

Terapia Cognitiva y Depresión

Sara Baringoltz (*)

“Los hombre no se perturban
por causa de las cosas,
sino por la interpretación
que de ellas hacen.”

Epicteto

Desde su aparición en los años sesenta, la teoría y terapia cognitiva de Aarón Beck se ha convertido en uno de los enfoques más aceptados para el tratamiento de la depresión.

Cientos de estudios empíricos han testeado las hipótesis derivadas de la teoría cognitiva (Hagga, Dyck y Ernst, 1991) y múltiples investigaciones han evaluado los resultados clínicos (Dobson, 1989).

El primer desarrollo del modelo cognitivo y terapia de la depresión aparece en **Depression**, 1967. La obra siguiente fue **Cognitive Therapy and the Emotional Disorders**, 1976. **Cognitive Therapy of Depression** se publica en 1979, siendo traducida al español como *Terapia Cognitiva de la Depresión*.

La depresión es un estado complejo que transita con variedad de grados de severidad, cursos variables, manifestando diversidad sintomática y caracterizado por una alta reactividad a circunstancias de la vida actual. Una multiplicidad de factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan en la patogénesis de la depresión.

La investigación muestra diferencias vinculadas al genero en esta patología, ya que aparece en aproximadamente el doble de mujeres que de hombres (Kessler et. al. 1994; Beaudet, 1996). Respecto a la edad, los indicadores muestran prevalencia en adultos jóvenes (25 a 44 años). Factores biológicos vinculados a desregulaciones neuroquímicas (Shelton, Hollon, Purdon & Loosen, 1991) así como reducción de actividad en regiones del cerebro, especialmente cortex prefrontal (George et. al., 1995), se relacionan con la patogénesis de la depresión. También existe considerable evidencia de vulnerabilidad genética en la depresión unipolar que interactúa con experiencias de vida estresantes. El modelo cognitivo de la depresión reconoce los múltiples determinantes ya citados: biológicos, psicológicos y sociales.

A. Beck reconocido psicoanalista de Filadelfia presentó la primer versión del modelo cognitivo en 1963-1964 en dos artículos que aparecieron en los **Archives of General Psychiatry**. Beck plantea que los “pensamientos negativos” que ya habían sido reconocidos como un rasgo sintomático de la depresión, jugaban un rol central en el trastorno.

La terapia cognitiva aparece en la década de los 60 y 70 como un puente entre conductismo y psicoanálisis, siendo la palabra “cognición” la protagonista del cambio. Los movimientos conductistas consideraron en su evolución la importancia de “la caja negra”, reconociendo la necesidad de acceder a la misma a través de los procesamientos

cognitivos; así surge el grupo cognitivo-comportamental. Por otro lado, representantes del psicoanálisis reconocen la importancia de conceptualizaciones y herramientas que permiten acceder a la investigación y a resultados terapéuticos más eficaces; de esta manera aparecen psicoanalistas que devienen cognitivos o que integran este enfoque a su background. La llamada “revolución cognitiva” con su espíritu interdisciplinario e integrador, no es ajena a la aparición de la Terapia cognitiva.

Se plantea que la terapia cognitiva ha nutrido el movimiento hacia la integración en psicoterapia (Arnkoff y Glass, 1992).

Modelo Cognitivo de la depresión (A. Beck)

Ha surgido de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales. Se postulan tres conceptualizaciones para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

- a. Tríada cognitiva,
- b. Esquemas y
- c. Errores en el procesamiento de información.

a. Tríada cognitiva

Implica tres patrones en la visión idiosincrática del individuo: de sí mismo, su futuro y sus experiencias:

1. Visión negativa acerca de sí mismo. El paciente tiende a subestimarse y se critica con autoatribuciones negativas.
2. Interpretación negativa de sus experiencias. Tiene una visión del mundo caracterizada por obstáculos insuperables y demandas exageradas. Se siente derrotado y frustrado.
3. Visión negativa acerca del futuro. Anticipa que sus dificultades y sufrimientos actuales continuarán indefinidamente.

Los síntomas del trastorno depresivo estarían ligados en gran medida a patrones del pensamiento. Por ejemplo, la poca fuerza de voluntad se correlaciona con la ideación pesimista; la dependencia de otros se correlaciona con su baja autoestima y la idea de que los otros son más competentes.

Juan - 55 años

Juan es derivado a consulta psicológica y psiquiátrica por su cardiólogo que considera que su cuadro médico (infarto hace 1 año) está controlado, pero su estado anímico es claramente depresivo.

Se presenta en la primer entrevista un hombre con aspecto abatido, parece tener más edad y su voz es apagada y angustiosa.

*“Me mandó el Dr. X. Hace un año tuve un infarto y desde entonces **no sirvo para nada**. En realidad **dejé de servir antes**, porque seis meses antes me despidieron del trabajo, **era contador**. (Terapeuta: ¿Por qué era contador?). Porque ya no lo soy. Dijeron por reducción de personal, pero **yo creo que ya no les servía**, gente más joven busca trabajo. Como si fuera poco, la indemnización me la llevó el corralito y después el infarto. **Estoy acabado, no tengo futuro.**”*

Podemos observar en esta viñeta clínica la tríada cognitiva con claridad: la autoevaluación negativa crítica, la visión de la experiencia vivida como demoledora y la falta de esperanza sobre el futuro.

b. Esquemas

Este concepto explica porqué mantiene el paciente depresivo actitudes que lo hacen sufrir y son contraproducentes en contra de evidencias de factores positivos en su vida.

Las situaciones están compuestas por un amplio conjunto de estímulos. Los individuos atienden selectivamente a estímulos específicos, los combinan y conceptualizan las situaciones. Es lo que llamamos el sesgo de cada uno, determinada consistencia en la respuesta. El término ESQUEMA designa a ciertos patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. Los esquemas determinan el como un individuo estructura distintas experiencias. Puede un esquema permanecer inactivo durante un largo tiempo y ser activado en situaciones específicas. En las depresiones más leves, el paciente mantiene cierta objetividad al contemplar sus pensamientos negativos. En las depresiones más graves, el pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, repetitivas, y puede encontrar difícil concentrarse en otros estímulos externos (trabajo, deportes, relación familiar, etc.)

*“Antes yo **era el soporte de mi familia**, mi mujer es maestra, nunca ganó mucho, pero ahora **ella es mi soporte**. Yo **era el empleado perfecto**, 25 años en la misma empresa, ahora **soy el perfecto inútil**. Tengo 2 hijos, un varón de 27 y una mujer de 25, siempre fui el padre dedicado, ahora **soy el padre fracasado**. Creí que era el marido, padre, empleado genial, **en realidad soy un pobre tipo fracasado que no puede enfrentar estos problemas. Pobre familia la mía, tener que aguantar el peso de una ruina humana.**”.*

Podemos inferir que el despido, el corralito y el infarto activaron en Juan esquemas adormecidos del tipo de:

Uno es perfecto y genial mientras es el soporte de la familia, está sano y mantiene el trabajo, pero...

...Situaciones de vida como: un infarto, ser despedido del trabajo, pérdida económica, etc., activan la aparición del “perfecto inútil”, “fracasado”, “ruina humana”.

d. Errores en el procesamiento de información

El paciente depresivo cree en la validez de sus conceptos depresivos que se manifiestan en errores sistemáticos.

- Inferencia arbitraria. Se llega a una conclusión en ausencia de la evidencia que la apoya.

“Cuando me despidieron por supuesta reducción de personal me hicieron una fiesta, me dieron un diploma por mi trabajo de 25 años, y una indemnización adecuada ¿Quién se lo cree? Se sacaron de encima al viejo, tenían razón, después la enfermedad, y aquí está el inútil”.

- Abstracción selectiva. Centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizando toda la experiencia en base a los fragmentos.

“Lo que me faltaba, ahora pierdo a mi hijo, el golpe final. El fin de semana vino a informarnos que consiguió un trabajo en Chile, así que se casa y se va. Sobre mojado, llovido. Un disgusto más”.

- Generalización excesiva. Elaborar una regla o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados, y aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

“Mi hija está perdida en la vida. A los 18 años no quiso seguir ninguna carrera. Yo le dije: Sólo estudiando vas a tener un futuro laboral. Pero ella, nada que ver, se dedica a bailar tango y recorre el mundo presentando su show y dando clases. Como no voy a sentirme frustrado, la perdí. Es igual a mi hermana que hace 30 años vive en España, ninguna profesión, soltera, una loca linda, no se hace problema por nada. Las dos son iguales, no tienen solución. Perdidas en el mundo”.

- Maximización y minimización. Distorsiones en la magnitud de una situación.

✓ Maximización:

“El infarto me dejó sin posibilidad de ser una persona normal; no puedo trabajar, no puedo hacer deportes, no puedo tener una vida social, no puedo viajar, no puedo, no puedo. (Terapeuta: ¿El cardiólogo le dijo que no podía hacer todo eso?). El cardiólogo dijo: Cuídese. El infarto es una luz roja, una vez avisa, otra concreta. Usted puede trabajar, es recomendable hacer actividad física, no se aísla. Pero cuídese.”

✓ Minimización:

“Mi mujer dice que yo agrando los problemas, que tengo antecedentes para trabajar, que ella trabaja, que nuestros hijos son grandes. No se da cuenta que con lo que ella gana no nos alcanza. Y con los hijos uno no cuenta, no ayudan nada ¿Qué voy a conseguir yo? ¿Cargar bolsas en el puerto?”

- Personalización. Tendencia a atribuir a si mismo fenómenos externos cuando no existe base firme para tal conexión.

“Se imagina yo contador y me agarra el corralito. De mi dependía a cuidar ese dinero, que idiota que soy, dejé que se lo llevaran. Arrastré a toda mi familia a una situación que no tuve capacidad para evitarla”.

- Pensamiento absolutista dicotómico. Clasifica las experiencias en categorías opuestas.

“Antes era un triunfador. Ahora soy un fracasado”.

“Era el sostén de la familia, ahora me tienen que sostener”.

“Todo me resulta difícil. Nada será igual”.

- Razonamiento emocional. Justificar la idea por la emoción.

“Si me siento tan deprimido, será porque ya no tengo salida”.

- Etiquetamiento

“Soy un fracasado, un inútil, un viejo, un enfermo”.

La **Teoría del Modelo Cognitivo** postula que las experiencias tempranas proporcionan la base para la construcción de esquemas como patrones que guían la visión sobre uno mismo, al mundo y el futuro. Las distorsiones cognitivas son el camino de acceso a esta visión y esquemas subyacentes.

Beck define la terapia cognitiva como un procedimiento activo, estructurado y colaborativo. Dos conceptos son clave en la terapia cognitiva: **Empirismo Colaborativo y Autoterapia ampliada.**

1) Empirismo Colaborativo

La terapia es concebida como una co-construcción respecto a los objetivos y métodos a emplear. Se espera del terapeuta una actitud activa basada en la aceptación, empatía y autenticidad.

“La relación terapéutica no es sólo un instrumento para el alivio del sufrimiento, sino un vehículo para arribar a determinados objetivos. Terapeuta y paciente conforman un equipo de investigadores que explora pensamientos, significados, sentimientos, deseos y conductas del paciente; este aporta datos brutos y el terapeuta guía sobre que datos recoger y cómo utilizarlos. Ambos actúan como detectives siguiendo una pista; se elaboran hipótesis y se diseñan experimentos o tareas para someterlas a evidencia empírica.” (Levy, 2007).

“-Vengo a esta consulta ya que me recomendaron mucho y mi esposa me insistió, y como última esperanza ¿Usted cree que puede hacer algo? ¿Tiene alguna solución para lo mío? La busco como salvavidas.

-(terapeuta) “Yo puedo tirarle un salvavidas pero necesito que usted lo agarre. Este es un tipo de terapia en la cual tenemos que trabajar los dos a la manera de un equipo: yo dispongo de los conocimientos para ayudarlo y de la motivación para hacerlo pero necesito que usted también participe activamente en el tiempo que estamos juntos y también fuera de esta hora.”

2) Autoterapia ampliada

Se anima al paciente a realizar tareas entre sesión y sesión como un componente integral y vital del tratamiento. Resulta más fácil conseguir que los cambios sean duraderos cuando el paciente participa activamente en experiencias fuera de la consulta. Además es más probable que continúe aplicando las distintas técnicas y habilidades que ha aprendido durante la terapia.

En un capítulo llamado “Hecho a medida”, (Wilner, 2007) dice: “El diseño de las tareas se deriva de la formulación del problema que motiva la consulta, y su propósito es obtener nueva información que posibilite la reorganización cognitiva del paciente. En este punto resulta indispensable que el terapeuta posea una cuidadosa conceptualización cognitiva que le permita implementar las tareas en la forma más conveniente que cada caso requiera.”

Una de las tareas prototípicas de la terapia cognitiva es la de Registros Escritos. Estos suelen ayudar a los pacientes a recordar situaciones relevantes de la semana que sin los mismos pueden pasar por alto o ser olvidados rápidamente. Estos registros pueden tener distintos formatos: autobiografía; registro de situaciones, emociones, cogniciones, conductas, etc.

La programación de actividades que resultan agradables y la de aquellas que incrementan sensaciones de dominio son muy útiles con pacientes depresivos.

Es importante que el terapeuta sea creativo en el diseño de estas tareas y sea hábil en el manejo del registro de las mismas en las sesiones.

A continuación, el registro del paciente de lo que él identificó como "situación agradable pero que no fue agradable"

"Usted me dijo que elija una situación agradable esta semana y la registre según me explicó la última sesión. Aquí se la traje."

Situación agradable	Emoción	Ideas	Conducta
Invité a mi hijo y su novia a almorzar el domingo a casa. Me avisaron que se casan. Él consiguió trabajo en Chile.	Tristeza. Desazón. Angustia	Otra pérdida! Es lo que me faltaba. Sobre mojado, llovido. El golpe de gracia, a tanta mala suerte.	Dejé de hablar en la mesa. Ganas de irme a la cama.

El terapeuta trabaja la sesión siguiente las múltiples distorsiones cognitivas que llevan a evaluar esta situación con una visión de los hechos totalmente negativa.

Se desarrollan durante la sesión otras alternativas en la visión de la situación. El terapeuta actúa como perturbador de creencias rígidas en el paciente.

Se llega a otras formas de ver la situación:

- Alivio por tener un hijo que se puede mantener solo y que progresa laboralmente.
- Satisfacción por el casamiento.
- Alguna influencia positiva habrá tenido sobre el hijo.
- Quedarse charlando sobre los proyectos de vida del hijo favorece el sentirse incluido en la familia, lo hace sentir mejor a él y a los demás.

Dada la inhibición total de Juan para buscar trabajo, vinculada a una autoevaluación muy negativa sobre sus posibilidades, se le plantea como tarea responder a avisos laborales y presentarse a entrevistas. Se le aclara que el fin terapéutico no es que consiga trabajo, sino que vaya adquiriendo seguridad a medida que transita la experiencia.

"Aquí le traigo el resultado. Fracaso absoluto. Esta semana concreté 3 entrevistas pero como era de esperar me fue muy mal ¿Quién va a tomar a un viejo, enfermo, inútil?"

-(terapeuta) Léame lo que escribió y cuénteme un poco más.

- 1ª entrevista: Me dijeron que el trabajo que ofrecían no era para mi perfil.

2ª entrevista: Me dijeron que me harían llegar la respuesta respecto a seguir como candidato o si quedaba afuera. Aún no tuve respuesta.

3ª entrevista: Me llamaron al día siguiente y me dijeron que soy uno de los dos candidatos y me citaron para la próxima semana.

-(terapeuta) ¿Y eso que significa para usted?

- Que estoy liquidado, cero posibilidades.

-(terapeuta) El experto en números es usted, pero para mi una posibilidad sobre dos es el 50%. Y el balance de las 3 entrevistas, una en la que le dicen que le van a contestar y la tercera en la que queda como finalista entre dos personas, no me da cero."

En la terapia cognitiva las intervenciones del terapeuta tienen una forma privilegiada: **Formular buenas preguntas**. Estas pueden tener diversos fines (Levy, 2007).

- Elicitar cogniciones asociadas con emociones displacenteras y conductas disfuncionales "¿Qué estaba pensando en ese momento?"
- Determinar el significado que el paciente le atribuye a una situación "¿Eso qué significa para usted?"
- Revisar la lógica de pensamientos y supuestos sometiéndolos a prueba de realidad "¿Cuál es la evidencia?"
- Buscar explicaciones alternativas "¿De qué otra manera se podría explicar?"
- Examinar consecuencias "¿Qué pierde con intentarlo?"
- Facilitar la toma de decisiones generando opciones y evaluándolas "¿Qué alternativas se le ocurren? ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de cada una?"

Desde los primeros aportes de Beck al tema de la depresión la terapia cognitiva ha recorrido un largo y fructífero camino vinculado a la investigación y a la clínica. Hoy en día conviven múltiples enfoques cognitivos que van desde programas estandarizados para trastornos específicos identificados por brevedad y normatización, hasta tratamientos pensados para cada persona, caracterizados por el privilegio de la relación terapéutica y de esquemas profundos a modificar.

Quisiera concluir señalando la importancia que tiene para mi el trabajo sobre la persona del terapeuta y la relación terapéutica en los múltiples entrecruzamientos de los protagonistas de un proceso terapéutico. Cabe señalar que la investigación muestra que la relación terapéutica es ocho veces más importante que el enfoque al que uno adhiere.

Finalmente una metáfora sobre el rol del terapeuta en la terapia (Baringoltz, 2007):

"El ajedrez es un juego que puede jugar el que apenas conoce el movimiento de las piezas, pero cuanto más se juega más despierta la motivación de aprender nuevas estrategias. El juego de los expertos implica: concentración para adelantarse a la jugada del otro, reflexión sobre los propios movimientos y un constante desarrollo de habilidades estratégicas basadas en la aguda percepción de la situación global".

Referencias bibliográficas:

- Alford, B. y Beck, A. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Baringoltz, S. y Levy, R. (comp.). (2007). *Terapia Cognitiva. Del dicho al hecho*. Buenos Aires: Polemos.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1993). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Beck, A. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Clark, D., Beck, A. y Alford, B. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.
- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Dobson, K. (2001). *Handbook of cognitive and behavioral therapies*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. y Paivio, S. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Guidano, V. (1990). *The self in process*. New York: Guilford Press.
- Mahoney, M. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
- Safran, J. (2000). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basics Books.
- Semerari, A. (2000). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.

(*)

Psicóloga UBA 1965

Fundadora en 1987 del Centro de Terapia Cognitiva de Bs. As. Directora del mismo hasta la actualidad. Fundadora y miembro del staff científico de la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva.

Docente y ex -docente de grado, posgrado y maestrías en diversas universidades.

Docente del posgrado de terapia cognitiva del CTC.

Autora de libros, capítulos y artículos a nivel nacional e internacional.

Compiladora y autora de: "Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia" y "Terapia Cognitiva. Del dicho al hecho".

Datos:

Nombre del Autor: Sara Baringoltz

Email: sbaringoltz@yahoo.com

Dirección: Av. del Libertador 5569 2ºD - Cap. Fed. – Argentina

Teléfono: 4787-9447

