

CAPITULO 5

EL MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESION DE AARON T. BECK Y COLABORADORES

El Dr. Aaron Temkin Beck es un psiquiatra norteamericano y profesor emérito del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pennsylvania. Beck es conocido como el padre de la Terapia Cognitiva y es el creador de muchas escalas e inventarios auto-aplicables ampliamente usados por los profesionales de salud mental en todo el mundo. Entre estos instrumentos están el Inventario de depresión, la Escala de desesperanza, la Escala de Ideación suicida, el inventario de ansiedad, etc.

El Dr. Beck es el Presidente del Instituto para la Terapia e Investigación cognitivas que lleva su nombre y es Presidente Honorario de la Academia de Terapia Cognitiva que otorga certificación internacional a terapeutas de todo el mundo. El Dr. Aaron Beck es distinguido por su labor de investigación en psicoterapia, psicopatología, suicidio y psicometría, todo lo cual le condujo a la creación de la terapia cognitiva, por lo que en 2006, recibió el premio de la Fundación Lasker a la Investigación Clínica. Su Inventario de Depresión es uno de los instrumentos más ampliamente usados para medir la severidad de ese trastorno.

Para este connotado psiquiatra, la depresión se origina porque la persona visualiza el mundo de una manera negativa y poco realista. La gente que se deprime posee cogniciones negativas en tres áreas, que es lo que se denomina triada cognitiva (el sí mismo, el mundo circundante y el futuro)

La terapia cognitiva ha sido aplicada exitosamente en pacientes con trastornos de ansiedad, depresivos, esquizofrenia y muchos otros. En años recientes este enfoque terapéutico se ha diseminado fuera de los ámbitos académicos, sobre todo en el Reino Unido (en.wikipedia.org).

En su libro: "Cognitive Therapy and the emotional disorders", (1976). Beck considera que una persona que enferma de algún "desorden emocional", "neurosis", "trastorno psicológico" o "enfermedad psiquiátrica" tiende a experimentar reacciones emocionales excesivas o inapropiadas a causa de una vulnerabilidad o deficiencia unida a estrés acumulado. Bajo tales condiciones pueden instalarse valoraciones irreales sobre sí mismo y el mundo que anulan o sobrepasan las valoraciones realistas previas. Cuando esto ocurre y dependiendo de los pensamientos irracionales que cada paciente desarrolle con base en cuestiones clave de su vida, éste desarrollará depresión, estado ansioso, o estado paranoide. Es por lo anterior que desde esta teoría se considera al **trastorno en el pensamiento** conformado por una fijación obligada en la atención ante ciertos estímulos, una constricción de la conciencia, una abstracción selectiva, y una distorsión, el denominador común no solo en la neurosis de ansiedad aguda, sino también en otras neurosis agudas, tales como la depresión, la hipomanía y el estado paranoide. Solo que estos estados difieren en el tipo de emoción experimentada: tristeza, euforia e ira. Las diferencias en la emoción pueden

explicarse por las diferencias en los significados desviados y los contenidos del pensamiento.

Así pues, Beck considera que en cada neurosis la realidad es modificada para que embone en los conceptos que dominan los pensamientos del paciente.

En 1983 se publica la décima edición de su libro **Terapia Cognitiva de la depresión (traducido por Susana del Viso Pabón en Desclée de Brouwer)**, en co-autoría con A. John Rush, Brian F. Shaw y Gary Emery. Este libro será la bibliografía fundamental para el Manual de terapia cognitiva de la depresión por teléfono.

Desarrollo histórico de la Terapia Cognitiva

La terapia cognitiva probablemente refleja una serie de cambios graduales que se han venido dando en las ciencias de la conducta desde hace varios años, pero que sólo recientemente ha surgido como una tendencia a tener en cuenta (Beck, 1983).

Para este análisis es importante ubicarse en la primera evolución del modelo cognitivo y la terapia cognitiva de la depresión y otras neurosis, recogida en la obra de Beck, titulada **Depresión**, que se publicó en 1967 y en su siguiente trabajo **Cognitive therapy and the emotional disorders**, publicado en 1976.

El autor de este modelo considera que las primeras ideas para su teoría surgieron en 1956, cuando se propuso validar determinados conceptos psicoanalíticos acerca de la depresión.

En una necesidad por comprobar y lograr la aceptación generalizada ante la comunidad de psicólogos y psiquiatras de determinados conceptos psicoanalíticos acerca de la depresión, Beck planteó que se podían elaborar técnicas adecuadas para llevar a cabo estudios controlados que arrojaran datos empíricos que comprobarían dichas formulaciones; sin embargo, un segundo y quizá más fuerte motivo para sus estudios consistió en su deseo de delimitar la configuración psicológica característica de la depresión, con el fin de desarrollar una forma breve de psicoterapia dirigida específicamente a mitigar esta psicopatología focal.

Los resultados iniciales de sus estudios empíricos parecían apoyar su fe en los factores psicodinámicos específicos sobre la depresión, a saber, **la hostilidad vuelta hacia si mismo, expresada como “necesidad de sufrimiento”**. Sin embargo, experimentos posteriores presentaron algunos resultados inesperados que parecían contradecir esta hipótesis. Tales inconsistencias lo llevaron a evaluar de un modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y, finalmente, toda la estructura del psicoanálisis.

Los datos contradictorios apuntaban hacia la idea de que los pacientes depresivos **no tienen necesidad alguna de sufrimiento**. Concretamente, las manipulaciones experimentales indicaron que el paciente depresivo tiende a evitar conductas que pueden generar rechazo o desaprobación, a favor de otras respuestas que elicitan aceptación o aprobación por parte de otros, con mayor probabilidad que el individuo no depresivo. Es aquí donde surge para Beck la necesidad de un “reajuste de emergencia” en su sistema de creencias.

“Mi reformulación total de la psicopatología de la depresión, a la vez que la de otros trastornos neuróticos, surgió de las nuevas observaciones clínicas y de los estudios experimentales y correlacionales, así como de los repetidos intentos por mi parte para intentar dar sentido a la evidencia que contradecía la teoría psicoanalítica” (Beck, 1983 p.8).

El hallazgo resultante de que los pacientes depresivos no necesitan sufrir, animó a Beck a buscar otras explicaciones de la conducta del deprimido, la cual, al menos en apariencia parece reflejar una necesidad de sufrimiento, y ya que se había centrado principalmente en las descripciones que los pacientes hacían de sí mismos y de sus experiencias, observó que adoptaban sistemáticamente una visión negativa de ambas cosas. Este tipo de visiones, similares a las imágenes que aparecían en los sueños, eran más bien formas distorsionadas de interpretar la realidad.

En posteriores investigaciones, incluido el desarrollo y comprobación de nuevos instrumentos, se encontró que el paciente depresivo realiza distorsiones cognitivas negativas sobre sí mismo, el mundo y el futuro. Conforme aumentó la evidencia en este sentido, Beck intentó minimizar la sintomatología depresiva del individuo.

Con este propósito, elaboró varias técnicas para corregir las distorsiones **y ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de la información de los pacientes. Dichas técnicas estarían basadas en la aplicación de la lógica y de las reglas de la evidencia.**

“Algunos estudios adicionales incrementaron nuestro conocimiento sobre cómo evalúa el paciente depresivo su ejecución y cómo hace predicciones acerca de su ejecución futura. Estos experimentos mostraron que bajo determinadas condiciones, una serie de éxitos graduales que llevasen a la consecución de un objetivo claro podría tener un considerable efecto para modificar el auto concepto y las expectativas de carácter negativo, mitigando así la sintomatología depresiva” (Beck, 1983 p.9).

Del desarrollo y aplicación de esas técnicas surge la idea de probar hipótesis en situaciones de la vida real. Esto se cristalizó en el concepto general de **“empirismo colaborativo”**. Es así como el proceso terapéutico se amplía, ya que las experiencias cotidianas del paciente se tratan como un campo de experimentos para estudiar sus creencias acerca de sí mismo. De igual manera, surge el concepto de “tareas para casa”, las cuales se convierten en una forma de “auto-

terapia ampliada” cuyo objetivo primordial es incrementar el efecto de las sesiones de terapia.

El movimiento de la terapia de la conducta impulsó fuertemente el desarrollo de la terapia cognitiva, pues planteaba gran rigor para practicar las ciencias del comportamiento mediante el “conductismo metodológico”.

En el libro “Terapia cognitiva de la depresión” se concentran las técnicas terapéuticas mencionadas más arriba y muchas más, las cuales son el resultado de la contribución de numerosos terapeutas y pacientes, quienes a lo largo de muchos años de conferencias y seminarios semanales en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pensilvania las discutieron, las planearon y las perfeccionaron.

La utilidad de la terapia cognitiva de la depresión.

Aún cuando se han dado avances definitivos en el conocimiento de la psicobiología de la depresión y su tratamiento con fármacos, no existe evidencia de que la frecuencia de dicho trastorno haya disminuido, incluso, las tasas de suicidio han ido en aumento durante los últimos años.

Dado este panorama, es evidente la necesidad de desarrollar un tipo de terapia psicológica eficaz para tratar la depresión, determinando sus indicaciones y contraindicaciones y estableciendo su papel en el tratamiento general del paciente depresivo (Beck, 1983).

Mediante un buen curso de terapia psicológica, los pacientes—aquellos que son tratados con fármacos, y aquellos que no—pueden aprender algo acerca de su propia experiencia psicoterapéutica y hasta se podría esperar que manejen mucho mejor posibles depresiones ulteriores, que logren eliminar las incipientes y que incluso puedan prevenir posibles recaídas.

En el caso de los pacientes suicidas, se ha visto que el consumo de antidepresivos puede resolver una crisis suicida sólo temporalmente, pero no hay efectos mantenedores que inoculen al paciente contra un nuevo intento, ya que el punto psicológico central de este tipo de paciente es **la desesperanza (o expectativas negativas generalizadas)**. La terapia cognitiva de la depresión esta dirigida precisamente al **tratamiento de la desesperanza** de los pacientes depresivos y por lo tanto este tipo de psicoterapia puede dar lugar a un rango de efectos anti-suicidio mayor que el producido por la quimioterapia.

¿Cómo funciona la terapia cognitiva?

Este tipo de terapia es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). **Se basa en el supuesto teórico de que los afectos y la conducta de una persona están determinados en gran medida por el modo que ésta tiene de estructurar el mundo en su mente** (Beck, 1967, citado por Beck, 1983).

Las cogniciones, o sea, los "eventos" verbales o gráficos en la corriente de conciencia de la persona, se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores.

Para aplicar este modelo de terapia con efectividad, es indispensable el conocimiento de su teoría, o sea, del "modelo cognitivo en psicopatología".

Las técnicas terapéuticas utilizadas en este tipo de tratamiento **van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones**. El paciente aprende a resolver problemas que había considerado insuperables mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas.

Lo anterior se lleva a cabo a través de una amplia variedad de técnicas cognitivas y conductuales con las cuales se delimitan y se ponen a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. Estas técnicas son muy específicas y están diseñadas para enseñar las siguientes operaciones al paciente deprimido: **(1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de los 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 las experiencias**.

Las técnicas utilizadas para explorar la lógica subyacente y la base de las cogniciones y supuestos concretos del paciente son verbales. El paciente recibe, al principio, una explicación del fundamento teórico de la terapia cognitiva, a continuación aprende a reconocer, registrar y controlar sus pensamientos negativos en una cédula de registro especial llamada "Registro Diario de Pensamientos Distorsionados" (Beck, 1983). Mediante este registro se obtienen los "síntomas objetivo" sobre los cuales trabajarán paciente y terapeuta basándose en la identificación de las cogniciones subyacentes a dichos síntomas, **sometiéndose éstos posteriormente a una investigación lógica y empírica**.

Al emprender esa tarea terapéutica de aprendizaje, el fenómeno más contundente para la recuperación del paciente es que incorpore gradualmente en su vida diaria las técnicas que él y su terapeuta llevan a cabo durante el

tratamiento: por ejemplo, **el paciente comienza a preguntarse cosas como: ¿A partir de qué evidencia extraigo esta conclusión? ¿Existen otras explicaciones a mi problemática? ¿Realmente es tan grave la pérdida que experimento? ¿Me daña que un extraño piense mal de mí? ¿Qué puedo perder por intentar ser más asertivo?**

Sin este tipo de preguntas el paciente depresivo se ve abrumado por lo que Beck llama “**pensamiento irreflexivo**” que son los patrones automáticos estereotipados de pensamiento que posee el individuo.

Las estrategias conductuales, por naturaleza más activas, son también muy importantes y muy utilizadas en esta modalidad de terapia, ya que al principio del tratamiento, o con pacientes gravemente deprimidos se usan con éxito para que éstos generen cogniciones asociadas a conductas específicas y sometan a prueba los supuestos y cogniciones desadaptativos que les mantienen en un estado de apatía e inacción. Algunas de estas técnicas son: el **Cuestionario de Actividades Semanales** (Beck, 1983) en el que el paciente tiene que registrar sus actividades cada hora. Un **Cuestionario de Dominio y Agrado** (Beck, 1983) en el que el paciente evalúa su desempeño y actitud hacia las actividades listadas en el cuestionario anterior; y la **Asignación de Tareas Graduales** en la que el paciente comienza a romper el círculo vicioso de la depresión-inactividad-depresión y emprende una serie de tareas que le llevarán a alcanzar una meta que consideraba más difícil, o incluso imposible.

A medida que el terapeuta va adquiriendo experiencia puede saber qué técnica conductual o cognitiva va a utilizar para cada clase de síntoma o problema concreto que se presente.

La terapia generalmente consta de 15 a 20 sesiones una vez por semana. La mayoría de los pacientes suelen requerir dos sesiones semanales durante 4 o 5 semanas para después tener una sesión semanal durante 10 a 15 semanas. Después de este tiempo se programan tres o cuatro sesiones de seguimiento durante el año siguiente a la terminación de la terapia.

El modelo cognitivo de la depresión

La interacción entre los enfoques clínico y experimental ha facilitado el desarrollo progresivo del modelo cognitivo de la depresión y el tipo de terapia que de él deriva. Esto ha sido posible gracias a las observaciones clínicas sistemáticas y a las investigaciones experimentales del Dr. Aaron Beck (Beck, 1963, 1964, 1967, citados por Beck, 1983)

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

La tríada cognitiva

Los esquemas cognitivos

Los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información)

Concepto de la Tríada Cognitiva

La tríada cognitiva consiste en tres patrones principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, a su futuro y a sus experiencias de un modo idiosincrático. **El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo.** El paciente piensa que es inútil y carece de valor porque tiende a sentirse defectuoso psíquica, moral o físicamente. Posteriormente, como se piensa defectuoso cree que por ello le suceden cosas desagradables. Se critica mucho a sí mismo y cree que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la felicidad y las metas que se plantea.

El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Cuando el paciente está relatando sus experiencias se observa una clara tendencia a construirlas en una dirección negativa, aún cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles y positivas; es como si transformara sus pensamientos sobre los hechos para que se ajusten a las conclusiones negativas que se había formado de antemano. El paciente claramente interpreta sus interacciones con el mundo externo y con su mundo interno en términos de derrota o frustración.

El tercer componente se centra en la visión negativa del futuro. La persona deprimida espera del futuro frustraciones, privaciones y penas interminables. Sus expectativas son de fracaso ante alguna tarea planteada para el futuro inmediato, o lejano.

El resto de los signos y síntomas cognitivos de la depresión son considerados por la terapia cognitiva como una consecuencia de los patrones cognitivos negativos.

Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado reaccionará con el mismo afecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real.

Los síntomas motivacionales (poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.) también pueden explicarse como una consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Los deseos de suicidio incluso pueden entenderse como la expresión extrema del deseo de escapar de problemas que parecen irresolubles o de una situación que parece intolerable.

La creciente dependencia de la persona deprimida se explica desde este marco teórico como el hecho de que al pensarse inútil, torpe y sobreestimar la dificultad de las tareas de la vida, el paciente deprimido da por hecho que va a fracasar en todo lo que emprenda. Por ello, en el peor de los casos va a dejar de intentarlo o tenderá a buscar desesperadamente la ayuda y la seguridad en otros a los que él considera más fuertes y competentes.

Los síntomas físicos de la depresión (apatía y falta de energía) se explican por la presencia de una visión negativa del futuro, lo cual lleva a que el paciente experimente una sensación de futilidad, que a su vez causa una "inhibición psicomotriz".

Organización estructural del pensamiento depresivo

Usando el concepto de **modelo de esquemas** se puede explicar porqué el paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes para el mejoramiento de su estado de ánimo, aún a pesar de la existencia de hechos positivos en su vida.

Lo anterior cobra sentido cuando se entiende que cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos y cada persona atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza dicha situación. Aunque personas diferentes pueden conceptuar de maneras diferentes una situación, una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas hacia tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables ("esquemas") constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, sus esquemas cognoscitivos son la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así, un **esquema** constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo que se presenta ante el individuo. **Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.**

Cada individuo emplea determinados tipos de esquemas que le harán estructurar sus distintas experiencias de un modo muy particular.

Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por estímulos (inputs) ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan con la finalidad de ajustarse a los esquemas inadecuados precedentes. El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos, contaminan a una serie de estímulos cada vez mayor aunque haya una escasa relación lógica con ellos.

Es así como el paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

A medida que la depresión se agrava, el pensamiento del paciente está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas.

Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad, y en consecuencia errores sistemáticos en el pensamiento del depresivo, éste se ve cada vez más incapacitado para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas.

En pacientes gravemente deprimidos se infiere que su organización cognitiva puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responde a los cambios que se producen en su entorno inmediato, ya que está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos (por ejemplo leer o contestar preguntas o emprender actividades mentales voluntarias, como solución de problemas o evocación de recuerdos).

Desde el modelo cognitivo de la depresión se dice que el paciente deprimido tiene errores sistemáticos de pensamiento que lo mantienen en la creencia de que sus conceptos negativos tienen validez incluso a pesar de la evidencia contraria. **Los errores en el Procesamiento de la Información son los siguientes:**

1. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): este es un proceso que el sujeto lleva a cabo cuando adelanta una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que lo apoye, o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia con base a ese fragmento.
3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios

hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento. Son errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
5. Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Una manera de abordar el desorden del pensamiento presente en la depresión es conceptualizarlo en términos de Modos "primitivos" de organizar la realidad vs. Modos "maduros".

Parece que las características del pensamiento típico del depresivo son análogas a las expuestas por Piaget, 1932/1960, (citado por Beck, 1983) en sus descripciones del pensamiento infantil.

PENSAMIENTO "PRIMITIVO"

No dimensional y global: Soy un miedoso.

Absolutista y moralista: Soy un despreciable cobarde.

Invariable: Siempre fui y siempre seré cobarde.

"Diagnóstico basado en el carácter": Hay algo extraño en mi carácter.

Irreversibilidad: Como soy intrínsecamente débil, no hay nada que hacer con mi problema.

PENSAMIENTO "MADURO"

Multidimensional: Soy medianamente miedoso, bastante generoso y ciertamente inteligente.

Relativo, no emite juicios de valor: Soy más cobarde que la mayoría de las personas que conozco.

Variable: Mis miedos varían de un momento a otro y de una situación a otra.

Diagnóstico conductual: Evito en gran medida algunas situaciones y tengo diversos miedos.

Reversibilidad: Puedo aprender modos de afrontar situaciones y de luchar contra mis miedos.

Según esta representación esquemática, se observa que el paciente depresivo tiende a interpretar sus experiencias en términos de privaciones o derrotas (no dimensionales) y como algo irreversible (fijo). Consecuentemente, se considera a sí mismo como un "perdedor" categórico, emite juicios de valor) y como una persona predestinada a fracasar (déficit de carácter irreversibles).

Uno de los pilares de la terapia cognitiva de la depresión es **describir los medios para identificar las pautas de pensamiento idiosincrásicas y las estrategias que pueden contrarrestarlas.**

Predisposición y Desencadenamiento de la Depresión

Desde el marco del modelo cognitivo se propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y activarse ante determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas. Un ejemplo puede ser que ante una ruptura matrimonial se puede activar **el concepto de pérdida irreversible** asociado con la muerte de uno de los padres acaecida durante la infancia del individuo. Las situaciones desagradables de la vida (aún las extremadamente adversas) no conducen necesariamente a una depresión a menos que la persona que las enfrente esté especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, **debido a la naturaleza de su organización cognitiva.**

En respuesta a situaciones traumatizantes, la persona que no tiende a la depresión aún mantendría su interés por otros aspectos no traumáticos de su vida, valorándolos de forma realista. **En cambio, el depresivo aparece bastante constreñido al trauma y desarrolla ideas negativas acerca de todos los aspectos de su vida.**

Existe una evidencia empírica bastante considerable en cuanto a la existencia de la tríada cognitiva en la depresión (Beck y Rush, 1978, citado por Beck, 1983). En pacientes depresivos o suicidas, mediante observaciones clínicas y estudios experimentales, se ha observado deterioro en el razonamiento abstracto y en la atención selectiva.

Un Modelo de la Interacción Recíproca

Es cierto que el modelo cognitivo se centra en el estudio de cómo el individuo construye la realidad en su mente, sin embargo, también incluye en su unidad de observación los aspectos relevantes en la vida de las personas (por ejemplo, la familia, los amigos, los compañeros, la pareja, el jefe, etc.).

Es muy importante saber que cuando una persona comienza a enfermar de depresión tiene una tendencia al aislamiento y suele alejarse de las personas que le rodean y le son significativas. Si aquellos que le rodean reaccionan a este alejamiento de manera hostil, el cuadro depresivo del paciente se agrava hasta el punto en que cuando al fin comprenden que era necesario apoyar y comprender al enfermo y comienzan a hacerlo ya no se logra efecto positivo en éste último. **En cambio, si ante una depresión incipiente el sistema de apoyo social es sólido y ofrece al individuo muestras de aceptación, respeto y afecto que neutralicen la tendencia del paciente a subestimarse esto sirve como un**

amortiguador o parachoques de cara al desarrollo de la depresión. Es más, el tratamiento del paciente depresivo suele verse beneficiado en gran medida si se cuenta con un familiar o amigo que **sirva como una representación de la realidad social para ayudar al paciente a someter a prueba la validez de sus pensamientos negativos.**

Se da el caso de que existan interacciones contraproducentes con personas significativas que contribuyen al mantenimiento de la depresión y para estos casos puede incluirse la terapia de pareja, el asesoramiento matrimonial o la terapia familiar.

Primacía de los Factores Cognitivos en la Depresión

Muchas descripciones contemporáneas consideran a la depresión simplemente como un trastorno afectivo, ignorando por completo los aspectos cognitivos que la constituyen.

En un intento por darle sentido a muchos de los síntomas de la depresión el enfoque cognitivo ha desarrollado una secuencia lógica coherente para explicar estos síntomas. Esto se lleva a cabo de la siguiente manera:

Haciendo un “corte transversal “de la sintomatología de la depresión se debe buscar el principal foco de patología en el modo peculiar que tiene el individuo de verse a si mismo, sus experiencias y su futuro (la “tríada cognitiva” y en su forma idiosincrática de procesar la información).

Las manifestaciones más floridas de la depresión, como el dolor psíquico, la agitación y la pérdida de energía, pueden distraer al clínico (y también al paciente) de lo que es primordial en la patología. La persona encargada de hacer el diagnóstico debe localizar claramente las alteraciones del pensamiento para no perderse en una cadena de eventos.

Puede postularse que las construcciones negativas que el paciente hace de la realidad constituyen el primer eslabón de la cadena de síntomas (o “fenómenos”). Esta formulación ofrece un amplio rango de hipótesis. Revisiones recientes de la literatura citan alrededor de 35 estudios correlacionales y experimentales que apoyan estas hipótesis (Beck y Rush, 1978; Hollín y Beck, citados por Beck, 1983).

El modelo cognitivo no se centra en la cuestión de la etiología última o de las causas de la depresión unipolar: por ejemplo, predisposición hereditaria, aprendizaje inadecuado, lesión cerebral, trastornos bioquímicos, etc., y sus combinaciones.

Para el modelo cognitivo el tema de la predisposición a la depresión se centra en determinar cómo contribuyen a ella y a su desencadenamiento algunas peculiaridades de la organización cognitiva. El papel de las estructuras cognitivas desadaptativas se basa en parte en observaciones clínicas a largo plazo y

además en la especulación lógica. Por ello parece más natural suponer que el individuo presenta alguna anomalía relativamente duradera en su sistema psicológico y no que los mecanismos cognitivos aberrantes se crean de nuevo cada vez que un individuo presenta depresión. **Por lo tanto, es necesario llevar a cabo un análisis longitudinal en términos estructurales. Al desencadenarse una depresión (sea debido a presiones psíquicas, a un desequilibrio bioquímico, a la estimulación del hipotálamo o a cualquier otro agente, se activa un conjunto de “estructuras cognitivas” alteradas (esquemas) que se formó en un momento temprano del desarrollo.**

De alguna manera, la terapia cognitiva de la depresión ofrece un intento de solución a las paradojas de esta enfermedad. **Los fenómenos de la depresión se caracterizan por una inversión o distorsión de muchos principios acerca de la naturaleza humana que son aceptados masivamente: el “instinto de supervivencia”, los impulsos sexuales, la necesidad de sueño y alimento, el “principio de placer”, e incluso el “instinto maternal”.** Estas paradojas se han llegado a comprender gracias a lo que los psicólogos contemporáneos llaman **“revolución cognitiva en psicología”** (Dember, 1974; Mahoney, 1977; Weimer y Palermo, 1974, citados por Beck, 1983)

El paradigma científico que subyace al Modelo Cognitivo abarca el dominio de la organización cognitiva del individuo y por lo tanto va más allá de solo el planteamiento de una teoría para hacer una terapia. Es una tecnología y una serie de instrumentos conceptuales que se aplican para obtener datos de ese dominio, es un conjunto de principios para construir la teoría y, por último, una tecnología especializada para recoger y evaluar datos en apoyo a la teoría.

Dado que también es importante la aplicación práctica de la teoría, este paradigma también incluye un sistema de terapia con un conjunto de normas para obtener e interpretar datos, así como un diseño de investigación bien elaborado para evaluar la mejoría atribuible a los procedimientos terapéuticos.

¿Por qué es innovador el nuevo paradigma científico de la depresión?

- Porque afirma que el paradigma personal del paciente cuando se encuentra deprimido da lugar a una visión distorsionada de sí mismo y del mundo. Sus ideas y creencias negativas le parecen una representación verídica de la realidad, incluso cuando a otras personas, o a él mismo, o cuando no está deprimido, le parezcan inverosímiles. Los grandes cambios producidos en su organización cognitiva llevan a un procesamiento de la información inadecuado, como resultado del cual surge una variedad de síntomas. Este paradigma científico se utiliza primeramente para comprender y más aún, modificar el paradigma personal inadecuado de modo que no vuelva a dar lugar a observaciones e interpretaciones falsas. **Por eso se propone que cuando el paradigma personal del paciente ha sido invertido y ajustado a la realidad, la depresión empieza a desaparecer.**

- El concepto de revolución cognitiva en el ámbito de la depresión tiene algunas implicaciones para la investigación de la patología y de la terapia de esta condición. Una de las más importantes es que ante la visión de algunos investigadores sobre el estado normal y el estado patológico como un continuo, surge un hecho que se contrapone a esa evidencia. Este hecho es que en el enfermo depresivo la organización cognitiva se ha hecho relativamente autónoma con respecto a la realidad y reproduce mecánicamente un flujo continuo de ideas repetitivas negativas. Lo anterior hace que se presente un cambio cualitativo muy importante en el pensamiento de la persona afectada y por lo tanto la patología no sólo será un cambio cuantitativo, sino también cualitativo. Este hecho rompe con la idea del continuo normalidad-patología. La autonomía en su organización cognitiva hace que el enfermo responda independientemente a lo que ocurre a su alrededor y persevere en sus temas de privación, anormalidad y enfermedad. El paciente deprimido ante los eventos externos inmediatos responde con construcciones estereotipadas negativas que no son más que reverberaciones de ideas repetitivas que no tienen que ver con la situación real del momento. Es por ello que formulaciones tales como el Modelo de la Interacción recíproca de Bandura no son totalmente aplicables al estudio de la depresión y surge entonces el Modelo de las cogniciones autónomas que es más adecuado para elaborar hipótesis y hacer experimentos relevantes para el estudio de personas con depresión.