



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ZARAGOZA"

**LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN EL
TRATAMIENTO DE NEUROSIS
DEPRESIVA**

T E S I S

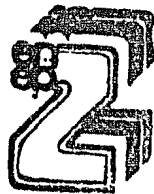
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N

FERNANDEZ GARCIA ALMA DELIA

MORELOS BARRON ARCELIA

SILVA ROJAS JOAQUIN RAYMUNDO





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PROLOGO

Nuestro interés por la Psicología Clínica nos motivó a conocer los estudios de Freud, Adler, Horney, Sullivan, Fromm, Berne, Pávlov, Watson, Skinner, Wolpe, Eysenck, Mahoney, Lazarus, Meichenbaum, Seligman, Maultsby, Beck y Ellis con respecto a las explicaciones etiológicas de la neurosis depresiva y a su tratamiento, a la vez que estábamos interesados en comparar a la Terapia Racional Emotiva con las consideraciones de dichos teóricos. Además se tenía el deseo de comprobar si los principios de la teoría de la personalidad de la Terapia Racional Emotiva consideran tanto las aportaciones de los autores que más han influido en la Psicología, particularmente en el área clínica, así como los conocimientos surgidos de las investigaciones más recientes en dicha área. También se pretendía investigar cuál es la influencia o las aportaciones de la Terapia Racional Emotiva a la Psicología Clínica.

Por tales motivos en el presente trabajo exponemos los principios fundamentales de las teorías más relevantes de la personalidad y de las alternativas de tratamiento que de ellas se derivan. Cuando contamos con el material adecuado expusimos detalladamente los diferentes procedimientos y técnicas que se emplean en el tratamiento de la neurosis depresiva, esto nos permitió mostrar de una manera más precisa y clara las similitudes y diferencias que existen entre otras formas de tratamiento y la Terapia Racional Emotiva.

A pesar de las dificultades y limitaciones que se encontraron en la realización de la tesis, fue interesante y provechoso

haber realizado una revisión histórica de las principales teorías de la personalidad y de sus alternativas de tratamiento, - debido a que las similitudes y la diversidad de opiniones nos permitieron adquirir un mejor conocimiento de la forma en la - que se comporta el hombre, así como un panorama más realista de la Psicología Clínica; lo que a su vez nos facilitó una mejor - comprensión y apreciación de la Terapia Racional Emotiva y en - general de los trabajos más recientes de la orientación cognitivo conductual.

Esperamos que esta investigación bibliográfica aporte conocimientos a los estudiantes de Psicología, a la vez que los motive para que realicen futuras investigaciones en el área de - Psicología Clínica.

Finalmente queremos manifestar agradecimientos a nuestra - asesor Lic. en Psicología Cecilia Pérez Espinoza y a los Lic. - en Psicología Javier Godínez Alonso y Sergio Bastar por la bibliografía que nos facilitaron.

INTRODUCCION

La depresión es un término que tiene varias aplicaciones - debido a que a menudo ocurre junto con otros problemas psicológicos como la psicosis y la neurosis, razón por la cual se manifiesta de distintas maneras y se ha clasificado de diferentes - formas, dichas clasificaciones se basan en su etiología y en la sintomatología que presentan. A la depresión endógena, psicótica, maniaco-depresiva, bipolar y unipolar se le ha clasificado así, debido a que se cree que su etiología se encuentra en alteraciones orgánicas como traumas, factores hereditarios y drogas; la forma en que se manifiesta se caracteriza porque la depresión la mayoría de las veces va seguida de períodos maníacos. Y a la depresión exógena, neurótica, reactiva, se le considera así porque es precipitada por factores medioambientales y no por factores orgánicos y debido a que se caracteriza por presentar períodos depresivos leves. La diferencia entre la sintomatología de la depresión endógena y exógena es sólo de grado, ya que en la primera ésta es más severa y más acentuada (Beck, 1967; Mendels, 1972; Seligman, 1975 y Davison y Neale, 1980).

Con respecto a la neurosis depresiva que es nuestro objeto de estudio diremos que no existe una definición universalmente aceptada de ella, debido a que cada una de las orientaciones psicológicas propone hipótesis etiológicas diferentes; entre las que estudiamos se encuentran: la posición freudiana que afirma que la neurosis depresiva es producto de la hostilidad introyectada causada por la pérdida real o simbólica del objeto amodo; la escuela del condicionamiento operante, en la que se -

postula que dicho trastorno emocional se debe a déficits de reforzadores y auto-reforzadores o a excesos de castigo y de auto castigo; y la aproximación cognitiva, la cual explica que la neurosis depresiva es producto de creer en ciertas ideas equivocadas y de tener errores de lógica en el pensamiento.

A pesar de que existen diferencias en cuanto a la explicación de la neurosis depresiva, se puede decir que hay un acuerdo general entre las diversas orientaciones, acerca de que es una reacción exagerada ante un evento de tensión externo, en la que se observan los siguientes rasgos clínicos: tristeza, abatimiento, sentimientos de culpa, de autodesprecio, pasividad, pérdida del apetito, del sueño y del interés sexual.

Entre los factores que influyen en la adquisición de la neurosis depresiva se encuentra el factor social, debido a que a través de la sociedad se transmiten ideas, normas, juicios y valores que afectan a la personalidad; de tal manera que el individuo al regirse por las necesidades creadas, ilógicas e irracionales de éxito, dinero, prestigio, poder, eficiencia y aceptación total frustra sus potencialidades creativas y productivas que lo llevan a una vida más satisfactoria. Con este sistema de creencias irracionales el individuo al no alcanzar sus metas idealizadas tiende a devaluarse, criticarse, condenarse y a menospreciarse (Adler, 1977; Beck y Shaw, 1977; Ellis, 1980a; Ellis y Abrahms, 1980b; Ellis y Harper, 1960; Ellis y Whiteley, 1979; Fromm, 1977; y Horney, 1955 y 1974).

De acuerdo a los datos estadísticos consultados en Seligman (1975) y otros, se sabe que los problemas emocionales a los que se enfrenta el psicólogo clínico la neurosis depresiva es el más frecuente (Hollon y Beck, 1979); dentro de todos los tipos de depresión aproximadamente el 75% de ellos se deben a fac

tores externos; uno de cada doscientos depresivos opta por el suicidio; en los países occidentales una de cada cuatro personas padece depresión por lo menos una vez al año (Benet, 1981); la neurosis depresiva responde pobremente a las terapias físicas como los fármacos y los electroshocks (Beck, 1967 y Mendels, 1972).

Por todas las consideraciones antes mencionadas creemos que es necesario contar con una alternativa teórica que ayude a comprender la etiología, desarrollo y mantenimiento de la neurosis depresiva, a la vez que sirva de guía para tratar sistemática, práctica y eficazmente a dicho trastorno emocional.

Dentro de las diferentes orientaciones psicológicas que existen se seleccionó a la Terapia Racional Emotiva como objeto de estudio; ya que se quiere investigar si la teoría de la personalidad propuesta por Ellis ofrece un modelo explicativo completo de la neurosis depresiva, así como si el sistema terapéutico cognitivo-emotivo-conductual de la Terapia Racional Emotiva es adecuado en el tratamiento de dicho trastorno emocional.

Este objetivo se alcanzará una vez que se cumpla con los siguientes criterios:

a) Investigar si la Terapia Racional Emotiva tiene similitudes teóricas con otras teorías que se revisarán en lo que se refiere a los factores que intervienen en la neurosis depresiva; ya que esta investigación tiene como uno de sus propósitos conocer la teoría que proporciona el modelo explicativo más completo de la neurosis depresiva.

b) Investigar si la Terapia Racional Emotiva comparte procedimientos y técnicas de tratamiento con las distintas orientaciones estudiadas de acuerdo a sus respectivos modelos etiológicos

cos de la neurosis depresiva. Esta investigación permitirá conocer el tratamiento que mejor enfoca los diversos factores que intervienen en dicho trastorno.

c) Investigar si existe evidencia empírica que apoye tanto la teoría de la Terapia Racional Emotiva como la eficacia de sus técnicas terapéuticas.

Para cumplir con estos criterios se exponen las teorías de la personalidad de algunos de los autores más relevantes de las orientaciones psicoanalítica; conductual y cognitiva-conductual; en base a dichas teorías se explica la concepción de la neurosis y sus alternativas de tratamiento, después se pasa a explicar o elaborar los modelos etiológicos de la neurosis depresiva así como sus alternativas de tratamiento, en la discusión se analizan las proposiciones tanto teóricas como terapéuticas de cada uno de los autores y se comparan con la Terapia Racional Emotiva, finalmente se exponen las conclusiones, limitaciones y sugerencias a las que se llegó.

El desarrollo de la tesis se realiza de la siguiente manera: El capítulo I se refiere a la introducción histórica de la neurosis depresiva. El capítulo II a la Teoría Psicoanalítica con los trabajos realizados por Freud, Adler, Horney, Sullivan, Fromm, Berne y se concluye con la clasificación de la neurosis que proporciona la Asociación Psiquiátrica americana. El capítulo III a la Aproximación Conductual revisando los trabajos de Pávlov, Watson, Skinner, Wolpe y Eysenck. El capítulo IV a la Aproximación Cognitiva-Conductual revisando los trabajos realizados por Mahoney, Lazarus, Meichenbaum, Seligman, Maultsby, Beck y Ellis. El capítulo V se refiere a la exposición de las discusiones. Y finalmente en el capítulo VI se presentan las conclusiones que se derivan de esta investigación bibliográfica.

INDICE

	Páginas
PROLOGO	II
INTRODUCCION	IV
CAPITULO I	
INTRODUCCION HISTORICA DE LA NEUROSIS DE PRESIVA	
1. Introduccion Histórica de la Neurosis	1
1.1 Punto de vista fisiológico sexual y místico demoníaco.....	1
1.2 Punto de vista orgánico.....	2
1.3 Punto de vista psicológico.....	2
2. Introduccion Histórica de la Depresión.....	4
CAPITULO II	
TEORIA PSICOANALITICA	
1. Teoría de la Personalidad de Sigmund-Freud.....	8
1.1 Concepción de la Neurosis y su Tratamiento.....	12
1.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento.....	14
2. Orientaciones Neopsicoanalíticas	
2.1 Teoría de la Personalidad de Alfred Adler.....	16
2.1.1 Concepción de la Neurosis y su Tratamiento.....	17
2.1.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento.	18
2.2 Teoría de la Personalidad de Karen Horney.....	20
2.2.1 Concepción de la Neurosis y su Tratamiento.....	22
2.2.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento.	24

2.3 Teoría de la Personalidad de Harry Stack Sullivan.....	25
2.3.1 Concepción de la Neurosis y su Tratamiento.....	27
2.3.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento.....	28
2.4 Teoría de la Personalidad de Erich Fromm.....	29
2.4.1 Concepción de la Neurosis y su Tratamiento.....	34
2.4.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento.....	35
2.5 Teoría de la Personalidad de Eric Berne.....	36
2.5.1 Concepción de la Neurosis y su Tratamiento.....	39
2.5.1 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento.....	44
3. Definición y Clasificación que proporciona la A.P.A. de la Neurosis Depresiva.....	45

CAPITULO III APROXIMACION CONDUCTUAL 47

1. Teoría de los Reflejos de Ivan Petrovich Pávlov.....	49
1.1 Concepción de la Neurosis y su Tratamiento.....	51
1.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento.....	52
2. Concepción de la Personalidad de John Broadus Watson.....	53
2.1 Concepción de la Neurosis y su Tratamiento.....	54
2.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento.....	55
3. Paradigma Operante de Burrhus Frederic Skinner.....	55

3.1	Concepción de la Neurosis y su - Tratamiento.....	58
3.2	Concepción de la Neurosis Depresi- va y su Tratamiento.....	59
4.	Teoría y Tratamiento de la Neurosis - de Joseph Wolpe.....	59
4.1	Concepción de la Neurosis Depresi- va y su Tratamiento.....	63
5.	Enfoque de la Personalidad de Hans - Jurgen Eysenck.....	64
5.1	Concepción de la Neurosis y su - Tratamiento.....	65
5.2	Concepción de la Neurosis Depresi- va y su Tratamiento.....	68

CAPITULO IV APROXIMACION COGNITIVA CONDUCTUAL

1.	Origen del Modelo Cognitivo Conduc- tual según Michael Mahoney.....	70
2.	Terapia Multimodal de Arnold A. Laza- rus.....	78
2.1	Concepción de la Neurosis Depresi- va y su Tratamiento.....	84
3.	Entrenamiento en Autoinstrucción de - Donald H. Meichenbaum.....	87
3.1	Concepción de la Neurosis Depresi- va.....	91
4.	Aproximación Explicativa de la Inuti- lidad Aprendida y Neurosis Depresiva- de Martín E. P. Seligman.....	91
4.1	Tratamiento para la Inutilidad A- prendida y para la Neurosis Depre- siva.....	95
5.	Maxie C. Maultsby, Jr.: Empleo de la- Terapia Racional Emotiva por medio de la Imaginación.....	97
6.	Modelo Cognitivo de la Depresión de - Aaron T. Beck.....	101
6.1	Tratamiento para la Neurosis De--	

presiva.....	107
6.2 Evidencia Empírica de la Terapia Cognitiva.....	113
7. Teoría de la Personalidad de Albert-Ellis.....	115
7.1 Concepción de la Neurosis y su Tratamiento.....	130
7.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento.....	133
7.3 Limitaciones de la T.R.E.....	137

CAPITULO V DISCUSION

CAPITULO VI CONCLUSION

1. Explicación y Alternativas de Tratamiento de la Neurosis Depresiva.....	174
2. Limitaciones de este trabajo.....	180
3. Sugerencias.....	181
BIBLIOGRAFIA.....	183

I. INTRODUCCION HISTORICA DE LA NEUROSIS DEPRESIVA

1. Introducción Histórica de la neurosis

1.1 Punto de vista fisiológico sexual y místico demoniaco

Según Brun (1968) y Ey Henry (1979) aunque no se conocía con el nombre de neurosis se puede decir que este problema emocional ya era conocido en la Antigüedad, debido a las descripciones que de ella se hacen en textos antiguos como el nuevo testamento y por las explicaciones fisiológicas sexuales que se encuentran en documentos del siglo IV a.c., cuyos autores fueron principalmente los filósofos griegos Hipócrates y Platón.

Brun (1968) menciona que tanto en la Antigüedad como en la Edad Media predominó la idea de que las personas que padecían "enfermedades mentales", entre ellas la neurosis, estaban poseídas por el demonio; razón por la cual la terapia adecuada era el exorcismo practicado por un sacerdote. Por otro lado, los filósofos griegos decían que las enfermedades mentales eran consecuencia de los cambios fisiológicos sexuales que tenían lugar en la pubertad, la menopausia, la menstruación, etc. y como tratamiento recomendaban el matrimonio, tratamientos ginecológicos etc.

Fredman (1975) afirma que estas dos concepciones tanto la referente a lo místico demoniaco como la fisiológica sexual predominaron hasta principios del siglo XIX; así Paracelso en 1567 en su libro "Las enfermedades que privan al hombre de la razón" manifiesta la importancia de los factores sexuales en la génesis de los trastornos mentales.

1.2 Punto de vista orgánico

En Sarason (1978) se encontro que fue Willian Cullen en 1777 quién introdujo el término "neurosis" con el cual se refería a padecimientos que no eran acompañados de fiebre o patología localizada; sin embargo creía que era causada por un colapso fisiológico y en su clasificación de las enfermedades consideradas como neuróticas incluyó al síncope, la hipocondría, epilepsia, corea, histeria y melancolía. El tratamiento que empleaba Cullen para la neurosis correspondía a las medidas tomadas en esos tiempos para combatir problemas fisiológicos, esto es, cambios de dieta, fisioterapia, ejercicios, sangrados, etc.

Parece ser (según Dongier, 1971) que desde su génesis, el término neurosis se ha utilizado para clasificar a aquellos padecimientos que no tienen causa orgánica; de esta manera autores como Pinel, Grasset y Charcot rotulaban con el término neurosis a enfermedades como la corea, el tétanos, el parkinson, etc., ya que no se les encontraba alguna lesión orgánica.

A medida que fueron avanzando las ciencias biológicas con los descubrimientos anatomoclínicos, bacteriológicos, endocrinológicos, etc. se pudieron explicar las causas orgánicas de muchas enfermedades tales como la zurdera, amaurosis, tendencia a los vómitos, diplopía, corea, hidrofobia, el tétanos, parkinson y el bocio ooftálmico, antes consideradas como neuróticas; con lo que el dominio del término neurosis se fue restringiendo en el campo de lo somático y se amplió para los padecimientos psíquicos tales como las obsesiones, fobias y depresiones.

1.3 Punto de vista psicológico

Freedman (1975) y Kolb (1977) mencionan que no fue sino hasta 1766 cuando Anton Mesmer al tratar varias enfermedades como -

la histeria a través de la técnica del magnetismo animal que se conoció la influencia que los procesos psicológicos ejercían sobre las "enfermedades mentales". Al principio el mesmerismo fue rechazado por el ambiente médico, sin embargo algunos discípulos de Mesmer continuaron aplicando su descubrimiento, cobrando más tarde importancia; ya que permitió centrar la atención en los síntomas neuróticos.

Brun. (1968) y Kolb (1977) afirman que con la valoración científica que se le atribuyó a los experimentos sobre el hipnotismo de Braid, Liebault (1866), Bernheim (1884) se dedujo que los efectos del hipnotismo eran por causas psíquicas, a las que explicaron con el concepto de sugestión, fundandose la teoría del hipnotismo, la cual emplearon y desarrollaron personas como Charcot, Forel, Wetterstrand, Oskar y otros.

Mandolini, 1965 explica que a partir del empleo de la hipnosis en el tratamiento de la neurosis se empezaron a considerar los factores psicológicos como causa de la neurosis. De las investigaciones de Liebault en Nancy, Charcot en Paris (1879), Bechtereu en Rusia (1880) y Forel en Alemania (1889) se desprendieron tres conclusiones que tuvieron que ser aceptadas por los psiquiatras, las cuales son:

- 1.- ciertas alteraciones son el resultado de influencias psíquicas.
- 2.- los fenómenos hipnóticos poseen una analogía con los trastornos neuróticos.
- 3.- la existencia de los procesos inconscientes.

Kolb. (1977) dice que posteriormente Pierre Janet (1893-1898) reconoció que tanto las ideas fijas como el conflicto interior eran de naturaleza neurótica y debían ser tratados por medios psicológicos; también menciona que Janet desarrolló una teoría-

de la neurosis en la que suponía que había una disociación psíquica parcial, es decir, que ciertas partes de la personalidad actuaban independientemente de las demás partes que integran la personalidad y que al liberarse del control consciente ejercían cierta acción independiente sobre el pensamiento y la actividad.

Brun (1968) y Kolb (1977) indican que con los trabajos realizados por Joseph Breuer y Sigmund Freud en 1895 se dió un paso más en el estudio de la neurosis. Ya que al aplicar a un caso de histeria una nueva técnica, la cual consistía en que mediante la hipnosis se trajera nuevamente a la conciencia los recuerdos referentes al momento y al motivo por el que aparecía el síntoma en cuestión por primera vez; con lo que desaparecían los síntomas de la histeria. A partir de dicho descubrimiento realizado por Breuer, Freud trabajó intensamente hasta crear el psicoanálisis y con ello la teoría de las neurosis; la cual esencialmente dice que las tendencias instintivas sexuales sufren una inhibición (represión) debido al predominio de los requerimientos morales, éticos, culturales, etc.

2. Introducción Histórica de la Depresión

Por diversas referencias como la Biblia, los escritos de los filósofos griegos y las diversas obras de literatura, se puede decir que la depresión siempre ha acompañado al hombre; aunque se le ha conocido por diferentes nombres como tristeza, aflicción, duelo y melancolía. Freedman (1975) y López Ibor (1966) aseguran que la depresión fue considerada como parte de las enfermedades mentales, por ejemplo: Weyer (1563) clasifica a la depresión como un trastorno mental, Pinel (1793) hace una descripción de los síntomas clínicos de las enfermedades mentales e incluye a la melancolía entre ellas y Cullen (1777) consideró

a la melancolía como neurosis.

Mendels (1972) considera que se ha intentado clasificar a la depresión de acuerdo a las diferentes formas de patología en las que se presenta; por ejemplo Kraepelin la sitúa dentro de la psicosis y la denomina maniaco-depresiva, en la cual incluye todos los casos de excesos afectivos y explica que dicha patología podía deberse a factores degenerativos hereditarios (endógeno), así como a toxinas bacterianas y químicas (exógeno).

Lange en 1928 amplió la clasificación de Kraepelin al considerar una tercera categoría de depresión; "la reactiva" en la que incluía el grupo de depresiones endógenas, las cuales ocurrían como reacciones a ciertos factores ambientales.

Gillespie (1929) basándose en un punto de vista descriptivo propuso tres grados de depresión:

- 1.- La reactiva que es la respuesta a factores ambientales.
- 2.- La autónoma que es independiente de los estímulos ambientales.
- 3.- La involutiva que es producto de la edad madura (entre los 40 y los 55 años de edad).

La clasificación de Gillespie de reactiva y autónoma sufrió una analogía con la de Kraepelin de exógeno y endógeno, siendo que el primero partió de un enfoque descriptivo y el segundo de una etiología de base orgánica; por lo que dicha analogía no es válida, sino por el contrario, solamente se usó para que surgieran confusiones en el diagnóstico y en el tratamiento.

Posteriormente en 1940 con la aplicación de la terapia de electroshock en los depresivos se originó una nueva clasificación dependiendo de la forma en que reaccionaban a los electroshocks, la cual consistía en que la depresión endógena era un -

trastorno orgánico debido a que los depresivos reaccionaban mejor a los electroshocks y que la depresión exógena (reactiva) era un trastorno psíquico debido a que respondían mejor a la psicoterapia.

Beck (1967) explica que existe una gran dificultad para definir a la depresión debido a que no hay un acuerdo general en lo que se refiere a su etiología, sintomatología y clasificación, ya que el término depresión se ha utilizado tanto para designar un estado normal de tristeza como para clasificar varios tipos de depresión como: depresión reactiva, depresión psicótica, depresión involutiva, maniaco-depresiva, etc. Así mismo existe una considerable controversia entre distintas escuelas médicas y psicológicas acerca de cuáles son los factores que causan la depresión.

Aunque cada tipo de depresión tiene características particulares, existen cinco rasgos comunes que comparten:

a) Alteraciones del estado de ánimo: apatía, tristeza y soledad.

b) Opinión negativa de sí mismo relacionada con autocrítica y castigo.

c) Deseos de escapar y autodestructivos: deseos de evitar, ocultarse o morir.

d) Cambios vegetativos: pérdida del apetito, de peso, de sueño y de libido.

e) Disminución de la actividad: agitación o retardo.

De todo lo antes mencionado se puede concluir que tanto la neurosis como la depresión han sido estudiadas por diferentes enfoques en el transcurso de diversas épocas, con el objeto de explicar y describir este trastorno emocional y de encontrar un

tratamiento adecuado y eficaz para la solución de tal problema.

Así, se puede considerar a la neurosis depresiva como la unión de dos problemas emocionales, es decir, se es neurótico y se puede caer en un estado depresivo.

Aunque la consideración de los factores psicológicos en el estudio de la neurosis depresiva es reciente (hace un siglo) - han surgido diversas teorías y terapias para el tratamiento de este trastorno emocional, de las cuales se analizarán las principales.

II. TEORIA PSICOANALITICA

1. Teoría de la Personalidad de Sigmund Freud

Freud insatisfecho de sus estudios realizados con Breuer, acerca de los métodos hipnótico y catártico emprende el desarrollo de la técnica de asociación libre y con ella el análisis de sus sueños, así como los de sus pacientes; que le permitieron indagar los procesos psíquicos inconscientes de los problemas emocionales, además de otros procesos tales como la transferencia, la resistencia y la represión; descubrimientos que fueron la base del desarrollo de su teoría psicoanalítica y la cual se explica de una manera general a continuación:

Para Freud el aparato psíquico está integrado por tres estructuras: a la más primitiva que existe desde el nacimiento, - la llamó ello, porque contiene impulsos básicos heredados, tanto sexuales como agresivos; de las experiencias del ello con el mundo exterior, se forma el yo, aproximadamente a los 6 meses de edad, éste se caracteriza por decidir cuando se van a satisfacer las exigencias del ello tomando en cuenta el mundo exterior, además reconoce los estímulos externos que lo pueden dañar y se adapta al ambiente o lo modifica si es necesario; de la interacción del niño con sus padres se forma el super-yo alrededor de los 5 ó 6 años, como resultado del complejo de Edipo, éste comprende los preceptos morales de los padres y de la sociedad, así como las aspiraciones ideales del individuo.

Freud reconoce la existencia de dos instintos fundamentales Eros y el instinto de destrucción, los cuales se encuentran

en el ello; Eros comprende los instintos de conservación y los instintos sexuales, y el instinto de destrucción tiene como fin la muerte.

Freud amplió el concepto de sexualidad, para incluir todas aquellas tendencias sexuales que aunque no tengan como fin la procreación, lleven a una satisfacción sexual (perversiones); entre las cuales se encuentran la homosexualidad, feticibismo, o nanismo, masturbación, etc. El origen de estas perturbaciones sexuales se encuentra en la infancia y no en la pubertad como erróneamente se creía. El desarrollo psicosexual comprende cuatro etapas: en la primera que es la oral, la energía sexual (la libido) se centra en la boca, mediante la cual satisface necesidades alimenticias e impulsos sexuales, estos últimos se observan en la prolongación de la succión del pezón, aunque no haya necesidad de alimento; dicha etapa se manifiesta desde el nacimiento hasta el primer año de edad. La segunda etapa, la anal, tiene como zona erógena el ano, obteniendo placer mediante la retencción de las heces; en esta etapa que va del uno a los 3 años de edad, los intereses y la energía libidinosa se encuentra en el cuerpo del niño principalmente (narcisismo). La tercera etapa que es la fálica, se inicia a los 3 años de edad, cuando la libido se centra en los órganos genitales; siendo en un principio autcerótica y desplazándose posteriormente hacia los paadres del sexo opuesto, lo que lleva al período de Edipo que se manifiesta de 5 a 7 años; en este período el interés sexual del niño se centra en el padre del sexo opuesto, mostrando sentimientos de hostilidad y de celos hacia el padre del mismo sexo, por lo que el niño desarrolla sentimientos de culpabilidad y de angustia, esperando ser castigado por medio de la castración; de debido a estos temores e ideas el niño opta por reprimir sus de

seos sexuales y se identifica con el padre del mismo sexo. A -- partir de este momento se inicia el período latente en donde la libido se canaliza hacia el conocimiento intelectual del sexo;-- este período dura de los 7 a los 12 ó 13 años de edad con el inicio de la nubertad. La cuarta etapa que es la genital, se inicia con la ractivación de la libido; si se superó con éxito el-complejo de Edipo la libido se desplaza hacia personas del sexo opuesto, fuera de la familia, con lo que la libido alcanza su - objetivo original, que es el grado genital de desarrollo.

Dentro de las aportaciones de Freud a la comprensión de la sexualidad, se encuentra el concepto de ambivalencia, que se refiere a una bipolaridad de las emociones humanas, es decir, que todo sentimiento va acompañado de su opuesto, por ejemplo: amor consciente, odio inconsciente o viceversa.

Freud consideró que uno de los conceptos relevantes para - la comprensión de la neurosis es la angustia. Menciona que ésta es heredada biológicamente manifestándose como un estado afectivo de displacer, acompañado de sensaciones que afectan el aparato respiratorio y el corazón. La angustia tiene como función - reaccionar ante el peligro. Freud distingue dos tipos de reac--ción de la angustia; uno automático e involuntario que se debe- a la gran afluencia de estímulos que el yo no puede controlar y que es similar al del nacimiento cuando el yo no se había desa- rrollado; y el otro tipo de reacción es la angustia provocada - por el yo, cuando ha adquirido por medio de experiencia la capacidad para prevenir o anticipar el peligro con el fin de controlarlo. Freud menciona diferentes situaciones de peligro que se- presentan cronológicamente en el desarrollo del niño: la pérdi- da del objeto, es el temor de no contar con el objeto del cual- obtiene satisfacción alimenticia. Más tarde se presenta el te--

mor a perder el amor de la persona que le proporciona cuidados y alimento. Después se presenta el temor del niño, a perder o a que sean dañados los órganos genitales, por parte de las personas significativas que le rodean. Y por último el peligro a ser castigado por el super-yo; que es cuando el niño teme ser castigado por violar las reglas morales que incorporó de sus padres.

Freud concluye que estas situaciones de peligro persisten inconscientemente durante toda la vida y que uno o varios de estos temores se intensificarán en las neurosis.

El estudio de la angustia y el papel que juega el yo en ella, condujo a que Freud considerara los mecanismos de defensa que el yo empleaba para contrarrestar los impulsos del ello, entre los cuales se encuentran los siguientes: la represión, que es la energía que utiliza el yo para impedir que lleguen a la conciencia los impulsos del ello, así como las experiencias traumáticas de la infancia. La proyección es cuando se le atribuye a otra persona las acciones propias, es decir, el yo se protege de los impulsos indeseables del ellovirtiéndolos hacia otra persona. La identificación, es la incorporación de las cualidades de un objeto externo, generalmente las de otra persona a la propia personalidad. La formación reactiva, es cuando el yo reprime los impulsos sexuales y agresivos del ello dirigidos hacia otra persona, manifestándole sentimientos contrarios a los que siente. La fijación, es el estancamiento de una tendencia parcial en una temprana fase del desarrollo, esto es, cuando un impulso del ello queda ligado a su objeto. La regresión se lleva a cabo cuando el yo es incapaz de controlar los impulsos del ello, volviendo a alguna etapa fijada en su desarrollo psicosexual. El desplazamiento se realiza cuando una idea o imagen es sustituida por otra, que emocionalmente está asociada -

con ella. Y la sublimación, es cuando una cantidad de impulsos del ello que van dirigidos hacia su realización, son transformados en actividades socialmente aceptadas.

Freud (1917) basándose en la etiología de la neurosis distinguió dos tipos de psiconeurosis, las neurosis de transferencia y las neurosis narcisistas. Dentro de las primeras incluyó a la histérica, la fóbica y la obsesiva, cuya etiología consideró que era causada por conflictos entre los impulsos del ello y las fuerzas del yo; mientras que en las segundas incluyó a la melancolía o depresión, a la demencia precoz y a la paranoia, en las que creía que su etiología se debía a que la libido se retiraba de sus objetos, integrándose al yo; por lo que había una regresión a la etapa narcisista (Freud, 1979).

1.1 Concepción de la Neurosis y su Tratamiento

Del estudio de la psiconeurosis se desprende que la etiología de la neurosis se encuentra en la infancia, ya sea "que los instintos del ello son excesivamente intensos o bien es el resultado de traumas"; que son originados por una gran estimulación externa que el yo no puede controlar; y la explica de la siguiente manera: si el niño durante su desarrollo psicosexual se ve frustrado al descargar su energía instintiva (agresiva y/o sexual), una parte considerable de esta energía queda fijada en una o más de las etapas pregenitales, quedando propenso a desarrollar más tarde una neurosis. La neurosis es el resultado del conflicto entre los impulsos del ello y las fuerzas del yo, es decir, existe una gran cantidad de energía instintiva que amenaza con manifestarse, creando angustia al yo y por lo que la reprime, o bien porque la libido se retira del objeto amoroso y se reintegra; en ambos casos busca satisfacer los impulsos por-

otros medios y recurre a la regresión en la que la energía ins---
tintiva vuelve a las etapas en las que hubo fijación, encontran---
do una satisfacción incompleta que es manifestada a través de ---
los síntomas neuróticos, ocasionados por el empleo de los meca---
nismos de defensa. Freud explica que los síntomas neuróticos son
una reconciliación parcial entre los impulsos del ello y las ---
fuerzas del yo; debido a que el yo logra reprimir esos impulsos
no aceptados por él y a la vez consigue descargar parcialmente -
la energía acumulada. Freud concluye que la formación de sínto---
mas tiene la finalidad de disminuir la angustia surgida a partir
de dicho conflicto.

Freud durante el tratamiento psicoanalítico hacía uso de ---
las siguientes técnicas:

1.- Asociación Libre, en este procedimiento el paciente ---
acostado en el diván, relata al terapeuta todo lo que le pasa ---
por la mente sin censura alguna y aunque no tenga relación apa---
rente con lo que está expresando.

2.- Interpretación de los sueños, consiste en que el pa---
ciente relate al analista lo que sueña, a esto Freud lo llamó ---
contenido manifiesto; también se le pide que busque ideas que se
relacionen con el sueño para llegar a conocer el contenido laten
te, el cual fue disfrazado por la censura a través de varios me-
canismos de defensa como el desplazamiento; con el fin de que pu
diera llegar a la conciencia, ya que el contenido latente está -
compuesto de deseos reprimidos.

3.- Transferencia, se presenta ante la relación terapéutica
entre paciente y analista y consiste en que el primero desplaza-
sentimientos inconscientes de cariño u hostiles hacia el terapeu
ta, los cuales en el pasado, también fueron dirigidos inconscien
temente hacia personas significativas como la madre o -----

el padre.

Freud empleaba estas técnicas para indagar el inconsciente del paciente, las cuales le llevaban a conocer el significado - de los síntomas neuróticos; interpretándolos y comunicándolos - al paciente, con la finalidad de hacer consciente lo inconsciente, estando el yo más fortalecido para hacer frente a los conflictos surgidos de los impulsos del ello y de las exigencias idealistas del super-yo.

Freud considera que el análisis terapéutico debe darse por terminado cuando el analista juzgue que el paciente no sufre ya de sus síntomas y haya superado su angustia y sus inhibiciones; además de que también "juzgue que se ha hecho consciente tanto material reprimido, que se hayan explicado tantas cosas inteligibles, y se hayan conquistado tantas resistencias internas, - que no hay que temer una repetición de los procesos patológicos en cuestión y agrega que si dificultades externas impiden la - consecución de esta meta, es mejor hablar de un análisis incompleto que de un análisis inacabado" (Sigmund Freud, 1973, pp. 3341).

1.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento

Una vez que se han expuesto los principales conceptos de - la teoría psicoanalítica, se considera de interés primordial la concepción de Freud acerca de la neurosis depresiva o melancolía de la cual hace la siguiente descripción clínica: la melancolía se caracteriza por un estado de ánimo de excesiva tristeza, una falta de interés por su medio, disminución de la libido apatía general, y baja autoestima. La baja autoestima se caracteriza por autoreproches y autoacusaciones, motivada no solamente por los reproches del super-yo sino por la manifestación de-

los impulsos del instinto de muerte, pudiendo llegar incluso a una delirante espera de castigo. En la aflicción según Freud se encuentran las mismas características clínicas de la melancolía excepto la devaluación del yo y que desaparece por sí sola después de un tiempo.

De acuerdo a Freud los factores que influyen en la etiología de la melancolía son: una personalidad narcisista, el retiro de la libido del objeto amoroso, regreso de la libido al yo, la incorporación del objeto amado identificándose con él y la ambivalencia; siendo los factores que la precipitan la pérdida-real (muerte) o simbólica (decepción o engaño) del objeto amoroso. Freud explica la dinámica de todos estos factores de la siguiente manera: como la carga libidinosa hacia el objeto amado no era muy resistente, el individuo al sufrir la pérdida del objeto retira inconscientemente su libido del objeto amado, incorporándolo al yo, energía que sirve para identificar al yo con el objeto amado, traduciéndose en una incorporación que se manifiesta en los sentimientos ambivalentes del individuo hacia el objeto amado. Freud considera que el individuo al incorporar el objeto amado pierde su propio yo, de este modo se transforma el conflicto entre el yo y la persona amada en una discordia entre el super-yo y el yo modificado por la incorporación. Freud observó que los sentimientos ambivalentes de la persona hacia el objeto amado permanecen inconscientes durante la enfermedad melancólica; razón por la cual la persona no siente pudor al manifestar sus defectos.

Finalmente Freud menciona que el estado melancólico se superaría cuando el yo aceptara su realidad, esto es, cuando aceptara la pérdida del objeto amado y cuando en base a su narcisismo el yo desvalorice al objeto que incorporó, abandonándolo por

falta de atractivo. Sin embargo afirma que la terapia psicoanalítica no es efectiva en el tratamiento de la neurosis depresiva, debido a que durante la terapia en las neurosis narcisistas no se da la transferencia, la cual es indispensable porque durante ésta el paciente revive sus experiencias conflictivas, dirigiéndolas hacia el psicoanalista, que busca resolver el conflicto para que la libido regrese a sus objetos de una manera normal. La causa por la que no se da la transferencia en la neurosis depresiva es debido a que la libido no se desplaza hacia el psicoanalista, sino que ésta se queda en el individuo mismo.

2. Orientación Neopsicoanalítica

2.1 Teoría de la Personalidad de Alfred Adler

Adler en su psicología del individuo considera que lo que determina las acciones y el desarrollo humano es la persecución del poder; por lo que el desarrollo del individuo queda condicionado por este principio más que por las fuerzas biológicas. Todo individuo desarrolla algún sentimiento de inferioridad debido a que nace completamente impotente, permaneciendo relativamente débil y dependiente durante la infancia. Esta inferioridad básica puede ser exagerada por defectos corporales u orgánicos (sean reales o imaginarios), menos exagerados, repudio o in-diferencia de los padres, por tener compañeros mayores y más fuertes y por muchos otros factores. Y menciona que durante los primeros 6 años se crea el estilo de vida, el cual surge de la forma en que el niño lucha contra su sentimiento de inferioridad a través de la acción compensadora.

Una forma de compensar el sentimiento de inferioridad es tomar una actitud agresiva o masculina, la cual conducirá fre--

cuentemente a obtener éxito, a lograr reconocimiento en alguna-esfera de la vida y a alcanzar alguna realización de poder sobre los demás. Y la otra manera de compensación es tomar una actitud sumisa o femenina de negación o retirada, que puede tomar la forma de fantasía, enfermedades psicosomáticas, proyecciones, racionalizaciones, negaciones de la realidad, etc. y la cual es la forma típica de reaccionar en los neuróticos.

Adler distingue dos tipos de yo; el yo consciente que se refiere a la capacidad que el individuo tiene para darse cuenta de todo aquello que hace y el yo creador que es la forma particular e individual de interpretar el medio ambiente.

2.1.1 Concepción de la Neurosis y su Tratamiento

Adler rechazó la teoría de la neurosis propuesta por Freud y explica que la causa de la neurosis son los sentimientos de inferioridad junto con la falta de interés social; siendo la neurosis el resultado del conflicto entre los impulsos de poder del individuo y las exigencias del mundo externo, es decir, que debido a las exigencias del ambiente y ante la incapacidad del individuo para satisfacer tales exigencias, el neurótico utiliza de acuerdo a su estilo de vida ciertos "arreglitos" (las formas de compensación antes mencionadas) para ocultar su inferioridad y dar así una imagen de superioridad con lo que consigue su aceptación social. El neurótico asigna a sus aspiraciones de superioridad una meta que va más allá de toda capacidad humana, aproximándose a una autodivinación que le impone comportarse exactamente sobre ciertas líneas directrices y sin salirse de ellas; con el fin de lograr seguridad y superioridad. Además el neurótico piensa que los problemas del trabajo, la amistad y el sexo son problemas personales; por lo que cree que los tiene -

que resolver él sólo sin buscar la cooperación de otros individuos.

La terapia propuesta por Adler para la neurosis consistía en analizar los propósitos presentes u objetivos vitales más que indagar el inconsciente del paciente. El análisis adleriano se emprende tomando como base el estilo de vida; puesto que el estilo de vida del individuo es en ciertos aspectos único, una vez comprendido enteramente el trabajo del terapeuta consiste en reeducar al paciente para las formas y objetivos que se cree más sanos, como los sentimientos sociales, los intereses y servicios de la comunidad.

Los procedimientos de tratamiento de Adler diferían de los de Freud; pues la libre asociación cedió el lugar a una entrevista dirigida por el terapeuta, el cual prescindía del diván y lo sustituía por las posiciones cara a cara. Usaba la interpretación de los sueños como una técnica para conocer el estilo de vida presente y las metas futuras. Interrumpía con frecuencia al paciente pues consideraba que era responsabilidad del terapeuta señalar las tendencias del paciente a engañarse a sí mismo (arreglitos).

Una vez que se han expuesto los conceptos que se consideraran necesarios para comprender la teoría de Adler, se pasa a explicar su concepción de la neurosis depresiva.

2.1.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento

Adler consideraba que la melancolía al igual que la neurosis es un recurso que utiliza el individuo para sustraerse de sus obligaciones y responsabilidades y no mostrar a la sociedad su incapacidad, que surge por un sentimiento de inferioridad. La tendencia a ocultar su inseguridad y fracasos está motivada-

por su afán de superioridad. La actitud melancólica que muestra el paciente puede ballarse y seguirse desde su infancia como una estrategia que utiliza principalmente en situaciones de inseguridad y que tiene como fin someter a otra persona a la propia voluntad para así lograr su objetivo ficticio de superioridad - (poderío).

Según Adler el esquema que caracteriza al melancólico es:- la autodevaluación ante las exigencias de la sociedad y la actuación como si ciertos hechos o sucesos ya hubieran acontecido; esto lo lleva a tomar una conducta lúgubre, pesimista, triste y de retraimiento.

Adler para el tratamiento de la neurosis depresiva recurre a las técnicas antes mencionadas, pero indica que el tratamiento se debe iniciar una vez que la melancolía se desvanece como resultado de que el sujeto alcanza de algún modo el sentimiento de haber conquistado su superioridad ficticia y en cuanto haya logrado asegurarse contra eventuales fracasos. Es en este momento cuando Adler consideró que la terapia puede resultar eficaz, haciéndole ver al paciente que no son las experiencias objetivas las que lo separan del camino recto, sino su propio punto de vista, es decir, la manera como considera y aprecia los hechos.

En conclusión para Adler la neurosis depresiva es el resultado del sentimiento de inferioridad así como de la anticipación de ciertos hechos o eventos, actuando como si ya hubieran acontecido. Y se considera que su tratamiento es preventivo, ya que sólo puede resultar eficaz una vez que el paciente ha superado su estado neurótico depresivo.

2.2 Teoría de la Personalidad de Karen Horney

Para Horney la sociedad es un factor determinante en la estructura del carácter; piensa que las experiencias infantiles - no son las únicas que la forman, ya que en el transcurso del desarrollo humano las nuevas experiencias influyen para modificar dicha estructura del carácter.

Horney considera que lo que motiva al comportamiento humano es la búsqueda de seguridad. Si al niño la relación con sus padres le provoca sentimientos de inseguridad y desamparo, éste tenderá a percibir su ambiente de una manera hostil; sentimientos que le producirán angustia (básica).

Ante esta situación y como una manera de adaptarse a su ambiente hostil, el niño trata de controlar inconscientemente su angustia a través del empleo de una o varias tendencias neuróticas.

Horney distingue diez tendencias neuróticas que son:

1.- La necesidad neurótica de afecto y aprobación, la cual se caracteriza porque en las relaciones interpersonales no existe una reciprocidad afectiva.

2.- La necesidad de un compañero que se encargue de la vida de uno (dependencia)

3.- La necesidad de restringir la propia vida dentro de estrechos límites: la necesidad de ser poco exigente y contentarse fácilmente y la de restringir las ambiciones y deseos de cosas materiales.

4.- La necesidad de poder: a) la necesidad de fiscalizarse a sí mismo y fiscalizar a los demás por medio de la razón y de la inteligencia; y b) la necesidad de creer en la omnipotencia.

5.- La necesidad de explotar a los demás y de sacar parti-

do de ellos por las buenas o por las malas.

6.- La necesidad de reconocimiento o prestigio social.

7.- La necesidad de admiración personal (narcisismo).

8.- La necesidad de hazañas personales, o sea, una necesidad de superar a los demás, no por lo que uno representa o es sino por sus actividades.

9.- La necesidad de autosuficiencia e independencia.

10.- La necesidad de perfección.

Horney agrega que la estructura neurótica se formará si el niño encuentra el mismo ambiente de inseguridad en sus demás relaciones interpersonales como en la escuela, con sus maestros, compañeros, etc.

Posteriormente Horney agrupó estas tendencias en tres formas que el hombre utiliza para relacionarse. Moverse hacia la gente, en la cual el individuo se esfuerza para ganar el afecto de todos aquellos que lo rodean, debido a que se considera como un individuo débil o incapaz de lograr algo por sí sólo. Moverse contra la gente, aquí el individuo trata de dominar a los demás, haciendo uso de buenos o malos procedimientos, porque percibe el mundo hostil y considera que los sentimientos afectivos son signos de debilidad. Y moverse alejándose de la gente; estos individuos evitan las relaciones sociales porque consideran que las demás personas son las que les ocasionan sus conflictos, por lo que el individuo tiende a aislarse.

Horney asegura que estas formas de relacionarse se dan en el desarrollo cronológico del individuo, es decir, en la infancia el niño se mueve principalmente hacia la gente, en la adolescencia el joven primordialmente se mueve contra la gente y en la edad adulta predomina el moverse alejándose de la gente.

En el neurótico aunque se encuentran varias de estas tendencias predomina una de ellas junto a su forma de relacionarse; de estas tendencias algunas pueden ser compatibles o incompatibles por su naturaleza, ejemplo: son compatibles las tendencias de afecto y aprobación con la necesidad de tener un compañero que se encargue de uno y son incompatibles las tendencias de afecto y aprobación con la necesidad de autosuficiencia e independencia.

Cuando las tendencias son incompatibles existe un conflicto neurótico, el cual también aparece entre las fuerzas sanas y las fuerzas neuróticas.

Horney habla de tres tipos de yo: el yo real que son las fuerzas sanas del hombre que buscan desarrollarse; el yo idealizado que surge de la necesidad del yo real de vislumbrar metas que le servirán como modelo a seguir, con el fin de alcanzar la autorrealización, en otras palabras, es la imagen idealizada de sí mismo; y el yo verdadero que es la personalidad total del individuo tal como existe en el momento.

2.2.1. Concepción de la Neurosis y su Tratamiento

Según Horney la neurosis es un trastorno psíquico producido por un conflicto entre las fuerzas constructivas del yo real y las fuerzas obstructoras del yo idealizado; este conflicto produce angustia en el individuo, el cual para confrontarla utiliza inconscientemente dos o más tendencias neuróticas que son incompatibles; por lo que se produce nuevamente angustia y de esta manera se establece un círculo vicioso, con la finalidad de encontrar una solución de compromiso entre las tendencias en conflicto.

En la terapia de Horney para el tratamiento de la neurosis-

es importante conocer el medio social en el que se desenvuelve el paciente (así como los conflictos actuales de él). Dicho tratamiento comprende tres etapas en las cuales el analizador y el paciente juegan un papel activo.

El papel del terapeuta en la primera etapa consiste en descubrir una de las tendencias neuróticas; en la segunda el descubrimiento de sus causas, manifestaciones y consecuencias en la conducta o en la vida del neurótico; y en la tercera el descubrimiento de las correlaciones con otras partes de la personalidad, particularmente con otras tendencias neuróticas.

Uno de los obstáculos que se presentan en el análisis de las tendencias neuróticas, es que el paciente las justifica racionalizando para seguir manteniéndolas.

Horney afirma que el papel del paciente durante las tres etapas es el siguiente: en la primera debe expresarse en la forma más completa y franca posible, en la segunda debe llegar a tener conocimiento de sus fuerzas impulsoras inconscientes y de la influencia que tienen en su vida, y en la tercera debe desarrollar su capacidad para cambiar las actitudes que están perturbando sus relaciones consigo mismo y con el mundo que lo rodea.

La técnica que se emplea para que el paciente exprese sus problemas emocionales es la asociación libre, la cual consiste en la expresión libre de críticas y prejuicios de sus ideas y sentimientos; la función principal de la asociación libre es que el paciente perciba sus tendencias neuróticas, pero ésta se ve obstaculizada de las siguientes maneras: a) debido a las tendencias neuróticas que predominan en el individuo y b) por temor a las críticas al dar a conocer pensamientos y sentimientos

que el neurótico considera vergonzosos.

Durante la segunda etapa el solo hecho de percibir intelectual y sentimentalmente la tendencia neurótica, ocasiona cierta tranquilidad debido a que el paciente adquiere conocimiento de lo que le crea problemas, pero a su vez siente temor y desaliento ante la perspectiva de tener que cambiar su estructura neurótica.

Finalmente, en la tercera etapa el paciente se siente motivado a cambiar sus tendencias neuróticas, por otras normas de conducta que sean más acorde con la realidad.

2.2.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento

Horney explica que el odio y desprecio de sí es el resultado del desarrollo de la autoidealización del yo, en el cual el yo idealizado tiende a odiar, despreciar y recriminar las limitaciones del yo real y yo verdadero.

El odio y desprecio de sí, de acuerdo a Horney se manifiesta de seis modos de operación, los cuales son: despiadadas exigencias de sí, inmesurable autoacusación, desden de sí, frustración de sí, autotormento y autodestrucción. Las exigencias de sí se caracterizan por los deberes que crea el yo idealizado y las autoacusaciones van dirigidas contra las dificultades interiores existentes como también al exterior, culpando personas o eventos.

Para Horney la neurosis depresiva es, el resultado del conflicto entre el yo idealizado que reprocha y recrimina tanto al yo real como al yo verdadero, por sus limitaciones y por no cumplir con sus exigencias.

La terapia de Horney para la neurosis depresiva es la de -

prestar ayuda al individuo perturbado para que combata a la imagen de sí mismo idealizada, incluyendo todas las necesidades - neuróticas enlazadas con esa imagen; de tal manera que se en--- frente de modo realista con el verdadero yo (viéndose tal como es en el presente) y libere al yo real, esto es, que sustituya las fuerzas obstructoras del orgullo por el desarrollo sano.

Horney creía que el papel terapéutico debía ser más direc- tivo y activo; por lo que los sistemas de afán, de gloria y de orgullo de la imagen idealizada de sí mismo, debían ser inter- pretados para el paciente.

Este objetivo de tratamiento se puede lograr utilizando - las técnicas terapéuticas antes mencionadas.

2.3 Teoría de la Personalidad de Harry Stack Sullivan

Para Sullivan el hombre con una carga biológica es el pro- ducto de la interacción con los demás y la personalidad surge - de la influencia de fuerzas personales y sociales que actúan so bre él desde que nace. Afirma que los motivos que mueven al hom- bre son la persecución de satisfacción y de seguridad. La prime- ra se refiere a las necesidades biológicas como el hambre, la - sed, el sueño y la relación sexual; la segunda se refiere a la- necesidad cultural de aceptación, aprobación, etc.

Sullivan hace énfasis en la importancia de la cultura como determinante para la formación de actitudes positivas o negati- vas en el desarrollo de la personalidad. Así, antes de que el - niño comprenda lo que se le comunica o de que sea capaz de dis- tinguir el medio que le rodea, se le transmiten algunas actitu- des como euforia o angustia por parte de la "materna" a través- de la empatía.

Más adelante el niño aprende a evitar las conductas reprobadas por las personas que le son significativas, con lo que se libera del sentimiento de angustia que lo hace sentirse inseguro. Y agrega que si al niño se le trata con respeto, ternura y amor, desarrollará una imagen positiva de sí mismo y de los demás; pero si por el contrario, se le desprecia o/y se le rechaza formará una imagen negativa.

La angustia es producida de acuerdo a Sullivan por exigencias culturales e identifica dos tipos de angustia: la angustia básica que es producida por la obstaculización de una necesidad de satisfacción, por las enseñanzas irracionales de los mayores y por los hechos contradictorios de la sociedad en que se vive; y la angustia secundaria que surge cuando ciertas inclinaciones que se hacen conscientes no se adaptan al sistema de defensa establecido. La angustia es una fuente de restricción para el yo, porque tiende a inhibir influencias y capacidades que pueden -- ser positivas para su desarrollo.

El concepto de Sullivan de las relaciones interpersonales comprende más de lo que sucede entre dos o más personas en interacción, debido a que incluye las relaciones interpersonales -- que puede tener una persona con gente imaginaria, a esto lo llamó distorsión paratáxica; este tipo de distorsión también se refiere a la imagen deformada y devaluada que tiene el individuo de sí mismo.

A los grados de desarrollo del yo Sullivan los caracteriza por las formas sociales y las relaciones interpersonales del individuo, en diversos momentos de su vida y son los siguientes:-- La infancia, del nacimiento a la aparición del habla articulada, actúa el sistema mental prototáxico, es decir, el niño responde por percepción e imitación primitivas. En la niñez, del ha--

bla articulada a la necesidad de compañeros de juego, también actúa el sistema prototáxico. En la era juvenil, de la asociación con compañeros hasta una relación íntima con otra persona de posición parecida, predomina el sistema mental paratáxico que se refiere a la comprensión de relaciones causales. En la preadolescencia, de los camaradas hasta el surgimiento de la sexualidad genital, actúa el sistema paratáxico y hay un cambio de interés de una persona del mismo sexo por otra de diferente sexo. En la primera adolescencia existe una formación de un tipo de acción que satisface los impulsos genitales, aparece el sistema mental sintáxico en el que aparecen operaciones de análisis, síntesis y se utilizan símbolos. Y la adolescencia avanzada, en la existe la capacidad de establecer una relación amorosa con otra persona que llega a ser tan significativa como el individuo mismo, actúa el sistema sintáxico.

2.3.1. Concepción de la Neurosis y su Tratamiento

Para Sullivan la neurosis es el producto de la reprobación o restricción de las necesidades de seguridad principalmente, así como de las satisfacciones biológicas; las cuales llevan a crear en el individuo un sistema de defensa establecido en la infancia, que sigue utilizando y el cual ha bloqueado el desarrollo de su yo real (ejemplo distorsión paratáxica), tornándolo rígido y restringiéndole su capacidad para tomar en cuenta otras alternativas.

La terapia de Sullivan para la neurosis se avoca principalmente en ayudar al paciente a ver las distorsiones paratáxicas que le impiden establecer relaciones interpersonales seguras y satisfactorias. También debe tomarse en cuenta el medio social, ya que actúa como límite de las relaciones interpersonales y -

porque en sí mismo engendra problemas. Otro aspecto de la terapia consiste en analizar las actitudes del paciente ante la aprobación y reprobación, observando las dificultades del mismo en su relación con los demás. Finalmente, Sullivan llevaba a cabo su terapia en cuatro etapas: en el inicio formal, el terapeuta debe asumir una actitud de observador, tratando de comprender la naturaleza de los problemas del paciente y tomando en cuenta sus expresiones no verbales. En el reconocimiento, el terapeuta debe indagar los datos biográficos del paciente. En la investigación detallada, el terapeuta elabora varias hipótesis a probar acerca de la naturaleza y origen de los problemas del paciente. Y en la terminación, el terapeuta habrá de resumir al paciente los logros obtenidos a lo largo de la terapia.

2.3.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento

En la bibliografía revisada Sullivan no explica específicamente a la neurosis depresiva. Pero de acuerdo a la explicación del desarrollo del yo, se deduce que la neurosis depresiva es el resultado de las experiencias negativas de hostilidad, rechazo y desaprobación con las que se enfrenta el niño y las cuales además de producirle angustia le producen una imagen autodevaluada. Estas experiencias hacen que perciba su medio ambiente de una manera hostil, hostilidad que a su vez es manifestada en actitudes despreciativas hacia su medio, lo cual representa en realidad una actitud despreciativa hacia el propio yo. Esta última es la que caracteriza a la neurosis depresiva y la cual puede manifestarse de las siguientes maneras: aislamiento social, actitudes explotables y el suicidio. El aislamiento social consiste en que el individuo se aparta total o parcialmente de las relaciones interpersonales como una forma de reducir su angustia. Las actitudes explotables se refieren al comporta-

miento que presentan aquellos individuos que desean obtener atención; este comportamiento se manifiesta de dos maneras, directa e indirectamente. La primera consiste en hacer explícitos los sentimientos de debilidad como una manera de obtener atención, con lo cual se entabla una relación de dependencia pasiva. La segunda se refiere a la explotación de la simpatía, esto es, que el individuo busca la aceptación y aprobación de los demás. Y el suicidio en el cual una actitud destructiva y hostil que antes se manifestaba contra el medio ambiente, ahora se dirige contra la persona misma.

Así como se dedujo lo que es la neurosis depresiva para Sullivan, también se deduce su posible tratamiento.

En la terapia para la neurosis depresiva se pretende que el paciente cambie la imagen devaluada que tiene de sí mismo y de su medio social, con el propósito de que sus expectativas sean menos pesimistas; todo esto se logrará a través de un análisis e interpretación activa de las distorsiones paratáxicas que ocurrieron en la infancia y las cuales ya no tienen razón de ser.

2.4 Teoría de la Personalidad de Erich Fromm

Fromm con su orientación sociocultural complementa la explicación de Freud acerca de la relación que existe entre el hombre y la sociedad y agrega, que como seres biológicos todos tenemos necesidades básicas (dormir, comer, satisfacción sexual, etc.) que tenemos que satisfacer; pero la manera en que son satisfechas varía de acuerdo a la cultura. Además como al nacer no escogemos la sociedad en la que vamos a vivir, ésta obliga al individuo a aceptar las condiciones en las que ha de desarrollarse, por ejemplo: el tipo de trabajo que va a realizar, el -

cual tiene que desempeñar si quiere satisfacer sus necesidades básicas y el que a su vez es determinante en la estructura del carácter.

Para Fromm lo que motiva la conducta del hombre es el miedo a la soledad, de la cual toma conciencia gracias su capacidad de razonar; porque el niño cuando nace es totalmente dependiente, pero a medida que va creciendo es capaz de obtener cosas que antes esperaba que le proporcionaran; lo cual lo llevará a tener conciencia de que no siempre va estar ligado a otras personas que le satisfagan sus necesidades, creándole un sentimiento de soledad que buscará resolver. También dice que el hombre se enfrenta a diversas dicotomías existenciales e históricas, las cuales le mantienen en un estado de desequilibrio que busca solucionar; siendo la primera dicotomía existencial que descubre la de la vida y la muerte y la más importante es la de que nace con ciertas potencialidades inherentes que tiene que desarrollar para ganar su independencia, pero a la vez necesita relacionarse con los demás. Fromm piensa que el hombre puede resolver este conflicto trabajando productivamente y relacionándose de una manera comprensiva y amorosa, o bien recurriendo a cualquiera de los mecanismos de evasión de la soledad. Ahora bien, mientras estas dicotomías existenciales no pueden ser modificadas, las históricas si, porque son producto de los hombres y por lo tanto pueden tener solución, ya sea en el momento en que ocurren o en un período posterior de la vida humana, por ejemplo: la explotación del hombre por el hombre que prevalece en el sistema capitalista, puede ser modificado por un sistema socialista o comunista.

Fromm define a la personalidad como la totalidad de las cualidades psíquicas heredadas y adquiridas, las cuales son ca-

racterísticas de un individuo y que hacen al individuo único; - dentro de las características heredadas se encuentra el temperamento, que se refiere al modo de reacción que es algo constitucional e inmodificable; y en las cualidades adquiridas se encuentra el carácter, que se forma esencialmente por las experiencias de la persona, en específico por las de su infancia, - siendo modificable hasta cierto punto por el conocimiento de uno mismo y por nuevas experiencias. Fromm define el carácter como la forma en la que la energía humana es canalizada en los procesos de asimilación y socialización; procesos que a su vez sirven al ser humano para adaptarse a su medio. Dentro del proceso de asimilación incluye los siguientes cinco tipos de carácter, de los cuales cuatro son improductivos y uno es productivo:

a) El receptivo.- se caracteriza por esperar pasivamente todo lo que desea del exterior.

b) El explotador.- también espera obtener lo que desea del exterior pero arrebatándolo o robándolo.

c) El acumulativo.- a diferencia de los otros dos caracteres, el acumulativo no espera nada del exterior, sino por el contrario, piensa que el medio le va a quitar lo que tiene y por eso su seguridad se basa en la acumulación y el ahorro.

d) El mercantil.- Fromm considera que este tipo de carácter es básicamente producto de la sociedad capitalista, en donde la personalidad es considerada como una mercancía que no tiene utilidad, sino únicamente un valor de cambio. En vista de que el hombre se experimenta a sí mismo como vendedor y al mismo tiempo como mercancía, su autoestimación depende de condiciones fuera de su control; por lo que si siente que su propio valor no está constituido en primera instancia por las cualidades humanas que posee, sino que depende del éxito que logre en su mercado de competencia cuyas condiciones están constantemente -

sujetas a variaciones, la autoestimación es también fluctuante y constante la necesidad de ser confirmada por otros. De aquí - que el individuo se siente impulsado a luchar inflexiblemente - por éxito y cualquier revés es una grave amenaza a la estima- - ción propia; obteniendo como resultado sentimientos de desampa- - ro, inseguridad e inferioridad.

e) El carácter productivo.- se refiere a la orientación - productiva; entendiendo por productividad el desarrollo y la - práctica de las potencialidades inherentes del ser humano, la - cual incluye las respuestas mentales, emocionales y sensoriales hacia otros, hacia uno mismo y hacia las cosas.

Para Fromm el egoísmo no es producto del amor que se tiene a sí mismo, sino por el contrario, es debido a esa falta de a- - mor por lo que quiere robar o arrebatarse a los demás lo que él - no es capaz de proporcionarse, y el amor a sí mismo es cuando - el individuo se cuida, se respeta, es responsable y se conoce - como ser humano, lo que trae como consecuencia que no solamente se ame a sí mismo sino también a los demás. Fromm señala que la orientación productiva se manifiesta específicamente en el amor y el pensar; en el amor genuino predominan cuatro característi- - cas que son el cuidado, la responsabilidad, el respeto y el co- - nocimiento, que significa el interés por el desarrollo de las - potencialidades de la persona amada, conociendo y respetando su individualidad. El pensamiento productivo está regido por la ra- - zón que alcanza la esencia de las cosas de los procesos; tiene como función conocer, entender, captar y relacionarse con las - cosas por medio de su comprensión; además el pensamiento produ- - ctivo tiene un interés por el objeto, es objetivo y subjetivo, - esto significa que el conocimiento del objeto no es superficial sino que se busca conocer la esencia del objeto sin deformarlo,

falsificarlo o aislarlo de la totalidad.

En cuanto al proceso de socialización Fromm incluyó tres orientaciones improductivas o mecanismos de evasión que son: el autoritarismo, la destructividad y el conformismo automático. - El autoritarismo incluye la relación sádico-masoquista, la cual se caracteriza por la dependencia del masoquista hacia la persona sádica; quienes aparentemente han resuelto el conflicto existencial, pero inconscientemente guardan hostilidad, descontento, etc., por el hecho de no poder desarrollar sus potencialidades inherentes. La destructividad se caracteriza por la tendencia a destruir cosas o personas, racionalizando esta destructividad por un cumplimiento del deber u obligación. Y el conformismo automático (indiferencia), que es la aceptación incondicional de ideas o pensamientos, motivados principalmente por el afán de ser aceptados y evitar la soledad.

Fromm distingue tres tipos de relaciones interpersonales: - la simbiótica, que se refiere a la relación de la persona con otras personas, pero que pierde o nunca obtiene su independencia y la cual se expresa en el sadismo y el masoquismo. La de distanciamiento- destructividad, que se refiere a aislarse de las otras personas, debido a su sentimiento de incapacidad, siendo ésta la forma pasiva, mientras que la forma activa se manifiesta cuando el individuo trata de destruir a las otras personas. - Y finalmente la relación de amor, que es una forma productiva de amar; ya que implica responsabilidad, cuidado, respeto y conocimiento para con los demás y consigo mismo. Todos los tipos improductivos de carácter tienen aspectos tanto positivos como negativos y en las personas se encuentran los dos tipos de carácter el productivo y el improductivo; pero lo que rige su carácter es el tipo que predomina en su personalidad.

Fromm explica que existe cierta afinidad entre el tipo de carácter improductivo que se adquiere, el mecanismo de evasión que se escoge y las relaciones interpersonales que se establezcan. Esta afinidad se puede esquematizar de la siguiente manera:

ASIMILACION	SOCIALIZACION	RELACIONES INTERPERSONALES
I. Orientación Improductiva:		
a) Receptiva (aceptando)	Masoquista (lealtad)	
b) Explotadora (tomando)	Sádica (autoridad)	Simbiosis
c) Acumulativa (conservando)	Destruyente (afirmación)	Distanciamiento- destruccion
d) Mercantil (intercambiando)	Indiferencia (equidad)	
II. Orientación Productiva:		
Trabajadora	Amor, razonando.	Amor

Esquema 1.

2.4.1 Concepción de la Neurosis y su Tratamiento

Fromm considera que la teoría de la neurosis de Freud es incompleta, por el hecho de que únicamente analizó el factor biológico en la etiología de la neurosis y no analizó la influencia de la sociedad como determinante de ésta. Para Fromm la neurosis es el resultado de no haber resuelto el conflicto existencial (entre la necesidad de obtener la aceptación y la necesidad de lograr la individualidad) a través del trabajo y del amor productivo, sino que se optó por aceptar las necesidades creadas (afán de poder, anhelo de sumisión, etc.) de la sociedad, coartando así las necesidades inherentes del hombre, ta

les como dificultades para una buena alimentación, para estudiar, para trabajar y para realizar alguna actividad recreativa, ya sea artística o deportiva.

Ahora bien, aunque Fromm no publicó nada acerca de la terapia, de su libro *Ética y Psicoanálisis* (1977) así como de interpretaciones de su teoría, se localizaron varias sugerencias para el tratamiento de los trastornos emocionales y algunos comentarios referentes a la relación analista-paciente; así, Fromm considera que al inicio de la terapia la relación entre el paciente y el terapeuta es desigual, ya que el papel del psicoanalista es el de autoridad racional y el del paciente es el del receptor que confía en los conocimientos del terapeuta; agrega que en el análisis terapéutico se deben buscar las situaciones traumáticas de soledad y poner de manifiesto los métodos irracionales (mecanismos de evasión) que el paciente emplea para relacionarse consigo mismo y con el mundo, ya que con el empleo de éstos ha impedido el desarrollo de sus potencialidades productivas; por lo que el objetivo de la terapia es que el individuo conozca y desarrolle sus potencialidades productivas. Fromm concluye que la terminación satisfactoria del tratamiento se logra cuando el analista ya no se encuentre colocado en la posición de autoridad, es decir, cuando la relación entre paciente-analista sea de igual a igual.

2.4.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento

Según Fromm la neurosis depresiva resulta de la esterilidad interior y de la improductividad; características que se dan como resultado de haber resuelto el problema existencial (desarrollar las capacidades del ser y relacionarse con los demás) de una manera insatisfactoria, esto es, como una forma de-

adaptación improductiva entre el individuo y la sociedad en que se desenvuelve; ya que la esterilidad interna y la improductividad predominan en el carácter mercantil que resulta del proceso de asimilación, del proceso de socialización que emplea los métodos irracionales de la indiferencia y de las relaciones interpersonales de distanciamiento- destructividad en la forma pasiva. Siendo la orientación mercantil aquella en la cual el individuo se considera a sí mismo y a los demás como una mercancía; por lo que si tiene éxito es valioso, si no lo tiene carece de valor, sintiendo baja su autoestima, experimentando inseguridad y ansiedad con una consiguiente pérdida de identidad como ser humano. Así, el individuo al verse obstaculizado principalmente por la sociedad en su desarrollo productivo y de integración, da lugar al conflicto neurótico depresivo antes descrito.

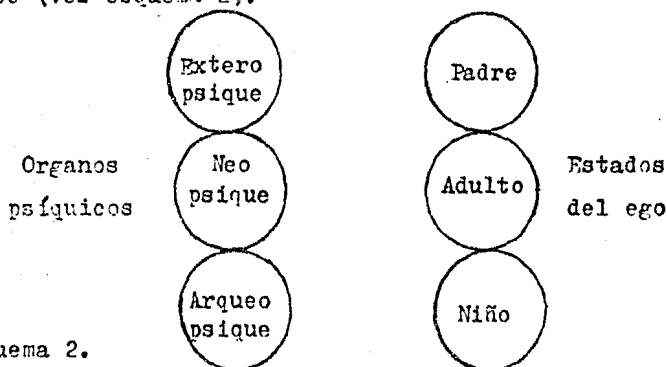
La posible terapia para el tratamiento de la neurosis depresiva se desprende de la aplicación de la teoría de Fromm, basándose en aquellos factores que se considera destacó como causantes de dicho padecimiento; por lo que los aspectos que se deben analizar son las relaciones interpersonales de distanciamiento que emplea el neurótico depresivo, haciéndole comprender que su carácter mercantil así como sus métodos irracionales de indiferencia, son producto de necesidades creadas por la sociedad en la que se desenvuelve y las cuales obstruyen el desarrollo de sus potencialidades productivas.

2.5 Teoría de la Personalidad de Eric Berne

Berne basó su teoría principalmente en los estudios de Penfield sobre los mecanismos de la memoria, en los que demostró que estimulando eléctricamente algunas zonas de la corteza temporal, los pacientes revivían experiencias con toda la car-

ga emocional con la que ocurrieron en el pasado. Esto demostró que las experiencias que ocurrieron en la infancia se encuentran retenidas en la corteza temporal y son susceptibles de ser traídas a la conciencia por diversos estímulos y no únicamente por estimulación eléctrica.

Berne menciona que la estructura de la personalidad está integrada por tres órganos psíquicos que son: extero-psíquico, neopsíquico y arqueo-psíquico manifestándose fenomenológica y operacionalmente como Padre, Adulto y Niño, los cuales son estados del ego que contienen experiencias con todas sus emociones, imágenes, sentimientos y conductas, tal como se vivieron originalmente (ver esquema 2).



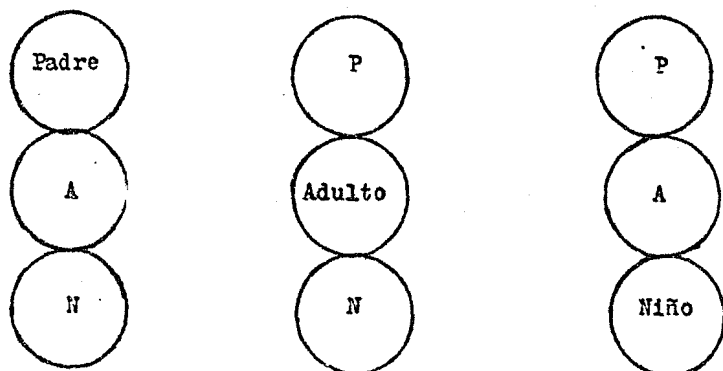
Esquema 2.

El paso de un estado del ego a otro se explica a través del desplazamiento de energía psíquica (catexia), la cual se puede ver impedida por la impermeabilidad de las fronteras de los estados del ego. Existen tres estados de catexias, el atado, el desatado y el libre. De la combinación del desatado con el libre surge el estado activo.

El estado del ego en el cual predomina la catexia libre es percibido como yo verdadero y el poder ejecutivo es absorbido -

por ese estado en el cual la catexia activa es mayor en un momento dado.

El desequilibrio psíquico se manifiesta en la patología estructural en la que se considera a las anomalías de la estructura psíquica, siendo las más comunes la exclusión y la contaminación. La patología funcional se ocupa de la labilidad de las catexias y de la permeabilidad de las fronteras del ego.



Padre excluyente

Adulto excluyente

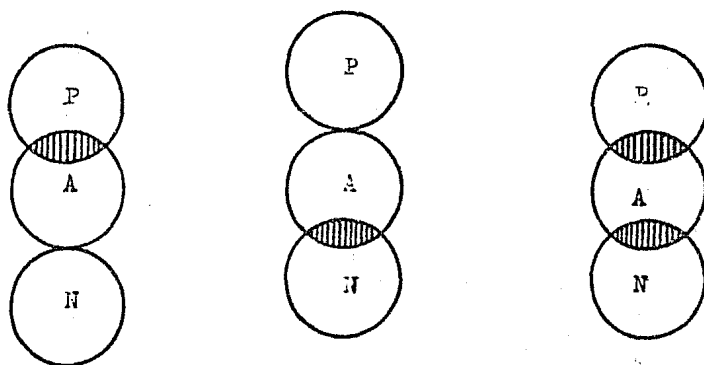
Niño excluyente

Esquema 3.

La exclusión se refiere a la eliminación, por parte de un estado del ego, de los otros dos estados complementarios (ver esquema 3). La contaminación es la influencia negativa que sufre un estado del ego, por parte de uno de los dos estados complementarios; esta contaminación se manifiesta en prejuicios y alucinaciones o ilusiones (ver esquema 4).

La labilidad de las catexias se refiere al desplazamiento fácil de la energía psíquica de un estado del ego a los otros dos. La permeabilidad de las fronteras del ego es cuando dichas fronteras permiten el desplazamiento lábil o perezoso de la --

energía psíquica de un estado del ego, a los otros dos.



Prejuicio del Pa
dre contaminando
al Adulto

Ilusión del Ni
ño contaminan-
do al Adulto

Doble contaminación
del Adulto por parte
del Padre y del Niño

Esquema 4.

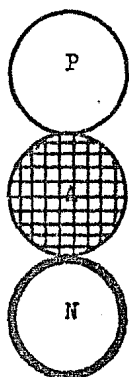
2.5.1 Concepción de la Neurosis y su Tratamiento

Berne considera que una personalidad sana es aquella en la que el Niño contiene catexia atada, mientras que el Adulto está cargado de catexia libre por lo que se experimenta como verdadero yo y tiene el poder ejecutivo porque contiene la mayor suma de catexia activa. La personalidad neurótica es aquella en la que la catexia libre continúa residiendo en el Adulto, mientras que el Niño contiene catexia desatada; esta catexia desatada predomina sobre la catexia activa del Adulto por lo que el Niño tiene el poder ejecutivo y el Adulto es experimentado como su yo real (ver esquema 5).

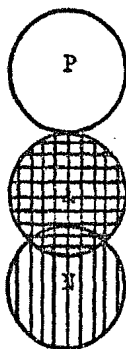
Berne concluye que los desórdenes del carácter y las psicopatías son manifestaciones del Niño, que estructuralmente tiene

el apoyo del Adulto. La presencia o ausencia de remordimiento - demuestra que el Padre está en conflicto o presenta su desacerdo.

Berne no esquematiza los estados de energía pero para propósitos de ilustración pueden quedar esquematizados de esta manera.



Normal



Neurosis



C. Libre



C. Desatada



C. Atada



C. Activa

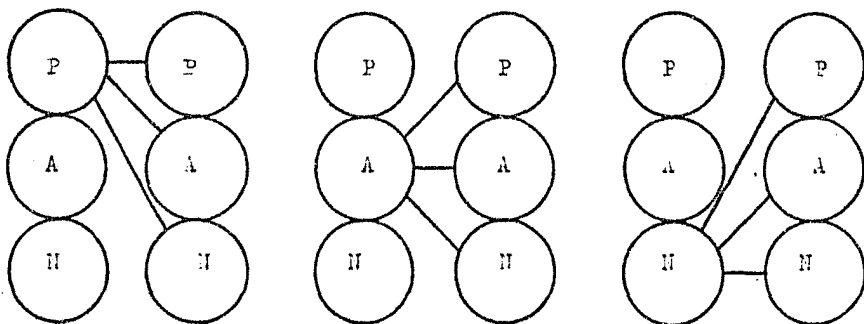
Esquema 5.

Berne considera que después de haber terminado el análisis estructural se puede dar por terminada la terapia o bien continuar con el análisis transaccional, en el cual la variedad de - estímulos es importante para la integración de la neopsíquis y - arqueopsíquis de la personalidad, siendo el contacto social y - la intimidad física las formas más esenciales y efectivas de eg - timulación; por lo que si el hombre se aísla estará privado de - la estimulación dando lugar a lo que Berne llamó el hambre de - estímulos y consecutivamente el hambre de reconocimiento, esto - es, que la persona necesita que se le tome en cuenta mediante - los saludos rituales, sonriéndole, siendo amable, etc., puesto - que si dicho reconocimiento no se da, la conducta será una gro -

sería que puede ser sancionada socialmente. Sin embargo, el principal problema del trato social es el hambre de estructura, es decir, la necesidad de estructurar las horas de vigilia; por lo que es conveniente programar las actividades de tal manera que se pueda obtener el máximo de satisfacciones por medio de pasatiempos y juegos.

Para Berne las interacciones sociales se llaman transacciones; estas transacciones pueden ser complementarias, cruzadas y ulteriores; complementarias cuando las transacciones no son interrumpidas, es decir, cuando una conversación sigue su ritmo; cruzadas cuando las transacciones son interrumpidas, esto es, cuando se da un desconcierto en la conversación, por lo que ya no puede continuar; y ulteriores cuando las transacciones se complementan a dos niveles: el psicológico y el social.

Según Berne las transacciones se pueden dar en nueve vectores: I.- de Padre a Padre, II.- de Padre a Adulto, III.- de Padre a Niño, IV.- de Adulto a Padre, V.- de Adulto a Adulto, VI. de Adulto a Niño, VII.- de Niño a Padre, VIII.- de Niño a Adulto y IX.- de Niño a Niño (ver esquema 6).



Esquema 6.

El objetivo del análisis transaccional es el control social; en el cual el Adulto retiene el poder ejecutivo al tratar con otras personas que podrían consciente o subconscientemente tratar de activar al Niño o al Padre del paciente: este análisis transaccional se lleva a cabo a través del análisis de juegos y el análisis de guiones; pudiéndose incluir el análisis de relaciones, si se desea profundizar más.

El análisis de juegos se lleva a cabo en reuniones grupales, ya que en ellas hay contacto social; siendo las reuniones de dos tipos: las de pasatiempos y las de juegos. El pasatiempo es un compromiso en el cual las transacciones son directas complementarias, es un medio que provee la naturaleza o la cultura para aliviar la desesperación y al mismo tiempo sirve para conocer gente con la esperanza de lograr la intimidad con otro ser humano. El pasatiempo en la terapia tiene la finalidad de introducir a los pacientes en los principios del análisis transaccional y también sirve como medio para calmar las tensiones de los pacientes, pero analíticamente tiene muy poco valor. Los pasatiempos generalmente son Paternales o Adultos, ya que su función es esquivar al Niño.

El juego es un conjunto de transacciones complementarias posteriores que están encaminadas hacia un objetivo que se encuentra oculto (una serie de jugadas con trampa), por eso las transacciones en el juego se dan a dos niveles; uno social, que es el que se manifiesta abiertamente y con el cual podría no estar de acuerdo el paciente, y el nivel psicológico en el cual el objetivo del paciente se encuentra oculto. Los juegos en la práctica tienen como objetivo que los pacientes conserven el equilibrio psíquico para que no lleguen a la desesperación y analíticamente que se den cuenta del tipo de juego que están em-

pleando para que puedan cambiar su forma de actuar, por otra más constructiva.

En el análisis de los guiones, un guión es una serie de transacciones más amplias y complejas que los juegos; es la representación de reacciones y experiencias infantiles, esto es, que a través de una representación similar a las obras teatrales, dividida en actos, se reviven en una etapa adulta las experiencias infantiles que de alguna manera le crean problemas al adulto que las representa. En la práctica el análisis de guión se divide en prólogo, clímax y catástrofe, este guión puede ser interpretado con un sentimiento de emoción o desaliento real o simbólico. Para llevar a cabo esta adaptación, el paciente selecciona a los personajes que se ajusten a los papeles de su guión, así como también les pide que las respuestas que den sean las requeridas para su guión. En el análisis de guión el paciente tiende a revivir la experiencia infantil, ya sea repitiendo la catástrofe original o cambiando el final por uno feliz. Sin embargo, la finalidad del análisis de guión es terminar definitivamente con la repetición de la experiencia infantil e iniciar otra más satisfactoria y constructiva.

En el tratamiento de la neurosis si no se ha obtenido el control social, alivio sintomático, o la cura de transferencia por medio del análisis estructural, entonces dichos objetivos se lograrán a través del análisis transaccional. Berne considera que un tratamiento ideal para la neurosis, incluiría también la cura psicoanalítica.

El control social se logra cuando el adulto ha sido decontaminado, tiene el poder ejecutivo y determina en que momento pueden actuar el niño y el padre. El alivio sintomático se logra cuando el adulto ejerce el poder ejecutivo, por lo que a su

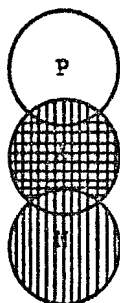
vez, logra aliviar los dolores somáticos. La cura de transferencia se realiza cuando el terapeuta permite al paciente que continúe algún juego que se interrumpió en la infancia, pero de una manera más benigna. Y la cura psicoanalítica cuando se lleva a cabo, consiste en liberar al niño de su confusión a través de la asociación libre, expresándose en presencia de su Padre y Adulto.

2.5.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento

Basándose en la teoría de Berne, se puede decir, que la neurosis depresiva es el resultado de la contaminación del Adulto por parte del Padre y del Niño; facilitada por la permeabilidad de la frontera del estado del ego Adulto y por la existencia de la catexia lábil que permite que el estado del ego Niño tome el poder ejecutivo (ver esquema 7); ocasionando con ello, los reproches del Padre hacia el Adulto por haber perdido el poder ejecutivo y las autodevaluaciones del Adulto. Esto es la explicación de un conflicto infantil no resuelto en el que hubo experiencias de rechazo, frustración, hostilidad y crítica; que tiende a repetirse continuamente durante la edad adulta, en forma de guión; por lo que el paciente busca los personajes que se ajusten a la representación de su guión.

La terapia propuesta por Berne para la neurosis depresiva consiste primeramente en aplicar el análisis estructural, explicándole al paciente la estructura del aparato psíquico, con el fin de que lo asimile y de esta forma este capacitado para que decontamine al Adulto de la influencia del Padre y del Niño, reafirmando las fronteras de los estados del ego y logrando que el control de la catexia lo tenga el Adulto para que pueda ejercer el poder ejecutivo. Y el análisis transaccional que incluye

los pasatiempos , el análisis de juegos, análisis de guión, análisis de relaciones y finalmente la cura psicoanalítica.



Neurosis Depresiva

Esquema 7.

3. Definición y Clasificación que proporciona la A.P.A. de la Neurosis Depresiva.

Después de haber revisado a los que se considera los principales exponentes de la Teoría Dinámica, se hace necesario incluir la concepción actual dinámica acerca de la definición, clasificación y rasgos clínicos de la neurosis, así como la definición y rasgos clínicos de la neurosis depresiva.

De acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en Sarason (1978) la neurosis es un estado de ansiedad que puede percibirse y expresarse o puede controlarse inconsciente y automáticamente por conversión, desplazamiento y varios otros mecanismos psicológicos. La neurosis no manifiesta distorsión pronunciada ni mala interpretación de la realidad externa; tampoco desorganización muy acentuada de la personalidad. Los pacientes neuróticos están conscientes de que su desenvolvimiento intelectual está perturbado.

La A.P.A. clasifica a la neurosis de la siguiente manera:- neurosis de ansiedad, neurosis fóbica, neurosis disociativa, - neurosis histérica, neurosis obsesiva-compulsiva y neurosis depresiva.

La neurosis depresiva o reactiva ocurre en respuesta a - acontecimientos ambientales de mayor importancia, como la muerte de un ser querido, la pérdida de un trabajo o un revés económico. Las expresiones de pesar y de culpa pueden ser simplemente exageradas y prolongadas por el individuo deprimido. A veces surge una depresión reactiva si la persona reprime su pena en lugar de expresarla abiertamente, o si tenía sentimientos ambiguos hacia alguien que haya fallecido recientemente. Pero cualquiera que sea la causa inmediata, hay ciertos síntomas notables: el individuo da muestras de estar evidentemente abatido y ser infeliz, se siente cansado y apático, pierde el apetito y - puede tener problemas para dormir.

La depresión consiste en la pérdida de la autoestima y en una perturbación del humor que puede ser aguda. El depresivo - neurótico puede expresar sentimientos suicidas o cuando menos - exhibe notables evidencias a inculparse. Se siente privado de a apoyo emocional de parte de los demás y también indigno de recibirlo.

III. APROXIMACION CONDUCTUAL

En el capítulo anterior se expusieron de manera general - los principios, métodos y técnicas psicoterapéuticas de la teoría dinámica. En este capítulo se revisan las aportaciones del condicionamiento clásico y operante para la comprensión y tratamiento de la neurosis depresiva.

Dentro de estas investigaciones sobresalen los trabajos efectuados por Iván Petrovich Pávlov sobre condicionamiento clásico, con los cuales contribuyó a la comprensión de los problemas del comportamiento. Según Wolpe (1977) Watson y Rayner basándose en los trabajos de Pávlov aplicaron el modelo estímulo-respuesta para explicar la conducta; siguiendo este modelo llegaron a condicionar una respuesta de miedo ante la presencia de un estímulo, el cual anteriormente no tenía el poder de provocar la reacción de temor (el caso de Albertito, 1920). Con lo que llegaron a dos conclusiones importantes; la primera, que la conducta es producto de variables ambientales y la segunda, que la conducta es aprendida.

Siguiendo a Wolpe (1977) Mary Cover Jones (1924) aplicó sistemáticamente los principios del condicionamiento clásico para el desaprendizaje de una conducta fóbica; así, mediante la aplicación de las técnicas de condicionamiento logró eliminar la fobia de un niño (el caso de Peter).

Wolpe (1977) afirma que Maccubbin (1943) logró provocar neurosis experimentales en ratos, lo cual interpretó en términos de "salvar el conflicto motivacional" dada su posición psicoana

lítica. Wolpe (1975) también condicionó experimentalmente respuestas neuróticas en gatos. En sus estudios experimentales con gatos observó que las respuestas neuróticas aparecían cuando se colocaba al animal en un ambiente encerrado y expuesto a una fuerte estimulación ambivalente o a estímulos nocivos. Estas respuestas neuróticas se caracterizaban por una marcada ansiedad. Dichas investigaciones llevaron a postular más tarde su principio de inhibición recíproca.

Bischof (1979) menciona que Eysenck (1959) siguiendo este desarrollo conductual realizó numerosos estudios experimentales creando un sistema teórico explicativo del comportamiento anormal en general, haciendo referencia a las dimensiones de neuroticismo, psicoticismo e introversión-extraversión. Su sistema está basado en la consideración de que en el aprendizaje de las neurosis además intervienen otras variables como la personalidad del sujeto.

Según Catania (1975), Skinner basándose en la ley del efecto de Thorndike (la cual afirma que las consecuencias de la conducta en una ocasión determinan la probabilidad de que la conducta se repita en ocasiones subsecuentes) postula el paradigma del condicionamiento operante, el cual dice que la conducta no sólo es provocada por estímulos sino que además su probabilidad de aparición está regida por las consecuencias que le siguen.

Todas estas aportaciones contribuyeron al desarrollo de la terapia del comportamiento, la cual se caracteriza por los siguientes supuestos mencionados por Rimm y Masters (1980):

a) La terapia conductual supone que la conducta desadaptada es en grado considerable adquirida a través del aprendizaje; de la misma manera como se aprenden otras conductas.

b) La terapia conductual se concentra en la conducta desa-

daptada en sí misma.

c) La terapia conductual supone que los principios psicológicos, principalmente los principios del aprendizaje, pueden ser efectivos en la modificación de la conducta desadaptada.

d) En el tratamiento conductual se establecen metas específicas y se definen claramente.

e) El terapeuta conductual adapta su método de tratamiento al problema del paciente.

f) La terapia conductual se centra en el aquí y ahora, para la explicación de la conducta desadaptada y su tratamiento.

g) Supuestamente todas las técnicas incluidas dentro de la terapia conductual han sido probadas empíricamente y han demostrado su efectividad.

1. Teoría de los Reflejos de Ivan Petrovich Pávlov

De acuerdo a Pávlov los fenómenos psíquicos tienen una base fisiológica y los localiza principalmente en los hemisferios cerebrales; por lo que considera que los fenómenos psíquicos son susceptibles de ser estudiados a través de la metodología fisiológica, es decir, a través de un estudio objetivo, de tal manera que se llegara a conocer las condiciones de su aparición, de sus complicaciones y de su desaparición.

Pávlov en sus investigaciones partió de la respuesta de secreción de las glándulas salivales en el perro. Puso en el hocico del perro una solución diluida en ácido clorhídrico, que hacía que el perro reaccionara rechazando el líquido con bruscos movimientos, además de que lo hacía salivar abundantemente; a esta respuesta del perro la llamó reflejo incondicionado y al estímulo que provocó la respuesta lo designó con el nombre de estímulo adecuado o propio. Después le presentó un sonido (estí

mulo neutro) momentos antes de que le diera el ácido que le provocaba las reacciones de rechazo (reflejo incondicionado). Este procedimiento lo repitió varias veces y observó que ante la sola presencia del estímulo neutro, es decir, sin darle la solución del ácido, el perro manifestaba las mismas reacciones de rechazo; por lo que Pávlov pensó que el estímulo neutro había adquirido las mismas propiedades del estímulo incondicionado y a esta respuesta provocada por el estímulo condicionado la llamo reflejo condicionado; pero observó que si el estímulo condicionado se repetía continuamente sin la presencia esporádica del estímulo incondicionado, el estímulo condicionado perdía la propiedad de provocar el reflejo. Con lo que concluyó que era necesario que se presentara algunas veces el estímulo incondicionado para que el estímulo condicionado no perdiera sus propiedades adquiridas.

En sus siguientes experimentos Pávlov descubrió que también se podían provocar reflejos condicionados negativos; los llamó así, porque tienden a inhibir la respuesta condicionada del perro. Existen varios tipos de inhibición: la inhibición extintiva, es cuando el estímulo incondicionado no refuerza ni esporádicamente al estímulo condicionado; la inhibición diferencial, se refiere a que el reflejo condicionado sólo se produce cuando se presenta el estímulo condicionado específico y no ante estímulos similares; la inhibición retardada, corresponde a la demora de la respuesta ante el estímulo condicionado; la inhibición supraliminar, se realiza cuando se presenta fuerte estimulación externa; y la inducción negativa, es cuando un estímulo fuerte suprime la respuesta a otros estímulos.

Pávlov clasifica a la inhibición de una manera más detallada en dos grupos: la inhibición interna que se da a nivel de -

corteza cerebral, es decir, en la que se da un proceso psíquico que es el reflejo condicional y en la que incluye a la inhibición extintiva, diferencial y a la de retardo; y la inhibición externa que se da en la médula oblongada y la que incluye la inducción negativa y la inhibición supraliminar.

Pávlov mencionó que podía darse la generalización, la cual se realizaría cuando el perro responde de igual manera ante estímulos parecidos al estímulo condicionado.

Pávlov distingue a los sistemas nerviosos de acuerdo a tres rasgos que son intensidad, equilibrio y movilidad. La intensidad es la forma de responder del sistema nervioso ante la estimulación, sea positiva o negativa; el equilibrio se refiere a la estabilidad entre la inhibición y la excitación y por último la movilidad es la facilidad de desplazamiento de la inhibición y de la excitación.

De la combinación de estos rasgos surgen varios tipos de sistemas nerviosos; en cuanto a su intensidad se dividen en fuertes y débiles, en lo que se refiere al equilibrio se dividen en equilibrados y no equilibrados y finalmente los equilibrados con los fuertes se dividen en lábiles o inertes.

Pávlov observó una coincidencia entre esta clasificación fisiológica y algunas manifestaciones psíquicas patológicas, por ejemplo: la inercia se encuentra en la neurosis obsesiva y en la paranoia, y el sistema nervioso tipo débil en la neurosis depresiva.

1.1 Concepción de la Neurosis y su Tratamiento

Pávlov extrapolando sus estudios de laboratorio acerca de las neurosis experimentales con perros, afirma que la neurosis-

humana es el resultado del rompimiento del equilibrio entre los procesos de excitación e inhibición y del predominio de uno de ellos, desequilibrio que es causado por el agotamiento en los procesos de excitación e inhibición como producto de la estimulación excesiva externa y por la colisión de los procesos opuestos, que es cuando la diferencia entre los estímulos positivos y negativos es muy pequeña, con lo que existe dificultad para diferenciarlos; en ambas causas se produce una irradiación (expansión de la estimulación por el sistema nervioso) que finalmente lleva al predominio ya sea de la excitación o de la inhibición.

En la bibliografía revisada Pávlov no propone tratamiento para la neurosis humana, pero de acuerdo a su orientación fisiológica anteriormente expuesta se deduce que el tratamiento sería a base de fármacos y de reposo prolongado, con este último pensaba que el organismo se restablecía por sí sólo.

1.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento

Para Pávlov la neurosis depresiva se da en el sistema nervioso tipo débil, en el que hay "la facilidad de inhibición que es producto de la debilidad constante de la inhibición interna que irradia sin dificultad y resulta sobre todo de la influencia de la inhibición externa producida por cualquier clase de estímulo externo, incluso los más insignificantes" (Pávlov, 1976, p.p. 38). Esto significa que cuando el organismo se enfrenta ante estimulación externa excesiva o bien cuando tiene una fuerte excitación que le impide responder a otros estímulos, existe una facilidad para que su respuesta se vea disminuida ante los estímulos condicionados, lo cual se manifiesta en que el organismo ya no responde al estímulo condicionado sino sólo res

ponde a un estímulo condicionado específico, y que el organismo responde retardadamente; por lo que el organismo se queda inmóvil, rígido e inexpressivo.

Flyov tampoco menciona tratamiento para la neurosis depresiva humana, pero se considera que también recomienda el descanso prolongado.

2. Concepción de la Personalidad de John Broadus Watson

Watson (1878-1958) propuso que para estudiar científicamente la conducta humana era necesario utilizar los mismos métodos de control experimental que habían resultado útiles para explicar la conducta de los animales inferiores al hombre. Ya que afirmaba que el hombre sólo difería de los animales inferiores en las formas de comportarse, pero que se regían por las mismas leyes del medio ambiente como organismos biológicos.

Watson no negó la existencia de los procesos subjetivos, pero como estos no son observables y sus significados se prestan a ambigüedades consideró que era mejor estudiar a la conducta observable. Y afirmó que la conducta podía ser explicada en términos de estímulo-respuesta, en tal forma que si se observa el estímulo se podrá predecir la respuesta, o si se observa la respuesta se podrá conocer el estímulo que la provocó.

Watson clasificó a los estímulos en externos, los cuales son "todos los objetos de nuestro medio" y en internos, los cuales surgen de cambios en los tejidos del cuerpo. Y también clasificó a las respuestas en externas, que son los actos ordinarios del ser humano observables y explícitos; y en internas que son respuestas o reacciones implícitas, las cuales no se pueden observar directamente ya que son ocultas y ocurren dentro del organismo. Además clasificó a las respuestas en aprendidas y no

aprendidas; las primeras son provocadas por un estímulo condicionado y las segundas son reacciones ante estímulos incondicionados.

Watson declaró que las respuestas aprendidas se dan por medio de condicionamiento, que se realiza cuando un estímulo nuevo (estímulo que previamente es inefectivo) se presenta repetidamente, momentos antes de la aparición de un estímulo incondicionado. El estímulo nuevo adquiere la propiedad de provocar la respuesta que anteriormente sólo aparecía ante la presencia del estímulo incondicionado; esta respuesta que ha sido provocada por el estímulo condicionado es la respuesta aprendida. Una vez llevado a cabo este condicionamiento o sustitución de estímulos, se puede hacer que otro estímulo nuevo apareado con el estímulo condicionado e incondicionado provoque una respuesta condicionada, es decir, que la respuesta que antes era sólo provocada por el estímulo incondicionado, ahora también se presenta ante la presencia de dos estímulos condicionados. La respuesta puede ser sustituida a través del proceso de condicionamiento; que se lleva a cabo cuando el estímulo es capaz de provocar más de dos respuestas incondicionadas en diferentes apariciones de dicho estímulo.

Watson consideró que los hábitos son una integración de respuestas condicionadas y que la personalidad es el producto final de los sistemas de hábitos. Consideró a la personalidad como una máquina orgánica montada y lista para funcionar, funcionamiento que está determinado por el medio en que se desenvuelve.

2.1 Concepción de la Neurosis y su Tratamiento

De lo antes mencionado se puede decir que para Watson la -

neurosis son hábitos adquiridos en la infancia y adolescencia a través de condicionamiento clásico y los cuales se mantienen en la vida adulta ante la presencia de estímulos condicionados.

El tratamiento de Watson para la neurosis (él la llamo trastorno de la personalidad o de la conducta) consistía en analizar el sistema de hábitos cronológicamente, es decir, desde la infancia hasta el momento del tratamiento; este análisis se llevaba a cabo investigando las siguientes formas:

- 1.- Estudiar el cuadro educacional del individuo.
- 2.- Estudiar el cuadro de sus realizaciones.
- 3.- Utilizar tests psicológicos, principalmente vocacionales.
- 4.- Estudiar el empleo del tiempo libre del individuo y el tipo de recreación preferida.
- 5.- Examinar el tipo emocional del individuo en las situaciones prácticas de la vida diaria.

Esto lo hacía con el fin de identificar los hábitos tanto positivos como negativos, para después sustituir a través del condicionamiento las respuestas aprendidas que son causantes del trastorno de la personalidad.

2.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento

En la bibliografía revisada Watson no estudió a la neurosis depresiva, pero se deduce que la explicación y tratamiento de ésta sería muy similar a la concepción que da acerca de los trastornos emocionales y la cual ya se revisó.

3. Paradigma Operante de Burrhus Frederick Skinner

Skinner continuó con la tendencia experimental de Pavlov, Watson y otros para estudiar la conducta, pero eliminando toda-

referencia fisiológica y enfocando su atención en la relación de los datos observables estímulo-respuesta.

Skinner fue más allá del paradigma de condicionamiento clásico o respondiente al descubrir en sus estudios de laboratorio con ratas y pichones la existencia de respuestas operantes que al ocurrir modifican el ambiente y que su probabilidad de aparición depende de las consecuencias (reforzamiento) inmediatas a su aparición.

Para Skinner estos resultados pueden ser extrapolados y extendidos a una amplia variedad de situaciones y organismos, entre ellos el hombre.

Skinner afirma que la conducta es producto del medio ambiente y no de "fuerzas misteriosas"; por lo tanto la conducta se puede predecir y controlar manipulando las condiciones que influyen en ella, debido a que está regida por leyes del medio ambiente.

El paradigma del condicionamiento operante consiste en reforzar la respuesta deseada, de un sin número de respuestas azarosas que emite el organismo, hasta que se establezca la respuesta deseada; o sea, el condicionamiento operante es un proceso en el cual la frecuencia con que está ocurriendo una conducta, se modifica o se altera debido a las consecuencias que esa conducta produce.

Skinner descubrió diferentes formas de controlar la conducta por medio del empleo del reforzamiento; ya que el reforzamiento es el proceso mediante el cual se controla la probabilidad de ocurrencia de una conducta. Existen dos tipos de reforzadores; el reforzador positivo, el cual es la presentación de un estímulo como consecuencia de una respuesta y el reforzador ne-

gativo, que se refiere a la eliminación de un estímulo como consecuencia de una respuesta; ambos reforzadores tienden a incrementar la conducta; la extinción es la desaparición de una conducta al retiro del reforzador; y el modelamiento es cuando se quiere que el organismo emita una conducta nueva (la cual este dentro de sus posibilidades) y para ello se van reforzando cada una de las respuestas que se aproximen a la conducta deseada, - hasta que el sujeto la emita.

Otros principios mencionados por Skinner y los cuales también se utilizan en el control de la conducta son: la discriminación, generalización de estímulos, reforzador incondicionado, estímulo neutro, reforzador generalizado, reforzador condicionado, castigo, escape y evitación.

Algunos de estos principios son aplicados en varios programas de reforzamiento que varían de acuerdo al tiempo y a la frecuencia de la respuesta, tales programas son: de intervalo fijo o variable y razón fija o variable.

El modelo que propone Skinner para explicar la conducta es estudiar la conducta observable, la cual se tomaría como variable dependiente causada por factores hereditario y ambientales- (los factores hereditarios no son susceptibles de cambiar a diferencia de los factores ambientales), considerando estos como variables independientes.

Skinner explica que tanto la conducta normal como la neurótica están regidas por las mismas leyes del aprendizaje descubiertas en el laboratorio; por lo que la neurosis es aprendida, es decir, es producto de contingencias reforzantes mal administradas, así como del uso frecuente del castigo que tiene efectos colaterales porque no únicamente reduce la probabilidad de-

la conducta sino que da lugar a otras formas de respuesta como la evitación y el escape, que serían conductas neuróticas si aparacen cuando no existe el estímulo punitivo real.

3.1 Concepción de la Neurosis y su Tratamiento

La conducta neurótica para Skinner es producida por estímulos condicionados que puedan provenir del propio sujeto y del medio ambiente, y agrega que el sujeto para evitar o escapar de los estímulos aversivos recurre a otras formas de conducta (peligrosas o perjudiciales para el sujeto o para el grupo) las cuales le son reforzantes negativamente. O bien, la conducta neurótica es originada por el condicionamiento eficaz de reforzadores positivos mal administrados.

De lo antes expuesto se deduce que la neurosis para Skinner es causada por castigo severo, ya sea por control excesivo o por el medio físico; así como también por reforzadores mal administrados, a tal grado que el individuo llega a emitir respuestas discriminativas ineficaces e inexactas.

Skinner propone que antes de llevar a cabo la terapia, el terapeuta debe hacer un diagnóstico a través de entrevistas, tests psicológicos objetivos, inventarios, etc., con el fin de obtener información de la historia del paciente, de la conducta que necesita tratamiento y sobre las circunstancias ordinarias en las que se desarrolla el paciente. Y señala que es importante que durante el diagnóstico y tratamiento, el terapeuta no tome una actitud crítica ni de hostilidad, evitando usar el castigo y cualquier manifestación de contra-agresión cuando el paciente lo critique o lo agrede.

El tratamiento para la neurosis consiste en modificar directamente la conducta problema del paciente; aplicando directa

mente las técnicas derivadas de la teoría del aprendizaje, tales como el reforzamiento positivo, extinción, discriminación, etc.

3.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento

Skinner (1968) considera que la neurosis depresiva es el resultado de ciertos subproductos de un control excesivo por parte del grupo familiar, religioso, político, etc., tales subproductos son la conducta de huir, escapar o rebelarse. Cuando el sujeto intenta huir o escapar del control del grupo es castigado, generando en el sujeto una estimulación aversiva (culpa, vergüenza); ante tal fracaso el sujeto se deprime, con lo que se resiste pasivamente al control del grupo y al mismo tiempo evita el castigo. Siendo la conducta neurótica depresiva un reforzador negativo que se manifiesta por un decremento general del patrón conductual.

El tratamiento para la neurosis depresiva se llevaría a cabo de la manera ya descrita en el tratamiento para la neurosis.

4. Teoría y Tratamiento de la Neurosis de Joseph Wolpe

Para Wolpe la conducta humana es un conjunto de secuencias E-R mediadas por el sistema nervioso, esto es, un estímulo exteroceptivo provoca la respuesta de un órgano sensorial, el que a su vez es un estímulo que produce una respuesta motora y/o visceral y así sucesivamente. Aunque este esquema de la interacción entre estímulo-respuesta es muy complejo, la conducta del organismo se repite frecuentemente ante una situación estímulo-particular, por lo que a la repetición de una conducta Wolpe la llamó hábito.

Para Wolpe las neurosis animales y humanas son aprendidas, es decir, se adquieren a través de condicionamiento, en el que un estímulo aversivo o condiciones ambivalentes provocan la respuesta de ansiedad, respuesta que se volverá a evocar ante estímulos neutros que estaban presentes durante la aparición de los estímulos aversivos o ambivalentes.

Se observa que la respuesta neurótica se da ante estímulos que objetivamente no constituyen una amenaza o un peligro, y que las reacciones neuróticas secundarias se llevan a cabo en un intento de reducir la ansiedad por medio de la evitación física automática de los estímulos que producen ansiedad, del desplazamiento de la atención centrándose en otras situaciones que no provoquen ansiedad, de la ingestión de drogas y de obsesiones que alivien la ansiedad.

Wolpe menciona que existen dos tipos de factores predisponentes que influyen en la forma de responder ante los estímulos, uno es el factor hereditario y el otro es el aprendizaje.

En sus trabajos experimentales con gatos, Wolpe descubrió que a los gatos con neurosis experimental se les inhibía la respuesta de comer ante la situación experimental en la que se produjo la neurosis, pero no en situaciones ambientales parecidas; por lo que Wolpe utilizó el alimento como una respuesta antagónica que inhibe la ansiedad, es decir, presentó el alimento en condiciones ambientales en las que la respuesta de ansiedad era menor hasta que por aproximaciones sucesivas, es decir, pasando por situaciones cada vez más parecidas a la jaula experimental, llegó a lograr que el gato comiera aún en dicha jaula, desapareciendo así la respuesta de ansiedad del gato. Esto llevó a Wolpe a postular su principio de inhibición recíproca "si puede hacerse que la respuesta que inhibe a la respuesta de ansiedad o-

curra en presencia de los estímulos que provocan la respuesta de ansiedad, dicha respuesta debilitará el vínculo existente entre estos estímulos y la respuesta de ansiedad" (Wolpe, 1977, p.p. 32).

Wolpe considera que la terapia del comportamiento se avoca a modificar los hábitos inadaptados cuyas consecuencias no satisfacen las necesidades del individuo, no lo libran del dolor, de la incomodidad o del peligro y hacen que el individuo haga un gasto inútil de energía. Dentro de estos hábitos inadaptativos, según Wolpe, se encuentra la neurosis a la cual define de la siguiente manera: "conducta neurótica es todo hábito persistente de conducta inadaptada por medio del aprendizaje, en un organismo fisiológicamente normal" (Wolpe, 1975, p.p. 49).

Las técnicas que propone Wolpe para el tratamiento de la neurosis son:

El contracondicionamiento consiste en presentar una respuesta antagónica a la ansiedad, la cual es reforzada con el fin de reducir la ansiedad.

El recondicionamiento positivo se utiliza para establecer un nuevo hábito de acción o de pensamiento en condiciones bajas las cuales no se presente la respuesta de ansiedad, provocando la respuesta deseada y reforzándola cada vez que aparezca; mientras que el hábito inadecuado deja de ser reforzado e incluso su presentación puede ser castigada.

La extinción experimental es la provocación repetida del hábito indeseado sin reforzamiento hasta que éste se debilite o desaparezca.

El entrenamiento asertivo se utiliza cuando las relaciones interpersonales del paciente le provocan ansiedad, con lo que -

sus relaciones son inadecuadas. Wolpe define a la asertividad como "la expresión adecuada dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad" (Wolpe, 1977, p.p. 96). Wolpe considera que el papel del terapeuta consiste en provocar las respuestas inhibidas, con lo que su aparición inhibirá la respuesta de ansiedad. Para lograr este objetivo el terapeuta utiliza el ensayo conductual, que es el moldeamiento y modelamiento de las conductas asertivas a través de la actuación del terapeuta y del paciente en el ambiente de la vida de éste último.

Y la desensibilización sistemática con la que se busca poner al paciente en un estado fisiológico antagónico a la respuesta de ansiedad. Wolpe propone que la desensibilización sistemática se lleve a cabo en cuatro fases:

Adiestramiento en relajación muscular profunda (estado opuesto a la respuesta de ansiedad), la cual se lleva a cabo en seis sesiones relajando progresivamente cada una de las partes del cuerpo.

Establecimiento de una escala que mida la respuesta de ansiedad en términos cuantitativos; se le pide al paciente que recuerde o imagine la situación que más ansiedad le produzca y que le de un valor de 100, después se le pide que le de un valor de cero a la situación que menos ansiedad le provoque y por último, el paciente deberá decir que valor le da a cada situación que le provoque ansiedad.

Construcción de jerarquías de aquellos estímulos que provocan las respuestas de ansiedad; es una lista de estímulos referentes a un tema, ordenados de acuerdo con la intensidad de ansiedad que provocan, en la cual se colocarán los estímulos que producen mayor ansiedad en la parte superior de la lista.

Y por último, la contraposición de la relajación y los estímulos provocadores de ansiedad que constituyen las jerarquías, en la que al paciente estando relajado se le pide que imagine - encontrarse ante una situación que le provoque poca ansiedad, - de acuerdo con la lista previamente elaborada; una vez que el - paciente ya no responda ansiosamente ante esta situación, se le pide que imagine la situación que sigue en su escala de ansiedad; este procedimiento se repite progresivamente hasta llegar a la situación que provoca mayor grado de ansiedad.

4.1 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento

Wolpe menciona que la neurosis depresiva se caracteriza - por un retardo verbal y motor, por llanto, tristeza, pérdida de la respuesta de alegría y del interés, autodevaluación, insomnio y anorexia. Considera que un estado depresivo es patológico cuando "no sirve para restaurar la función adaptativa; cuando - es excesivamente grave o demasiado largo en relación a la privación que lo causó, o si ha surgido fuera del contexto de una - pérdida o privación" (Wolpe, 1977, p.p. 268).

Wolpe explica que la neurosis depresiva aparece debido a - cuatro circunstancias:

a) Como consecuencia de una respuesta de ansiedad intensa y prolongada, provocada por condiciones ambivalentes, en donde la depresión aparece como una reacción a la ansiedad que se ha tratado de eliminar inútilmente.

b) Como consecuencia de la ansiedad basada en auto-devaluaciones cognitivas erróneas.

c) Como consecuencia de no poder controlar situaciones interpersonales, la cual se caracteriza porque el neurótico deprsivo aparece como consecuencia de no poder manifestar los esta-

dos emocionales ante otras personas por temor a perder su estimación o la imagen que tienen de él.

d) O como una exageración y prolongación de la respuesta normal ante la pérdida; en ésta el individuo no busca o cree que es imposible sustituir los objetos o personas perdidos.

Wolpe menciona que para la primera situación provocadora de neurosis depresiva se utilice la técnica de desensibilización sistemática y entrenamiento asertivo. Para el segundo tipo propone que se corrijan las evaluaciones equivocadas. Para el tercer tipo propone que se utilice el entrenamiento asertivo. Y para el cuarto tipo propone que se emplee el contracondicionamiento, reforzando sistemáticamente los logros del paciente por pequeños que sean.

5. Enfoque de la Personalidad de Hans Jurgen Eysenck

Eysenck define a la personalidad como la suma total de los patrones conductuales: el cognoscitivo (inteligencia), connotativo (carácter), afectivo (temperamento) y el somático (constitución) determinados por la herencia y el ambiente; y menciona que ésta se origina y desarrolla mediante la interacción funcional de los sectores formativos en que se organizan esos patrones conductuales.

Eysenck identificó tres dimensiones primarias de la personalidad por medio del análisis factorial, utilizando una gran cantidad de medidas como cuestionarios, clasificaciones, medidas fisiológicas, pruebas objetivas, etc., las cuales son las siguientes: introversión-extraversión, normalidad-neuroticismo y normalidad-psicoticismo. Posteriormente Eysenck exploró cada una de estas dimensiones con el propósito de encontrar caracte-

rísticas más precisas. Eysenck proporciona los siguientes informes descriptivos de las variables introversión-extraversión:

El introvertido normal se caracteriza por ser callado, aislado, reservado y distante excepto con sus amigos íntimos, toma las cosas de todos los días con la serenidad apropiada y le gusta una forma ordenada de vida; rara vez se comporta en forma agresiva, es pesimista y otorga mucho valor a las cosas éticas.

El extravertido normal se caracteriza por ser sociable, busca excitación, actúa bajo la situación del momento y es por lo general un individuo impulsivo, agresivo, pierde la compostura con facilidad y no puede mantener sus sentimientos controlados.

Los neuróticos introvertidos presentan una tendencia a desarrollar ansiedad y síntomas de depresión; se caracterizan por poseer tendencias obsesivas, irritabilidad y apatía, sufren labilidad del sistema nervioso autónomo, son dados a sentimientos de inferioridad, son taciturnos, se mantienen al margen en situaciones sociales y sufren de insomnio, su nivel de aspiración es extraordinariamente alto, pero tienden a subestimar su propia ejecución y son rígidos.

Los neuróticos extravertidos presentan la tendencia a desarrollar síntomas de conversión histérica, tienen intereses limitados, su vocabulario es pobre y son hipocondríacos, presentan excesiva falta de persistencia y son rápidos pero imprecisos.

5.1 Concepción de la Neurosis y su Tratamiento

Eysenck menciona que la "neurosis es un término que utilizamos a menudo para referirnos a la conducta asociada con la emoción intensa, con problemas de adaptación; el individuo que exhibe esta conducta comprende que ésta carece de sentido y es-

absurda e incoherente, pero es incapaz de modificarla" (Eysenck, 1978, p.p. 13). Se observa que Eysenck destaca la emoción intensa, las reacciones exageradas al medio ambiente y la relativa percepción interior del paciente como elementos comunes en la neurosis.

Eysenck explica que de acuerdo a la evolución del cerebro que ha atravesado por tres etapas, que son: la reptílica, paleomamífera y neomamífera; las conductas compulsivas, repetitivas y engañosas tienen como base el cerebro reptílico; las conductas de temor, cólera, alimentación, ansiedad, lucha, depresión y autoprotección son producto de la corteza límbica del cerebro paleomamífero en el que se da el condicionamiento y el cual es responsable de la excitación emocional de la expresión y de la coordinación de la emoción; y finalmente el pensamiento racional y cognocitivo depende de la neocorteza del cerebro neomamífero.

Eysenck asegura que los cerebros reptílico y paleomamífero siguen ejerciendo la función de prevención, aunque actualmente dicha función no tenga el mismo grado de utilidad que en el pasado, sino por el contrario, puede ser desastrosa para el individuo ya que lo lleva a comportarse neuróticamente; lo cual no va de acuerdo con su mente racional y consciente.

En base a los principios del aprendizaje de Pávlov, Eysenck explica que la ansiedad y el temor pueden ser condicionados y que cuando ocurre dicho condicionamiento y se repiten las conductas que reducen la ansiedad sin que aparezca el estímulo incondicionado, es cuando se establece la conducta neurótica.

De acuerdo a la teoría del aprendizaje de Pávlov, la respuesta neurótica debería extinguirse al no reforzar el estímulo

incondicionado la ocurrencia del estímulo condicionado; sin embargo la mayoría de las veces ocurre lo contrario, es decir, en vez de extinguirse la conducta neurótica, ésta tiende a repetirse persistentemente. Esto último se explica por el hecho de que la ansiedad y el temor tienen la propiedad de funcionar como un impulso; lo cual lleva a realizar la respuesta neurótica que reduce la ansiedad, evitándole al neurótico la oportunidad de darse cuenta que sus temores en la actualidad ya no tienen razón de ser. Por lo que Eysenck afirma que los síntomas neuróticos son patrones de conducta aprendidos que al parecer se vuelven inadaptables y los cuales pueden ser descondicionados aplicando las técnicas terapéuticas derivadas de la teoría del aprendizaje.

Otras variables que influyen en la adquisición de la neurosis son la introversión, la extraversión y la capacidad de respuesta emocional (neuroticismo), que es el grado de predisposición genética del individuo.

Eysenck estudia la personalidad en base a un modelo jerárquico que está integrado por cuatro niveles; en el nivel más bajo se encuentran las respuestas específicas, los actos que un individuo ejecuta en determinada ocasión; en el segundo nivel se encuentran las respuestas habituales de los rasgos; en el tercer nivel están los rasgos del tipo y en el cuarto nivel está el tipo ya sea introvertido o extravertido.

En los estudios de la personalidad que realizó Eysenck aplicando este modelo, encontró que los introvertidos y extravertidos con un alto grado de neuroticismo eran los individuos más predisuestos a adquirir neurosis, a diferencia de los introvertidos y extravertidos con un bajo nivel de neuroticismo que eran emocionalmente estables.

Eysenck en sus estudios con mellizos idénticos y fraternales descubrió que el factor hereditario era determinante en la personalidad; dándole una influencia mínima del 50%, máxima del 80% y una influencia media del 65%.

A las neurosis caracterizadas por ansiedad, depresión reactiva, obsesión compulsiva y fobia, Eysenck las denominó distemía, es decir, desórdenes del humor o de la emoción para los cuales el tratamiento más adecuado son las técnicas de desensibilización, inundación y modelado.

La desensibilización imaginaria o en vivo, en esta última se expone gradualmente al paciente ante objetos o estímulos reales que le provoquen ansiedad, acompañados de un estímulo positivo o agradable para el individuo. La inundación consiste en exponer al paciente desde la primera vez, a toda la intensidad del estímulo que le causa ansiedad durante un período de tiempo prolongado. El modelado consiste en exponer al paciente ante un modelo que tenga características con las cuales se pueda identificar y que ejecute las conductas que le provocan ansiedad.

El objetivo de la terapia de la conducta de acuerdo a Eysenck no está en averiguar cómo la persona adquirió la conducta inadaptada, sino más bien, cómo está funcionando actualmente. Y que la psicoterapia debe planear una terapia adecuada para cada problema específico de los pacientes.

5.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento

Para Eysenck la neurosis depresiva es una reacción emocional exagerada, que no guarda relación con la gravedad del evento que la provoca, es adquirida por medio del condicionamiento y facilitada por el tipo introvertido con un alto grado de neuroticismo.

El tratamiento para la neurosis depresiva se llevaría a cabo a través de las técnicas de desensibilización, inundación y-modelado que ya fueron descritas en el párrafo anterior.

IV. APROXIMACION COGNITIVO CONDUCTUAL

Una vez que se han expuesto las principales aportaciones - conductistas en la comprensión y tratamiento de la neurosis depresiva, se estudiarán las consideraciones teóricas y prácticas de la corriente cognitivo conductual; cuya principal aportación es el reconocimiento del papel central que juegan los factores - cubiertos en los trastornos emocionales. Aportación que permitió una mejor evaluación y comprensión, así como la aplicación de nuevas técnicas en el tratamiento de los trastornos emocionales, entre ellos la neurosis depresiva. Para este propósito se expondrán las consideraciones de Mahoney, en donde explica la manera en que los procesos cognitivos empezaron a ser considerados por la escuela conductista y después se explicarán las posturas teóricas y prácticas de Lazarus, Meichenbaum, Seligman, - Maultsby, Beck y Ellis, para después adentrarse en la explicación etiológica que dan de la neurosis depresiva y en las técnicas terapéuticas que proponen para su tratamiento.

1. Origen del Modelo Cognitivo Conductual según Michael Mahoney.

Mahoney asegura que la teoría cognitivo conductual, surge como una alternativa a la comprensión de un mayor número de conductas, que por no ser observables públicamente, fueron rechazadas ampliamente por los teóricos conductuales.

El principal exponente del conductismo tanto metafísico como metodológico fue Watson. El conductismo metafísico se apega-

a cuestiones teóricas que se caracterizan principalmente por su total rechazo hacia factores mentales, lo cual le originó un - sin número de críticas. El conductismo metodológico se interesa principalmente por los procedimientos y métodos de investiga--- ción científica, por lo que su técnica fundamental es la obser- vación directa de cómo determinan los estímulos medio ambienta- les a la conducta abierta. Los conductistas metodológicos reali- zan sus experimentos ya sea con sujetos individuales o en gruo- pos, analizando los datos obtenidos a través de la estadística- o de la observación visual, elaboran sus hipótesis experimenta- les deduciéndolas a partir de teorías comprensivas o bien las - inducen a través de ballazgos experimentales previos.

Mahoney menciona que las principales críticas en contra del conductismo fueron:

a) Que no tomaran en cuenta los procesos mentales como el - pensamiento, la imaginación, el recuerdo, el sentimiento, etc.

b) Que redujeran todas las experiencias humanas a simples- secreciones glandulares y movimientos musculares.

c) Y a que todas sus herramientas metodológicas no están - libres de errores.

Sin embargo, Mahoney afirma que en los últimos años el con- ductismo ha sufrido algunas modificaciones y que sus recientes- exponentes no son tan radicales como lo fue principalmente Wat- son y Skinner, que aunque no negaba la existencia de los proce- sos mentales, tampoco fueron su objeto de estudio.

Debido a que el descuido de los procesos mentales constitu- ye una grave limitación en la comprensión y relevancia clínica- de la terapia conductual, algunos teóricos se dedicaron a la re- colección de datos sobre la importancia y utilidad de dichos - procesos mentales, con lo cual se dieron los primeros avances -

hacia el desarrollo de la teoría cognitivo conductual.

El modelo no mediacional presupone que para explicar y predecir la conducta, es suficiente con controlar los estímulos y las respuestas observables y que no es necesario saber que eventos privados se llevan a cabo en el organismo. El modelo no mediacional se esquematiza de la siguiente manera:



Esquema 8.

De acuerdo a este modelo conociendo el estímulo y la respuesta específica que provoca, se podrá predecir en el futuro la respuesta que emitirá el organismo ante la presencia de dicho estímulo, pero este paradigma mecanicista no siempre se cumple; los hechos demuestran que ni un organismo responde de la misma manera ante la presencia del mismo estímulo en diferentes ocasiones en las que se presente dicho estímulo; así, el organismo puede responder de la misma forma ante dos estímulos diferentes y también habrá ocasiones en las que se puede observar el estímulo pero no la respuesta que emite el organismo, o viceversa, se puede observar la respuesta que emite el organismo pero no el estímulo que la causó.

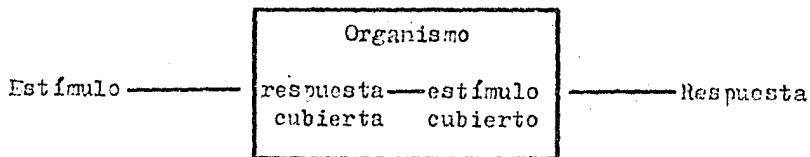
El modelo no mediacional es unidireccional al considerar como único causante de la conducta al medio ambiente, siendo que la relación entre el organismo y el medio ambiente es bidireccional, es decir, también el organismo influye en el medio ambiente. Este modelo en su afán de estudiar a la conducta de u

na manera objetiva rechaza todo tipo de inferencias para la comprensión del comportamiento, tomando con ello una actitud no científica, ya que en la ciencia se utilizan las inferencias porque son indispensables para establecer relaciones entre los eventos observables y los no observables y con ello obtener una mayor precisión predictiva y amplitud conceptual del fenómeno en estudio.

Al hacer uso de inferencias hay que tener cuidado y no utilizar aquellas que lleven a ficciones explicativas, tautológicas y de rectificación, empleando sólo aquellas que lleven a una mejor explicación y comprensión del fenómeno en cuestión.

Mahoney considera que el modelo no mediacional es limitado en la comprensión de la conducta, ya que no todo el comportamiento se adquiere por el paradigma mecanicista que propone dicho modelo. Estudios recientes acerca de la percepción, conciencia, aprendizaje vicario, condicionamiento, generalización semántica y la autoestimulación simbólica demostraron lo inadecuado del modelo no mediacional para describir, explicar y predecir tales fenómenos, a la vez que ponen de manifiesto la relevancia primordial de los eventos privados en la comprensión de la conducta.

El modelo mediacional (condicionamiento cubierto) considera a los eventos privados como formas cubiertas de fenómenos abiertos. En el condicionamiento cubierto se aplican los principios del aprendizaje tales como el reforzamiento, la extinción, el castigo, etc. a los eventos privados como los pensamientos, imágenes, sensaciones y memoria. El modelo mediacional se representa en el siguiente esquema:



Esquema 9.

Como se ve, en este esquema si se toman en cuenta las variables internas para explicar a la conducta.

Mahoney argumenta que la igualdad entre los eventos abiertos y los cubiertos se justifica por el principio de continuidad, que dice que ambos eventos no pueden ser muy diferentes en su naturaleza, es decir, el hecho de que los eventos privados no sean observables no quiere decir que sean metafísicos.

Aunque Mahoney advierte que la suposición de la continuidad, está basada más en la lógica que en la investigación empírica; sin embargo, en 1972 y en compañía con Thorensen y Dana-ber realizó dos experimentos diseñados para evaluar empíricamente dicha suposición, descubriendo que la continuidad sólo está parcialmente justificada.

El modelo mediacional clasifica a los eventos privados de acuerdo a su función en estímulos, respuestas y consecuencias.

Mahoney menciona que los experimentos realizados por Barber y Hahn (1974), Craig (1965), Stern y Kaplan (1967), Stern y Lewis (1968) y Bandura (1969), demostraron que estímulos imaginados producían cambios fisiológicos al igual que los estímulos reales. Protocor y Malloy (1971) demostraron que los conceptos-simbólicos pueden adquirir capacidades de excitación autónoma. Masters y Johnson (1966-1970) demostraron que a través de imaginar escenas sexuales se lograba excitación autónoma.

Las respuestas cubiertas son consideradas como elementos - mediadores en una cadena y los experimentos de Reese (1971) de las mediciones verbales y no verbales, de Catania (1972), García, Guess y Bymes (1973), Guess y Baer (1973) sobre análisis o perante de la formación de conceptos y reglas de lingüística, - se realizaron con el objeto de demostrar esta afirmación.

Las consecuencias cubiertas han sido investigadas en términos de reforzadores positivos, negativos y como castigos. Los - trabajos de Weiner (1965), Cautela (1970-1971), Cautela, Steffan y Wish (en impresión), Asher y Cautela (1972), Steffan - (1971-1972) y Asher (1973) han reportado que eventos privados - como consecuencias ejercen efecto sobre la conducta, ya sea reforzándola o castigándola.+

De la interacción funcional entre los eventos privados y - los eventos abiertos surgen varias combinaciones en las cuales el paradigma antecedente, conducta y consecuencia pueden ser abiertas o cubiertas. Por ejemplo antecedente abierto, conducta-cubierta y consecuencia cubierta; pero en la práctica es difícil encontrar combinaciones tan sencillas, debido a que intervienen subtipos del paradigma tales como consecuencias positivas, negativas, estímulos discriminativos, etc.

Algunas técnicas terapéuticas derivadas del condicionamiento cubierto son las siguientes:

El contracondicionamiento cubierto consiste en modificar - el valor de un estímulo, por medio de la asociación con un estímulo cubierto antagónico.

La desensibilización sistemática consiste en lograr que el

+Los experimentos citados se encuentran en Mahoney, 1974.

sujeto alcance un estado contrario al estado de ansiedad; una vez logrado dicho estado se le instruye para que imagine gradualmente los eventos provocadores de ansiedad.

El cese al pensamiento consiste en dar instrucciones al paciente para que piense en sus experiencias desagradables; una vez que el paciente señala que está pensando en dichas experiencias el terapeuta le grita ;pare!. Este procedimiento se repite varias veces para entrenar al paciente a subverbalizar la palabra ;pare! y con ello detenga sus pensamientos desagradables.

El control coverante se basa en el supuesto de que los pensamientos son el inicio de una cadena de respuestas y en el principio de Premack, que afirma que toda respuesta con una probabilidad de ocurrencia más alta, debiera ser útil para reforzar cualquier respuesta de menor probabilidad. En sí, el control coverante consiste en utilizar a las coverantes inapropiadas como señales para que el paciente de coverantes incompatibles con las ya establecidas y las cuales son más apropiadas.

En la sensibilización cubierta se asocia, en ensayos imaginarios, la conducta problema con eventos imaginarios punitivos-tales como dolor, mareo, ridículo social, etc.

Maboney argumenta que las técnicas mencionadas tienen poca evidencia empírica, debido a las dificultades para medir y controlar las variables cubiertas. Una consecuencia de esta limitación metodológica es que la aplicación de dichas técnicas no siempre llevan a los mismos resultados; por lo que hasta el momento no se puede evaluar su eficacia en el tratamiento de conductas desadaptadas, tales como fobias, depresiones, alcoholismo, obesidad, tabaquismo, etc.

La técnica de reforzamiento cubierto consiste en que el pa

ciente imagine una escena y una vez que lo haya hecho, imagine otra escena que le sea reforzante. El reforzamiento cubierto se utiliza en sus dos modalidades positivo y negativo. En el reforzamiento positivo se le pide al paciente que imagine la conducta que desee incrementar y después que imagine que ya realiza dicha conducta; y el reforzamiento negativo cubierto consiste en la terminación de una imagen aversiva cubierta, de manera contingente a el ensayo imaginado de una respuesta deseada.

La técnica de extinción cubierta consiste en que el paciente imagine la conducta no deseada sin que le siga ninguna consecuencia.

La técnica de modelamiento cubierto consiste en que el sujeto imagine un modelo con características de él, ejecutando la conducta deseada. Esta técnica tiene dos variantes, cumbre y hábil; en la primera, el modelo imaginado presenta las mismas dificultades que el paciente al realizar la conducta y en la segunda, el modelo imaginado realiza sin ninguna dificultad la conducta deseada.

Maboney concluye que las técnicas alto al pensamiento, control cubierto, reforzamiento negativo cubierto y la extinción cubierta son las que menor efectividad terapéutica han demostrado por su limitada evidencia empírica. Agrega que algunas formas de sensibilización cubierta y modelado cubierto son las técnicas que han demostrado mayor efectividad en el tratamiento de los problemas clínicos ya mencionados.

También menciona que el modelamiento cubierto se enfrenta a algunas dificultades como: el dar por hecho las suposiciones de continuidad y automaticidad para utilizar los principios del aprendizaje en el estudio de los eventos cubiertos; que la ter-

La metodología del modelo cubierto es poco operacional, ya que indistintamente a los eventos cubiertos se les llama estímulos y respuestas; y que las variables cubiertas estudiadas por el modelo mediacional no son suficientes para la comprensión del comportamiento, ya que diversos experimentos han hecho notar que existen otras variables cubiertas que influyen en la conducta además de las ya mencionadas.

2. Terapia Multimodal de Arnold A. Lazarus

La Terapia Multimodal se deriva de la Terapia de Amplio Espectro, debido a que ésta última carece de sistematización para evaluar los problemas emocionales y para elegir las técnicas adecuadas en su tratamiento. La Terapia Multimodal tiene como marco teórico los principios conductuales, el aprendizaje social y los procesos cognitivos; esto no significa que únicamente utilice las técnicas terapéuticas derivadas de su base teórica, ya que además emplea técnicas terapéuticas de otras escuelas que han probado ser efectivas en específicos problemas emocionales. Esto significa que la Terapia Multimodal es ecléctica en cuanto a la utilización de métodos y técnicas, pero no en cuanto a teoría.

La decisión de Lazarus de utilizar técnicas terapéuticas de distinta orientación a la de él, la justifica por el hecho de que para el tratamiento de la mayoría de los problemas emocionales, no son suficientes, adecuadas, ni óptimas las técnicas derivadas de la teoría del aprendizaje y que en última instancia lo que importa, es el bienestar emocional del paciente y no la fidelidad a ciertas técnicas derivadas de alguna teoría específica.

Para Lazarus la personalidad está integrada por siete moda

lidades que son: conducta, afecto, sensación, imaginación, cognición, relaciones interpersonales y drogas; las cuales se encuentran interactuando constantemente, sin que por ello pierdan su particularidad. Tomando la primera letra de cada una de las siete modalidades se forma el acróstico de CASIC RD.

La modalidad conducta comprende patrones de comportamiento como aislamiento, llanto frecuente, compulsiones, habilidad, - creatividad, etc.

La modalidad afecto se refiere a los sentimientos agradables y desagradables tales como alegría, amor, ira, depresión, - etc.

La modalidad sensación se refiere a la percepción que captan cada uno de nuestros cinco sentidos y que se manifiesta en dolor, tensión, estados placenteros, olor agradable, etc.

La modalidad imaginación la componen diversas escenas mentales como recuerdos infantiles, fantasías, recuerdos agradables, desagradables, etc.

La modalidad cognitiva la forman los pensamientos, las -- ideas, los valores, las filosofías, los juicios, etc.

La modalidad relaciones interpersonales se refiere al contexto en el que se dan las cinco modalidades ya mencionadas y a la manera en la que interactúa el individuo con otros en sus - distintas actividades.

La modalidad drogas incluye los factores biológicos y el - empleo de medicamentos, los cuales afectan a las modalidades ya mencionadas y la apariencia total del individuo.

Lazarus menciona que el hecho de integrar a la personali-- dad en siete modalidades, se justifica debido a que, desde hace

mucho tiempo la psicología se ha dedicado a estudiar y a reunir conocimientos acerca de que los procesos cognitivos, las relaciones interpersonales, los procesos biológicos y el uso de drogas son factores que influyen en la conducta humana.

Así, el objetivo principal por el que Lazarus hizo dicha división de la personalidad en la Terapia Multimodal, se debe a querer sistematizar la evaluación de los problemas emocionales, para de esta manera poder especificar con la mayor precisión posible los padecimientos del paciente; ya que algunos estudios de seguimiento demostraron que el tratamiento exclusivo de sólo dos o tres modalidades en pacientes tratados con Terapia Conductual y de Amplio Espectro, trafa como consecuencia que los pacientes recayeran en un porcentaje del 40% entre uno y tres años después del tratamiento; por lo que Lazarus considera que esta división de la personalidad, ayuda a definir las metas terapéuticas que se seguirán, así como a seleccionar las técnicas terapéuticas más adecuadas para alcanzar dichas metas, con lo que se solucionarían los problemas del paciente. Y agrega que es conveniente realizar una evaluación de la efectividad de las técnicas empleadas, al final del tratamiento.

Estos datos hacen suponer que otros tratamientos como el Psicoanálisis, la Gestalt, el Análisis Transaccional, etc. que no estudian las siete modalidades sino sólo algunas de ellas, tampoco tendrán resultados durables; porque como señala Lazarus "nuestros datos de seguimiento sugieren que resultados durables requieren intervenciones específicas en todas las modalidades, ya que los terapeutas típicos multifacéticos, eclécticos, no dedican la cantidad de tiempo y atención que consideraríamos necesaria para cada área del CASIC RD" (Lazarus, 1976, p.p.8).

Lazarus menciona que antes de aplicar el CASIC RD es impor

tante que el terapeuta conozca el contexto social en el que se desarrolla el paciente, por lo que la valoración multimodal comienza con la entrevista inicial, que tiene como objetivo establecer el rapport y obtener información general del paciente.

La Terapia Multimodal a diferencia de otras formas de psicoterapia combina la evaluación con el tratamiento, esto es, - que si durante la evaluación el terapeuta detecta algún problema, de una vez se corrige y se trata el problema en cuestión. - Lazarus recomienda que durante el curso de la terapia es necesario tener presente el CASIC RD; de tal manera que el discurso - del paciente sea puntualizado de acuerdo a cada modalidad y que si durante el discurso el paciente omite alguna modalidad, el - terapeuta no debe pasarla por alto, sino por el contrario, debe hacer preguntas de dicha modalidad; ya que la experiencia clínica ha demostrado que tal omisión denota una resistencia que oculta información importante acerca del problema emocional. Y agrega que esto se aplica también cuando la terapia no está funcionando de acuerdo a la forma como se había estado realizando hasta el momento.

Lazarus menciona que la exploración de cada modalidad se puede realizar de la siguiente forma:

En la modalidad conducta el terapeuta debe identificar con la mayor precisión posible los déficit y excesos conductuales - del paciente en términos de intensidad, frecuencia y durabilidad; para ello hará las siguientes preguntas: "¿Cómo?, ¿Cuándo?, ¿Qué?, ¿Quién?, ¿A dónde?, más que preguntar el ¿Por qué?. Ejemplo ¿Cuándo se porto así por primera vez?, ¿Cómo lidió usted - con eso?, ¿Quién estaba con usted?, ¿A dónde fue a partir de - ahí?" (Lazarus, 1976, p.p. 33).

En la modalidad afecto el terapeuta debe reconocer cuáles-

son las situaciones o estímulos que propician en el paciente sentimientos de ira, amor, ansiedad, tristeza, orgullo, gozo, etc. Para obtener esta información muchas veces se necesita hacer preguntas directas como por ejemplo: "¿Qué le hace ponerse triste?", "¿Qué le produce éxtasis?", "¿A qué le teme?", "¿Qué le ocurre?". Es importante identificar además de los sentimientos manifiestos los sentimientos ocultos aún para el paciente mismo.

En la modalidad sensación se debe obtener información acerca de cómo el paciente utiliza cada uno de sus cinco sentidos, con el objeto de que el paciente utilice aquellos sentidos poco usados y con los cuales también puede obtener placer y distracción; a través de preguntas tales como: "¿Qué sonidos le son agradables y cuáles desagradables?", "¿Cuáles son sus sabores predilectos y cuáles le desagradan?".

Para la modalidad imaginación Lazarus propone tres ejercicios de imaginación:

1.- "Por favor imagínesse su casa de la infancia. Uno pudo haber vivido en muchos lugares cuando niño, pero casi todo el mundo piensa en un lugar particular como su 'casa de la infancia'. ¿Puede concentrarse en esa imagen?. Cierre los ojos si eso ayuda. Trate de ver su hogar de la infancia. (Pausa de aproximadamente diez minutos) Ahora dígame, ¿dónde está su madre en esa escena?, ¿qué está haciendo?, ¿dónde está su padre?, ¿qué está haciendo?".

2.- "Ahora, ¿haría usted un viaje imaginario de cuarto a cuarto de esa casa?. A medida que pase por cada cuarto mire alrededor cuidadosamente. Vea el mobiliario. Trate de sentir la atmósfera. ¿Nota usted algún olor específico? (Note cómo se introduce deliberadamente la modalidad sensorial en esta imagen)".

3.- "Quiero que se imagine un lugar seguro en especial. - Cualquier lugar, real o imaginario, en el cual se sienta completamente a salvo. (Pausa de aproximadamente diez minutos). Vaya a ese lugar específico. Imagínelo en forma vívida. (Pausa de aproximadamente diez minutos). ¿Le importaría describirmelo? (Lazarus, 1976, p.p. 38).

El objeto de estos ejercicios es que han demostrado ser útiles para identificar escenas o representaciones mentales asociadas con problemas emocionales. Lazarus menciona que si algunas personas se resisten a realizar tales ejercicios, el terapeuta debe discutir con ellos dicha resistencia.

La modalidad cognitiva, en ella la mayor parte del trabajo terapéutico está orientado a la corrección de los pensamientos, de las actitudes y de las ideas mal orientadas. Aunque Lazarus y Fay, 1975 elaboraron una lista de "veinte mal entendidos", - que según ellos llevan a la perturbación emocional (Lazarus reconoce que algunas de ellas se traslapan con las once ideas irracionales propuestas por Ellis), Lazarus considera que los tres mal entendidos fundamentales son los siguientes:

1.- La tiranía de las palabras "debes" y "tienes".

2.- Las tendencias perfeccionistas de actuación y de no querer aceptar el fracaso.

3.- La creencia de que todas las dificultades y problemas se derivan de personas, cosas y situaciones externas.

El terapeuta multimodal debe estar atento al discurso del paciente para identificar las tres creencias malentendidas y corregirlas.

La modalidad de las relaciones interpersonales se monitorea a través de autorreportes, observación directa, entrevistas

con familiares y amigos (con permiso del paciente), ensayos conductuales, desempeño de papeles, etc. y se corrigen las deficiencias interpersonales identificadas, enseñando y entrenando al paciente en ciertas habilidades y destrezas sociales.

En la modalidad drogas además de obtener información acerca de las deficiencias biológicas del paciente y de la ingestión que hace de fármacos y drogas (alcohol, tabaco, café, anfetaminas, heroína, etc.), también se debe obtener información acerca de su apariencia física total (atuendo, desordenes dermatológicos, tics, trastornos psicomotores, perturbaciones del habla) y de su bienestar general (ajuste físico, ejercicios, dietas, actividades de descanso y recreativas).

A medida que se van explorando las modalidades se construye el perfil CASIC RD, el cual sirve para ir encasillando los problemas localizados en cada una de las modalidades.

2.1 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento

Para Lazarus la neurosis depresiva no sólo es una disminución general del repertorio conductual, como la considera Skinner (Lazarus, 1974), sino que además involucra déficits o excesos de otros factores no observables tales como el afecto, la sensación, la imaginación y la cognición que juegan un papel importante en dicha neurosis.

Así, Lazarus considera que la neurosis depresiva es causada por reforzadores inadecuados o insuficientes, es decir, que los reforzadores positivos han disminuido y/o han perdido su efectividad, afectando a la personalidad en su totalidad.

De acuerdo a Lazarus los neuróticos depresivos presentan el siguiente cuadro clínico: disminución del apetito, retardo

psicomotor, insomnio, llanto frecuente, expresiones de abatimiento, pesimismo, autorreproches, abandono, apatía en general, disminución de la concentración, quejas somáticas y algunas veces intentos de suicidio.

Las situaciones que desencadenan el cuadro clínico antes mencionado pueden ser: cualquier cambio brusco en el medio ambiente; pérdida de dinero, de salud, de status, o de amor y dejar a un amigo.

El tratamiento que propone Lazarus para la neurosis depresiva consiste en aplicar el CASIC RD, el cual se lleva a cabo explorando cada una de las siete modalidades.

En la modalidad conducta es aconsejable llevar a cabo un registro que nos permita contar en términos cuantificables las actividades cotidianas; para esto se puede utilizar la colaboración de un observador o del paciente mismo. Después se procede a identificar que actividades externas como personas, cosas y lugares fueron reforzantes para el paciente en el pasado. Esto se logra elaborando una lista que incluya actividades como las siguientes: comprar ropa, leer historietas, jugar baraja, tener relaciones sexuales, escuchar música, etc. De esta manera el terapeuta establecerá los reforzadores que son más importantes para el paciente, con el objeto de que éste reconozca y emplee una variedad de actividades reforzantes.

Lazarus menciona que como existen muchos pacientes que se resisten a realizar las actividades preescritas, es necesario que el terapeuta les introduzca personalmente en algunas de esas actividades y agrega que esta actitud en un principio crea dependencia del paciente hacia el terapeuta, pero a medida que el paciente disfruta de las actividades, tiende a efectuarlas -

sí mismo.

En la modalidad afecto es necesario identificar además de la miseria y tristeza evidentes, otros sentimientos ocultos como la ira y la ansiedad, siendo las técnicas más apropiadas para que el paciente manifieste y controle sentimientos de ansiedad e ira el entranamiento asertivo, la desensibilización sistemática y el entrenamiento en relajación muscular profunda.

En la modalidad sensación no sólo se debe hacer una lista de la manera en la que el paciente utiliza sus cinco sentidos, sino que además es recomendable recurrir al análisis de bioenergía para identificar reacciones sensoriales afectivas como el impulso acelerado y el llanto; con el objeto de implementar ejercicios severos que ayuden al paciente a equilibrar el uso de sus cinco sentidos.

En la modalidad imaginación el paciente debe realizar los tres ejercicios imaginativos que propone Lazarus (los cuales ya fueron descritos en este capítulo), para que el terapeuta identifique cuáles son las imágenes desagradables que le molestan y una vez identificadas proceda a desensibilizar al paciente por medio de técnicas de proyección de tiempo con o sin hipnosis, "en donde el depresivo se ve a sí mismo actuando actualmente en actividades futuras gratificantes" (Lazarus, 1974, p.p. 553).

En la modalidad cognitiva el terapeuta debe identificar las creencias mal entendidas, con el fin de analizarlas y contraatacarlas; para ello utiliza varias de las técnicas racionales emotivas propuestas por Ellis y la técnica de cese al pensamiento, cuando el depresivo defiende exageradamente sus creencias mal entendidas.

En la modalidad de relaciones interpersonales se utilizan-

las técnicas juego de roles y ensayo conductual, con el objeto de identificar, corregir y modelar deficiencias sociales. También cuando es necesario, se aplica el entrenamiento en asertividad, enseñándole principalmente al paciente cuatro destrezas específicas que son: decir no a demandas irracionales, pedir favores a otros, expresar sentimientos y formular voluntariamente críticas y censuras.

Y finalmente en la modalidad drogas aunque resulta a menudo útil el empleo de medicamentos antidepresivos, no se deben usar como el único recurso terapéutico para la neurosis depresiva; ya que la experiencia clínica ha demostrado, que resultados durables están en proporción directa con la forma en la que se hayan evaluado y tratado cada una de las modalidades que integran la personalidad.

3. Entrenamiento en Autoinstrucción de Donald H. Meichenbaum.

Meichenbaum propone como método de tratamiento para los problemas emocionales el entrenamiento en autoinstrucción, el cual según él, se deriva del "matrimonio" entre las terapias semánticas y la terapia conductual.

Meichenbaum reconoce el papel central que juegan las autoafirmaciones negativas en las conductas mal adaptadas, por lo que su enfoque terapéutico está orientado hacia la modificación de las autoafirmaciones negativas, implementando una serie de autoafirmaciones positivas. Para este propósito él divide el entrenamiento autoinstruccional en tres fases:

1.- Conceptualización del problema: tiene como fin que el terapeuta y el cliente lleguen a una conceptualización común del problema presente, es decir, el cliente debe entender y a--

ceptar la explicación que le da el terapeuta de su problema; - que de acuerdo a la presente orientación cognitiva, el propósito es que el cliente conozca que los eventos externos no son - causantes directos de sus conductas mal adaptativas, sino sus - autoafirmaciones negativas o la manera en que interpreta los - eventos externos.

Meichenbaum propone que para alcanzar esta fase se lleve a cabo una evaluación conductual en términos de una entrevista; - un análisis situacional en el que se estudien los factores que - participan en el problema (s) del cliente; una discusión del -- problema presente, en la cual primero se le pide al cliente que relate cuales fueron sus pensamientos y sentimientos durante la entrevista, que cuente que es lo que siente y piensa cuando se - enfrenta a una situación de tensión o se le pide que imagine - una situación de tensión mencionando los pensamientos y senti- mientos experimentados (esta discusión se puede realizar en te- rapia individual o de grupo); y la asignación de tareas cuyo -- propósito es fortalecer el conocimiento que empieza a adquirir - el cliente de que las autoafirmaciones contribuyen en gran medi - da al problema (s).

Meichenbaum menciona que esta fase es esencial porque de - la conceptualización se derivan las técnicas terapéuticas para - el tratamiento.

2.- Entrenamiento en la conceptualización: el terapeuta - ayuda al cliente para que pruebe y ensaye la conceptualización - de su problema (s) y se lleva a cabo a través de los autorrepro - chos verbales del cliente acerca de las autoafirmaciones que se le pidió que identificara, con el fin de que el cliente haga -- conscientes estas autoafirmaciones y con ello empieza a contro-

lar sus pensamientos negativos.

El terapeuta orienta la discusión de las autoafirmaciones negativas del cliente, a la vez que le da ejemplos para que reconozca y discuta el papel que juegan las autoafirmaciones negativas en dichos ejemplos. También le proporciona autoafirmaciones positivas que le permitan probar los diferentes estados emocionales que se deriven tanto de las autoafirmaciones positivas como de las negativas.

"Una vez que el cliente llega a aceptar la posibilidad de que lo que se dice a sí mismo influye en su conducta" (Reichenbaum, 1974, p.p. 367), se pasa a la tercera fase.

3.- Modificación de las autoafirmaciones y producción de nuevas conductas: para esta fase Reichenbaum dice que se pueden usar las técnicas empleadas por Albert Ellis (T.R.E.), las técnicas utilizadas por Aaron Beck (Terapia Cognitiva), o bien el entrenamiento en autoinstrucción. Para ilustrar éste último se da un ejemplo hipotético de cómo se aplicaría esta terapia en términos generales:

Una cliente que llegó al consultorio en estado depresivo - relato que hacía varias semanas que su esposo la había abandonado después de siete años de matrimonio.

Al hacerle la entrevista se observó la forma en que la cliente interpreta irracionalmente el abandono, ya que afirmaba "no podre vivir sin Arturo", "que van a pensar de mi, mis amigos y mi familia", "al amor no existe, pues si existiera Arturo jamás me hubiera abandonado", "soy una tonta e inútil por no saber conservar el amor de Arturo", "como soy tonta e inútil no merezco el amor de Arturo", "yo tengo la culpa de que Arturo me haya abandonado", "soy un fracaso en el amor", "nadie volvera a

fijarse en mi" y "estoy condenada a vivir sólo por el resto de mi vida".

El entrenamiento autoinstruccional en este caso se aplicaría de la siguiente manera:

a) Educar a la paciente depresiva sobre lo erróneo de sus autoafirmaciones y conceptos negativos (se aplicaría la fase 1 y 2 antes mencionadas).

b) La cliente ensaya las técnicas terapéuticas que aprendió durante las sesiones (aplicación de la tercera fase), es decir, que para modificar las autoafirmaciones y producir nuevas conductas se aplican varias técnicas conductuales como:

La asignación gradual de tareas.- que en este caso específico tendría el propósito de que la cliente se ocupara en actividades reforzantes que la sacaran de su aislamiento y pasividad.

El entrenamiento asertivo.- en el cual la cliente ensaya el enfrentarse a las críticas de familiares y amigos.

El modelamiento.- en el cual se le presenta a la cliente una película en donde aparece una persona con un caso similar al de ella, pero a diferencia de la cliente, la modelo expresa autoafirmaciones positivas tales como "puedo resistir el abandono de mi esposo", "existieron muchos factores que propiciaron el rompimiento de nuestras relaciones", "puedo enamorarme nuevamente" y "tengo derecho a la felicidad".

La imitación.- se le pide a la cliente que copie la conducta de la modelo, repitiendo las autoafirmaciones positivas, primero en voz alta y después en voz baja.

Y el ensayo de roles.- éste tiene la finalidad de que la -

cliente se de cuenta de que ella no es 100% culpable del evento ocurrido.

c) Finalmente se le pide a la cliente que practique las habilidades adquiridas en diversas situaciones de la vida real.

3.1 Concepción de la Neurosis Depresiva

Meichenbaum no da una explicación específica acerca de lo que es la neurosis en general y la neurosis depresiva; pero se deduce de acuerdo a su enfoque, que la causa de tales problemas emocionales se encuentra en las autoafirmaciones negativas del cliente.

4. Aproximación Explicativa de Inutilidad Aprendida y -- Neurosis Depresiva de Martin E. P. Seligman.

Seligman propone el modelo de inutilidad aprendida para explicar la depresión reactiva. Este modelo está basado en sus estudios experimentales con perros.

En uno de estos experimentos trabajó con dos grupos de perros, a uno de los grupos le dieron numerosos shocks eléctricos de los que no podía escapar; al recibir los primeros shocks los perros aullaban, corrían, mordían la jaula experimental, brincaban, etc., hasta que después de estas conductas inútiles para evitar los shocks, los perros se echaron en un rincón de la jaula quejándose silenciosamente. El otro grupo de perros también recibió una serie de shocks, pero podían evitarlos o escapar saltando una barrera; en estos perros la conducta fue similar a la de los perros del primer grupo cuando recibieron los primeros shocks, pero después que aprendieron como evitarlos, seguían emitiendo la respuesta de brincar la barrera al aparecer el estímulo discriminativo (luz).

En la siguiente fase del experimento se expuso a los dos grupos de perros a los shocks eléctricos que podían ser evitados brincando la barrera; y se observó que los perros que estuvieron expuestos a los shocks inevitables, aún cuando podían evitarlos, no hicieron nada por escapar de ellos y continuaron con su conducta de aceptar pasivamente los shocks; mientras que el grupo de perros que había aprendido a evitar los shocks en la primera fase del experimento continuaba evitando y escapando a los shocks eléctricos, pero ahora de manera más rápida. (Overmier y Seligman, 1967, Seligman y Maier, 1967, p.p. 187 y 188 - en Seligman, 1976a).

En otro de sus experimentos expuso a un grupo de perros a una serie de shocks eléctricos de los cuales podían escapar saltando una barrera; al recibir los primeros shocks los perros emitían la conducta de llorar, saltar, correr, aullar, etc., hasta que un día ocasionalmente evitaron el shock saltando la barrera; por lo que se dice que los perros aprendieron la conducta de saltar para escapar al estímulo aversivo. En la siguiente fase del experimento se les seguían aplicando numerosos shocks, pero ahora sin que pudieran evitarlos; por lo que los perros volvieron a emitir la conducta de llorar, aullar y querer saltar, pero a medida que se les siguieron presentando los shocks sin que pudieran escapar, los perros ya no emitían la conducta emocional y optaron por echarse en un rincón. En la última fase del experimento se quitó el obstáculo que les impedía saltar la barrera para escapar de los shocks, pero los perros aún cuando tenían la oportunidad de escapar no lo hicieron, sino por el contrario, continuaron echados soportando los shocks eléctricos (Seligman, 1976b).

En estos dos experimentos se observa la inutilidad aprendi

da, ya que en el primero los perros no aprendieron a escapar de la situación aversiva cuando inicialmente fueron expuestos a shocks inevitables, mientras que los perros que no tuvieron esta experiencia aprendieron a evitarlos; y en el segundo experimento los perros olvidaron el aprendizaje que habían adquirido de saltar para escapar al estímulo aversivo. Por lo que la inutilidad aprendida se usa para describir "la interferencia con respuestas adaptativas producida por shocks inevitables" (Seligman, 1976a, p.p. 188).

Los síntomas encontrados experimentalmente en la inutilidad aprendida son: pasividad, dificultad para discriminar la respuesta de alivio, falta de agresión, pérdida del apetito, de la libido y de las relaciones sociales, la disminución de un neurotransmisor químico, la norepinefrina, úlceras, stress y que se desvanece con el tiempo.

Como se puede observar, casi todos los síntomas de la inutilidad aprendida son muy semejantes a los rasgos clínicos de la depresión reactiva. Así, en la depresión reactiva también existe el retardo psicomotor con el cual se reduce la respuesta voluntaria de iniciación que se manifiesta en la pasividad y que según Seligman es ocasionada por la creencia de que la respuesta y el reforzamiento son independientes. Las cogniciones negativas fijas son la creencia que tiene el sujeto de que cualquier intento que realice para aliviar las situaciones o hechos dolorosos está destinado al fracaso. Estas cogniciones negativas tienen su paralelo en la inutilidad aprendida, con la dificultad para discriminar la respuesta de alivio. La falta de agresión hacia el exterior también se observa en la depresión reactiva. La pérdida del apetito, de la libido y del trato social son características de la depresión reactiva.

Al igual que en los animales, en los humanos la depresión-reactiva parece que está relacionada con la disminución de norepinefrina en el sistema nervioso.

Existen algunas diferencias entre los síntomas de la inutilidad aprendida y los de la depresión reactiva y son: no está comprobado que en el hombre exista úlcera a causa de la depresión y no siempre la ansiedad acompaña a la depresión; mientras que en los animales no se han estudiado ciertos síntomas depresivos como la actitud desanimada, pérdida de la alegría, pensamientos suicidas y llanto.

El modelo de la inutilidad aprendida se basa en la teoría del aprendizaje, la cual explica que así como se aprende determinada ejecución cuando es seguida de un reforzador, también se aprende a no ejecutar ninguna respuesta cuando se percibe que la respuesta es independiente del reforzador. Así, Seligman postula que en la inutilidad aprendida "cuando un shock es inevitable, el organismo aprende que la respuesta y la terminación del shock son independientes" (Seligman, 1976a, p.p. 194).

El aprender que el trauma es incontrolable tiene tres efectos:

a) Motivacional.- la probabilidad de que el sujeto ejecute una respuesta está influida por la expectativa de lo que puede obtener si la ejecuta. Como el sujeto ha aprendido que su respuesta no tiene ningún control sobre el trauma, su motivación para dar tal respuesta se ve decrementada.

b) Cognitivo.- debido a que el sujeto aprendió que su respuesta y los reforzadores son independientes, más tarde se le dificulta adquirir el aprendizaje de que sus respuestas lo pueden llevar a un alivio en sus futuras experiencias.

c) Afectivo o emocional.- cuando el sujeto se enfrenta a una situación traumática, éste manifiesta temor y ansiedad que puede tener tres efectos diferentes de acuerdo a sus expectativas:

1.- Cuando el sujeto aprende a controlar la situación traumática la ansiedad desaparece.

2.- Cuando el sujeto se encuentra inseguro acerca del control que puede ejercer sobre la situación traumática la ansiedad permanece.

3.- Cuando el sujeto cree que no puede tener ningún control de las situaciones traumáticas la ansiedad se ve desplazada por la depresión.

Según Seligman este postulado se ha confirmado repetidas veces en varios trabajos experimentales (Seligman y Maier, 1967; Maier, 1970, citados por Seligman en Depression, 1976a, p.p. 195). Por lo tanto Seligman afirma que la etiología de la depresión reactiva, es la creencia que el sujeto tiene de que no puede controlar los eventos o situaciones que aliviarán su pena o que le darán gratificación, por lo que piensa que es inútil o no tiene caso actuar.

Algunos de los eventos precipitantes de la depresión reactiva de acuerdo a Seligman son: el fracaso en la escuela y/o en el trabajo, la muerte de un familiar, la pérdida, rechazo o separación de la persona amada, enfermedad física y la vejez. De esta manera Seligman dice "nosotros podríamos predecir que no son los eventos de la vida los que producen la depresión" (cf. Alarcon y Cori, 1972), "sino los eventos de la vida que son incontrolables" (Seligman, 1976a, p.p. 197).

4.1 Tratamiento para la Inutilidad Aprendida y para la Neu

rosis Depresiva.

El tratamiento para la inutilidad aprendida consistió en forzar al perro, jalándolo con una cuerda, para que atravesara al otro lado de la jaula en el que no recibía estimulación aversiva. Este procedimiento se repitió varias veces hasta que el perro por su propia iniciativa pasó al otro lado de la jaula. Después se colocó la barrera y el perro continuó escapando y evitando los shocks eléctricos. Esto significa que el perro en un principio tuvo dificultades para hacer la conexión entre la respuesta y el reforzador, pero finalmente logró discriminar que su respuesta producía alivio.

Otros tratamientos para la inutilidad aprendida son la Terapia de Electroshocks, ciertos fármacos y el transcurso del tiempo.

La terapia de éxito para la depresión reactiva de acuerdo a Seligman, consiste en que el paciente descubra y crea que sus respuestas producen gratificación y alivio. Y agrega que la Terapia Cognitiva de Beck está dirigida hacia metas similares, ya que Beck sostiene que la tarea primaria del terapeuta es cambiar el esquema expectacional negativo del paciente neurótico depresivo por uno más optimista; y que esto se lleva a cabo a través de técnicas como la asignación gradual de tareas y el entrenamiento asertivo, así como con todas las técnicas que arreglen las contingencias; de tal manera que las respuestas del paciente esten bajo el control del reforzamiento.

Para Seligman la terapia no sólo debe cumplir un papel curativo sino también debe ser preventiva, es decir, que se le debe enseñar al paciente ciertas técnicas con las cuales pueda enfrentar satisfactoriamente eventos traumáticos en el futuro.

5. Mauxie C. Maulsby, Jr.: Empleo de la Terapia Racional-Emotiva por medio de la Imaginación.

Maulsby explica que los sentimientos están formados por percepciones (lo que se ve, escucha, siente físicamente, etc.), pensamientos (ideas y creencias) y emociones (depresión, ira, a legría, tristeza, etc.), puesto que al tener una percepción el paciente la interpreta y valora de acuerdo a su sistema de creencias y sus sentimientos dependerán de lo exagerada o apropiada que sea esta valoración, lo que finalmente lo llevará a actuar acertada o inadecuadamente.

Por lo que queda claro que no son los acontecimientos o hechos activantes los que producen los sentimientos, sino más bien los pensamientos; por ejemplo: pensamientos depresivos como "no valgo nada", "soy un inútil", "no debería de haber hecho eso", ocasionarán sentimientos depresivos de tristeza, soledad, abatimiento, abandono, etc.

Maulsby propone una guía para que el paciente realice el autoanálisis de sus ideas y pensamientos irracionales; y menciona cinco criterios que caracterizan al pensamiento racional:

- 1.- Es verdadero, esto es, está basado en la realidad objetiva.
- 2.- Te lleva a proteger tu vida.
- 3.- Te lleva a conseguir rápidamente lo que tu quieres.
- 4.- Evita que te sientas del modo que no quieres sentirte.
- 5.- Te evita los problemas que no quieres tener.

La guía para contraatacar el pensamiento irracional utilizando las características del pensamiento racional, se lleva a cabo de la siguiente manera:

Sesión A

Hecho o Acontecimiento
Activante

Mi novia me abandono -
después de cinco años de-
relaciones y sin ningún -
motivo.

Sesión D_A

Confrontación con A

No es cierto que sea sin nin--
gún motivo, la verdad es que salí
con otra chica.

Sesión B

Platica consigo mismo
Es una incomprensiva,-

eso demuestra que no me -
quiere;

pero yo sin ella no puedo
vivir.

Sesión D_A

Confrontación Racional A B

En realidad no es una incom---
prensiva, ya que los hechos de---
muestran que cuando hemos hablado
con calma en otras ocasiones he--
mos llegado a un acuerdo.

Es una tontería sacar una con-
clusión de sólo uno de sus actos,
ya que en realidad ella me ha de-
mostrado en muchas ocasiones que-
me quiere.

Es cierto que su abandono me -
duele, la voy a extrañar; pero es
to no significa que no pueda so--
portarlo y que me tenga que matar,
además existe la probabilidad de-
que me vuelva a enamorar.

Sesión C

(Sentimiento
Ira, enojo
Depresión

Maultsby, 1980 considera que aunque el paciente ya haya a-
prendido a pensar y comportarse racionalmente muchas veces se -
le dificulta mantener esta nueva actitud ante situaciones pro--
blemáticas y menciona que esto se debe a que no resulta fácil -
cambiar los viejos hábitos irracionales que se han mantenido a-
lo largo de la vida. Por lo que recomienda que el paciente prac-
tique la imaginación (IRE) de tal manera que se imagine come---

Sesión E

(Forma en la que me quiero sentir
Calmado, tranquilo
Optimista

tiendo varios errores sin que se altere y enoje consigo mismo.- Esta técnica le facilita disminuir sus errores, pensar, sentir y comportarse racionalmente cuando llegue a cometerlos.

Maultsby, 1974, p.p. 69, describe los siguientes pasos que deberá seguir el paciente para preparar y realizar sus ejercicios de Imaginación Racional Emotiva:

1.- "Realiza un ejercicio de autoanálisis racional acerca de las situaciones que te molestan. Asegurate que tus confrontaciones en la sesión D sean efectivas".

2.- "Busca una silla cómoda y relaja tu cuerpo".

3.- "Ahora, mentalmente, recuerda la situación acerca de la cual hiciste tu autoanálisis racional. Pero ahora piensa solamente las confrontaciones racionales que escribiste en la sesión D de tu autoanálisis".

4.- "Mantente en calma acerca de la situación todo el tiempo que estes realizando el ejercicio de IRE. Si comienzas a molestarte, detente; cálmate y entonces comienza otra vez con el ejercicio de IRE".

5.- Finalmente, imagina que actúas en la forma racional como quieres actuar en el futuro en esa misma situación".

Para Maultsby los hábitos incorrectos que deberá cambiar el paciente a través de sus ejercicios de IRE son:

"Pensar lo que no se quiere, expresar lo que no se piensa y creer esto". Cuando una persona piensa en algo que le desagrade aunque no sea lo que quiere, generalmente llegará a sentir y actuar de acuerdo a este pensamiento.

"Oír a los demás, pero escuchando solamente el propio pensamiento". Esto quiere decir que las personas generalmente no responden a lo que oyen, sino más bien a lo que piensan de lo que oyen.

"Crear lo que no vale la pena". Esto significa que las personas tienden a creer en cualquier cosa aún cuando les sea contraproducente.

"Tener creencias contradictorias sin saberlo". Es decir, - que las personas se sienten molestas o confundidas a causa de - que piensan dos ideas irracionales que se contraponen (Maultsby, 1974. p.p. 73-80).

Maultsby, 1974 menciona que para que el paciente llegue a ser una persona racional no debe creer en todo lo que le dicen, esto es, que el paciente deberá contraatacar de una manera racional, haciendo uso de las técnicas de imaginación, las once ideas irracionales propuestas por Ellis; de tal manera que sólo llegue a creer en aquellas ideas, eventos o cosas que sean verdaderas, que lo lleven a proteger su vida, que lo lleven a conseguir lo que quiere, a sentirse del modo deseado y a evitarle problemas.

Maultsby junto con Ellis propone dos técnicas en las que se usa la imaginación aplicando la Terapia Racional Emotiva. En la primera, se emplean imágenes negativas y consiste en que el paciente se imagine un hecho o evento activante que le haya sido o que le pueda ser en el futuro sumamente desagradable y que cuando imagine esto se sienta lo más molesto posible; ya sea deprimido, ansioso, exageradamente enojado, etc., durante un lapso breve de tiempo y que después de haber experimentado esas emociones tan exageradas las cambie por sentimientos que sólo lo lleven a sentirse molesto, triste, frustrado, irritado, etc. y una vez que se sienta de esta manera, identifique cuáles son los pensamientos que lo llevaron a manifestar sentimientos apropiados. En la segunda técnica se emplean imágenes positivas; aquí se le pide al paciente que imagine algún hecho activante de

sagradable que le haya acontecido o le pueda acontecer en el futuro, el cual lo lleve a sentirse perturbado durante un breve lapso de tiempo, y que mientras experimenta tales sentimientos-identifique cuáles son las autoverbalizaciones que lo llevaron a sentirse de esa manera; una vez que las haya identificado con claridad debe cuestionar y discutir su validez, al mismo tiempo que imagine cómo se sentiría y comportaría al empezar a cambiarlas y sustituirlas por pensamientos racionales acerca de los eventos activantes.

El paciente deberá repetir estos ejercicios varias veces - hasta que logre sentirse molesto o frustrado, más bien que deprimido u hostil por los eventos activantes.

Maultsby y Ellis recomiendan que estas técnicas se practiquen durante dos o tres semanas, diez minutos cada día; y que si al paciente se le dificulta involucrarse en estas tareas, emplee las técnicas operantes de auto-reforzamiento cuando las realice y el castigo cuando no las efectue o las evite.

6. Modelo Cognitivo de la Depresión de Aaron T. Beck

La descripción clínica de la neurosis depresiva que menciona Beck es que ésta es precipitada por un evento externo y se caracteriza por sentimientos de tristeza, soledad, abandono, culpa por equivocaciones o errores pasados, autodesprecio, pensamientos suicidas, insomnio, pérdida del apetito, de interés sexual, fatiga, retardo motor e intelectual y baja reacción a las terapias físicas como drogas y terapia electroconvulsiva (TEC).

La teoría cognitiva de Beck no es la única que le da una importancia central a la cognición (Adler, 1974; Berne, 1976 y-

1979; Ellis, 1973, 1974a, 1977, 1980a; Ellis y Abrams, 1980b; - Ellis y Harper, 1960; Ellis y Whiteley, 1979; Ellis, Wolfe y Koseley, 1974a; Freud, 1973a y b y 1979; Fromm, 1977; Horney, - 1955 y 1974; Lazarus, 1974 y 1976; Mahoney, 1974; Maultsby y - Ellis, 1980; Maultsby y Hendricks, 1974; Meichenbaum, 1974; Seligman, 1975; y Sullivan, 1959 y 1974), sin embargo a diferencia de otras teorías cognitivas que se han dedicado al estudio de los problemas emocionales en general, la teoría de Beck es un modelo que sirve para explicar la depresión. Esta teoría postula que los factores cognitivos negativos son la base en el origen, desarrollo y mantenimiento de la depresión, es decir, - que son los disturbios del pensamiento los causantes de la depresión.

Este postulado ha sido comprobado por los trabajos experimentales y observaciones clínicas de Beck, colaboradores y otros investigadores. Por ejemplo Beck y Hurvich (1959) encontraron que los sueños de los pacientes depresivos se caracterizan por temas tales como la pérdida de un objeto, de un amor y disminución de la autoestima. Estos hallazgos más tarde fueron reafirmados por Beck y Ward (1961), Hauri (1976) donde nuevamente encontraron que dominaban las ideas de fracaso, de pérdida, etc.

En 1963-1964 Beck analizó minuciosamente las entrevistas psicoterapéuticas de pacientes depresivos y no depresivos y encontró que los pacientes depresivos además de tener sentimientos de desesperanza, baja autoestima, se caracterizaban por una opinión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro (la triada cognitiva).

Un estudio realizado por Loeb, Feshbach, Beck y Wolf (1964) demostró que los pacientes deprimidos eran más pesimistas con respecto a su actuación en una tarea futura, después de haber -

tenido un fracaso en una tarea anterior. Esto fue confirmado - más tarde por Loeb, Beck y Diggory (1971) ellos encontraron que la información de éxito o fracaso influye en las expectativas - de los pacientes deprimidos.

Valten (1968), Weintraub, Segal y Beck (1974), Coleman - (1975) en distintos estudios experimentales encontraron que el estado de ánimo de los pacientes depresivos variaba de acuerdo a la información que recibían, es decir, que existe una estre--cha relación entre el pensamiento y las emociones.+

La depresión sólo surge cuando existe una predisposición.- Esta se origina durante la infancia y la adolescencia a través de las experiencias negativas, de los juicios negativos de o---tros y de las identificaciones con modelos sociales; así, el ni--ño aprende conceptos negativos específicos de sí mismo y tam---bién aprende a valorar esos conceptos. Por ejemplo, cuando un - niño comete un error y se le denomina como un tonto o incapaz,- el niño adoptará este concepto negativo acerca de sí mismo y - sus ejecuciones futuras se verán influenciadas por dicho auto--concepto; por lo que si el niño fracasa nuevamente esto le con--firmará el autoconcepto negativo que ya se había formado. Poste--riormente el niño aprenderá a valorar sus autoconceptos negati--vos "soy un tonto por cometer errores" y "nadie me va a querer--por ser tonto"; si estos conceptos no son alterados se llegarán a estructuralizar formando un esquema cognitivo, el cual perma--necerá latente en el individuo.

+ Todos los experimentos antes mencionados son citados por Beck y Shaw en "Cognitive Approaches to Depression", 1977, Cap.-6, p.p. 119-133.

Estos esquemas cognitivos son activados por situaciones de stress específica, esto es, cuando el individuo se enfrenta a una situación específica que es similar a una situación traumática anterior; por una o varias situaciones de stress no específicas, como la muerte de un ser querido, un fracaso en las relaciones interpersonales, un revés financiero, el abandono o pérdida de una persona, el reprobación un examen; o por presiones psicológicas, cuando el individuo se siente abrumado por varias tareas exhaustivas.

Beck observó que cuando los esquemas cognitivos eran activados, los depresivos presentaban lo que él llamó la "triada cognitiva":

a) Opinión negativa de sí mismo.- el paciente tiende a autodevaluarse (se considera a sí mismo como un inútil, inadecuado, incapaz e indigno) y a creer que sus defectos y fallas se deben a un defecto físico, mental o moral que se encuentra en él mismo.

b) Opinión negativa del mundo.- el paciente cree que el mundo le pone obstáculos para alcanzar sus metas, a la vez que considera que el mundo le hace demandas exageradas las cuales no puede cumplir; por lo que se percibe como derrotado, menospreciado, privado, criticado y evaluado.

c) Opinión negativa del futuro.- el paciente percibe el futuro de una manera negativa, esto es, cree que el futuro no tiene nada de prometedor para él y que sus problemas, conflictos y temores van a perdurar para siempre.

Además encontró que los pacientes depresivos también presentan ciertos errores de lógica en el pensamiento como:

Sobregeneralización.- es cuando el paciente, extiende a todas sus experiencias, el fracaso que tuvo en una de ellas.

Inferencia arbitraria.- es cuando el paciente hace una conclusión errónea de un evento, sin tener pruebas suficientes.

Magnificación.- el paciente exagera el significado de un evento particular.

Minimización.- el paciente tiende a devaluar sus logros y éxitos.

En base a su modelo, Beck explica que los cambios motivacionales tales como la tristeza y la soledad se deben a una constante autodevaluación o a la baja autoestima del paciente depresivo; y que los correlatos físicos y vegetativos de la depresión como la disminución del apetito, de la libido, de sueño, la fatiga y el retardo motor, también son causados por cogniciones negativas. Así mismo, Beck menciona que la falta de motivación de los depresivos para llevar a cabo una actividad, no se debe a que sean pasivos por sí mismos, sino más bien, al deseo de querer escapar de aquellas situaciones que perciben como desagradables; cuando la inactividad es extrema surge la "parálisis de la voluntad". La creencia negativa que tiene el paciente de que su estado depresivo (inutilidad, tristeza, desesperanza, insomnio, anorexia, etc.) nunca va a cambiar, lo lleva a pensar en el suicidio como la única alternativa que ve para escapar y/o terminar con su estado depresivo.

A continuación se dará un ejemplo para ilustrar el modelo cognitivo, en el cual se muestra el origen, desarrollo y mantenimiento de la depresión, precipitado por una situación de stress no específica.

Un estudiante universitario con predisposición depresiva reprobaba un examen (situación stressante) y se dice a sí mismo que es un tonto, un inútil, que no debería haber reprobado ese examen (estado emocional de tristeza y concepto negativo de sí-

mismo). A la vez que se dice "es terrible haber reprobado el examen" (juicio de valor), "mis compañeros me van a despreciar", "sería horrible que mis amigos me dejaran de hablar" (magnificación). Cree que no pasó el examen porque éste estaba elaborado de cierta forma para que nadie lo acreditara (inferencia arbitraria, opinión negativa del mundo); por lo tanto piensa que es inútil estudiar para presentarlo nuevamente (pasividad) y que no podrá divertirse ni ser feliz por no acreditarlo (opinión negativa del futuro). Esta constelación depresiva lo conduce a interpretar los eventos de una manera negativa y a tomar decisiones más drásticas, de esta forma piensa "si yo fuera un buen estudiante nunca tendría fracasos como éste" (inferencia arbitraria), "esto me demuestra que no sirvo para el estudio" (sobregeneralización), "lo mejor es que deje de estudiar" (apatía). De esta forma el estudiante trata de evitar las situaciones desagradables alejándose de ellas, por lo que se aísla y aleja del ambiente escolar (aislamiento).

El actuar de este modo en lugar de solucionar su problema, lo conduce a una situación aún más desagradable debido a que piensa "no debí haber dejado la escuela", "es horrible haber desertado", "he defraudado a mis padres", "esto me demuestra que soy la peor de las personas", "soy un fracasado", "en cualquier actividad que emprenda fallaré", "es inútil hacer algo" y "soy tan despreciable que lo mejor será que nadie me hable". Este tipo de pensamientos lo conduce a un estado de profunda tristeza, a evitar todo contacto social, sus constantes perturbaciones no le permiten dormir adecuadamente y pierde el apetito. Al darse cuenta de su estado emocional y físico piensa que se ha convertido en un "guiñano" humano. Como esta situación es muy desagradable y sus intentos para escapar de ella han sido vanos, consi

dera que su sufrimiento y desgracia nunca van a acabar y piensa "será mejor terminar con todo", "la mejor manera será matándome", "así terminaré con mis sufrimientos y mis padres se librarán de la carga que yo represento" (suicidio).

6.1 Tratamiento para la Neurosis Depresiva

Del modelo cognitivo de Beck, arriba mencionado, se deriva el tratamiento cognitivo para la neurosis depresiva; ya que éste está basado en el postulado de que las cogniciones negativas son las causantes de la depresión el objetivo de la terapia será modificar los aspectos distorsionados del pensamiento a través de su identificación, examinación, sometiénolos a un análisis lógico y a una probación empírica.

La terapia cognitiva se compone de las técnicas terapéuticas que capaciten al paciente depresivo para que modifique su concepto negativo de sí mismo, del mundo y del futuro e interprete la realidad de una manera más adecuada. Estas técnicas terapéuticas están dirigidas a aliviar la sintomatología conductual y a cambiar las ideas, creencias y pensamientos erróneos del paciente.

Beck considera que en la terapia cognitiva deberá existir una estrecha colaboración entre el terapeuta y el paciente, es decir, que ambos deben trabajar dentro del mismo marco conceptual, de tal manera que el terapeuta comprenda los problemas del paciente y que éste a su vez entienda qué objetivos específicos se pretenden cubrir y la importancia que tiene realizar las tareas asignadas por el terapeuta. Para lograr esto el terapeuta y el paciente deben elaborar para cada sesión, una agenda en la que planteen los objetivos que pretenden alcanzar. El papel del terapeuta debe ser activo-directivo, ya que es importan

te que dirija la discusión hacia las áreas problemáticas; a la vez que debe cuestionar para obtener información no manifiesta, descubrir errores de lógica y contradicciones del paciente.

Beck recomienda que la terapia cognitiva se realice en un período de tiempo limitado (20 sesiones en 12 semanas), ya que es importante que el terapeuta y el paciente utilicen el tiempo adecuadamente, centrándose en conceptualizaciones relevantes para obtener información pertinente al problema.

El método de la terapia cognitiva es el de recolectar información, hacer hipótesis sobre esta información y comprobar las hipótesis sometiéndolas a evidencia empírica.

El terapeuta cognitivo se centra en obtener información sobre las cogniciones (ideas, imágenes, creencias, deseos y pensamientos) del paciente y la obtiene de tres fuentes:

- 1.- Exposición oral del paciente de las cogniciones y emociones que él experimenta.
- 2.- La manifestación de las imágenes, pensamientos y sentimientos del paciente ocurridos durante la terapia.
- 3.- De los reportes escritos asignados al paciente como tareas.

Esto no significa que el terapeuta acepte los reportes introspectivos como 100% verídicos, sino de acuerdo a la teoría, el objetivo es conocer las interpretaciones que hace el paciente de la realidad. En la medida en que se va obteniendo información, el terapeuta la identifica y clasifica en base a la teoría cognitiva trabajando en tres niveles de abstracción:

- 1.- Conocer la idea general que tiene el paciente de los eventos pasados.
- 2.- Identificar cuáles son las expectativas negativas, los

errores de lógica del pensamiento y clasificar las cogniciones del paciente como reales o no reales, adaptativas o inadaptables.

3.- Conocer las actitudes, creencias y suposiciones que se manifiestan en los pensamientos automáticos.

Regularmente el tratamiento se inicia con la modificación de los síntomas manifiestos, a través de la aplicación de técnicas conductuales; con el doble propósito de: primero, sacar al paciente de su estado depresivo, de evitación y de su falta de reforzadores; y segundo, ayudarlo a cambiar sus expectativas negativas acerca de sus ejecuciones. Pero cuando el paciente no presenta graves síntomas de inactividad, se puede iniciar el tratamiento empleando directamente las técnicas cognitivas.

Las técnicas conductuales utilizadas para modificar los sentimientos de desesperanza y pasividad son: asignamiento gradual de tareas, ensayo cognitivo (imaginario), un programa o lista de actividades (el terapeuta y el paciente colaboran para programar las actividades diarias) y la técnica de dominio y placer (la clasificación de las actividades de acuerdo a la cantidad de dominio o placer obtenido).

Beck recomienda que es necesario hacerle notar al paciente que sus logros o cambios conductuales no son la única meta de la terapia cognitiva, sino sólo parte de ella y que cuando el paciente tienda a minimizar sus logros es necesario recordarle los objetivos que se han alcanzado.

Una vez que el incremento de la actividad y del estado de ánimo se ha alcanzado, el terapeuta aplica las técnicas cognitivas, enseñando al paciente a que identifique sus cogniciones negativas y a que reconozca la relación que existe entre éstas y

su estado emocional, a través de la técnica de colección de pensamientos automáticos, la cual consiste en que el paciente en determinados momentos, tales como cuando experimente sentimientos de desesperanza, tristeza, abatimiento, hostilidad o cuando se enfrente a situaciones de fracaso, frustración, etc., identifique qué es lo que se está diciendo a sí mismo, por ejemplo: - "soy un inútil", "todo me sale mal" y vea que estos pensamientos son los responsables de su estado emocional. Durante las sesiones terapéuticas, el terapeuta le demuestra al paciente por medio de un análisis lógico y empírico, que sus cogniciones negativas no tienen la validez que él les da. Como parte del asignamiento de tareas el terapeuta le enseña al paciente a que identifique, cuestione y pruebe por sí mismo lo acertado de sus cogniciones negativas mediante la técnica de triple columna, la cual consiste en que en una hoja divida en tres columnas, en la columna de la izquierda registre el evento(s) o situación(es) - que él cree es la causa de su estado emocional, en la columna central de la hoja anote cuáles son sus pensamientos automáticos, ideas e imágenes acerca de ese evento(s) y en la columna de la derecha contraataque o refute por medio de evidencia empírica la validez y racionalidad de sus pensamientos negativos.

El terapeuta le ayuda al paciente a que clasifique sus cogniciones negativas dentro de temas tales como: autoculpa, sobre generalización, inferencia arbitraria, autoatribuciones, etc.

Como resultado de este análisis, el paciente se da cuenta de que las interpretaciones que hace de los eventos son erróneas; por lo que ahora es necesario que busque otras alternativas para la solución de sus problemas, con la ayuda del terapeuta (técnica alternativa).

Una vez que se ha llegado a esta parte de la terapia, el -

terapeuta muestra al paciente las cogniciones específicas con las cuales interpreta la realidad y que frecuentemente son los "los deberías" y los "tienes que", los cuales son los causantes de los autoreproches, de la autocrítica y de la responsabilidad excesiva por el fracaso; "ya que los pacientes depresivos frecuentemente comparan lo que ellos creen que deberían hacer, con lo que están haciendo en el presente. Después de percibir la diferencia entre cómo se comportan y la manera ideal, usualmente concluyen que son indignos, insuficientes o que están en un proceso de deterioro" (Beck, 1977, p. 319). Además el terapeuta le hace ver al paciente el efecto que tienen estas cogniciones específicas en sus emociones y comportamiento.

En seguida se pasa a modificar los síntomas específicos "deberías" y "tienes que", los cuales se derivan de algunas reglas socialmente aceptadas y que el paciente aplica inflexible e indiscriminadamente a todas las situaciones. Por lo que es necesario entrenar al paciente para que sepa bajo que situaciones puede aplicar adecuadamente dichas reglas; esto se logra mediante la aplicación de las técnicas conductuales como:

1.- El paciente debe hacer una lista jerárquica en la cual anote las situaciones en las que aplica las reglas "debes" o "tienes que".

2.- Se le pide al paciente que haga una comparación entre las demandas que se exige a sí mismo y lo que realmente le gustaría hacer; una vez realizado esto el terapeuta y el paciente analizan las ventajas y las desventajas del empleo de los "deberías" y "tienes que".

3.- Se le deja al paciente, como tarea, hacer un registro de todas las veces que emplea los "deberías" y "tienes que".

4.- El paciente debe examinar las consecuencias de abando-

nar los "deberías" y los "tienes que", es decir, el paciente debe observar las reacciones de las personas (enojo, tristeza, rechazo) con las que ya no aplica las reglas.

5.- Inversión de papeles o juego de roles invertidos, aquí se le pide al paciente que tome el papel de la persona con la que aplica los "deberías" y "tienes que", mientras el terapeuta toma el papel del paciente, para que de esta manera el paciente observe cuál es la imagen que proyecta en realidad al comportarse de esa forma y vea si es la manera en la que desea verse.

Finalmente para modificar la autocrítica y la tendencia del paciente de asumir él toda la responsabilidad por los acontecimientos negativos, el terapeuta aplica las siguientes técnicas:

1.- Técnica de dominio y placer, tiene el objetivo de hacer que el paciente contraataque sus cogniciones negativas de autocrítica, por medio de exponerlo a experiencias en las cuales tenga éxito.

2.- El terapeuta contraataca y comprueba empíricamente la suposición o creencia del paciente, de que él es totalmente responsable por los eventos negativos; para lo cual es conveniente que el terapeuta y el paciente analicen la situación(es) y tomen en cuenta otros factores que fueron relevantes para que el evento sucediera.

Existen estudios clínicos y experimentales que han demostrado que el tratamiento con técnicas cognitivo-conductuales, es más efectivo en la reducción de la sintomatología depresiva que otros tipos de tratamiento como Terapia Marital (Friedman, 1975); Terapia de Trabajo Social (Klerman, DiMascio, Weissman, Prusoff y Paykel, 1974); Psicoterapia de Grupo (Covi, Lipman, Derogatis, Smith y Pattison, 1974); Psicoterapia de Drogas; Te-

rapia Conductual sólo; Terapia Cognitiva; Psicoterapia orientada al insight y Psicoterapia no directiva.

6.2 Evidencia Empírica de la Terapia Cognitiva

A continuación se mencionan algunos de los estudios experimentales que demuestran la eficacia de las técnicas cognitivo--conductuales en el tratamiento de pacientes depresivos:

Rush, Kōatami y Beck (1975) combinaron una técnica cognitiva y una conductual para el tratamiento de depresivos crónicos. La técnica cognitiva fue dirigida hacia la corrección de las expectativas negativas de las actividades reales y la técnica conductual fue el uso de un programa de actividades. El resultado de la aplicación de ambas técnicas fue exitoso.

Taylor (1974) realizó un experimento comparativo entre grupos (grupo cognitivo, grupo conductual, grupo cognitivo-conductual y un grupo de lista de espera). El tratamiento se realizó en grupo y con un terapeuta. Los resultados que se encontraron fueron los siguientes: los grupos que recibieron tratamiento fueron significativamente superiores al grupo que no recibió tratamiento (grupo de la lista de espera) y el grupo de tratamiento combinado (cognitivo-conductual) fue superior a los grupos con sólo un tratamiento (cognitivo o conductual).

Shaw (1975) llevó a cabo un estudio en el cual un grupo recibió terapia cognitiva, un segundo terapia conductual (entrenamiento en habilidades interpersonales), el tercer grupo terapia no directiva y el cuarto grupo no recibió tratamiento. El tratamiento se realizó en sesiones de terapia de grupo y se concluyó que la terapia cognitiva era más eficaz que la terapia conductual y que el tratamiento no directivo; pero estos dos tratamientos fueron más eficaces que el no recibir tratamiento.

Morris (1975) realizó un estudio en el cual comparó un programa cognitivo-conductual didáctico, cuyo tratamiento fue realizado en dos grupos, uno se llevó a cabo durante tres semanas y el otro en seis semanas, en ambos las sesiones terapéuticas fueron seis; un programa orientado al insight y un grupo control. Encontró que el programa de terapia cognitivo-conductual era significativamente mejor y que era tan efectivo, tanto en un período de tres como de seis semanas, manteniendo igual el número de sesiones.

Schmickley (1976) reportó que el tratamiento cognitivo-conductual era significativamente efectivo en la reducción de la sintomatología depresiva. El estudio que se llevó a cabo con once sujetos los cuales fueron tratados individualmente en cuatro sesiones terapéuticas.

Rush, Beck, Kovacs, Khatami, Fitzgibbons y Wolman, 1975; - Kovacs y Rush (1976) evaluaron la eficacia de la Terapia Cognitiva y de una droga antidepresiva (imipramina-hidrocloride) en el tratamiento de la depresión. Los pacientes fueron adultos externos y los resultados mostraron que ambos tratamientos fueron efectivos; sin embargo, el tratamiento cognitivo mostró que los pacientes depresivos tenían una mayor recuperación con él. Además se observó que el tratamiento con la droga antidepresiva, tenía efectos colaterales negativos como la deserción de los pacientes; ya que de 22 que iniciaron sólo 8 terminaron el tratamiento; de los 14 que desertaron 2 de ellos presentaron síntomas secundarios debido a los efectos de la droga.+

+ Todos los experimentos son citados por Shapir y Beck en "The Treatment of Depression with Cognitive Therapy", 1977, p.p. 321-324.

Los resultados de estos estudios muestran que la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales es la más adecuada para el tratamiento de la depresión. Sin embargo, Beck menciona que es necesario realizar más investigaciones experimentales, las cuales tengan un control más rigido para que apoyen los resultados de estos estudios.

7. Teoría de la Personalidad de Albert Ellis

La Terapia Racional Emotiva (T.R.E.) surge como una alternativa para el tratamiento de los problemas emocionales, debido a que Ellis se encontraba inconforme con la limitada eficacia del Psicoanálisis ortodoxo, de la Orientación Psicoanalítica activa y directiva y de los principios del aprendizaje.

Para Ellis el comportamiento humano es producto tanto de factores hereditarios como de factores ambientales. Esto significa que el hombre nace con ciertas tendencias como la irritabilidad, que se caracteriza por una fácil alteración del estado de ánimo ante experiencias frustrantes; el perfeccionismo en el cual prevalece la necesidad exagerada a realizar todas las ejecuciones de una manera exacta; el hedonismo, que consiste en una necesidad apremiante de obtener placer inmediato; aislamiento, en el que se evita constantemente las interacciones sociales; y la dificultad para adaptarse a situaciones nuevas donde existe un temor exagerado a enfrentarse con situaciones o personas desconocidas; dichas tendencias lo predisponen a comportarse de cierta manera como tímidamente, hostilmente, etc. y si el medio ambiente les es propicio, tales comportamientos se manifestarán. Estas tendencias predisponentes hacen que el individuo interprete los hechos o eventos de la realidad de una manera adecuada o exagerada.

Pero debido a que el hombre tiene la capacidad de razonar, pensar y comprender puede llegar a cambiar las condiciones sociales que facilitan el desarrollo de sus tendencias innatas.

Según Ellis las relaciones interpersonales son de naturaleza bilateral, esto es, que no solamente es el medio social el que determina el comportamiento de una persona, sino que también dicho comportamiento influye para que el medio social lo trate de una manera específica.

Ellis menciona que aunque el hombre tiene la capacidad de pensar racionalmente, llevándolo a conseguir metas satisfactorias, comportamientos apropiados a la realidad, a relacionarse de una manera efectiva y a vivir una vida emocional más productiva con un mínimo de experiencias dolorosas inútiles; también muestra de una manera irracional, que se caracteriza por emplear inadecuadamente las emociones, conduciéndolo a actuar en forma inapropiada, a obstaculizar sus metas y a no tener un buen desempeño en sus relaciones interpersonales, lo que finalmente lo hará sentirse inútilmente deprimido, hostil, ansioso, infeliz, culpable, desdichado, etc.; por lo que es necesario que evite algunas de sus emociones. Con esto no se quiere decir que el hombre debe ser no emocional, sino por el contrario, es necesario que sea emocional debido a que sus emociones innatas que aparecen automáticamente en situaciones adecuadas, le ayudan a conservar su supervivencia y de aumentar sus emociones positivas eliminando pensamientos tontos e infantiles, podrá vivir menos desdichado y disfrutar de la vida. Pero para que el hombre llegue a sentirse más satisfecho de la vida, es necesario que no sólo tome en cuenta sus intereses personales sino que al mismo tiempo coopere y se adapte a su medio social, es decir, que algunas veces tiene que sacrificar sus propios intereses para

tomar en cuenta y aceptar a los demás, lo que finalmente redituará en beneficio propio.

De acuerdo a Ellis, 1980a algunos de los principios de la T.R.E. fueron expuestos en la antigüedad por los filósofos griegos, estoicos romanos (Epicteto y Marco Aurelio), pensadores del Budismo o Taoísmo (ver Suzuki, 1956 y Watts, 1959-1960) y los psicólogos y otros pensadores sociales como Adler (1927-1929), Berne (1957), Díaz-Guerrera (1959), Dollard y Miller (1950), Salter (1949), Wolber (1954) y Wolpe (1958-1961).

La piedra angular de la T.R.E. está basada en el supuesto de que la emoción y el pensamiento del hombre "no son dos procesos dispares o diferentes, sino que tienen coincidencias significativas y algunos aspectos sobre todo en las intenciones prácticas son la misma cosa" (Ellis, 1980a, p.p. 40).

La emoción es la interrelación dinámica de los procesos de percepción, movimiento y pensamiento; ésta tiene su base fisiológica en el hipotálamo y el sistema nervioso autónomo. Las emociones surgen a través de tres procesos: primero estimulando físicamente el hipotálamo y el sistema nervioso autónomo, segundo por medio de los procesos de percepción y movimiento, y tercero a través de los pensamientos y deseos. Por lo que el control de las emociones se llevará a cabo de cuatro formas: la primera utilizando fármacos, electro-shocks e intervenciones quirúrgicas; la segunda por medio de ejercicios físicos como la relajación, el baile y la yoga; la tercera empleando los estados emocionales y los prejuicios existentes; y la cuarta utilizando pensamientos, reflexiones y auto-verbalizaciones.

Ellis considera que los tres primeros métodos son apropiados en determinados casos clínicos, pero que tienen la desventaja

ja de no lograr un cambio permanente de la personalidad; por lo que el método más adecuado para lograr esto es modificar los pensamientos o la filosofía de la vida del paciente.

Ellis cita a Fagda Arnold (1960) para definir a la emoción "como la tendencia a ir hacia algo que intuitivamente se aprecia como bueno (beneficioso), o alejarse de algo que intuitivamente se aprecia como malo (perjudicial). Esta atracción o aversión va acompañada de cambios fisiológicos que se organizan hacia el acercamiento o retirada" (Ellis, 1980a, p. 44).

Ellis menciona que si bien una parte de la emoción es innata, inmediata y sin pensamiento, en su mayoría es un tipo de apreciación o pensamiento mantenido, particularizado, personalizado, prejuicioso, subjetivo y acompañado de ciertas reacciones corporales, es decir, que la emoción se ve influenciada por las experiencias previas, ya sea directas o indirectas, de tal manera que no se lleva a cabo una evaluación real de la situación actual y se tiende a percibir los eventos o sucesos de acuerdo al interés personal. Mientras que lo que comúnmente se conoce como pensamiento es un modo de discriminación más tranquila, no tan personalizada; es una implicación somática y no muy directiva de la actividad.

Por lo que si el pensamiento y la emoción teóricamente son diferentes, en la práctica el pensamiento puede llegar a ser emoción y ésta pensamiento. Así, el pensamiento y la emoción llegan a convertirse en acción y la acción a su vez en pensamiento y emoción.

Ellis menciona que el hombre es un ser social que desde su niñez aprende a verbalizar sus sentimientos, percepciones y pensamientos y que para hablar consigo mismo utiliza frases y ora-

ciones (auto-verbalizaciones) las cuales constituyen su pensamiento. Así las emociones positivas surgen de auto-verbalizaciones del tipo ¡esto es bueno para mí! y las emociones negativas surgen de verbalizar ¡esto es malo para mí!

Las perturbaciones emocionales como la depresión, ira, hostilidad, ansiedad, etc., surgen a través de mantener actualizadas las emociones negativas por medio de auto-verbalizaciones. Por lo que para eliminar las perturbaciones emocionales es necesario que el paciente cambie sus auto-verbalizaciones negativas por auto-verbalizaciones positivas; sin embargo, algunos pacientes presentan ciertas dificultades para cambiar sus pensamientos negativos, debido a que no piensan con claridad a pesar de su inteligencia, a que no son inteligentes para darse cuenta de sus problemas, y a que aunque tengan la suficiente información e inteligencia no se dan cuenta por lo avanzado de su neurosis.

Uno de los principios de la T.R.E. es hacer que el hombre acepte a sí mismo incondicionalmente, es decir, que el hombre no debe evaluar su yo sino más bien sus actos y ejecuciones, ya que evaluar su yo en base a sus actos y ejecuciones le llevará a aceptarse cuando actúe correctamente y a no aceptarse y deprimirse cuando su actuación sea incorrecta.

El aceptarse a sí mismo tanto con sus características positivas como negativas no significa que el hombre tome una actitud conformista pasivo-negativa, sino más bien, que reconozca y cambie sus ejecuciones negativas; con el fin de obtener el máximo placer y evitar el displacer o dolor.

Otro de los principios de la T.R.E. es identificar las ideas irracionales acerca de sí mismo y de los demás. Para ello Ellis menciona once ideas irracionales como las más comunes en-

la sociedad occidental que causan y mantienen las perturbaciones occidentales.

Idea irracional # 1.- "La idea de que es una necesidad extrema para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por - prácticamente cada persona significativa de su comunidad". Esta idea es irracional porque es imposible que todo el mundo nos acepte, ya que al exigir que nos acepten no consideramos los prejuicios y valores de los demás y porque al querer ser aceptados estamos sacrificando los propios intereses, es decir, que al hacer lo que a la gente le gustaría que hicieramos, no se invierte tiempo en lo que se quiere hacer. Estos razonamientos no significan que se deba prescindir totalmente de la aceptación y - del amor de los demás, sino más bien, que se debe desarrollar - los propios intereses y dar amor para así ganarse el afecto de los demás y no exigirlo.

Idea irracional # 2.- "La idea de que para considerarse a u no mismo de valor, se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles". - Esto es irracional porque es característica del hombre el ser - falible y al exigirse tener éxito en todos los aspectos de la vida se está pidiendo ser un super hombre; además dichas exigencias le llevarán a estar comparando constantemente y a sentir se insatisfecho, ya que siempre habrá personas que destaquen - más que él en uno u otro aspecto. Sin embargo, se debe buscar - el éxito en aquello que se pueda realizar por satisfacción propia y no por el afán de competir y superar a todas las demás - personas.

Idea irracional # 3.- "La idea de que ciertas personas son malas, perversas o malvadas y que se les debe culpar y castigar severamente por su perversidad". Es irracional porque se exige-

que las personas no cometan ningún error, de tal manera que si llegan a cometerlo (que es muy probable) se tiende a culparlos y condenarlos por sus errores. Con esto se quiere decir que en lugar de culpar y condenar a las personas que cometen errores, se debe tratar de ayudarlas cuando sea posible y cuando no se deben aceptar los hechos desagradables de los que también está compuesta la vida (siempre y cuando no amenacen la seguridad física).

Idea irracional # 4.- "La idea de que es terrible y catastrófico que las cosas no ocurran de la manera que uno quisiera." No es racional porque exige que los hechos o eventos del mundo se ajusten a las propias perspectivas. Además el preocuparse por sus exigencias sin actuar, no ayuda a encontrar una solución más satisfactoria.

Idea irracional # 5.- "La idea de que la felicidad humana tiene causas externas y de que la gente tiene poca o ninguna habilidad para controlar sus penas y alteraciones". Es irracional porque se cree que todas las cosas desagradables que suceden son causadas por personas, cosas o eventos externos y que por ello no pueden estar bajo ningún control. En lugar de esto, sería mejor que pensara cuál fue su participación para que sucediera el evento desagradable en el que se vieron involucradas.

Idea irracional # 6.- "La idea de que si algo es o puede ser peligroso debe uno preocuparse por ello y pensar continuamente acerca de la posibilidad de que suceda". Es irracional porque es poco probable que los eventos peligrosos o terribles ocurran todos los días, por lo que no hay razón para que la gente se preocupe por la sola idea de que puedan ocurrir diariamente, ya que de ser así, el mundo ya no existiría.

Idea irracional # 7.- "La idea de que es más fácil evitar ciertas responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente". Se considera irracional porque se cree que el evitar los problemas proporciona más satisfacciones, lo cual no es cierto, porque mientras más se enfrenten y resuelvan las dificultades se obtendrán mejores y mayores satisfacciones a corto y a largo plazo.

Idea irracional # 8.- "La idea de que uno debe depender de los demás y que se necesita alguien más fuerte de quien se pueda depender". Es irracional porque se cree que se no se pueden enfrentar y resolver los problemas satisfactoriamente, si no es con la ayuda de una persona más capacitada.

Idea irracional # 9.- "La idea de que el pasado es determinante, de manera que si algo afectó una vez profundamente la vida de uno, continuará haciéndolo indefinidamente". No es racional porque el hecho de que algo haya acontecido en el pasado, - no significa que tenga que repetirse irremediamente. En lugar de esto se debe pensar que el comportamiento no está determinado por las experiencias pasadas sino más bien por la conducta presente.

Idea irracional # 10.- "La idea de que uno debe preocuparse mucho por los problemas y las alteraciones de los demás". Es una idea irracional porque es imposible el querer resolver todos los problemas de las demás personas, debido a que realmente sólo algunas veces se puede ayudar para que los resuelvan, por lo que es inútil el preocuparse.

Idea irracional # 11.- "La idea de que existe invariablemente una solución correcta, precisa y perfecta para todos los problemas humanos y que es catastrófico si no se encuentra di-

cha solución".+ Este pensamiento es irracional porque es una falacia el creer que a todos los problemas se les tenga que encontrar una solución perfecta, ya que aunque esto sería lo ideal, no se debe descartar la posibilidad de que existen problemas para los cuales no haya una solución perfecta. Además de que el preocuparse por no encontrar dicha solución, obstaculiza el que se encuentren alternativas de solución al problema.

La identificación de dichas ideas se logra enseñándole al paciente el A B C de la T.R.E. en donde A es acontecimientos o experiencias activantes, B el sistema de creencias racionales e irracionales y C las consecuencias y sentimientos. La dinámica de la T.R.E. consiste en que el paciente se dé cuenta que sus sentimientos y emociones (C) no son causados directamente por sus experiencias (A), sino que éstos están determinados por su interpretación y evaluación (B) de lo que ocurre en (A). Una vez que se han identificado las ideas irracionales, se le enseña al paciente a discutir y cuestionar (D) dichas irracionales; a la vez que se le induce a cambiarlas por otras ideas que sean lógicas y racionales; estos nuevos pensamientos lo llevan a sentir emociones adecuadas (E) a la experiencia activante y a que se comporte de una manera más realista, es decir, eficaz y favorablemente (E/C).

Ellis menciona que hay que tener cuidado con los efectos secundarios que pueden derivar del rebatir y cambiar las ideas irracionales. Dichos efectos secundarios aparecen cuando el paciente se culpa y desprecia por haber pensado de una manera tan ilógica e irracional y en dado caso que se presenten es neces-

+ Los once enunciados de las ideas irracionales se tomaron de Ellis A., Razón y Emoción en Psicoterapia, 1980a p.p. 59-82.

rio volver a aplicar el A B C para cambiarlos.

La interpretación dentro de la T.R.E. es directa y dirigida; interpretándole al paciente principalmente sus verbalizaciones, su comportamiento actual y sus actitudes y reacciones basadas en las experiencias del pasado, sin embargo el terapeuta orientado a la T.R.E. considera que no es necesario indagar las experiencias infantiles del paciente para conocer las causas de sus problemas emocionales, sino más bien centrarse en la manera en cómo el paciente interpreta sus experiencias, deduciendo las ideas irracionales que le provocan y mantienen sus perturbaciones emocionales.

Con respecto al material inconsciente, el terapeuta racional emotivo piensa que gran parte de dicho material es pre-consciente; por lo que es relativamente fácil observando su comportamiento, conociendo sus actitudes y creencias saber los procesos inconscientes que maneja el paciente.

En la T.R.E. el proceso de transferencia se toma como una necesidad excesiva de aprobación del paciente, en la que se desea también ser aceptado por el terapeuta; cuando esto sucede el terapeuta debe comunicarle la idea irracional que lo lleva a sentir dicha necesidad.

Las defensas y las resistencias también son manejadas en la T.R.E.; ya que el paciente racionaliza, niega y defiende las ideas irracionales que se le han cuestionado; por lo que el terapeuta lo motiva a reconocer, comprobar empíricamente y cambiar sus ideas irracionales.

Los terapeutas de la T.R.E. consideran que la técnica de interpretación de los sueños, no es la única ni la más apropiada para indagar el inconsciente; razón por la cual prefieren ba

sarse en el comportamiento real, más que en el simbólico de sus pacientes.

En la T.R.F. los terapeutas prestan atención a las conductas no verbales del paciente, que consideran podrían ser consecuencia de ideas irracionales; por lo que no se avocan a hacer una interpretación simbólica de dichas conductas.

En conclusión, los terapeutas de la T.R.F. interpretan las creencias y actitudes del paciente al mismo tiempo que le enseñan a emplear el método hipotético deductivo para que compruebe empíricamente la validez de sus ideas irracionales, las cuales se basan en premisas ilógicas como los "debo" y "tengo", y que a su vez lo llevan a exigir y no desear determinadas cosas y comportamientos de sí mismo y de los demás. Una vez que ha comprobado lo inútil de seguir conservando sus ideas irracionales se le invita a que las cambie por ideas racionales.

El objetivo terapéutico final de la T.R.F. consiste en lograr un cambio profundo de la personalidad y éste se habrá conseguido cuando "los pacientes no sólo tengan una mejoría significativa de sus síntomas y se vean ellos mismos llevando vidas más felices, sino que también experimenten cambios filosóficos profundos en sus actitudes hacia sí mismos, hacia los demás y hacia el mundo que los rodea y que si surgieran cualesquiera nuevas condiciones perjudiciales, sea poco probable que los trastorne gravemente" (Ellis y Abrahms, 1980b, p.p. 66).

La esencia de la T.R.F. es la de cambiar las ideas irracionales del paciente, ya que éstas son generalmente el origen de las perturbaciones emocionales. Por tal motivo si el paciente aprende a pensar lógica y racionalmente, ya no se sentirá, ni tenderá a sentirse resentido, culpable, deprimido, inhibido,

hostil, ansioso, descontrolado, inactivo, incapaz, y/o desgraciado.

Ellis considera que la terapia debe ser activo-directiva para lograr un cambio cognitivo-emotivo-conductual en los pacientes y que para alcanzar este objetivo es necesario que el terapeuta insista y motive persistentemente al paciente para que reconozca las ideas irracionales causantes de su perturbación emocional; una vez que sucede esto, el terapeuta contrata directamente dichas ideas, cuestionando su validez y motivando al paciente para que las sustituya por ideas lógicas más acorde con la realidad y para facilitar y complementar esto, el terapeuta le asigna algunas tareas concretas, ya sean vagas o específicas. Ellis agrega que como en muchos casos el paciente se resiste a creer y hacer lo que le asigna el terapeuta, es necesario utilizar palabras fuertes y directas, pero sin perder el control emocional.

Ellis considera que el no tomar una actitud directiva en la terapia ayuda a perpetuar la neurosis del paciente; ya que éste se caracteriza por no querer realizar aquellas conductas que considera difíciles de lograr y también porque obstaculiza el objetivo de la terapia, dado que muchos pacientes aprovechan la pasividad del terapeuta, hablando durante la sesión, de cosas que no se refieran a su problema, faltando a las sesiones terapéuticas y en algunos casos hasta faltándole al respeto ya sea hablándole a altas horas de la noche o bien cuando está atendiendo a otros pacientes. Sin embargo, al tomar una postura activo-directiva se corre el riesgo de que el paciente abandone la terapia, ante las presiones del terapeuta para que cambie.

Aunque la T.R.B. emplea el razonamiento y la lógica como premisa principal para producir un cambio en las perturbaciones

emocionales, no se puede decir que su postura está basada en la orientación filosófica del racionalismo clásico, cuya premisa principal es la de que la razón y la lógica son el único medio para llegar al conocimiento. Sin embargo, está de acuerdo con la posición filosófica del racionalismo moderno en que "la razón y la lógica no poseen en sí mismas una evidencia científica o una verdad, pero son los instrumentos más valiosos para discernir la verdad de la mentira" (Ellis, 1980a, p.p. 114).

También la T.R.E. coincide con algunos principios de la postura filosófica del existencialismo moderno entre los cuales se encuentran: "cultiva tu propia individualidad, vive en diálogo con tus compañeros y tu propia experiencia es la máxima autoridad" (Ellis, 1980a, p.p. 114).

Finalmente se identifica con la posición filosófica humanista, tanto psicológica como ética, que postula que el hombre debe ser estudiado como totalidad, por medios lógico-empíricos con el objeto de ayudarlo a vivir más feliz, más actualizado y con una existencia más creativa; estableciendo una serie de reglas para el hombre, basadas en sus intereses y necesidades.

La T.R.E. rechaza la postura predominante de la sociedad, de culpar y de que se autoculpen las personas cuando cometen algún error, violando las normas establecidas, porque considera que esto lejos de ayudar a las personas tiende a hundirlas más en sus trastornos emocionales; ya que la persona que se siente culpable se centra en sus autoacusaciones, lo que no le permite buscar la forma de no volver a cometer el mismo error. Sin embargo, esto no significa que se permitan o se justifiquen actos que atenten contra la integridad física de los miembros de la sociedad, sino que cuando ocurran se utilicen formas objetivas de castigo; pero que no impliquen recriminaciones que lleven al

individuo a autoculparse.

Ellis explica que existe otro método complementario al A B C, más fácil y rápido para ayudar a que el paciente comprenda y cambie su comportamiento perturbado por otro más práctico y eficaz, el cual consiste en hacer que los pacientes cambien sus -- frases de ;terrible! y ;horrible! que constantemente se están repitiendo, por dos palabras como ;mala suerte!; ya que el ;terrible! y sus sinónimos significan ser más malo que lo malo, es decir, es una interpretación exagerada e innecesaria de los hechos o eventos. En cambio las palabras ;mala suerte! significan una valoración apropiada de las experiencias, lo que le permite aceptar la realidad por el momento y a la vez buscar la forma -- de corregir sus errores; por lo que estará evitando en lo sucesivo perturbarse inúltimente.

Otra técnica para combatir las ideas irracionales que causan las perturbaciones emocionales, es la representación racional emotiva; que consiste en que el paciente imagine que está -- actuando correctamente ante situaciones que le producen temor -- y angustia, con el fin de que vea que es capaz de enfrentar y -- realizar dichas situaciones y que también se imagine que fracasa en tales situaciones, pero que este fracaso no lo lleva a -- sentirse despreciable ni autoculparse, sino a analizar detenida -- mente cual fue el motivo de su error y trate de superarlo. Esta técnica se puede complementar con un programa de reforzamiento -- positivo o negativo, es decir, que el paciente se premie con al -- go que le agrada cuando realice la tarea que le asignó el tera --apeuta y que se castigue realizando lo que no le agrada cuando -- no cumpla con dicha tarea.

Al utilizar las técnicas conductuales-emotivas, aisladamen -- te, también se logra un cambio cognitivo; ya que el paciente al

aprender habilidades nuevas específicas para actuar apropiadamente en diferentes situaciones y/o aprendiendo a controlar su ansiedad, consigue cambiar sus pensamientos pesimistas por pensamientos positivos. Sin embargo, este cambio es momentáneo; porque la estabilidad emocional va a depender de que el paciente no se enfrente a situaciones desagradables y de que su comportamiento siempre sea correcto. Pero como ya se mencionó anteriormente, estas premisas están basadas en ideas irracionales; por lo que es necesario aplicar la T.R.E. para combatir tales ideas, si se quiere lograr un cambio profundo y estable de la personalidad.

Ellis menciona que la T.R.E. puede hacer uso de cualquier técnica de psicoterapia, "en tanto que no sea irracional y contraproducente y en tanto que, de preferencia no sólo ayude a la persona a sentirse mejor sino a estar mejor" (Ellis y Abraham, 1980b, p. 177).

Aunque Ellis considera que es difícil vivir racionalmente en un mundo irracional, piensa que difícil no significa imposible; por lo que es necesario motivar al paciente para que constantemente critique, rebata, ponga en tela de juicio y cambie sus pensamientos e ideas irracionales, y a que realice actividades con las cuales abandone su inercia. Porque el hecho de que en una o varias ocasiones el paciente haya enfrentado y superado sus pensamientos irracionales, no significa que éstos no vuelvan a aparecer o se hayan erradicado.

Ellis menciona que no se puede enumerar una lista definitiva que incluya las condiciones que se requieren para un cambio en la personalidad; ya que cualquier proposición que se hiciera podría resultar arbitraria, debido a que la experiencia terapéutica ha demostrado que ciertas condiciones que fueron necesari-

rias para lograr un cambio de personalidad en unos casos, en otros no se requiere de ellas. Esto lo lleva a considerar que existen diversas condiciones por las cuales se realiza el cambio de personalidad; algunas de estas condiciones son: "que el individuo de alguna forma tenga que habérselas con experiencias de la vida importantes, aprender de las experiencias de los demás, sentarse a pensar en sí mismo, o establecer una relación con el terapeuta, el cual es preferible que sea congruente, empático, racional, enérgico y que sea capaz de aceptar" (Ellis, 1980a, p.p. 108).

7.1 Concepción de la Neurosis y su Tratamiento

Ellis basándose en los estudios de Pávlov considera que la neurosis humana como la neurosis experimental en animales, se adquiere a través de condicionamiento; pero que en el hombre a diferencia de los animales, el proceso de descondicionamiento no ocurre en forma automática al ya no estar presentes los estímulos que provocaron la neurosis. Esto se debe a que el hombre posee un sistema de procesos complejos o secundario de autoseñalización, que se localiza en la corteza cerebral, lo que le permite desarrollar un lenguaje articulado que le sirve para comunicarse con los demás y consigo mismo, esto es, que el hombre piensa acerca de sus pensamientos, es autosugestionable y le teme a estímulos imaginados además de los físicos; capacidad que utiliza para tener actualizados los eventos condicionados (ideas irracionales) que le provocaron y mantienen la neurosis.

Ellis considera que el origen de la neurosis, se encuentra en el adoctrinamiento del niño por parte de los padres y de la sociedad; debido a que le enseñan una serie de conceptos e ideas irracionales, como por ejemplo, para que el niño tenga va-

lor tiene que ser aprobado y aceptado por los demás y para ganarse esta aceptación es necesario que siempre actúe de forma perfecta. Este adoctrinamiento es irracional porque tiene la desventaja de que el niño crecerá con el afán de complacer a las demás personas, baciendo a un lado sus propios intereses; además en su necesidad de perfeccionamiento tratará de competir y ganar en todos los aspectos y dado que estas premisas son imposibles de alcanzar, el niño siempre se sentirá inseguro, incapaz e infeliz.

Existen otros factores que ayudan al desarrollo y mantenimiento de la neurosis, entre los cuales se encuentran:

El modelo paterno.- ya que los niños tienden a identificarse e imitar el comportamiento de los padres, si éstos actúan de una manera irracional los niños también actuarán de esa forma.

El rechazo precoz.- la actitud del niño hacia sí mismo dependerá de la actitud que tomen sus padres y su familia en general hacia él; si el niño es rechazado constantemente por su familia desarrollará un concepto negativo de sí mismo, con lo que se sentirá inseguro e incapaz al realizar cualquier actividad.

Las críticas frecuentes.- son interpretadas por los niños como una forma de rechazo que los llevará a inhibir muchos de sus comportamientos.

Los tabúes innecesarios.- tienen como característica crear muchos sentimientos de culpa que harán que el niño se sienta malo, perverso, villano, etc., por el hecho de ejecutar un comportamiento que sea calificado arbitrariamente, como equivocado o erróneo.

La sobreprotección.- es perjudicial para el niño a causa de que le niegan la oportunidad de adquirir experiencia al pro-

porcionarle todo lo que desea, sin que él haga el mínimo esfuerzo por obtenerlo; lo que lo lleva a tener poca resistencia a la frustración cuando encuentra obstáculos al querer conseguir lo que desea.

La frustración.- también es perjudicial para el niño porque al no proporcionarle ninguna recompensa por sus comportamientos apropiados, el niño toma una actitud negativa acompañada de agresión y hostilidad que muchas veces será desplazada hacia otras personas y en otras situaciones.

Ellis concluye que "la conducta neurótica está condicionada no sólo por el exterior, o adoctrinada en los primeros momentos de la vida, sino que es también un adoctrinamiento interno o autosugestión del individuo, repetida una y otra vez, hasta llegar a ser parte integrante de la filosofía de la vida que tiene en ese momento y que continuamente reitera" (Ellis, 1980a, p.p. 26).

Los neuróticos son aquellas personas que aunque teóricamente están capacitados para actuar de una manera adecuada y satisfactoria tanto individual como socialmente no lo hacen, sino por el contrario, tienden a actuar y pensar de una forma estúpida, indebida e ineficaz; de tal manera que este comportamiento los hace sentir emociones desagradables como depresión, hostilidad, ansiedad, miedo, etc. y para reducir y controlar dichas emociones desagradables el neurótico recurre inconscientemente al empleo de uno o varios de los siguientes mecanismos de defensa: represión, racionalización, negación de la realidad, proyección, formación reactiva, etc. (ver capítulo II, p. n. 11) y todo esto se manifiesta en los siguientes síntomas: indecisión, duda, conflicto, miedo, ansiedad, sentimientos de ineptitud, culpabilidad, autorrecreminación, hipersensibilidad, desconfian

za exagerada, hostilidad, resentimiento, humillación, autoengaño, exceso de ambición, falta de orientación, escapismo y evasión de responsabilidades. Sin embargo, no todos los neuróticos presentan todos y cada uno de estos síntomas, sino que determinados síntomas se canalizan a tipos específicos de comportamiento, como: obsesivo-compulsivo, histeria, depresión, etc.

La terapia para la neurosis consiste en aplicar el A B C de la T.R.E.; y dependiendo de las ideas irracionales predominantes se utilizan algunas de las técnicas cognitivo-conductuales y de los métodos cognitivos adicionales antes mencionados.

7.2 Concepción de la Neurosis Depresiva y su Tratamiento

Ellis explica que la aflicción es una reacción normal ante situaciones frustrantes o de pérdida. Y que la neurosis depresiva es producto de ciertas tendencias específicas de comportamiento heredadas tales como aislarse, dificultad para adaptarse a situaciones nuevas, perfeccionismo y hedonismo; y de las influencias medioambientales en las que participan los padres y la sociedad, los cuales condicionan al niño a responder inadecuadamente ante ciertos estímulos, fomentándole varios pensamientos irracionales como: "1. la idea de que, para un individuo, es una espantosa necesidad actuar en forma competente y ser aprobado por otros por dicho grado de competencia, y que él debe tener éxito y aprobación para sentirse valioso, 2. la idea de que las personas significativas en la vida de un individuo deben actuar de manera considerada y justa hacia él, y que quienes no proceden en esta forma deben ser severamente castigados y condenados, y 3. la idea de que la vida no debe tener complicaciones graves, de que tiene que incluir facilidades y comodidad y de que el mundo es lugar muy malo si resulta demasiado di

fácil el vivir en él confortablemente"+; y trándole por medio - de críticas, rechazos y frustraciones constantes, lo que llevará al niño a valorarse como una persona incapaz, insegura e infeliz. Con este concepto de sí mismo y el reedoctrinamiento - constante de dichas ideas, el individuo que se enfrenta a experiencias activantes como la muerte de un ser querido, el abandono de una persona amada, el padecimiento de alguna enfermedad, un revés económico, el no alcanzar una meta deseada, etc., tenderá a no aceptar la existencia de tales eventos y exigirá de él como de los demás que no debería(n), que no tendría(n), y que no debía(n); pero como las cosas no son como él deseaba que fueran concluye que todo es insoportable, horrible y terrible.- Finalmente, al interpretar los eventos precipitantes de esta manera, presentará los sentimientos que caracterizan al estado - neurótico depresivo y los cuales son: gran pena, tristeza, culpa, autodesprecio, lástima de sí mismo y falta de capacidad.

Resumiendo, se puede decir que la neurosis depresiva es una reacción anormal, intensa y exagerada debida a las ideas y pensamientos irracionales acerca de los acontecimientos activantes.

El tratamiento terapéutico para la neurosis depresiva de acuerdo a la T.R.E., consistirá en identificar, analizar y contraatacar por medio del A B C las principales ideas irracionales que llevan a la neurosis depresiva, las cuales son:

- 1.- La necesidad abrumante del adulto de ser aprobado y amado por todas las personas significativas para él.
- 2.- La idea de que siempre se debe actuar de una manera eficaz y perfecta en todas las actividades para poder ser consi-

derado de valor.

3.- La creencia de que todas aquellas personas que son malas, deficientes e inferiores deben ser culpadas y castigadas - por sus defectos.

4.- La idea de que es terrible y catastrófico que las cosas no sean como uno quiere.

El proceso terapéutico del A B C se lleva a cabo de la siguiente manera:

Primero, para saber cuáles son las ideas irracionales que se están manejando el terapeuta le pregunta al paciente cuál es su estado de ánimo y a través de la descripción que el paciente hace de sus emociones, el terapeuta detecta las verbalizaciones "debes", "tienes", "horrible", "catastrófico", "no lo soporto", "soy un tonto", "son unos estúpidos", etc.

En seguida se le muestra al paciente que él es el responsable de sus emociones y no los eventos externos; así, el terapeuta le enseña que sus emociones o estado de ánimo deprimido (C)- se debe a la forma en que interpreta (B) los eventos o sucesos-ocurridos (A).

Después se le enseña al paciente cuáles son las ideas irracionales con las que fue adoctrinado en la infancia y las cuales actualmente continua repitiéndose; a la vez que se le explica por qué son irracionales (D).

Posteriormente el terapeuta le muestra al paciente alternativas racionales para sustituir sus pensamientos irracionales; -tales alternativas consisten en enseñarle que no es necesario, -sino únicamente deseable el querer ser aceptado y aprobado por todas las personas que le rodean; que es tonto buscar la perfección puesto que el hombre perfecto no existe, sino por lo con--

trario, es humano el cometer errores y por lo tanto no debe culparse a sí mismo en base a lo incorrecto o correcto de sus ejecuciones, en lugar de culparse y culpar a los demás por los errores cometidos, cuando éstos ocurran los reconozca, los acepte y si es posible trate de corregirlos; y que no es horrible ni catastrófico que las cosas no ocurran como se desean, sino que se debe aceptar la realidad reconociendo que solamente es molesta o desagradable ya que lo horrible, terrible y catastrófico significan más malo que lo malo y esto simplemente no existe. Además de esto, el terapeuta le asignará una serie de tareas tales como:

a) Que el paciente aplique el A B C cada vez que experimente sentimientos de culpabilidad, hostilidad, ansiedad, depresión, etc., para que identifique las ideas irracionales que provocan dicho estado emocional y una vez identificadas las cuestione, critique y rebata; de tal manera que se convenza que dichas ideas irracionales son inútiles e innecesarias y que por lo tanto será mejor que las cambie por pensamientos que vayan más acorde con la realidad.

b) Se motiva al paciente para que realice y/o se enfrente a aquellas actividades, situaciones, personas y cosas que le crean temor, vergüenza y depresión debido a sus pensamientos de inseguridad e incapacidad; y que de esta manera verifique que no es terrible ni catastrófico enfrentar dichas situaciones aún cuando su actuación no sea la más correcta. La implementación de esta tarea se puede llevar a cabo mediante el ensayo conductual, la desensibilización imaginaria o en vivo, entrenamiento en asertividad, etc. y complementarse con un programa de auto-reforzamiento o auto-castigo, dependiendo de que el paciente realice o no la tarea prescrita por el terapeuta. Otra técnica

destinada a reforzar lo que el paciente está aprendiendo en la terapia es proporcionarle bibliografía referente al tema específico que se esté tratando.

Finalmente, una vez que el terapeuta y el paciente vayan llevando a cabo todo este procedimiento, se irán produciendo cambios cognitivos, emocionales y conductuales (E), hasta que se produzca una reestructuración profunda en la personalidad del paciente.

7.3 Limitaciones de la T.R.E.

Ellis reconoce que la T.R.E. presenta limitaciones prácticas con algunos pacientes como por ejemplo: personas que sufren autismo grave, que tienen daño cerebral, que presentan bajos grados de deficiencia mental, que se encuentran en edad avanzada o con niños pequeños; pacientes para los cuales puede resultar más efectivo utilizar aisladamente alguno(s) de los métodos cognitivos adicionales que mencionan Ellis y Abrabms en su libro Terapia Racional Emotiva, 1980b, p.p. 177-207. Además explica que la T.R.E. como otras psicoterapias está limitada en cuanto a su utilidad práctica, ya que no siempre se obtiene con todos los pacientes resultados 100% favorables y agrega que esto es causado en parte por las resistencias psicológicas de los pacientes tal como lo explica la escuela psicodinámica (ver capítulo II, p.p. 11 de la tesis), pero a ellos se añaden otros factores de origen biológico, los cuales son parte de la naturaleza humana y son los siguientes:

1.- Período prolongado de infancia: el hecho de que el hombre atraviese por un período de 10 a 12 años de infancia es algo que lo limitará en sus actuaciones posteriores, debido a que como en este período las cogniciones no han llegado a su comple

to desarrollo, el niño se caracteriza por ser poco inteligente, incompetente, sobre-emocional y bastante impresionable; comportamiento que no le permite cuestionar y criticar los mensajes i lógicos que le son transmitidos por su sociedad y los cuales a-adoptará y realizará automáticamente, incluso cuando ya puede hacer uso de sus capacidades intelectuales.

2.- Dificultad del aprendizaje: es una dificultad porque una vez que el hombre aprendió un comportamiento determinado le-cuesta trabajo desaprenderlo, ya que generalmente cuando aprende nuevas conductas lo hace tomando como referencia los comportamientos previamente aprendidos, de cuales actualmente retiene todavía muchos elementos. Por lo que para desaprender es necesario efectuar un considerable y persistente trabajo.

3.- Principios de inercia: otra limitación con la que se enfrenta el hombre se debe a que los principios de inercia al igual que en los objetos inanimados también son aplicables a él; por lo que es necesario que baga uso de cierta energía extra - que lo empuje o motive inicialmente a emprender aquella acción, ya sea física o mental, que le parece casi imposible de llevar-a cabo. Así, una vez que ha llevado a la práctica la acción que no podía realizar es fácil que continúe efectuándola durante toda su vida.

4.- Falta de prevención: esta tendencia de no prevenir o no-prevenir muy poco varias cosas o situaciones futuras, limita al ser humano porque al usarla únicamente consigue satisfacciones-inmediatas, que son menos placenteras y benefactorias que las s-satisfacciones de largo alcance y las cuales se logran cuando s-se utiliza la prevención futura.

5.- Prepotencia del deseo: dicha tendencia a desear fuerte

mente las cosas, también es limitante para el ser humano debido a que por un lado, existe poca relación entre las cosas que se deseen y aquellas que deberían o no efectuarse para que pudiera obtenerse un mayor beneficio y por el otro lado, porque interfiere con el pensamiento claro y correcto. Esto significa que cuando el hombre ve como una necesidad poderosa sus deseos, principalmente los del momento, éste tenderá a sentirse incómodo si lo que desea no llega a cumplirse, debido a que al manifestar dichos deseos, estará incapacitado para pensar desanadamente acerca de si realmente le conviene o no satisfacer sus deseos o bien aplazarlos.

6.- Sobre-sugestibilidad: el que el hombre sea un ser sumamente sugestionable también resulta un obstáculo para él, debido a que como se le facilita el acompañar, imitar y seguir de manera conformista las ideas y comportamientos de las demás personas, encontrará dificultades para actuar independientemente cuando las situaciones lo requieran. Esta dificultad para encontrar un equilibrio entre sugestibilidad e independencia y por consiguiente encontrándose en uno u otro polo es una forma de comportamiento neurótico.

7.- Sobre-vigilancia y sobre prudencia: estas condiciones son positivas si el hombre las emplea razonablemente, puesto que lo ayudarán a sobrevivir ante los eventos peligrosos de su medio, ya sea aprendiendo a prevenirlos, evitarlos o bien enfrentándolos; pero si las utiliza exageradamente le resultarán contra producentes puesto que le impedirán actuar eficientemente, esto es, que el hombre al estar continuamente preocupado por algo que pudiera ocurrir, se está negando la oportunidad de realizar un sin número de cosas que podrían proporcionarle un beneficio propio.

8.- Grandiosidad y sobre-rebelión: aunque durante la niñez esta tendencia es considerada como normal, en la vida posterior sería más bien un rasgo patológico, es decir, que si el niño egocentrista se siente seguro y confiado pensando que el mundo debería ser como él quisiera es porque dicha creencia le ayuda a enfrentarse a las experiencias difíciles de esta etapa; cosa que no sucede con el adolescente o adulto, el cual se sentirá ansioso o deprimido al ver que no basta el solo hecho de que él piense y quiera que el mundo se centre en su persona para que dicha exigencia se cumpla, ya que siendo una necesidad idealista es imposible.

9.- Extremismo.- dicha tendencia de dirigirse hacia los extremos en lugar de establecerse en un término medio, que se caracteriza por ser más o menos moderado, aburrido y nada excitante, es negativo para el hombre porque en lugar de llevarlo a mantener una tranquilidad emocional, lo encamina continuamente hacia el desequilibrio y la preocupación.

10.- Oscilaciones e irregularidades.- el hecho de que el hombre sienta la necesidad de cambiar constantemente de una situación a otra es perjudicial para él, puesto que algunas veces no le permite encontrar y generalmente le dificulta mantener su equilibrio emocional.

11.- Automatización e irreflexión: gracias al proceso de automatización y habituación el hombre es capaz de llevar a cabo un sin fin de actividades en un período corto de tiempo y sin gastar mucha energía; pero esto a su vez constituye una limitación dentro del proceso terapéutico, debido a que esta capacidad permite que el hombre se adapte a comportamientos de una manera neurótica y una vez que él se acostumbra a actuar automáticamente de esta forma, considera que es difícil hacer algo pa

ra cambiar.

12.- Olvido: existe en el hombre la tendencia normal de olvidar las consecuencias desagradables de su comportamiento; pero esta tendencia que beneficia al individuo porque le permite sentirse mejor después de algo desagradable, también trae consigo la desventaja de que este olvido le permite volver a actuar de una forma perjudicial o errónea.

13.- Ilusionismo: otra tendencia innata del ser humano es el ilusionismo, esto es, que el individuo tiene el poder de imaginar o fantasear la realización de sus deseos; esta tendencia puede llevar al individuo a esperar neuróticamente que todos sus deseos sean satisfechos. Esto constituye una resistencia dentro de la terapia, debido a que el individuo espera que todo ocurra de una manera fácil y sencilla y como esto no es así, sufre una desilusión.

14.- Organización y enfoque ineficaz: para que el hombre pueda alcanzar tanto metas a corto como a largo alcance, es necesario que organice y planee de una manera adecuada el tipo de comportamiento que deberá seguir; para lograr esto el hombre se concentra en ciertas actividades que lo llevan a alcanzar el objetivo que se propuso. Pero si aún para los individuos más estables es una dificultad el concentrarse de una manera constante y apropiada en los objetivos presentes y futuros, para los individuos con un comportamiento neurótico puede representar una limitación, ya que a menudo les es difícil concentrarse de manera adecuada y constante para alcanzar la mejoría de sus síntomas.

15.- Esfuerzos inconstantes: el ser humano tiende a considerar como demasiado difícil llevar a cabo durante un período largo de tiempo un trabajo o actividad que presente dificultad-

en ejecutarse; por lo que el individuo se da por vencido fácilmente ante esta situación, siendo ésta una de las razones por las que en la terapia encuentra más fácil el darse por vencido, que por el contrario, vencer su inercia trabajando constantemente para lograr una mejoría y contra-atacar sus tendencias neuróticas.

16.- Injusticia super-acentuada: la tendencia biológica del ser humano de culpabilizar y moralizar fácilmente, permite tener al individuo un sentido estricto de la injusticia; esto trae por consiguiente una limitación en la terapia, ya que el individuo exige que se le de y tenga todo lo bueno para él, que él no debería estar emocionalmente perturbado y que no debería trabajar para superar sus trastornos cuando otros fácilmente los eliminan.

17.- Dificultad de discernimiento: esta limitación humana se refiere a que aún cuando se haya adquirido cierta capacidad para discernir en algunas actividades o cosas, existen dificultades para discernir en otras, es decir, que el hombre no tiene la capacidad para distinguir siempre, adecuadamente, en todas las situaciones los aspectos que bloquean las relaciones familiares, de trabajo, etc. Esta limitación se manifiesta durante la terapia en forma de resistencia, ya que sólo con mucho esfuerzo y trabajo, el paciente logra discernir sobre sus problemas emocionales y sobre el trabajo terapéutico que tiene que realizar para alcanzar las metas deseadas.

18.- Tendencia a la sobre-generalización: así como le es muy útil al hombre su capacidad de generalizar, porque le permite ordenar sus conocimientos sin la necesidad de ocuparse de muchos detalles, dicha capacidad también le sirve para perturbarse emocionalmente ya que con mucha facilidad deduce conclusio--

nes acerca de ciertos eventos, personas y situaciones que lo -
llevan a considerarlos como insoportables, catastróficos, horri-
bles, etc. y no como solamente son, es decir, molestos, desagra-
dables e indeseables.

19.- Tendencia de lento aprendizaje: es otra propiedad hu-
mana que poseen en mayor grado algunos hombres y que significa-
que ellos tienen que ocupar más tiempo y realizar más esfuerzo-
y trabajo para alcanzar los objetivos que les proporcionan mayo-
res satisfacciones. Esta tendencia humana también se manifiesta-
en la terapia en forma de resistencia, porque a los pacientes -
que poseen tal tendencia les lleva más tiempo y les cuesta más-
trabajo abandonar su filosofía de la vida y sus viejos hábitos-
de comportamiento negativos; a la vez que el terapeuta tendrá -
que invertir más tiempo y esfuerzo en persuadir, motivar y o---
rientar al paciente, para que así con el trabajo de ambos se -
cumpla la meta terapéutica que es la de lograr que el paciente-
se sienta y actue mejor.

20.- Retraso en la percepción: según Ellis esta caracterís-
ca del hombre es una de las causas de que determinados comporta-
mientos perjudiciales no se dejen de ejecutar, debido a la fal-
ta de discernimiento en las consecuencias inevitables que di---
chos comportamientos traen consigo. Muchas veces aún cuando el-
individuo es capaz de distinguir las consecuencias que produce-
el ejecutar algunos comportamientos, le es difícil modificar ta-
les comportamientos porque cuando reflexiona acerca de tales -
consecuencias negativas y ve lo desagradable que son, lo hace -
en situaciones y momentos en los que tiene oportunidad de corre-
gir comportamientos negativos.

21.- Facilidad de sobre-vivir con trastornos: a diferencia
de los trastornos físicos, los trastornos neuróticos rara vez -

impiden seguir viviendo; además de que el individuo se adapta a sus trastornos emocionales y en algunos casos obtiene algunas ventajas de ellos, razones por las que muchas veces prefiere continuar con sus síntomas que trabajar persistentemente para librarse de ellos.

22.- Dificultad de disciplina continuada: la tendencia de decambiar de actividad, situación, etc. cuando se han vuelto rutinaria dificulta que se prosiga trabajando persistentemente para cambiar viejos patrones de comportamiento que impiden obtener satisfacciones a largo plazo; a la vez que se obstaculiza el aprendizaje de hábitos de comportamiento orientados a conseguir metas de corto y largo alcance, con lo que se obtendría una vida más satisfactoria.

23.- Falta de autoperspectiva: se refiere a la falta de capacidad del hombre para observar su propio comportamiento con la misma objetividad con la que sería capaz de observar el comportamiento de otras personas, es decir, que cuando se trata de valorar objetivamente el propio comportamiento, por lo regular se falla; ya que se dan juicios extrínsecos en cuanto a lo apropiado e inapropiado del comportamiento. Y esto se debe en gran parte a que "las autoevaluaciones humanas tienden a ser moralistas más que objetivas y las emociones intrínsecamente relacionadas con la moral del hombre, frecuentemente confunden las observaciones de sus propias actuaciones" (Ellis, 1980a, p. 340).- La falta de perspectiva se manifiesta en la terapia cuando el paciente sobrevalora sus logros terapéuticos, siendo que en realidad no es así; o por el contrario, afirma que la terapia no le ha beneficiado cuando de hecho está logrando importantes avances en su pensamiento y comportamiento.

24.- Temeridad y sobre-impulsividad: esta tendencia humana

que caracteriza más a algunos hombres, se manifiesta en ciertas ocasiones como positiva, ya que lleva al individuo a buscar y -lograr determinados objetivos que le proporcionan placer; pero-también algunas veces es perjudicial, porque debido a su temeridad y sobre-impulsividad le hace abandonar aquellas situaciones que requieren de mucho esfuerzo y dedicación necesarias para alcan-zar mejores y mayores satisfacciones; un ejemplo de esto se-da en la terapia, en la que el paciente se aburre de la rutina-de tener que aprender y practicar constantemente y prefiere cam-biarse a otro tipo de terapia más espectacular, aunque en ella-encuentre menos probabilidad de alivio a sus problemas emociona-les.

25.- Malestar físico: el padecimiento de molestias físicas frecuentemente influye en el estado emocional, de tal forma que el individuo que padece una enfermedad física también se encuen-tra afectado por algún trastorno emocional como la depresión; -de tal manera que cuando el individuo asiste al consultorio psi-coterapéutico, los esfuerzos del terapeuta y del paciente se -ven saboteados por la enfermedad física. Por lo que el malestar físico es otra de las características humanas que impiden resul-tados óptimos en la psicoterapia.

Si la mayoría de las características humanas tienen su con-tra parte positiva y negativa, es decir, que el hombre es tanto racional como irracional, ¿entonces cuáles son las alternativas a seguir?. Por un lado, se podría intentar modificar la estruc-tura de rasgos no deseables en el hombre, esto es, lograr que -fuera menos humano por medio de operaciones, drogas, educación-genética, etc.; sin embargo, esto tiene la desventaja de que -aún no se posee información suficiente, ni adecuada para prever-cuáles serían las consecuencias de eliminar ciertos rasgos huma-

nos. "La otra solución al problema de nuestra predisposición a la perturbación emocional es que los seres humanos intenten con seguir una buena filosofía de la vida, que les permita con un - esfuerzo continuo vivir las dificultades intrínsecas" (Ellis, - 1980a, p.p. 359). Con esta afirmación se quiere decir que es ne cesario que el individuo reconozca las influencias del medio en el que se desarrolla y trabaje persistentemente para modificar- y no favorecer las influencias que le son adversas y también de be reconocer las influencias biológicas que hacen que reaccione de manera no deseable, para que esté alerta y haga un esfuerzo- constante que le permita mitigar dichas tendencias y no favore- cerlas. De esta forma la T.R.E. intenta ayudar al hombre a ser- más racional y a actuar de una manera más eficiente en muchos - aspectos, aunque no infalible por la sencilla razón de que el - hombre es un ser falible por naturaleza.

V. DISCUSION

Una vez que se ha concluido la revisión bibliográfica de los autores propuestos se puede decir que los factores que influyen en la etiología de la neurosis depresiva son: el factor biológico (pensamiento racional e irracional, período de infancia prolongado, tendencias específicas de comportamiento heredadas y la facilidad para ser condicionado); y el factor social como trasmisor de ideas, juicios, valores y normas por medio de la familia, la sociedad en general y los medios masivos de comunicación. Y los que se encuentran durante el estado depresivo son: los autorreproches, las autodevaluaciones, expectativas negativas, concepto negativo de sí mismo, del mundo y del futuro, ideas de suicidio, los debes y tienes que, la sobregeneralización, inferencia arbitraria, magnificación, imágenes distorsionadas; tristeza exagerada, pesimismo, abatimiento, abandono, --sensaciones decrementadas, pasividad, descuido personal, disminución del apetito, del interés sexual, del sueño y fatiga.

Tomando como referencia los factores antes mencionados se pasará a enfatizar las aportaciones teóricas de cada una de las orientaciones estudiadas, con el fin de comprobar si la T.R.P. ofrece una de las explicaciones más completas de la neurosis depresiva.

Así, Freud afirma que a través de la infancia prolongada el individuo incorpora los juicios, valores y normas morales de la sociedad. Destaca los factores cognitivos como elementos integrantes en la neurosis depresiva, ya que menciona las autodevaluaciones, los autorreproches, las autocríticas y el pesimis-

mo. También subraya la tristeza excesiva, falta de interés, - disminución del interés sexual, apatía general, pérdida del sue- ño y del apetito. Y además considera que la neurosis depresiva es precipitada por factores externos como la pérdida real (muer- te) o simbólica (decepción o engaño) del objeto amado.

La explicación que ofrece Freud de que la neurosis depresi- va es producto de la hostilidad invertida (autorreproches en - los que se incluyen reproches a la persona amada) no ha sido - comprobada, ya que estudios sobre el contenido manifiesto de - los sueños, el contenido de la asociación libre y la identifica- ción proyectiva más bien indican que los neuróticos depresivos- tienen ideas de fracaso, pérdida, evasión y tienden a identifi- carse con modelos agredidos o perdedores más bien que con mode- los agresores (estudios citados por Beck y Shaw, 1977; y por - Hollon y Beck, 1979).

Como se puede observar, la hostilidad invertida en verdad- son cogniciones negativas, aunque Freud la explique en términos de que la persona se ha identificado con el objeto amado e in- conscientemente le reprocha su rechazo o abandono. Pero aunque- Freud consideró a los factores cognitivos, solo los vió como - procesos acompañantes de la neurosis depresiva, es decir, como- factores secundarios y no como factores principales de dicho - trastorno como señala Ellis y Beck.

En general, se puede decir que la teoría etiológica de la- neurosis depresiva propuesta por Freud es difícil de ser verifi- cada empíricamente, debido a que los conceptos y términos que - la integran son ambiguos, amplios y complicados con lo que se - prestan a muchas interpretaciones.

Adler considera que el individuo desarrolla el sentimiento-

de inferioridad debido a su prolongado período de infancia; y -
puntualiza la importancia que tiene la manera en que el indivi-
duo interpreta sus experiencias, ya que esta forma de interpre-
tar influye en sus expectativas haciendo que el neurótico depre-
sivo actúe como si ciertos acontecimientos ya hubiesen ocurrido.
También destaca que las exigencias de la sociedad llevan al in-
dividuo a autodevaluarse y a que actúe de una manera irreal al-
tratar de vivir de acuerdo a dichas exigencias. Además afirma -
que las conductas de retraimiento, tristeza y pesimismo son de-
bidas a cogniciones negativas:

La explicación que da Adler de que la neurosis depresiva -
es un recurso que utiliza el neurótico depresivo para evadir -
sus obligaciones y responsabilidades con el fin de no mostrar a
la sociedad su incapacidad, es limitada porque no es el único -
motivo que lleva a la neurosis depresiva.

Horney afirma que las necesidades neuróticas son adquiri-
das a través de las enseñanzas de la sociedad; y menciona que -
éstas son las que llevan al neurótico depresivo a regir su com-
portamiento por los debes y tienes que, las cuales son: la nece-
sidad de afecto y aprobación, la necesidad de perfección y la -
necesidad de fiscalizarse a sí mismo y a los demás; al no poder
satisfacer siempre dichas necesidades tiende a culparse, desre-
ciarse y alejarse de la gente.

Sullivan enfatiza la importancia de las relaciones inter-
personales en el origen de la neurosis depresiva, ya que consi-
dera que si el niño es tratado con hostilidad, rechazo y críti-
cas frecuentes formará una imagen devaluada de sí mismo debido-
a que está incapacitado para enfrentar dichas exigencias por su

prolongado período de infancia. También considera que a partir de las relaciones interpersonales negativas, el individuo adquiere las creencias e imágenes distorsionadas de sí mismo.

Aunque Fromm menciona el factor biológico (temperamento) no explica cómo influye en la etiología de la neurosis depresiva, a diferencia del factor social, en el que muestra cómo la sociedad a través de sus enseñanzas irracionales influye para que el individuo se considere y se evalúe como una mercancía; de tal manera que cuando no obtenga los éxitos que le exige dicha sociedad, se sentirá carente de valor y se autodespreciará.

Berne explica la influencia del factor biológico en la neurosis depresiva en términos de que las experiencias infantiles más impactantes quedan grabadas en ciertas zonas de la corteza cerebral, de tal manera que las experiencias infantiles de rechazo, frustración, crítica y hostilidad son recordadas por el individuo con la misma carga emocional en su edad adulta, con lo que recurre nuevamente a la actuación con la que enfrentó a dichas experiencias en su infancia, lo que influye negativamente en su comportamiento actual, ya que esos recursos infantiles ya no son útiles en la actualidad.

Como se puede observar la orientación psicoanalítica considera los factores cognitivos y emocionales como centrales en la explicación de la neurosis depresiva, pero ninguno de los autores dinámicos considera todos los factores que influyen y se encuentran en dicho trastorno; ya que sólo consideran dos o tres de éstos. Además esos modelos son limitados porque sólo explican alguna de las formas por las cuales se cae en el estado de-

neurosis depresiva. También se quiere destacar que dicha orientación descuida el estudio del factor conductual, el cual es importante para explicar la adquisición de la neurosis depresiva. Finalmente sus modelos explicativos de la neurosis depresiva están basados en términos y conceptos que son amplios y ambiguos; por lo que es difícil rechazarlos o verificarlos por medio de evidencia empírica controlada (Beck, 1976).

Comparando la orientación psicoanalítica con la T.R.F. se puede ver que el modelo de neurosis depresiva de Ellis abarca las aportaciones individuales de todos los psicoanalíticos, pero desde su propia concepción cognitiva-emotiva-conductual. Así Ellis afirma que debido al período de infancia prolongado (hasta los 10 ó 12 años, que es cuando la inteligencia alcanza su pleno desarrollo) el niño se encuentra incapacitado para cuestionar las enseñanzas irracionales de la sociedad, caracterizándose por ser sobre-emocional, impresionable y muy sugestionable (Ellis, 1980a). Ellis a través de su enfoque deductivo considera todos los motivos que pueden llevar a la neurosis depresiva—según los autores dinámicos (hostilidad invertida, autorreproches, afán de competencia, creencia de necesidades neuróticas, odio y desprecio de sí, imágenes distorsionadas e influencias del pasado), al postular las ideas irracionales que con frecuencia son creídas por los neuróticos depresivos, las cuales hacen que se sientan frustrados, criticados, rechazados, inútiles, etc. y que son: la idea de ser amado y aceptado por todas las personas significativas, la idea de ser competente y eficaz en cualquier cosa que emprenda, la idea de culparse y culpar a los demás por los errores cometidos y la idea de que las experiencias pasadas determinan la conducta presente (Ellis, 1974a y 1980a). A la vez también afirma que las experiencias infantiles

de rechazo, hostilidad y críticas constantes, hacen que el niño se evalúe y se imagine a sí mismo y al mundo de una manera distorsionada (Ellis, 1978) y que es irracional considerarse como una "mercancía" al evaluarse de acuerdo con los éxitos y fracasos que se obtengan (Ellis, 1977; y Ellis y Abrams, 1980b). Aunque Ellis hace énfasis en el factor cognitivo, a diferencia de los psicoanalíticos si toma en cuenta el factor conductual como una variable importante que interviene en la neurosis depresiva; ya que menciona que por medio del condicionamiento clásico se adquieren ciertas emociones negativas que después son mantenidas a través de los pensamientos (Ellis, 1980a).

Finalmente algunos de los principios de la T.R.C., arriba-mencionados, se encuentran apoyados por la evidencia empírica presentada en Ellis y Whiteley (1979) por ejemplo: la hipótesis # 5 comprueba que la imaginación es un tipo de cognición que influye significativamente en los trastornos emocionales; en la hipótesis # 3 demuestra que cogniciones pesimistas conducen a estados de ánimo depresivos y en la hipótesis # 13 afirma que el individuo gracias a sus tendencias biológicas y adquiridas se evalúan basándose en sus actuaciones de éxito o fracaso.

Ahora se pasará a subrayar las aportaciones de la escuela conductual.

La aportación de Pávlov a la comprensión de la neurosis depresiva es que demuestra a través de evidencia experimental como los factores biológicos y medioambientales influyen en la disminución de los reflejos condicionados provocando con ello la sintomatología neurótica depresiva que se manifiesta en inmovilidad, rigidez, inexpressión y rechazo de alimento. Esta explicación se fundamenta en la teoría fisiológica del reflejo condi

cionado, la cual postula que éste se realiza a nivel de corteza cerebral en todos los organismos; por lo que las leyes del reflejo condicional son aplicables al hombre.

Watson destacó el medio ambiente como único factor en la etiología de la neurosis depresiva, al explicar que ésta se componía de hábitos adquiridos en la infancia y la adolescencia a través de condicionamiento clásico y que el comportamiento neurótico depresivo se mantenía por la presencia de los estímulos-condicionados.

La aportación de Skinner a la comprensión de la neurosis depresiva es que muestra como las contingencias medioambientales influyen en la adquisición del comportamiento neurótico depresivo, al explicar que es producto del castigo excesivo proveniente de los grupos familiares, políticos y religiosos; por lo que el sujeto al evitar esto recurre a otros comportamientos - que le son reforzantes negativamente, lo cual trae como consecuencia que los reforzadores positivos disminuyan y que los reforzadores negativos aumenten dando como resultado que el repertorio general conductual se vea decrementado.

Wolpe enfatiza el factor hereditario y el aprendizaje en la neurosis depresiva, al explicar que ésta es una conducta inadaptada, adquirida por medio de condicionamiento clásico. Afirma que la neurosis depresiva es consecuencia de la ansiedad que a la vez es causada por condiciones ambientales, por evaluaciones cognitivas erróneas, y por no poder controlar situaciones interpersonales; además menciona que la neurosis depresiva puede ser producto de la exageración y prolongación de la respuesta normal ante la pérdida.

Eysenck destaca en la etiología de la neurosis depresiva - el factor biológico de dos maneras, la facilidad de responder - exageradamente a la estimulación medioambiental (neuroticismo)- y la tendencia a comportarse introvertidamente. Afirma que la - neurosis depresiva es una reacción emocional y conductual ante- estímulos condicionados, que además de ser inadecuada es exage- rada.

La explicación de la etiología de la neurosis depresiva pro- puesta por la orientación conductista es limitada debido a que- solamente considera la influencia de la estimulación externa ne- gativa en la adquisición del comportamiento neurótico depresivo. Siendo que además de dicha influencia el individuo juega un pa- pel activo en el desarrollo y mantenimiento de este trastorno a través de sus pensamientos, imágenes, expectativas y valores.

En los estudios realizados por Beck y Shaw (1977) y Hollon y Beck (1979) se demuestra que en la neurosis depresiva se en- encuentran expectativas negativas en términos del control perso- nal, obtención de reforzadores y en la realización de tareas.

La T.R.E. al igual que la orientación conductista conside- ra que la estimulación externa aversiva influye en la adquisi- ción de la conducta neurótica depresiva, pero además toma en - cuenta los procesos cognitivos negativos al afirmar que la neu- rosis depresiva permanece aunque ya no estén presentes los estí- mulos condicionados, esto es, que el condicionamiento se mantie- ne por la repetición constante de las verbalizaciones negativas que se dice a sí mismo el individuo.

Los principios y conceptos de la escuela conductual y la - T.R.E. son específicos, no contradictorios, verificables, cuan-

tificables y confiables, pero a diferencia de la orientación conductual la T.R.E. en sus conceptos y principios abarca procesos psicológicos internos.

La aproximación cognitivo-conductual contribuye a una mejor explicación y comprensión de la neurosis depresiva, debido a que toma en cuenta tanto los procesos cubiertos como las conductas observables. Esta consideración se destaca en seguida:

Mahoney basándose en la evidencia experimental que muestra la importancia de los procesos psicológicos internos como mediadores de la conducta manifiesta, afirma que es necesario tomar en cuenta las conductas cubiertas para poder estudiar y comprender de una manera más completa el comportamiento y recomienda que el estudio de tales conductas se realice aplicando los mismos principios que rigen a las conductas abiertas.

La T.R.E. al igual que el modelo mediacional toma en cuenta las cogniciones para explicar el comportamiento, pero mientras el modelo mediacional las considera como variables mediadoras para Ellis son centrales. La evidencia experimental presentada por Beck demuestra que las cogniciones tienen un papel central en la neurosis depresiva (Beck y Shaw, 1977; y Hollon y Beck, 1979).

Para Lazarus la neurosis depresiva es una disminución del repertorio conductual en la que se encuentran déficits y excesos en las modalidades de cognición, imaginación, sensación y afecto. Sin embargo, aunque reconoce la influencia de los procesos psicológicos internos en el comportamiento neurótico depresivo, la explicación que da de la etiología de dicho trastorno es en términos netamente conductuales; por lo que dicha explica

ción tiene las limitaciones de la aproximación conductual.

Al hacer la comparación de la Terapia Multimodal con la T.R.E. se observa que en esta última, a diferencia de la Terapia Multimodal, se considera a las interpretaciones erróneas que hace el individuo de los acontecimientos como la causa de la neurosis depresiva. Esta afirmación se encuentra apoyada por la evidencia presentada por Beck y Shaw (1977) y Hollon y Beck (1979)

Meichenbaum reconoce la importancia de las autoverbalizaciones negativas como causantes de la neurosis depresiva, ya que considera que lo que se dice a sí mismo el cliente acerca de los acontecimientos es lo que causa su trastorno emocional.

Como se puede observar la concepción de Meichenbaum acerca de la etiología de la neurosis depresiva es igual a la considerada por Ellis; hecho que sirve para demostrar una vez más el acuerdo que existe entre los distintos autores, de que las cogniciones negativas tienen un papel central en dicho trastorno emocional.

Seligman basándose en el modelo de inutilidad aprendida afirma que la neurosis depresiva es causada por las expectativas negativas del individuo, las cuales tienen su origen en el aprendizaje de que las respuestas que emite para solucionar las experiencias desagradables o frustrantes son inútiles. Esta consideración se encuentra apoyada por varios estudios controlados de laboratorio en los cuales se evaluaron las expectativas negativas de los individuos (Seligman, 1976a).

La T.R.E. también considera a las expectativas negativas como factores que intervienen en la neurosis depresiva, pero a-

diferencia del modelo de inutilidad aprendida Ellis menciona - que es la creencia en ciertas ideas irracionales lo que conduce a dicho trastorno emocional. Por lo que las expectativas negativas además de ser causadas por el aprendizaje de que las res--- puestas son independientes del alivio son también producto de - los juicios de valor, de la manera de interpretar los eventos y de las ideas irracionales.

Dado que Maultsby es un terapeuta orientado a la T.R.E. afirma que el estado de ánimo del neurótico depresivo es producto de las interpretaciones erróneas que hace de sus experien--- cias y que dichas interpretaciones tienen como base el sistema- de creencias equivocado del neurótico depresivo.

Beck bajo un enfoque cognitivo proporciona un modelo de la depresión en el que explica cómo el individuo adquiere una es-- tructura cognitiva negativa y la manera en que se manifiesta durante el estado depresivo. Este modelo postula que la depresión es causada por los conceptos negativos del individuo; tal afirmación se encuentra apoyada por varios y diversos estudios experimentales en los que se muestra la influencia de los pensamientos negativos en el desarrollo y mantenimiento de la depresión- (Beck y Shaw, 1977; y Hollon y Beck, 1979).

Comparando la explicación de Beck de la neurosis depresiva con la de Ellis se observa que coinciden en el postulado de que la depresión es producto de las interpretaciones erróneas del - individuo más bien que por los hechos mismos. La forma en que - llegaron a dicha consideración etiológica de la neurosis depresiva fue de manera independiente, pero bajo el mismo enfoque - cognitivo; ya que Beck afirma que la depresión es producto del-

predominio del esquema cognitivo primitivo, el cual se forma en la infancia cuando el niño es evaluado por la sociedad como tonto, inepto e inútil, al no poder realizar satisfactoriamente las tareas prescritas; este concepto de sí mismo influye en el niño cuando se enfrenta a nuevas tareas, por lo que si fracasa dicho concepto se reafirma, de tal manera que el niño cree que en realidad es un tonto e inútil y que no merece ser aceptado por la gente. Beck agrega que una vez formado el esquema cognitivo negativo permanece latente, manifestándose cuando el individuo se enfrenta a situaciones de tensión, de tal forma que predomina sobre el sistema cognitivo secundario, por lo que el individuo tiene una visión equivocada de sí mismo, del mundo y del futuro, así como hay errores de lógica en el pensamiento tales como sobregeneralización, inferencia arbitraria, magnificación, abstracción selectiva y pensamiento absolutista.

Por otro lado Ellis explica que la neurosis depresiva es causada por creer en ciertas ideas o filosofías irracionales, las cuales son adquiridas en la infancia a través del adoctrinamiento de la sociedad, pero Ellis menciona que este adoctrinamiento es facilitado por las tendencias biológicas con las que nace el individuo, las cuales son: la capacidad de pensar de manera racional e irracional, la tendencia a sobregeneralizar, la dificultad para aprender nuevos hábitos, el largo período de infancia, la facilidad de ser condicionado, etc.

El modelo de Beck descuida el papel que juega el factor biológico en la neurosis depresiva, ya que dicho modelo sólo explica como influye la sociedad en la adquisición del esquema cognitivo negativo y no menciona los factores que facilitan esta adquisición. A diferencia de Beck, Ellis toma en cuenta la -

influencia del factor biológico en la adquisición de ideas y creencias irracionales. Esta consideración tiene la ventaja de proporcionar una comprensión más amplia de la etiología, desarrollo y mantenimiento de la neurosis depresiva; pero también es cierto que los estudios de Beck proporcionan datos de la forma específica que toman las distorsiones cognitivas durante la depresión.

Tomando en cuenta lo antes expuesto se considera que los modelos cognitivos de Beck y de Ellis se complementan para ofrecer una explicación más amplia y completa de la neurosis depresiva. Debido a que por un lado Ellis proporciona una explicación general de la manera en que se trastorna el ser humano, y por el otro lado Beck da explicaciones detalladas de las distorsiones cognitivas que ocurren durante la neurosis depresiva. Además de que las consideraciones de Ellis acerca de la neurosis depresiva se encuentran apoyadas por los estudios experimentales de Beck, Seligman y otros; lo que muestra que ambos modelos coinciden ampliamente en la explicación de la neurosis depresiva.

La T.R.E. y la escuela cognitivo-conductual coinciden en que las cogniciones negativas juegan un papel central en la neurosis depresiva, pero a la vez la T.R.E. hace importantes aportaciones para una mejor comprensión de este trastorno emocional, ya que afirma que la influencia de las cogniciones negativas se ve facilitada por el medio ambiente y por los factores biológicos; que el ser humano se debe aceptar a sí mismo incondicionalmente con sus errores y aciertos, porque es erróneo evaluar la personalidad en base a las actuaciones debido a que el ser humano es falible por naturaleza y al evaluarse en base a sus actua

ciones constantes estará en inestabilidad emocional, por lo que sólo debe evaluar sus ejecuciones y no su personalidad. Y que las ideas de que debe ser eficiente en todo lo que se realice, porque de no ser así se debe culpar y condenar, de tal manera que al ser ineficaz no se obtendrá la aceptación de todas personas significativas, por lo que el mundo es horrible cuando las cosas no salen como se desea y que el creer en estas ideas lleva al individuo a confundir sus deseos con necesidades, logrando con esto que rija su vida por los "debes" y "tienes que".

Después de haber realizado el análisis de las aportaciones teóricas para la comprensión de la neurosis depresiva, se pasará a analizar las aportaciones terapéuticas de los autores estudiados en base a los factores que se consideran en el tratamiento, a las similitudes de tratamiento, a las similitudes de procedimiento y a las técnicas más adecuadas para el tratamiento de la sintomatología neurótica depresiva. A lo largo del desarrollo de la tesis se encontró que los factores que se deben considerar en el tratamiento de la neurosis depresiva son: el factor biológico (tendencia a pensar irracionalmente), el social, el cognitivo, el emotivo y el conductual. El procedimiento más adecuado es aquel que evalúe el problema, que se centre en los problemas presentes, que sea activo-directivo, persuasivo, sistemático, objetivo, curativo y preventivo. Y las técnicas adecuadas son: el empleo o combinación de las técnicas cognitivas, emotivas y conductuales.

Así, la aportación de Freud de tomar en cuenta los factores cognitivos durante el tratamiento de la neurosis depresiva se deriva de la consideración que hace de las cogniciones nega-

tivas (autorreproches, autodevaluaciones y autocríticas) como - procesos acompañantes de este trastorno y de que vió la posibilidad de que el neurótico depresivo cambiara sus cogniciones, - ya sea cuando aceptara la pérdida del objeto o bien cuando en - base a su narcisismo desvalorara al objeto amado; sin embargo, - la principal limitación terapéutica se deriva de su teoría debi - do a que como no se da la transferencia en la neurosis depresiva, la cual es indispensable para que el neurótico depresivo - desplace sus sentimientos de hostilidad hacia el terapeuta y és - te analice y le haga ver al paciente la existencia de dichos - sentimientos de hostilidad con lo que llegaría al insight; por - tal motivo Freud consideró al psicoanálisis inadecuado para el - tratamiento de este trastorno.

Adler enfatiza la importancia de tomar en cuenta a las cog - niciones durante el tratamiento de la neurosis depresiva, ya - que considera que es indispensable corregir la manera en que el neurótico depresivo interpreta los eventos. Además destaca que - la terapia debe ser activa-directiva, de tal manera que el tera -apeuta le enseñe al paciente cuáles son las tendencias que lo - llevan a malinterpretar sus experiencias. También afirma que el terapeuta debe analizar los acontecimientos presentes y las ex - pectativas del paciente para descubrir su estilo de vida; con - el fin de reeducarlo para que adquiriera uno nuevo que se apegue - a la realidad.

Para Horney corregir las cogniciones idealizadas es primor - dial en la superación del estado neurótico depresivo. Además - considera que la terapia debe ser activa-directiva y que el te -rapeuta debe centrarse en los conflictos presentes del paciente, de tal manera que identifique, analice y le explique cuáles son

las necesidades neuróticas por las que se rige; con el propósito de que las abandone y pueda desarrollar sus potencialidades reales.

Sullivan considera que es necesario corregir las distorsiones paratáxicas del neurótico depresivo, con el objeto de que mejoren sus relaciones interpersonales y su estado emocional, lo que lo llevará a superar la neurosis depresiva. Sullivan sugiere que la terapia debe centrarse en los conflictos presentes, analizando activamente las distorsiones paratáxicas del neurótico depresivo; con el fin de que se de cuenta que dichas distorsiones ocurrieron durante la infancia y que en la actualidad ya no tienen razón de ser.

Fromm propone que durante la terapia se analicen e interpreten las relaciones interpersonales del neurótico depresivo para hacerle comprender que su carácter improductivo y que sus métodos irracionales son producto de necesidades creadas por la sociedad. El tratamiento consiste en analizar e interpretar activamente los conflictos actuales del paciente; con el objeto de que corrija su carácter improductivo y desarrolle sus potencialidades inherentes.

Berne subraya que durante el tratamiento se deben corregir las interpretaciones negativas adquiridas en la infancia, a través de enseñarle al paciente la teoría del análisis transaccional; con el fin de que la practique y así comprenda cuáles son los juegos y guiones que emplea y en qué situaciones los representa y de esta manera se de cuenta que estos en la actualidad ya no son útiles y los abandone, con lo que superará su estado de neurosis depresiva.

Como se puede notar la terapia de la escuela psicoanalítica se encuentra limitada porque sus técnicas están dirigidas al tratamiento de sólo dos o tres factores de los que intervienen en la neurosis depresiva y porque tiene como único fin alcanzar el insight, el cual muy pocas veces basta para que el neurótico neurótico depresivo supere su problema ya que es necesario que se le proporcionen las herramientas y técnicas específicas que lo ayuden a enfrentar y superar los síntomas neuróticos depresivos. Además de que su tratamiento no es preventivo; ya que aún cuando en algunos casos sea efectivo el paciente recae nuevamente en su estado neurótico depresivo; debido a que no se tratan todos los factores que intervienen en dicho trastorno (Lazaurs, 1976). Las técnicas que emplea la escuela psicoanalítica como la asociación libre, interpretación de los sueños, interpretación de la relación de transferencia e interpretación de las resistencias y defensas son útiles para obtener información sobre los pensamientos, sentimientos y deseos del paciente; pero la mayoría de las veces no ayudan al paciente a superar la sintomatología neurótica depresiva, sino que sólo están dirigidas a que éste obtenga el insight. Además tales técnicas se prestan para que se divague en la obtención de información relevante al problema, ocupándose mucho tiempo en obtener dicha información; por lo que el tratamiento psicoanalítico es muy largo y poco económico. Seligman, 1976a afirma que no se han reportado estudios comparativos acerca de la efectividad del psicoanálisis con otros tratamientos psicológicos. Y los estudios realizados para demostrar la eficacia del psicoanálisis en el tratamiento de la neurosis depresiva, han demostrado que el tratamiento psicoanalítico ha sido poco efectivo para disminuir la neurosis depresiva, así como en la prevención de las recaídas subsecuentes (Hollon y Beck, 1979).

La T.R.E. en su método psicoterapéutico comprende las aportaciones de la escuela psicoanalítica, ya que al igual que ella busca un cambio profundo en la personalidad, su tratamiento modifica las cogniciones, utiliza la interpretación para obtener datos acerca de los pensamientos, deseos y sentimientos (Ellis, 1980a; y Ellis y Abrahms, 1980b). Al igual que los neopsicoanalíticos la T.R.E. es activa-directiva, se centra en los problemas presentes y es persuasiva (Ellis, 1980a; Ellis y Abrahms, - 1980b). La T.R.E. está compuesta de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales que además de ser sencillas, objetivas, sistemáticas y prácticas están dirigidas a influir sobre todos los factores que intervienen en la neurosis depresiva. En la T.R.E. no sólo se cura la sintomatología específica de la neurosis depresiva, sino que también se entrena al paciente para que adquiriera una filosofía racional con la cual esté capacitado para enfrentar satisfactoriamente problemas futuros. Los hallazgos empíricos que demuestran la efectividad de la T.R.E. en la neurosis depresiva sólo se encuentran en estudios de caso, algunos de estos se hallan en "Crecimiento a través de la razón" de Ellis, 1971 citado en Rimm y Masters, 1980 y la evidencia experimental sobre la efectividad de la T.R.E. en la neurosis depresiva se encuentra apoyada indirectamente por la evidencia de la efectividad de la Terapia Cognitiva presentada por Hollon y Beck (1979) y Shaw y Beck (1977)

Pávlov propuso que el tratamiento para la neurosis depresiva consistía en restablecer al sistema nervioso del agotamiento causado por la estimulación excesiva por medio del descanso prolongado y el empleo de fármacos como el bromuro y la cafeína.

Watson menciona que el tratamiento de la neurosis depresiva

va se debe enfocar en las conductas observables, identificando los hábitos positivos y negativos con el fin de que el terapeuta aplique contracondicionamiento a los hábitos negativos del paciente. Las técnicas empleadas por Watson son objetivas y sistemáticas ya que se derivan de experimentos controlados.

Skinner propone que para el tratamiento de la neurosis depresiva se deben evaluar las conductas problema por medio de entrevistas, inventarios y tests psicológicos objetivos y que una vez identificados se apliquen directamente sobre ellas las técnicas derivadas del laboratorio, con el objeto de disminuir los reforzadores negativos e incrementar los reforzadores positivos.

Wolpe propone que en el tratamiento de la neurosis depresiva se utilice una respuesta antagónica a la ansiedad en presencia de los estímulos que la provocan con el fin de inhibirla y de este modo ya no sea producida por estímulos condicionados. - Para lograr este objetivo emplea técnicas como la desensibilización sistemática, el contracondicionamiento y el entrenamiento asertivo. Wolpe presenta evidencia empírica de la efectividad de la desensibilización sistemática en el tratamiento de la neurosis depresiva reportando que de veinticinco casos, veintidos mostraron mejoría (Wolpe, 1979). Hollon y Beck (1979) citan estudios en los que se emplearon la desensibilización sistemática y el entrenamiento asertivo en el tratamiento de la neurosis depresiva, los cuales mostraron que hubo mejoría, pero agregan que la efectividad de dichas técnicas es dudosa debido a que el control experimental fue deficiente, es decir, no hubo grupos control, ni diseños reversibles.

El tratamiento de Eysenck para la neurosis depresiva está-

dirigido a decrementar las conductas y las emociones exageradas adquiridas por condicionamiento a través de las técnicas de desensibilización sistemática, inundación y modelado. Los estudios en los que se empleó la inundación para el tratamiento de la neurosis depresiva reportan que fue efectiva en comparación con los grupos control. Sin embargo, Hollon y Beck (1979) afirman que estos resultados son ambiguos ya que no emplearon medidas específicas que evaluaran separadamente a la ansiedad y a la depresión.

Entre las aportaciones más importantes de la escuela conductual al tratamiento de la neurosis depresiva se encuentran los procedimientos de evaluación y tratamiento, debido a que la entrevista de diagnóstico se centra en los problemas presentes, obtiene información acerca de los déficits y excesos conductuales, busca datos sobre la frecuencia, intensidad y duración de las conductas problema, se establecen los objetivos terapéuticos a seguir y en el tratamiento la terapia activo-directiva, las técnicas están dirigidas a modificar las conductas problema identificadas y se evalúa el efecto de las técnicas utilizadas.

La T.R.E. al igual que la terapia conductual se basa en las observaciones clínicas y empíricas. Busca confirmar sus principios a través del método científico. Así mismo se centra en los problemas presentes del paciente, pero a diferencia de la Terapia Conductual, la T.R.E. ofrece un tratamiento más amplio en el que le enseña al paciente un método para que identifique, cuestione y cambie sus ideas ilógicas en lugar de proporcionar únicamente medios para modificar las conductas observadas.

La principal limitación del tratamiento conductual para la neurosis depresiva radica en que las técnicas empleadas solamente están dirigidas a modificar el comportamiento neurótico depresivo manifiesto, siendo que este comportamiento sólo es uno de los factores que se encuentran en dicho trastorno.

Hollon y Beck (1979) y Shaw y Beck (1977) citan estudios experimentales en los que se demuestra que la aplicación de las técnicas estrictamente conductuales para el tratamiento de la neurosis depresiva fueron superiores a los grupos control, pero agregan que dichas técnicas son menos efectivas en comparación a la aplicación combinada de técnicas cognitivas y conductuales.

En base a los argumentos teóricos y terapéuticos anteriormente presentados así como a la evidencia empírica citada se puede decir que el tratamiento para la neurosis depresiva estrictamente conductual es poco efectivo.

La teoría cognitivo-conductual contribuye a un mejor tratamiento de la neurosis depresiva, debido a que conserva el mismo método objetivo y sistemático de la terapia del comportamiento para evaluar y tratar los problemas emocionales y porque las técnicas que se emplean están dirigidas a modificar tanto el comportamiento observable como las cogniciones.

De acuerdo al modelo mediacional, el tratamiento para la neurosis depresiva estaría dirigido a modificar la sintomatología depresiva mediante la aplicación de técnicas conductuales abiertas y cubiertas. La aplicación de las técnicas conductuales cubiertas está limitada ya que no lleva a cabo una reestructuración cognitiva porque usan los procesos psicológicos internos sólo como un medio o herramienta y porque influyen parcial-

mente sobre las cogniciones, esto es, que no influyen sobre las creencias generales, juicios, valores y en sí sobre toda la filosofía que sustenta a las cogniciones negativas del neurótico-depresivo.

La T.R.E. a diferencia del modelo mediacional busca una reestructuración cognitiva mediante la aplicación de técnicas que estén dirigidas a que el neurótico depresivo se dé cuenta de la manera negativa en que las cogniciones influyen en su estado emocional, a que identifique sus cogniciones negativas, a que cuestione su validez empírica y a que las cambie por otras que estén de acuerdo con la realidad (Ellis, 1974a, 1977 y 1980 a; Ellis y Abrahms, 1980b; y Ellis y Harper, 1960).

Lazarus propone que para el tratamiento de la neurosis depresiva se evalúen las cogniciones, imágenes, sensaciones, conductas, emociones, las relaciones interpersonales del paciente-neurótico depresivo, así como su apariencia física y el tipo de drogas que emplea; con el fin de identificar los déficits y excesos de cada una de las modalidades, de tal manera que se apliquen técnicas específicas dirigidas a modificar cada uno de los problemas detectados. Por lo que se considera que la aplicación del CASIC RD es muy útil, ya que es una guía sistematizada que sirve para evaluar y tratar a la neurosis depresiva.

La Terapia Multimodal y la T.R.E. evalúan y tratan las cogniciones, emociones, sensaciones, relaciones interpersonales y a las drogas. Pero a diferencia de la Terapia Multimodal la T.R.E. divide a la personalidad en tres modalidades con diferentes subcategorías; así, la T.R.E. en la modalidad cognición incluye a la imaginación, en la modalidad conducta incluye a las relaciones interpersonales y a las drogas y en la modalidad emo

ción incluye a la sensación (Ellis y Whiteley, 1979). Por lo que se puede decir que ambas estrategias terapéuticas emplean técnicas similares en el tratamiento de la neurosis depresiva y que su diferencia sólo radica en la forma en que clasifican los distintos componentes de la personalidad.

Para Meichenbaum el tratamiento de la neurosis depresiva está dirigido a modificar las autoafirmaciones negativas implementando en el cliente una serie de autoafirmaciones positivas, por medio del método autoinstruccional.

El método autoinstruccional es muy semejante a la T.R.E., ya que ambos le enseñan al neurótico depresivo a darse cuenta del papel que juegan las cogniciones negativas en su estado emocional, a que las identifique y las cambie o adquiriera cogniciones positivas. Sin embargo, difieren en las técnicas que utilizan para cambiar las cogniciones negativas, ya que Meichenbaum emplea la combinación de técnicas conductuales, cognitivas y emotivas las cuales se caracterizan porque en ellas se subrayan o externalizan las cogniciones positivas o autoafirmaciones que deben ser adquiridas por el cliente. Mientras que las técnicas cognitivas que emplea Ellis tienen el objetivo de que el paciente aprenda a cuestionar la validez de sus cogniciones negativas y que en base a un análisis lógico empírico las cambie y adquiera cogniciones de acuerdo con la realidad; razón por la cual el método autoinstruccional está limitado debido a que las técnicas que emplea únicamente tienen un papel curativo (cambiar autoafirmaciones negativas por positivas) y no preventivo porque no se le enseña al paciente el método lógico empírico con el cual interprete realísticamente futuras experiencias desagradables o frustrantes.

Seligman propone que para el tratamiento de la neurosis de-
presiva se utilicen técnicas cognitivas y conductuales; de tal-
manera que las respuestas o conductas del paciente queden bajo-
el control del reforzamiento, con el objeto de que se cambien -
las expectativas negativas del neurótico depresivo.

Seligman y Ellis consideran que el tratamiento de la neuro-
sis depresiva no sólo debe cumplir con un papel curativo sino -
también preventivo, es decir, que además de aplicar técnicas di-
rigidas a modificar el comportamiento neurótico depresivo, se -
le deben enseñar al paciente técnicas específicas con las cua-
les pueda enfrentar situaciones traumáticas en el futuro.

La aportación de Maultsby al tratamiento de la neurosis de-
presiva es que desarrolló técnicas de imaginación en las cuales
se aplica la T.R.E. con lo que se influye de manera directa so-
bre las imágenes erróneas del neurótico depresivo.

La terapia de Beck para la neurosis depresiva tiene como -
objetivo cambiar el esquema cognitivo del paciente mediante la -
aplicación de técnicas cognitivas y conductuales. Durante el -
tratamiento el terapeuta recolecta datos, formula hipótesis y -
las prueba de acuerdo a nuevos datos; esta actitud científica -
se le enseña al paciente para que pruebe lo acertado o erróneo-
de sus cogniciones.

En el tratamiento de Beck el empleo de técnicas conductua-
les tiene un doble propósito: primero el de influir sobre la -
sintomatología depresiva por ejemplo, la pasividad; y segundo -
que el paciente compruebe por sí mismo que las expectativas que
tiene de sus ejecuciones son erróneas. Y las técnicas cogniti-
vas se utilizan con la finalidad de que el paciente se de cuen-

ta del papel que juegan las cogniciones negativas en su estado emocional, además con el propósito de que identifique sus pensamientos automáticos, los pruebe de acuerdo con la evidencia empírica y los cambie por pensamientos más acorde con la realidad.

Beck cita varios estudios comparativos en los que reporta que la Terapia Cognitiva es más efectiva que la Terapia Conductual, la Terapia no directiva, la Farmacoterapia y que el tratamiento estrictamente cognitivo en la reducción de la sintomatología neurótica depresiva. Estos estudios han demostrado que la combinación de técnicas cognitivas y conductuales es la más adecuada para el tratamiento de la neurosis depresiva (Hollon y Beck, 1979; y Shaw y Beck, 1977). Finalmente Hollon y Beck, 1979 afirman que la Terapia Cognitiva es efectiva en el tratamiento de la neurosis depresiva.

Los tratamientos de Beck y Ellis coinciden en varios aspectos importantes ya que ambos tienen como objetivo cambiar los pensamientos automáticos negativos, las creencias irracionales y la filosofía general errónea del paciente, ambos le enseñan el método lógico empírico para que cuestione la validez de sus pensamientos negativos y los dos utilizan tanto técnicas cognitivas como conductuales (DiGiuseppe, Miller y Trexler, 1979). Sin embargo, existen diferencias en sus procedimientos terapéuticos debido a que Beck identifica los pensamientos automáticos negativos del paciente mediante un procedimiento inductivo, ya que el terapeuta y el paciente van identificando estos pensamientos a través de los datos reportados por este último (aunque el terapeuta de antemano ya tiene hipótesis a probar acerca de cuales son los pensamientos específicos del paciente); además Beck guía al paciente para que identifique y cuestione sus pensamientos negativos específicos sometiéndolos a pruebas empí

ricas con el fin de que el paciente descubra por sí mismo las filosofías o creencias generales que sustentan sus pensamientos negativos. Mientras que Ellis de una manera más directiva y persuasiva le enseña al paciente cuales son las ideas irracionales o filosofías erróneas en las que cree y de esta forma comprenda de dónde se derivan sus pensamientos erróneos, además le enseña al paciente a cuestionar la validez de sus ideas irracionales a través del método lógico empírico de la ciencia y una vez que aprendió este método lo motiva para que lo ponga en práctica por sí mismo.

En lo que se refiere a cuál de los dos procedimientos es más apropiado para el tratamiento de la neurosis depresiva, el de Beck se encuentra apoyado por la evidencia que demuestra la efectividad de la Terapia Cognitiva en el tratamiento de dicho trastorno emocional (Hollon y Beck, 1979; y Shaw y Beck, 1977). En cambio no existen estudios experimentales que demuestren lo apropiado del procedimiento empleado por Ellis. Pero se considera que el procedimiento del debate lógico persuasivo empleado por Ellis es adecuado para cambiar las ideas irracionales que sostiene, defiende y cree el neurótico depresivo, ya que dicho procedimiento le enseña a que vea la influencia que tienen sus pensamientos equivocados sobre sus emociones y conductas, a la vez que le muestra cómo cuestionar la validez de sus ideas irracionales para que las cambie por ideas apegadas a la realidad. Sin embargo al igual que Beck (Shaw y Beck, 1977) se considera que dicho procedimiento se lleve a cabo una vez que el paciente haya superado los síntomas de pasividad, pesimismo, desaliento, etc., es decir, cuando esté en condiciones de enfrentar el debate lógico persuasivo.

La T.R.E. grneral o "inelegante" es muy similar a la aproximación terapéutica cognitivo-conductual, debido a que ambas - buscan modificar las cogniciones negativas mediante la aplica-- ción de técnicas cognitivas y conductuales; pero a la vez la - T.R.E. tiene una forma muy particular que la distingue de otros tipos de terapias, que es la T.R.E. "elegante" y la cual promue ve con mayor énfasis un debate filosófico racional mediante la- persuasión lógica activa en base a la teoría del A B C.

En esta forma "elegante" el objetivo es cambiar el sistema general de creencias o filosofías de la vida del neurótico de-- presivo, esto significa que no sólo se busca eliminar los sínto mas, sino que a través del método lógico empírico de la ciencia se le enseña al paciente a cuestionar sus cogniciones negativas para que adquiera una filosofía racional, con lo que la T.R.E.- cumple con un papel curativo y preventivo. Por lo que sí exis-- ten similitudes entre la T.R.E. "inelegante" y la Terapia Cog- nitiva en cuanto a la explicación de la neurosis depresiva y a- las técnicas que emplean para su tratamiento, se puede decir, - que la evidencia experimental que apoya a la Terapia Cognitiva- de Beck (Hollon y Beck, 1979; y Shaw y Beck, 1977) también es - valida para la T.R.E.

VI. CONCLUSION

1. Explicación y Alternativas de Tratamiento de la Neurosis Depresiva.

La T.R.E. comparte similitudes teóricas con las teorías estudiadas en lo referente a los factores que intervienen en la neurosis depresiva (las cuales ya fueron subrayadas en la discusión).

Los modelos explicativos de la neurosis depresiva que se estudiaron se encuentran limitados de una u otra manera, por lo que se propone un modelo explicativo de neurosis depresiva en el que se integran las principales aportaciones de los autores revisados.

La neurosis depresiva es un trastorno cognitivo porque se presentan errores de lógica del pensamiento (Beck, 1967; Beck y Shaw, 1977; Ellis, 1977; Ellis y Abrahms, 1980b; y Hollon y Beck, 1979); emotivo ya que hay tristeza, soledad y abandono (A.P.A., 1968 citado por Mendels, 1972 y Sarason, 1978; Beck, 1967; Beck y Shaw, 1977; Ellis, 1977; Ellis y Abrahms, 1980b; Freud, 1973a; Hollon y Beck, 1979; Lazarus, 1974; Seligman, 1975 y 1976a y b; y Wolpe, 1977 y 1979); y conductual debido a que existe un decremento general del repertorio conductual (Zyssenck, 1978; Lazarus, 1974; Seligman, 1975 y 1976a y b; Skinner, 1968; y Wolpe, 1977 y 1979).

La neurosis depresiva es causada por pensamientos ilógicos al interpretar la ocurrencia de ciertos eventos (Beck, 1967; Beck y Shaw, 1977; Ellis, 1977; Ellis y Abrahms, 1980b; Hollon y Beck, 1979; Maultsby, 1974 y 1980; Seligman, 1975, 1976a y b),

los cuales traen como consecuencia la pérdida de reforzadores, - su disminución o que éstos ya no sean efectivos para el individuo (Ferster y Perrot, 1976; Lazarus, 1974; y Skinner, 1968). - Esta interpretación equivocada es facilitada por los componentes biológicos, es decir, por la capacidad que tiene el individuo de pensar racional e irracionalmente y por las influencias y enseñanzas sociales como las experiencias negativas, la identificación con algunos modelos sociales (los padres) y los juicios de valor negativos de otros hacia el niño (Beck y Shaw, - 1977; Ellis, 1977 y 1980a; Ellis, Wolfe, Moseley, 1974b; y Hollon y Beck, 1979); así cuando el niño actúa erróneamente, según la sociedad y es castigado o reprendido de una manera irracional mediante golpes o críticas que involucran tanto conceptos negativos como juicios de valor negativos, los cuales están dirigidos hacia su yo y no hacia sus comportamientos equivocados, el niño asocia que un comportamiento equivocado va seguido por estímulos punitivos, esto es, por golpes, críticas, rechazo, etc. (Watson, 1945), de tal manera que para evitar los estímulos punitivos aprende a no manifestar dichos comportamientos y tiende a actuar de la manera que le sugiere su medio (Skinner, - 1968), ya sea a través de indicaciones específicas o de la imitación de modelos (Bandura y Walters, 1977); posteriormente estas contingencias medioambientales son interiorizadas por el niño que se encuentra en la etapa preoperacional (Piaget, 1973) - en forma de autoinstrucciones (Meichenbaum, 1974). Pero como el niño debido a su condición humana va a seguir cometiendo errores (Ellis, 1980a; Ellis, Wolfe, Moseley, 1974b) se expondrá a recibir por un lado, contingencias externas aversivas y por otro lado, empleará las cogniciones negativas que ha aprendido a cerca de los eventos y de sí mismo. De esta manera se formará en el infante la estructura cognitiva negativa que permanece la

tente y se manifestará cuando el momento es propicio (Beck y Shaw, 1977; y Hollon y Beck, 1979), es decir, cada vez que el niño se enfrenta a problemas que no pudo o no puede resolver.

La estructura cognitiva de la neurosis depresiva se desarrolla debido a que el niño no tiene la capacidad de cuestionar ciertas enseñanzas (Ellis, 1980a; Ellis, Wolfe, Moseley, 1974b; y Piaget, 1973), por lo que acepta como reales los conceptos, ideas y exigencias irracionales que le son transmitidas, entre las cuales se encuentran: que debe ser aceptado por todas las personas, que tiene que ser eficiente en todo lo que realiza, que el mundo es horrible cuando las cosas no son como se desean, etc. (Ellis, 1980a). Con este tipo de ideas el individuo desarrolla una filosofía errónea de la vida, ya que se autodevalúa porque se siente inferior, rechazado y criticado (Adler, 1977; Beck y Shaw, 1977; Ellis, 1974a y 1980a; Hollon y Beck, 1979; y Sullivan, 1959 y 1974), se hace exigencias despiadadas al convertir sus deseos en necesidades apremiantes (Ellis, 1980a y Horney, 1974), se trata a sí mismo y a los demás como mercancía, al aceptar los modelos improductivos y estériles de la sociedad que predicán la obtención de dinero, éxito, prestigio, poder y la posesión de la persona amada (Ellis, 1977 y 1980a; y Fromm, 1977) con lo que cree adquirir más valor como persona (Adler, 1977; Ellis, 1977 y 1980a; y Fromm, 1977) y cuando no logra cumplir con estos patrones irracionales finge que los tiene y actúa de acuerdo a ellos. Dicha actitud hace que sus relaciones interpersonales no sean satisfactorias debido a que están basadas en imágenes distorsionadas de sí mismo y de la realidad (Sullivan, 1959 y 1974).

La estructura cognitiva negativa se manifiesta cuando el individuo se enfrenta a situaciones de ansiedad tales como: la-

pérdida real o imaginaria de un ser amado, de la salud, de la aceptación social, un revés económico, el fracaso en una meta deseada o ante muchas presiones psicológicas (Beck y Shaw, 1977; Ellis, 1977 y 1980a; Freud, 1973a; Hollon y Beck, 1979; Lazarus, 1974; y Wolpe, 1977 y 1979); cayendo en un estado de neurosis depresiva en el cual predomina la estructura cognitiva negativa que lo lleva a interpretar exageradamente dichas situaciones, de tal modo que piensa que él es el único culpable de lo ocurrido, con lo cual se autodevalúa y al tener estos pensamientos negativos de sí mismo se siente triste y abatido. También cree que el mundo es horrible por haber tenido dicha experiencia, con lo que se vuelve pesimista y tiende a abandonarse y aislarse (Beck y Shaw, 1977; Ellis, 1977 y 1980a; y Hollon y Beck, 1979). Además tiene la idea de que todo esfuerzo que haga por solucionar la situación es inútil (Seligman, 1975 y 1976a y b), esta interpretación lo lleva a comportarse pasivamente y a ser apático. Así mismo dichas cogniciones ocasionan que el individuo presente algunos o todos los siguientes síntomas vegetativos de la depresión: pérdida del apetito, del sueño, del deseo sexual y disminución de la capacidad de concentración (Beck y Shaw, 1977; Ellis, 1977; Ellis y Abrahms, 1980b; Freud, 1973a; Hollon y Beck, 1979; Lazarus, 1974; Seligman, 1976a y b; y Wolpe, 1977 y 1979) además de algunas veces intentos de suicidio.

El estado de neurosis depresiva no sólo se mantiene sino además se incrementa a través de que el neurótico depresivo se repita constantemente las cogniciones negativas, ya que al observar el deterioro que ha sufrido su estado emocional, su aspecto físico y sus relaciones interpersonales, reafirma sus cogniciones negativas con las cuales se deprime más, es decir, le deprime el estar deprimido (Beck y Shaw, 1977; Ellis, 1977, y -

1980a; y Hollon y Beck, 1979).

De acuerdo a los argumentos citados en la discusión se obtuvieron las conclusiones terapéuticas que a continuación se presentan:

La T.R.E. tiene similitudes y comparte procedimientos y técnicas de tratamiento con las distintas orientaciones estudiadas (las cuales fueron destacadas en el capítulo referente a las discusiones).

En base a la revisión teórica y a la evidencia empírica existente se considera que el modelo terapéutico más adecuado en el tratamiento de la neurosis depresiva es aquel que sea activo-directivo, de tal manera que tanto el terapeuta como el paciente neurótico depresivo puedan participar activamente en la identificación de las áreas problema, en el procedimiento lógico empírico a seguir y en la ejecución del debate crítico de las cogniciones negativas localizadas; que evalúe sistemáticamente y objetivamente los procesos cognitivos, emotivos y conductuales del neurótico depresivo por medio de entrevistas, inventarios, técnicas de automonitoreo, etc., y que utilice técnicas cognitivas y conductuales para reducir y curar la sintomatología cognitiva, emotiva y conductual del paciente (Hollon y Beck, 1979; y Shaw y Beck, 1977), ya que las técnicas conductuales como entrenamiento asertivo, juego de papeles, asignación gradual de tareas, contracondicionamiento, desensibilización sistemática, biblioterapia, etc., se implementan con el fin de que el paciente por un lado, maximise su probabilidad de participación y por el otro lado, aumente la desconfirmación de sus creencias sostenidas, lo que ayudará para que sus actividades diarias no se vean afectadas improductivamente; y las técnicas cognitivas-

tales como la triple columna, colección de pensamientos automáticos, A B C, etc., se utilizan para reeducar al neurótico depresivo enseñándole que la manera equivocada en que interpreta los eventos de la vida influye en su estado emocional y en su conducta negativamente, que sus creencias negativas son hipótesis a probar y no hechos absolutos como él piensa, también sirven para enseñarle a que identifique sus cogniciones negativas, y a que cuestione empíricamente la validez de dichas cogniciones negativas, así como su filosofía general (ideas irracionales).

El modelo explicativo de la T.R.E. acerca de la neurosis depresiva se encuentra apoyado indirectamente por los estudios experimentales de Beck, Hollon, Seligman y Shaw.

La T.R.E. general o "inelegante" es muy similar a la Terapia Cognitiva de Beck ya que utiliza las mismas técnicas de tratamiento; por lo que la evidencia de estudios controlados que sustenta a la Terapia Cognitiva también es válida para la T.R.E.

La efectividad terapéutica de la T.R.E. "elegante" o preferencial no se encuentra apoyada por evidencia experimental controlada, sino tan solo por algunos reportes de caso.

Finalmente, en base a lo antes mencionado se concluye que el objetivo general de la presente investigación fue parcialmente alcanzado; ya que por un lado, las proposiciones teóricas de la T.R.E. sobre la etiología, desarrollo y mantenimiento de la neurosis depresiva se encuentran apoyadas tanto por las similitudes teóricas con otras orientaciones como por la evidencia experimental; y por el otro lado, el procedimiento terapéutico específico de la T.R.E. no ha sido comprobado experimentalmente.

2. Limitaciones de este trabajo

Las limitaciones de esta investigación documental se derivan principalmente de la meta tan ambiciosa de querer elaborar un trabajo lo más amplio y completo que fuera posible, de tal manera que mostrara con claridad, exactitud y sencillez si la T.R.E. es o no un tratamiento adecuado para superar la neurosis depresiva; también por el tiempo empleado para su realización (el cual aunque fue de dos años y medio no fue suficiente para incluir más bibliografía como se deseaba); ya que la idea de elaborar modelos etiológicos de la neurosis depresiva y de las alternativas terapéuticas en base a las aportaciones de los autores más relevantes requiere de un trabajo de muchos años de investigación bibliográfica, así como de práctica terapéutica, y por lo inaccesible de mucho del material bibliográfico indispensable para adquirir una comprensión más completa del tema tratado. Sin embargo, aunque el objetivo de la tesis fue alcanzado parcialmente y se haya obtenido un conocimiento muy apreciable sobre el tema se observaron las siguientes limitaciones:

1.- Que no era óptimo estudiar a todos los autores considerados.

2.- Que como fueron muchos los autores estudiados, la revisión que se realizó de cada uno de ellos no fue tan profunda como ingenuamente se pretendía.

3.- Que como la revisión y exposición del material no fue muy extensa, muchas veces hicieron falta elementos teóricos que apoyaran con mayor exactitud las discusiones elaboradas.

4.- Y por último que por la falta de información no se consideró algunos de los criterios que existen para evaluar las teorías psicopatológicas y los sistemas de psicoterapia, hecho que hubiera permitido comparar lo adecuado o limitado de los enfoques estudiados y de esta manera las conclusiones elaboradas-

3. Sugerencias

Para quienes estén interesados en realizar un trabajo con un objetivo similar al nuestro y en el que no puedan invertir mucho tiempo se recomienda estudiar las aportaciones teóricas y terapéuticas de cada una de las orientaciones, pero solamente - las que se refieran a la neurosis depresiva, por ejemplo: en la orientación psicoanalítica estudiar las consideraciones de - Freud y Abraham, dentro de la escuela conductual las aportaciones de Wolpe, Festers, Lewinson y Rehm, y en la escuela cognitivo-conductual los trabajos de Beck, Seligman y Ellis; para que de esta forma se tenga conocimiento de las explicaciones teóricas y de los procedimientos y técnicas que emplean en dicho - trastorno las orientaciones seleccionadas.

A la vez se sugiere que se tome como marco de referencia - algunos de los criterios que existen para evaluar la consistencia de las teorías psicopatológicas y de los sistemas terapéuticos para que de esa manera se tenga un criterio más con el cual se pueda comparar la validez y confiabilidad de los distintos - modelos teóricos y terapéuticos; además de investigar los atributos que tienen en común los distintos sistemas teóricos y terapéuticos y la evidencia empírica con la que cuentan para apoyar sus modelos.

Respecto a la T.R.E. las alternativas a seguir se refieren a que sería recomendable realizar estudios experimentales para probar los efectos de la T.R.E. elegante en el tratamiento de - la neurosis depresiva.

También se propone que se lleve a cabo un diseño A B C en donde A sea la fase de línea base, en B se aplique el procedimiento terapéutico y en la fase C se lleve a cabo el seguimiento. Este diseño se debe aplicar a tres grupos de pacientes neu-

róticos depresivos con características similares; a un grupo se le aplicaría el procedimiento inductivo de Beck, a un segundo grupo el procedimiento deductivo de Ellis y al tercer grupo una combinación de los procedimientos inductivo y deductivo; para que de esta manera se obtengan datos con respecto a la eficacia de cada uno de los procedimientos y de la utilidad de combinar-ambos.

BIBLIOGRAFIA

- Adler, Alfred. "Rasgos de carácter de índole agresiva" en Conocimiento del hombre, Ed. Espasa Calpe, Buenos Aires Argentina, 1974.
- Adler, Alfred. Práctica y teoría de la psicología del individuo, Ed. Paidós, Buenos Aires Argentina, 1977.
- Bandura, Albert y Walters, H. Richard. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad, Ed. Alianza Universidad, Madrid España, 1977.
- Beck, Aaron T. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects, Harper and Row, New York, 1967.
- Beck, Aaron T. "The status of cognitive therapy" en Cognitive therapy and emotional disorders, International Universities Press, New York, 1976.
- Beck, Aaron T y Shaw Brian F. "Cognitive approaches to depression" en Ellis A. y Grieger R. (eds.) Handbook of rational emotive therapy, Springer Publishing Company, New York, 1977.
- Benet, Mercedes. "La depresión nerviosa" en Sabado # 187, p.p. 12-13, publicación semanal del Uno más Uno, México D.F. 6 de junio de 1981.
- Bergeret, J. Manual de psicología patológica, Ed. Toray-Masson, Barcelona España, 1975.
- Berne, Eric. Análisis transaccional en psicoterapia, Ed. Psique, Buenos Aires Argentina, 1976.
- Berne, Eric. ¿Qué dice usted después de decir hola?, Ed. Grijalbo, Barcelona España, 1979.
- Bischof, Ledfor S. Interpretación de las teorías de la personalidad, Ed. Trillas, México, 1979.

- Brun, Rudolf. "Teoría reflexológica" en Teoría general de las neurosis, Ed. Siglo XXI, México, 1968.
- Davison, G. G. y Neale, M. J. "La depresión" en Psicología de la conducta anormal, Ed. Limusa, México, 1980.
- Demitriades, Jorge. "El síndrome depresivo" Psicología, # 2, México, s.f.
- DiGiuseppe, R., Miller N. y Trexler L. "A review of rational - emotive therapy outcome studies" en Ellis A. y Whiteley J. (eds.) Theoretical and empirical foundations of rational - emotive therapy, Brooks/Cole Publishing Company, Monterrey California, 1979.
- Dongier, Maurice. "Las neurosis: definición e historia" en Neurosis y trastornos psicosomáticos, Ed. Guadarrama, Madrid-España, 1971.
- Ellis, Albert. Humanistic psychotherapy: the rational emotive - approach, Julian Press y McGraw-Hill Paperbacks, New York, 1973.
- Ellis, Albert. "Psicoterapia racional" en Millon Theodore. Psicopatología y personalidad, Ed. Interamericana, México, - 1974a.
- Ellis, Albert. El ejecutivo eficaz, Ed. Grijalbo, México, 1977.
- Ellis, Albert. Cómo vivir con un neurótico, Ed. Central, Buenos Aires Argentina, 1978.
- Ellis, Albert. Razón y emoción en psicoterapia, Ed. Desclée De-Brouwer Bilbao España, 1980a.
- Ellis, Albert y Abrahms Eliot. Terapia racional emotiva, Ed. - Fax México, 1980b.
- Ellis, Albert y Harper, Robert. Psicoterapia racional emotiva, - Ed. Herrero, México, 1960.
- Ellis, Albert y Whiteley John M. Theoretical and empirical foundations of rational emotive therapy, Brooks/Cole Publi- - shing Company, Monterrey California, 1979.
- Ellis, Albert, Wolfe, Janet y Moseley, Sandra. Sexo, infancia y

neurosis, Ed. Grijalbo, México, 1974b.

By Henri y Brisset Ch. "Estados depresivos y crisis de melancolía" en Tratado de psiquiatría, Ed. Toray-Lasson, Barcelona España, 1979.

Eysenck, H. J. Usted y las neurosis, Ed. Crea S.A. Colección Anesa, Buenos Aires Argentina, 1978.

Freedman, Alfred. "Tendencias históricas en psiquiatría" en Compendio de psiquiatría, Ed. Salvat, México, 1975.

Freud, Sigmund. "La aflicción y la melancolía" (1917) en El malestar en la cultura, Ed. Alianza, Madrid España, 1973a.

Freud, Sigmund "Inbibición, síntoma y angustia" (1925) en El yo y el ello, Ed. Alianza, Madrid España, 1973b.

Freud, Sigmund "Análisis terminable e interminable" (1937) en Obras completas, vol.3, Ed. Biblioteca Nueva Madrid, España, 1973c.

Freud, Sigmund. "Compendio de psicoanálisis" (1937) en Obras completas, vol. 3, Ed. Biblioteca Nueva Madrid, España, -- 1973d.

Freud, Sigmund. Introducción al psicoanálisis, Ed. Alianza, Madrid España, 1979.

Fromm, Erich. Ética y psicoanálisis, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1977.

Hall, S. Calvin. Compendio de psicología Freudiana, Ed. Paidós, Buenos Aires Argentina, 1978.

Harper, Robert. 36 sistemas de psicoanálisis y psicoterapia, Ed. Herrero Hermanos, México, 1960.

Holland, J. y Skinner Burrhus F. Análisis de la conducta, Ed. - Trillas, México, 1970.

Hollon, Stevend D. y Beck, Aaron, T. "Cognitive therapy of depression" en Kendal, P. C. y Hollon, S. D. Cognitive behavioral interventions, Ed. Academic Press, New York, 1979.

Horney, Karen. "Odio y desprecio de sí" en La neurosis y el de-

- sarrollo humano, Ed. Psique, Buenos Aires Argentina, 1955.
- Horney, Karen. El autoanálisis, Ed. Psique, Buenos Aires Argentina, 1974.
- Kolb, Lawrence. "Las neurosis" en Psiquiatría clínica moderna, - Ed. La prensa médica mexicana, México, 1977.
- Lazarus, Arnold A. "Multimodal behavioral treatment of denre--- sion" en Behavior Therapy, vol. 5, 1974, p.p. 549-554.
- Lazarus, Arnold A. Multimodal behavioral therapy, Springer, New York, 1976, Caps. I, II y IV.
- Lahoney, Michael J. Cognition and behavior modification, Ballin ger publishing, Cambridge, Mass, 1974, Caps. I, II, V, VI, VIII y XI.
- Mandolini, Guardo R. Historia general del psicoanálisis, Ed. - Giordia, Buenos Aires Argentina, 1965.
- Maultsby, Maxie y Ellis, Albert. "Técnicas para el empleo de i- mágenes racional-emotivas en Ellis, A. y Abrams, E. Terapia racional emotiva, Ed. Pax-México, 1980.
- Maultsby, Maxie y Hendricks, A. Tu y tus sentimientos, Maxie M., New York, 1974.
- Meichenbaum, Donald. "Self-instrucional methods" en Frederick, - H. Kanfer y Arnold P. Goldstein. Helping people change, A- Textbook of methods berganon press, New York, 1974.
- Mendels, Joseph. La depresión, Ed. Herder, Barcelona España, - 1972.
- Millon, Theodore. "Trastornos neuróticos" en Psiconatología mo- derna, Ed. Salvat, Barcelona España, 1976.
- Pávlov, Iván. Fisiología y psicología, Ed. Alianza, Madrid Espa ña, 1976, p.p. 21-50.
- Piaget, Jean. Psicología de la inteligencia, Ed. Psique, Buenos Aires Argentina, 1973.
- Rimm, David y Masters, John. "Metodos cognoscitivos" en Terapia de la conducta, Ed. Trillas, México, 1980.

- Sarason, Irwin. "Variedades de la conducta neurótica" en Psicología anormal, Ed. Trillas, México, 1978.
- Seligman, Martin E. P. "Depression" en Helplessness, W. H. Freeman and Company, San Francisco, 1975.
- Seligman, Martin E. P. "Depression" en Leitenberg, Harold. Handbook of behavior modification and behavior therapy, Prentice Hall, Inc. Engtwood Cliffs, New Jersey, 1976a.
- Seligman, Martin E. P. "Learned helplessness and depression in animal and men" en Spence, J. T. Carson, R. C. y Thibaut, J. W. (eds.) Behavioral approaches to therapy, General Learning Press, New York, 1976b.
- Shaw, Brian F. y Beck Aaron T. "The treatment of depression with cognitive therapy" en Ellis, A. y Grieger, R. (eds.) Handbook of rational emotive therapy, Springer Publishing Co. - New York, 1977.
- Skinner, Burrhus F. "Psicoterapia" en Ciencia y conducta humana, Ed. Fontanella, Barcelona España, 1968.
- Skinner, Burrhus F. "¿Qué es la conducta psicótica?" en Registro acumulativo, Ed. Fontanella, Barcelona España, 1975.
- Spensley, James. "Depresión-ansiedad" Psicología, # 2 s.f. p.p. - 24-27.
- Sullivan, Harry S. Concepciones de la psiquiatría moderna, Ed. Psique, Buenos Aires Argentina, 1959, p.p. 30-40 y 86-94.
- Sullivan, Harry S. La teoría interpersonal de la psiquiatría, - Ed. Psique, Buenos Aires Argentina, 1974, p.p. 406-411.
- Thompson, Clara. El psicoanálisis, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1980.
- Watson, John B. El conductismo, Ed. Paidós, Buenos Aires Argentina, 1945, p.p. 15-70 y 303-338.
- Wolpe, Joseph. Psicoterapia por inhibición recíproca, Ed. Desclée De Brouwer, Bilbao España, 1975, p.p. 94-124.
- Wolpe, Joseph. Práctica de la terapia de la conducta, Ed. Tri-

llas, México, 1977, p.p. 95-109 y 268-271.

Wolne, Joseph. "The experimental model and treatment of neuro--
tic depression" Behavior Research and Therapy, vol. 17, -
1979, p.p. 555-565.

Yates, Aubrey J. Terapia del comportamiento, Ed. Trillas, Méxi-
co, 1977, Cans. I y III.

Ziegler, Edward. "¿Está usted deprimido?" en Selecciones del -
Reader's Digest, México D.F., Octubre de 1981.