA, 1993, citado por Comer, 2001).

Según la terapia interpersonal, la depresión puede estar originada por diferentes factores. Sin embargo, cobran una importancia especial los problemas interpersonales entre los cuales se encuentran, la pérdida de una persona querida, conflictos y discusiones con los demás, cambios en el papel social, cambios en el estado civil, cambios de residencia, cambios de trabajo entre otros o bien, dificultades para relacionarse con los demás (Hernangómez, 2000).

Esta terapia se basa en la propuesta de que los acontecimientos vitales dolorosos afectan al estado de ánimo y viceversa. Al entender la relación entre el estado de ánimo depresivo y los problemas cotidianos, el paciente puede mejorar su situación y su papel en la vida (Markowitz, 2002). Se aplica con frecuencia cuando la depresión se debe a una situación cotidiana de vida, como la muerte de un ser querido. Se le llama intervención en crisis y se enfoca en el estudio y solución de los problemas

que existen entre el paciente y su situación de vida. El terapeuta ayudará a restablecer el balance vital a través de modificaciones de la conducta del paciente (Garza, 2004).

El terapeuta interpersonal ayuda a determinar la naturaleza del problema y se dedica a buscar soluciones. Con mucha frecuencia los problemas interpersonales entrañan transiciones o disputas de roles. Las transiciones que coexisten con la depresión son del matrimonio a la soltería, de la soltería al matrimonio, de la casa con los hijos al nido vacío, etcétera. Las disputas de roles suelen referirse a las expectativas divergentes de las relaciones entre amantes, esposos y familiares. Las personas con depresión no logran cambiar la naturaleza de la relación (Gold, 1988).

El terapeuta interpersonal trata a ambas personas involucradas en disputas de roles, los ayuda a comunicarse y a enseñarle a ver las cosas realmente como son. La terapia interpersonal también ayuda a la persona aislada que carece de la autoestima y la habilidad social necesarias para establecer una relación con otra persona (Ibid).

La terapia interpersonal para el tratamiento de un trastorno depresivo se desarrolla en tres fases: la inicial o diagnóstica, de la primera a la tercera sesión; la intermedia o focalizada, de la cuarta a la décima sesión, y la final o concluyente, de la onceava a la doceava sesión. Por supuesto, el número de sesiones correspondientes a cada fase es sólo aproximado (Heerlein, 2002), Pérez y García (2001) señalan que esta terapia está estructurada por fases y objetivos, que según los autores, tienen una duración aproximada de 16 sesiones, programadas semanalmente. En un inicio se pueden dar dos sesiones por semana hasta reducir las consultas a una sesión por semana.

En la fase inicial, se valora al paciente, dándole información acerca de su trastorno y del enfoque del tratamiento, y además, se concreta el problema interpersonal por el cual se llevará a cabo la terapia. En la fase intermedia se continúa profundizando en la comprensión de la relación entre la depresión y los cambios en las relaciones y se desarrollan estrategias para superarlo o crear alternativas de comportamiento ante el problema. En la fase final o de terminación es cuando se

trabajan los sentimientos que surgen ante la despedida, se resume lo que se ha aprendido y lo que queda por delante (Hernangómez, 2000).

La terapia se da en menos de 25 sesiones, tanto por razones económicas, como porque generalmente en este tiempo ya se han alcanzado gran cantidad de los cambios que suponía alcanzar. Se dice que aproximadamente la mitad de los pacientes en la octava sesión muestran ya una mejoría significativa (Bergin, Garfield, 1994).

En la mayoría de los casos, en el plazo de 25 sesiones o bien, seis meses se consiguen resultados óptimos, o bien, para los pacientes mas difíciles la mejoría se ve a mas tardar en un año de sesiones semanales (Bergin, Garfield, 1994).

Según Schramm (1998) en este corto periodo no se alcanzan todos y cada uno de los cambios perseguidos, pero si se puede iniciar con gran éxito un proceso en el cual el paciente logrará cambios ya sea solo o con ayuda de sesiones de mantenimiento. Asimismo esta autora, explica que la actitud abierta de los autores de la terapia interpersonal hace que la terapia sea flexible y semiestructurada. Esto permite al psicoterapeuta guiarse por las necesidades individuales de cada paciente, así como por su disponibilidad a los cambios. De esta forma, el psicoterapeuta ya no se regirá por alguna directriz de otras escuelas preescritas. En general, la terapia interpersonal se caracteriza menos por determinadas técnicas que por pasos específicos de intervención. Sin embargo, no persigue el *status* de una escuela de terapia propia, centrada en sí misma.

Algunas técnicas utilizadas en la terapia interpersonal se agrupan en siete grupos, dentro de las cuales encontramos: técnicas exploratorias, propensión de los afectos, clasificación, análisis comunicacional, uso de la relación terapéutica, modificación de la conducta y técnicas auxiliares como, por ejemplo, el contrato (Diéguez y cols, 2001).

Duración	Psicoterapia breve de 12 a 25 sesiones únicas semanales
Indicación	Pacientes ambulatorios con depresión mayor
Aplicación	Con medicación antidepresiva o sin ella
Foco terapéutico	Problemas interpersonales actuales conectados con el episodio depresivo
Fundamentos	Principalmente basados en resultados empíricos sobre la aparición y la persistencia de las depresiones
Adscripción	A ninguna escuela de psicoterapia
Perspectiva etiológica	Multifactorial
Rol del terapeuta	Activo, de apoyo, poniéndose del lado del paciente, basándose en un manual terapéutico, eficaz según datos empíricos.

(Figura 5: Tomado de Schramm 1998. Pp.7)

5.4 Terapia de grupo

Se cree que el término psicoterapia de grupo se debería aplicar únicamente al tratamiento en grupo basado principalmente en el método psicoanalítico, esto implicaría el análisis de la resistencia y la transferencia. Sin embargo, la terapia de grupo es breve y no se utiliza con el fin de “reconstruir la personalidad del paciente” (Lubin, citado por Weiner, 1992). Las características especiales de las intervenciones de la psicoterapia grupal la convierten en una técnica muy efectiva en los trastornos afectivos (Stain, citado por Paykel, 1985).

Según Solomon y cols. (1972) existen diversos tipos de terapia grupal, entre los cuales se encuentran:

- Terapia grupal evocativa: en la cual se estimula la expresión espontánea de los sentimientos de los pacientes en una atmósfera de aceptación y esfuerzos hacia el entendimiento de dichos sentimientos.
- Terapia grupal directiva: son grupos en los cuales el guía afirma su autoridad especialmente como experto en los temas a tratar. Se pueden dar consejos y ordenes. Se trata de que el guía sea el punto central de la atención del grupo.
- Terapia grupal didáctica: son grupos en los cuales se intenta educar a los pacientes con conocimientos acerca de sus problemas y de lo que se sabe acerca de su tratamiento. Dentro de estos grupos están las clases que se dan dentro de un hospital a pacientes internados.

La terapia de grupo busca una mejoría rápida en la personalidad y conducta de los miembros mediante interacciones entre ellos. Los criterios para considerar un éxito dentro de la terapia de grupo son prácticamente los mismos que se aplican para la terapia individual. Entre los cuales encontramos, alivio de la angustia, aumento de la dignidad de la personalidad, autocognición y mejoría en la conducta y relaciones sociales (ibid).

La psicoterapia de grupo puede tener diversas características. El tipo de grupo más frecuente es el de autoayuda, al que el paciente acude para compartir sentimientos y experiencias con otras personas. Se espera provocar una atmósfera de apoyo que aporte soluciones. Es útil para la gente aislada y que desgraciadamente no tiene especial afición por compartir sus sentimientos (Garza, 2004).

En la terapia grupal, el terapeuta alienta las interacciones y las discusiones libres, que son el núcleo de la psicoterapia. La utilización de la terapia de grupo supone la creación de unas relaciones en el interior del grupo y, por tanto, de un tipo especial de transferencia, y afecta a la naturaleza de las comunicaciones, en el sentido de permitir al terapeuta y a los integrantes del grupo a hacer frente exitosamente a las resistencias al tratamiento (Stain, citado por Paykel, 1985).

Un punto importante dentro de la terapia de grupo es que la dignidad del paciente aumenta cuando se convierte en un donador y receptor de ayuda. A menudo se proporcionan autocogniciones valiosas y verdaderas de un paciente a otro. El altruismo es altamente fomentado dentro de este tipo de terapia y en medio de la atmósfera de ayuda, el paciente se convierte y experimenta también el papel de terapeuta (Solomon, Vernon 1972).

5.5 Autocontrol de la depresión

Éstas son técnicas que entrenan al individuo para que pueda funcionar como su propio terapeuta y con ello lo capacitan para resolver, independientemente de los psicoterapeutas profesionales, problemas y situaciones de la vida que no son demasiado graves ni complicados (Navarro, 1990). Según Goldfried y Merbaum (1973 citados por Navarro, 1990), el autocontrol puede considerarse un proceso mediante el cual el individuo se convierte en el principal agente para guiar, dirigir y regular aquellas características de su propia conducta que muy probablemente lo conduzcan a las consecuencias positivas que desea.

Rehm desarrolló un modelo que hace énfasis en la capacidad de una persona para el logro de metas a través de tres procesos secuenciales: automonitoreo, autoevaluación y autorreforzamiento. Este autor plantea que las personas deprimidas demuestran déficit en cada uno de estos procesos de autocontrol (Aguado y cols., 2005).

El autocontrol de la depresión es un proceso estructurado y de tiempo limitado. Dentro del modelo de Rehm se han introducido estrategias que aseguran la consecución inicial de metas mediante una técnica denominada “práctica positivamente predispuesta” que tiene un impacto importante en la expectativa de autoeficacia de la persona (Aguado y cols., 2005).

Ahora bien, un estudio realizado por Elkin y cols. (1989, citados por González, y cols, 2007), en España concluye que las terapias más útiles para el tratamiento de la depresión, son la conductual, la cognitiva y la interpersonal. Según este estudio, estas terapias han mostrado una eficacia al menos igual o superior a la medicación antidepresiva con medicamentos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Sin embargo, se dice que la superioridad de las mismas sobre el tratamiento farmacológico, se debe a que son más eficaces en la prevención de las recaídas y más efectivas al incrementar la calidad global de la vida de la persona.

5.6 Terapia cognitivo conductual

Para la perspectiva cognitiva, la depresión se considera un trastorno del pensamiento más que un trastorno del estado de ánimo. En ella se consideran importantes para la etiología, el mantenimiento y la recuperación de la depresión, los procesos y estilos cognitivos (Requera, citado por Jarne, Talarn, 2000).

La terapia cognitivo conductual implica la utilización de estrategias específicas. Todas, apoyadas empíricamente y centradas en el procesamiento de la información y del comportamiento (Sanderson, McGinn, 2002).

Por su parte, Alloy, Riskind, Manos (2005) explican que en la depresión se incluyen muchos cambios, tanto emocionales y motivacionales como cognitivos y físicos. La teoría cognitiva se basa en la forma en que la gente piensa tanto de sí mismos como de su mundo y de su futuro, esto se conoce dentro de la terapia cognitivo conductual como triada cognitiva y de la cual hablaré más adelante.

Según Bolio (1990), la terapia cognitiva se puede definir como el conjunto de enfoques destinados a aliviar la angustia psicológica a través de la corrección de falsas concepciones y autoseñales.

La terapia cognitiva trata de cambiar los pensamientos negativos a través de una serie de técnicas. Existe evidencia que el pensar negativamente altera la química cerebral y, en consecuencia, la conducta del paciente. La terapia cognitiva tiende a invitar al paciente a que lleve a cabo tareas específicas entre una sesión y otra, que incluye por ejemplo, escribir los pensamientos y los sentimientos perturbadores, con el fin de poder romper las distorsiones. La terapia cognitiva con frecuencia se combina con la terapia conductual (Garza, 2004).

Los pensamientos, sensaciones y acciones se alimentan los unos de los otros y empeoran la vida, confirmando las certezas del depresivo. Pero la percepción depresiva del mundo no es en sí la conducta, lo que la persona depresiva ve es el resultado del defectuoso procesamiento de la información que es sintomático de la depresión (Gold, 1988).

Los terapeutas cognitivos se dedican a corregir el modo de pensar negativo de sus pacientes. Los ayudan a identificar sus suposiciones falsas y los sentimientos y conductas resultantes. Luego trabajan con los pacientes para reemplazar las distorsiones mentales con un criterio más que librado que les permita funcionar, lograr éxito, sentirse confiados y tener fe (ibid).

Beck por su parte, describe las características de la depresión de la siguiente manera: *“El instinto de conservación y los instintos maternales parecen desaparecer. Los impulsos biológicos básicos como el hambre y el impulso sexual se extinguen. El sueño, alivio de todas las calamidades se frustra. Los instintos sociales como la atracción hacia la demás gente, el amor y el afecto, se evaporan. El principio del placer y el principio de la realidad que son las metas para intensificar el placer y disminuir el dolor, se invierten. No sólo se sofoca la capacidad para gozar, sino que las víctimas de*

esta extraña enfermedad parecen ser empujadas a comportarse en formas que intensifican su sufrimiento” (Beck, 1974, Pág.3-4, citado por Sarason y Sarason, 1975, Pág. 280).

Ahora bien, Beck (1979,1983), propuso que las personas propensas a la depresión poseen unos esquemas negativos acerca de sí mismos, de su entorno y de su futuro. A esto se le denomina “triada cognitiva”. Esta forma negativa de pensar dirige su percepción, su interpretación y su recuerdo de las experiencias personalmente relevantes. Como consecuencia se da una interpretación de su mundo que esta negativamente sesgada y finalmente se da el desarrollo de síntomas depresivos (Sanderson, McGinn, 2002).

La terapia cognitiva utiliza una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales con el objeto de delimitar y reevaluar las falsas creencias del paciente que provocan desadaptación. El método, tal y como lo propuso Beck en 1979 (citado por Bolio 1990), consiste en: *“... experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) negativos automáticos, (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, (3) examinar la evidencia a 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”.*

Como lo explica Beck, (citado por Díaz-Ordaz, 2007), dentro del procesamiento de la información en los deprimidos, existen distorsiones cognitivas, entre las cuales se encuentran:

- **Inferencia o deducción arbitraria:** la persona saca conclusiones a pesar de no tener evidencias que comprueben esa idea.
- **Visión restringida:** la persona únicamente ve lo que se adapta a su actitud o estado mental. Se empeña en creer que todo lo que ve es como él lo ve y no

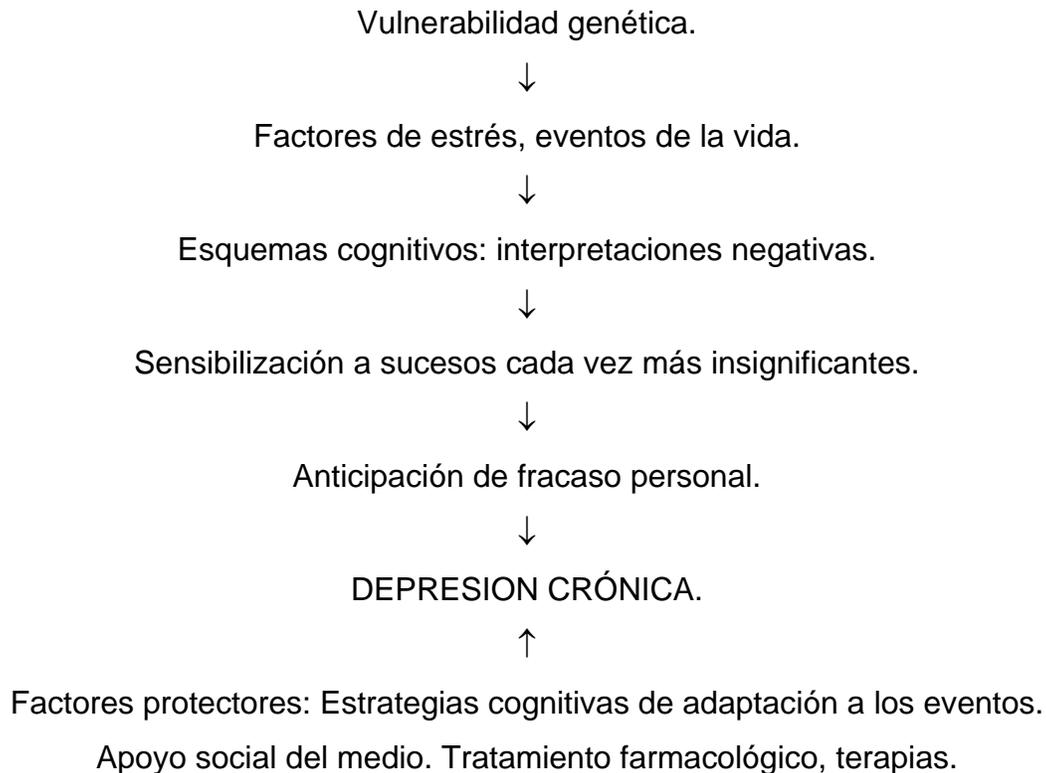
acepta diferentes puntos de vista.

- **Abstracción selectiva:** la persona toma información de un hecho fuera de contexto para llegar a una conclusión errónea.
- **Sobregeneralización:** la persona toma todo como absoluto. Su pensamiento es absolutista.
- **Pensamiento polarizado:** la persona cree que únicamente existen dos opciones y son opuestas. O todo o nada.
- **Catastrofización:** afirmaciones catastróficas, exagerar negativamente las cosas.
- **Personalización:** la persona se atribuye a si mismo comentarios o eventos externos sin que haya evidencia acerca de ello.
- **Adivinación del pensamiento:** la persona cree saber lo que los demás piensan sin ninguna prueba ni apoyo verbal.
- **Explicaciones prejuiciosas:** asumir, juzgar sin evidencias claras.
- **Rotulación negativa:** asignación de etiquetas negativas.

Estas distorsiones cognoscitivas, son errores que la gente deprimida comete al sacar conclusiones a partir de su experiencia. Dichas distorsiones cognoscitivas atribuyen la aplicación de reglas ilógicas (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979; Beck y Weishaar, 1989, citado por Halgin y Krauss, 2005). Estos autores afirman que al usar estas reglas la persona atribuye significados negativos a eventos pasados y presentes y, por lo tanto, la conduce a expectativas tristes con respecto al futuro. Se dice que muchas veces la persona deprimida ni siquiera esta consciente de tener estos pensamientos debido a que se han convertido en una característica constante en su experiencia.

Tanto estos sesgos sistemáticos, como la triada cognitiva, producen las alteraciones en el procesamiento de la información que se presentan en una persona deprimida (Roca, 2007).

Dentro de la terapia cognitivo-conductual se observa un esquema cognitivo para la depresión el cual se presenta a continuación:



(Figura 6: En esta figura se observa el modelo cognitivo para la depresión, en el cual se especifica que en una depresión intervienen diferentes factores, desde la vulnerabilidad genética, el estrés, interpretaciones negativas de los sucesos, sensibilización a sucesos cada vez más insignificantes y anticipación al fracaso personal. Y bien, para tratarla existen estrategias cognitivas de adaptación a los eventos, apoyo social, tratamientos farmacológicos y terapias. Tomado de Cottraux, 2001, citado por Díaz Ordaz, 2007).

La terapia cognitivo conductual se basa por un lado en la influencia del ambiente y la puesta en marcha de comportamientos en función del par estímulo-respuesta y, por otro, en la existencia de ideas que condicionan la percepción de las cosas que tenemos las personas. En el caso particular de la depresión, la indefensión aprendida y los juicios negativos y apriorísticos sobre la realidad producirán el cuadro clínico (Huerta, 1999).

La siguiente tabla muestra las diferencias entre el estado normal y el estado de una persona deprimida:

Ítems	Estado normal	Estado deprimido
<p>Estímulos</p> <p>Objeto amado Actividades favoritas Nuevas oportunidades Humorismo Estímulos nuevos Abuso</p>	<p>Afecto Placer Entusiasmo Diversión Curiosidad Cólera</p>	<p>Respuesta</p> <p>Indiferencia Aburrimiento Indiferencia Abatimiento Falta de interés Autocrítica</p>
<p>Meta o impulso</p> <p>Gratificación Bienestar Conservación de uno mismo Logros</p>	<p>Placer Cuidado de uno mismo Supervivencia Éxito</p>	<p>Dirección</p> <p>Evasión Descuido de uno mismo Suicidio Retraimiento</p>
<p>Pensamiento</p> <p>Sobre uno mismo Sobre el futuro Sobre el ambiente</p>	<p>Realista Esperanzado Realista</p>	<p>Evaluación</p> <p>Menosprecio de uno mismo Desesperanzado Abrumador</p>
<p>Actividades biológicas o fisiológicas</p> <p>Apetito Sexualidad Sueño Energía</p>	<p>Hambre espontánea Deseo espontáneo Descansado Espontánea</p>	<p>Síntoma</p> <p>Falta de apetito Falta de deseo Alterado Fatigado</p>

Figura 7: Se muestran algunos de los cambios que tienen lugar cuando una persona se deprime (Beck, 1974, Pág. 5, citado por Sarason y Sarason, Pág. 281)

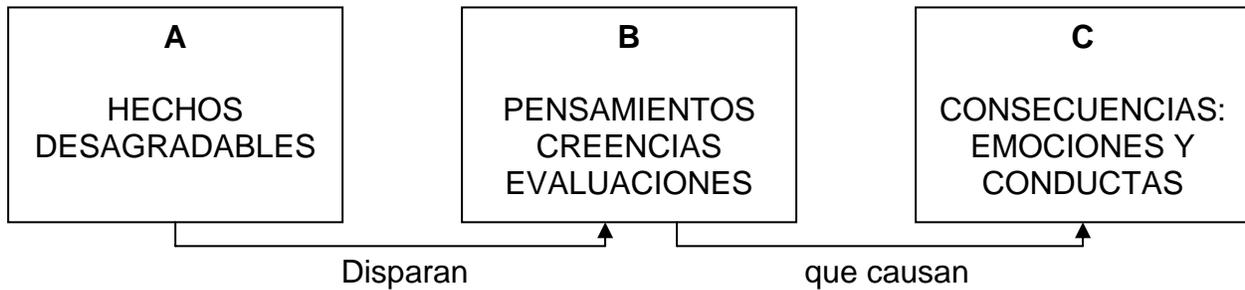
Siguiendo esta línea, algunas de las principales técnicas cognitivas para desafiar pensamientos automáticos distorsionados serían (Caro, 2005):

- **Ofrecer psicoeducación directa:** ofrecer información concreta y que contradiga los pensamientos negativos-
- **Definir los términos** (análisis semánticos): por ejemplo, preguntarle al paciente cómo definiría fracaso o éxito.

- **Descenso vertical:** Hacer preguntas a partir de las propias respuestas del paciente.
- **Reducción al absurdo:** Llevar al paciente hasta un punto donde parezca absurda su manera negativa de pensar.
- **Mantener un registro diario:** hacer que el paciente lleve un registro de conductas y acontecimientos que confirmen o no un pensamiento.
- **Negación de los problemas:** Hacer que los pacientes hagan una lista de por qué una situación no es un problema, más que las razones por las que es un problema.
- **Retribución:** hacer que se consideren otras causas en determinada situación o bien, poder reatribuir responsabilidades en determinada situación.
- **Actuar “como si”:** juego de roles y después situaciones reales, hacer que el paciente actúe como si no creyera en sus pensamientos negativos.
- **Comprobar predicciones:** hacer que el paciente haga una lista de predicciones específicas para la próxima semana y haga un seguimiento de los resultados.
- **Luchar contra la sobregeneralización:** Preguntar al paciente: ¿Solo porque X ha ocurrido, significa que es inevitable que suceda?

Ahora bien, Albert Ellis, otro reconocido autor dentro de esta corriente creó un modelo, conocido como “Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC)”. Según este modelo, existen una serie de sucesos activadores (A) como experiencias o actividades con las que la persona tiene problemas. Asimismo, la persona mantiene una serie de creencias (B) acerca de dichos acontecimientos. Estas creencias suelen llevar consigo ciertas consecuencias (C). En este modelo cobra mucha importancia el punto B, las creencias. Ellis explica que cuando las creencias son irracionales (iB) las consecuencias son inapropiadas (iC), y surge por ejemplo una depresión (Sánchez, 2002).

El modelo gráficamente se representa así:



Este modelo considera las creencias racionales como “aquellas cogniciones, ideas y filosofías que ayudan y alientan al logro de las metas básicas o más importantes” mientras que las creencias irracionales son aquellas ideas, cogniciones y filosofías que bloquean el logro de las metas básicas mas importantes” (Ellis, 1988, citado por Sánchez, 2002).

Según Ellis: *“Los seres humanos están biológica y socialmente inducidos a un proceso de pensamiento ilógico en el punto B (creencias) del esquema de la TREC. Los humanos se perturban por razones biológicas y sociales o ambientales, porque están natural y fácilmente predisuestas a pensar negligentemente, sentir inapropiadamente y comportarse disfuncionalmente en relación a sus propias metas y valores (Ellis, 1980, citado por Sanchez, 2002). Los seres humanos aprenden probablemente con facilidad esas creencias irracionales y las retienen rígidamente porque nacemos con una fuerte tendencia a pensar irracionalmente. Incluso en el caso de que todos los humanos se educaran de una forma totalmente racional, la terapia racional emotiva supone que algunos, tomarían sus patrones aprendidos y sus preferencias racionales y los intensificaran de forma irracional, convirtiéndolos en demandas absolutistas sobre ellos mismos, los otros y sobre el universo en el que viven”* (Ellis, 1988, citado por Sánchez, 2002. Pág. 74.).

A continuación se describen las principales ideas irracionales según Ellis (1962, citado por Caro, 2006):

1. Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad.
2. Para considerarse a si mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.
3. Las personas malvadas e infames deben ser seriamente culpabilizadas y castigadas por su maldad.
4. Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
5. La desgracia humana se origina por causas y externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones.
6. Si algo es o puede ser peligroso o temible se deberá sentir terriblemente inquieto por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
7. Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
8. Se debe depender de los demás y se necesita alguien mas fuerte en quien confiar.
9. La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual y algo que ocurrió alguna vez, le conmocionó y debe seguir afectándole indefinidamente.
10. Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.
11. Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos y si esta solución no se encuentra sobreviene la catástrofe.

La meta de este modelo es lograr el D y E, los cuales se refieren a la disputa de creencias y a las nuevas filosofías efectivas, nuevas conductas y emociones, respectivamente. En terapia, el primer paso es explicarle al paciente lo que significa el ABC y las metas a las que se intentan llegar. Algunas de las tareas o actividades que se realizan en este tipo de terapia son:

- **Escribir ensayos racionales.** En esta se trata de pedirle al paciente que desarrolle un ensayo con los argumentos que se le han dado en terapia para que logre “aterrizarlos” y ponerlos en práctica.
- **Técnica de la evidencia ante el jurado.** “Metáfora de un juicio”. En esta se trata de hacer que el criminal sea la idea irracional. El abogado defensor es el que elabora justificaciones para la idea irracional. El fiscal será quien defienda la parte racional. Así el juez dictaminará la sentencia de decir que pesa más, la parte racional o la irracional.
- **Ejercicios de “atacar la vergüenza”.** Se utiliza mucho con personas que le tienen miedo al ridículo, se trata de exponer al paciente a situaciones que le parecen vergonzosas para que logre ver que no pasa nada.
- **Ejercicios de toma de riesgos.** Aquí se trata de ayudar al paciente a vencer sus miedos.
- **Métodos en imaginación.** Ayudar al paciente a que imagine las consecuencias buenas o malas de una determinada situación.
- **Empleo de claves auditivas, olfativas, etcétera.** Es decir, dejarle tareas donde le pidamos que con algunos olores o sonidos logre relacionar pensamientos racionales y no irracionales.

En la terapia cognitiva, el terapeuta intenta convencer al paciente de que modifique sus opiniones acerca de los sucesos y acerca también de él mismo. El especialista también indica que tome nota de sus “monologos internos”, e identifique todos aquellos patrones de pensamiento que parezcan contribuir a su depresión. Luego se le enseña a examinar sus creencias negativas, a comprender como le impiden realizar suposiciones más realistas y positivas e interpretar de manera más sensata los sucesos adversos (Davison, Neale, 1983).

En general, en la terapia cognitiva el tratamiento intenta enseñar al paciente a identificar, examinar y sustituir los pensamientos distorsionados por otros más realistas y así modificar las actitudes negativas que lo predisponen a interpretar sus experiencias

de un modo depresivo. Asimismo, el terapeuta deja tareas para casa para que el paciente trabaje en lo que ha aprendido en terapia (Hernangómez, 2000).

La terapia cognitiva es un procedimiento altamente estructurado, que se da entre 15 y 20 sesiones incluyendo las sesiones de continuación y terminación, siendo 12 las sesiones básicas. Se concibe como un enfoque psicoeducativo diseñado para modificar tanto cogniciones como conductas (Pérez, García, 2001).