



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

"LA TECNICA COGNITIVA DE BECK Y TECNICA DE
SOLUCION DE PROBLEMAS COMO ALTERNATIVAS DE
INTERVENCION EN PERSONAS DEPRESIVAS".

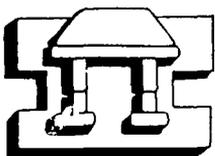
T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
PATRICIA BENITEZ CORONA

ASESORA: MTRA. NORMA YOLANDA RODRIGUEZ SORIANO

DICTAMINADORES:

LIC. SUSANA MELENDEZ VALENZUELA

LIC. ROGUE JORGE OLIVARES VAZQUEZ



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA.

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

**POR HABERME DADO LA VIDA Y POR ESTAR EN CADA MOMENTO A MI LADO.
POR LOS INSUSTITUIBLES REGALOS QUE ME HA BRINDADO: MI FAMILIA, MI PAREJA Y MIS HIJAS. POR MIS EXITOS, LOS CUALES HE PODIDO DISFRUTAR Y POR MIS FRACASOS, DE LOS CUALES HE APRENDIDO.**

GRACIAS ETERNAMENTE

A MI MADRE:

ERES UNA DE LAS PERSONAS MÁS IMPORTANTES EN MI VIDA, A TRAVÉS DE TÍ APRENDI A AMAR Y A LUCHAR POR ALCANZAR MIS METAS. TU REPRESENTAS MI MEJOR Y MÁS VIVO EJEMPLO. ERES LA PERSONA DE QUIEN ME SIENTO MÁS ORGULOSA Y AGRADECIDA POR LA FORTALEZA ANTE LA VIDA QUE SIEMPRE HAS TENIDO. NUNCA TE DEJES CAER, TÚ ERES UNA PERSONA INVALUABLE QUE MERECE TODO LO MEJOR Y AUNQUE NUNCA PODRIA PAGARTE TODO LO QUE HAS HECHO POR MÍ, SIEMPRE ESTARE ETERNAMENTE AGRADECIDA Y HOY SOLO PUEDO DECIR GRACIAS POR TODO LO QUE POR MÍ HAS HECHO Y POR TODO LO QUE DE TI HE APRENDIDO.

TE QUIERE, TU HIJA

ANGEL:

GRACIAS POR ESTAR CONMIGO Y APOYARME EN TODO MOMENTO. TE QUIERO MUCHO Y ME SIENTO MUY ORGULLOSA PORQUE ERES UNA PERSONA COMPROMETIDA CON TUS IDEALES. TENERTE A MI LADO ME PERMITE SER FELIZ A CADA MOMENTO.

TE AMO, TU FLACA.

A MICHELLE Y HERLY:

GRACIAS PORQUE ME HAN PERMITIDO EXPERIMENTAR LA PROFESIÓN MÁS IMPORTANTE: SER MADRE Y PORQUE ME HAN PERMITIDO SENTIR UNA FORMA ESPECIALMENTE MARAVILLOSA DE AMAR.

JORGE:

GRACIAS POR TODO EL APOYO QUE ME HAS BRIDADO EN CADA MOMENTO. RECUERDA, LA VIDA ESTÁ LLENA DE COSAS MARAVILLOSAS SÓLO TENEMOS QUE LUCHAR POR NUESTROS IDEALES Y TODO LLEGARÁ POR AÑADIDURA.

HERMANO, TE QUIERO MUCHO.

A NORMA YOLANDA:

**GRACIAS POR COMPARTIR TUS CONOCIMIENTOS CONMIGO.
INDUDABLEMENTE NO HUBIESE PODIDO ENCONTRAR MEJOR
PERSONA PARA DIRIGIR UN PROYECTO TAN IMPORTANTE.**

A SUSANA Y ROQUE:

**GRACIAS POR SUS APORTACIONES TAN ACERTADAS Y POR LOGRAR
QUE ESTE TRABAJO SEA DE ALTA CALIDAD.**

**GRACIAS, A TODAS LAS PERSONAS QUE DE ALGUNA MANERA
INTERVINIERON EN LA ELABORACIÓN DE LA PRESENTE TESINA.**

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	8
I. DEPRESIÓN	
1.1 Concepto de Depresión	11
1.2 Sintomatología de la Depresión	12
1.3 Etiología de la Depresión	16
1.4 Clasificación de los Estados Depresivos	22
II. TÉCNICA COGNITIVA DE BECK	
2.1 Desarrollo Histórico	26
2.2 Definición de Técnica Cognitiva	30
2.3 Modelo de Beck	33
2.4 Tratamiento Cognitivo-Conductual	
2.4.1 Características del Terapeuta	35
2.4.2 Consideración del tiempo	36
2.4.3 Procedimientos de orientación	37
2.4.4 Empleo de Preguntas	37
2.4.5 Entrevista inicial	38
2.4.6 Técnicas Conductuales	39
III. TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
3.1 Desarrollo Histórico	45
3.2 Definición	46
3.3 Técnica de Solución de Problemas	
3.3.1 Características del terapeuta	48
3.4 Fases de la técnica	50
3.5 Aplicaciones	60

IV. TÉCNICA COGNITIVA DE BECK Y TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS APLICADAS A LA DEPRESIÓN	
4.1 Diagnóstico	62
4.2 Aplicación de Técnica Cognitiva y Técnica de Solución de Problemas a la Depresión	64
4.3 Investigaciones sobre Técnica Cognitiva y Técnica de Solución de Problemas aplicadas a la Depresión	67
CONCLUSIONES	73
REFERENCIAS	75

RESUMÉN

En el presente trabajo se encuentra un análisis de la Técnica Cognitiva de Beck y la Técnica de Solución de Problemas aplicadas a la Depresión. Ambas son derivadas de la bien conocida Terapia de Conducta la cual es un conjunto de métodos de tratamiento psicológico basados en el aprendizaje y dirigidos a sustituir las conductas inadecuadas por otras más adecuadas. El objetivo último de esta Terapia es la Modificación de Conducta.

De acuerdo con lo anterior, tanto la Técnica Cognitiva de Beck como la de Solución de Problemas son una alternativa viable en el tratamiento aplicado a personas con sintomatología depresiva. Por los alcances que la Depresión a adquirido en las últimas décadas es de vital importancia contar con técnicas que nos permitan a corto plazo disminuir la Depresión y a largo plazo dotar de habilidades al paciente para que logre control en las emociones que la vida diaria ofrece.

Por su importancia, el objetivo del presente trabajo es proporcionar los lineamientos generales bajo los cuales se rigen tanto la Técnica de Solución de Problemas como la Técnica Cognitiva de Beck proporcionando a su vez un análisis de los mismos aplicados a la Depresión.

Para cumplir el objetivo se llevó a cabo una intensa revisión teórica de los autores más representativos de cada una de las técnicas así como de las investigaciones empíricas que se han realizado al respecto. El procedimiento se llevó acabo de la siguiente manera: se buscó información de autores que más importancia han tenido en la aportación de ideas trascendentales para cada uno de los temas desde sus inicios, su desarrollo y, finalmente su consolidación; se analizó la información y por último se integro y clasifíco de acuerdo a cada uno de los temas tratados.

INTRODUCCIÓN

Dentro del área de Psicología Clínica se ha estudiado teórica y terapéuticamente el tema de la Depresión. En la actualidad dicho tema es muy referido por la población adolescente y adulta, sin dejar de mencionar algunos casos de Depresión Infantil. De ahí que, la demanda que el tema adquiere día a día vaya en aumento, por lo cual crece la necesidad de ahondar más en la información con la finalidad de obtener mayor precisión en el tema y proporcionar técnicas de intervención más eficaces a corto y mediano plazo. Según Wolpe la Depresión es: "...un término aplicado a constelaciones de la conducta en las que los elementos más característicos son el retardo verbal y motor, llanto, tristeza, pérdida de la respuesta de alegría, pérdida de interés, autodevaluación, insomnio y anorexia." (Wolpe, 1985, p. 268) Pese a que se ha estudiado por mucho tiempo, aún no existe un acuerdo en su definición y esto debido a que según Seligman y Coles. (1983) a pesar de ser una experiencia universal la Depresión constituye todavía un misterio. El mismo autor define a la Depresión como un sentimiento de inferioridad, pérdida de interés por la vida, llanto, inutilidad e inseguridad.

Como hemos visto anteriormente, la Depresión es uno de los trastornos emocionales más comunes en las personas, esto debido a las cogniciones negativas que hacen de la realidad, el estrés, preocupaciones, etc. Por ello, se han realizado diversas investigaciones con el fin de encontrar alguna técnica eficaz que a corto plazo provoque resultados positivos para que la persona supere en forma rápida su trastorno. Algunas de esas investigaciones se han enfocado a la Técnica de Solución de Problemas y a la Técnica Cognitiva de Beck como medio para reducir la Depresión y como alternativa de intervención para la prevención de la misma. Un modelo que surgió en su aplicación a la Depresión fue precisamente el de Beck. El mismo autor lo definió como: "...una técnica cuyo modo principal de acción es la modificación de patrones erróneos de pensamiento." (Beck, 1970, p. 78)

Una definición más explícita nos la ofrece Freeman (1983) el cual define a la Técnica Cognitiva como una forma de tratamiento a corto plazo, que se caracteriza por ser activa, directiva y en la que el terapeuta y el paciente trabajan en forma conjunta. La meta que pretende alcanzar dicha técnica es enseñar al paciente mejores estrategias de afrontamiento para ayudarle a manejar sus circunstancias de vida. El terapeuta se centra en la reestructuración del pensamiento y la colaboración más que en la reformulación y confrontación. Scott (1989) menciona que la Técnica Cognitiva se enfoca a aquellas personas cuyos pensamientos no son racionales y por lo tanto no permiten al individuo vivir en una situación de tranquilidad. Los clientes deprimidos pueden vencer su trastorno si el terapeuta logra el cambio de cogniciones.

No sólo la Técnica Cognitiva ha tenido resultados positivos en su aplicación a la Depresión, también lo ha tenido la Técnica de Solución de Problemas (TSP). Esta ha sido definida por D'Zurilla y Goldfried (1971)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

como: "...un proceso bien sea conductual, explícito o cognoscitivo por naturaleza que a) hace posible una variedad de alternativas de respuesta potencialmente efectivas, b) incrementa la probabilidad de selección de la respuesta más eficaz de entre las alternativas diferentes" (en Mahoney, 1983, p. 217). Nezu (1987) ha definido la Solución de Problemas como: "...un proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación de la misma". (en Caballo, 1991, p. 528)

Lo anterior nos indica claramente que un problema plantea básicamente el hecho de que el individuo debe tener una respuesta lista a determinado problema que se le presente en la vida cotidiana. Lo óptimo sería que dicha respuesta fuera eficaz pero vemos que en algunos casos no lo es. La capacidad de cada persona para manejar problemas sea cual fuere su grado de complejidad difiere en forma sustancial. Las conductas ineficaces tienen una gran variedad de consecuencias negativas en el individuo tales como: ansiedad, depresión y la creación de problemas secundarios. Por lo anterior, la Técnica se caracteriza primordialmente en el entrenamiento del paciente para que elija la mejor solución a un problema dentro de otras muchas soluciones que él mismo plantea tomando en cuenta las adversidades, las ventajas y desventajas que implica aplicarla.

Tanto la Técnica Cognitiva como la Técnica de Solución de Problemas han tenido éxito en su aplicación a la Depresión. Por ello, dichos temas son de mi particular interés, debido a que el trastorno emocional más común en las personas adolescentes y adultas es la Depresión. Esto tiene origen en el mal manejo de sus cogniciones y también debido a que no encuentran alternativas eficaces para solucionar sus problemas por lo que entran en estados depresivos que no les permiten llevar una vida productiva y eficaz en todas las áreas en donde se desenvuelven. Al respecto, indudablemente encontramos que una persona depresiva afecta su área social, familiar, de trabajo, etc., y si a esto sumamos que son muchos los casos que presentan el trastorno y no se tratan profesionalmente, tenemos como resultado una incapacidad de desenvolvimiento adecuado en la vida perjudicando a quienes se encuentran a su alrededor, no sólo en cuestión de trabajo sino emocionalmente.

Todo lo anterior nos da una clara justificación del porque es importante estudiar las diversas opciones teóricas existentes en la literatura. Entre ellas encontramos que van desde el Psicoanálisis, las Teorías Psicodinámicas, las Conductuales y lo más reciente que ha surgido con gran éxito: La Terapia de Conducta de donde se derivan algunos modelos teóricos como la Modificación de Conducta Cognitiva. La Terapia de Conducta surge a finales de los años 50's como una necesidad de sistematizar los principios básicos de refuerzo y del castigo positivo y negativo, además de establecerse un compromiso con la evaluación, la intervención y los conceptos que descansan en el marco teórico del aprendizaje (E-R) inmerso a su vez dentro de la metodología del científico comportamental. (Caballo, 1991) De esta forma encontramos que han surgido varios modelos teóricos diferentes de Terapia de Conducta de los cuales la Modificación de

Conducta Cognitiva es uno más. La "Revolución Cognitiva" así denominada por Mahoney (1977) y Beck (1976) constituye un acontecimiento de gran significación en la historia de la Terapia de Conducta.

La Terapia de Conducta Cognitiva es un enfoque que pone en un primer plano a los pensamientos, las creencias y a la suposición de que la gente moldea activamente su propio ambiente. La conducta desadaptativa se considera el resultado de cogniciones erróneas y la Terapia se centra en eliminar estas cogniciones y reemplazarlas por pensamientos que fomenten una conducta más adaptativa. De esta manera, la meta del Modelo Cognitivo de Beck está en enseñar al paciente a desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para ayudarlo a manejar sus circunstancias de vida. (Caballo, 1991)

Los diez principios básicos que caracterizan el quehacer psicoterapéutico dentro del modelo de Beck son: 1. Modelo Cognitivo de los trastornos emocionales, 2. Se sigue un modelo educativo, 3. Es breve y con límite de tiempo, 4. Se basa en un modelo colaborador entre paciente y terapeuta, 5. Se emplea el método Socrático, 6. Condición necesaria: una buena relación terapéutica, 7. Estructurada y directiva, 8. Orientada hacia los problemas, 9. Basada en el Método Científico y 10. Gran importancia para el trabajo en casa. (Caballo, 1991, p. 347)

La Técnica de Solución de Problemas parte de la afirmación de que es común que en la vida de las personas existan problemas que no les permiten ser felices y que por consiguiente les provoquen problemas y sentimientos secundarios tales como: ansiedad, preocupación, etc. Por ello, la Técnica ofrece básicamente la oportunidad de que las personas aprendan a dar soluciones a sus problemas cotidianos y no cotidianos de una manera eficaz buscando que dicha solución sea la que más consecuencias positivas les traiga. La Técnica de Solución de Problemas se divide en los siguientes pasos: el primero implica una definición clara del problema. En segundo lugar, se emplea un enfoque de torbellino de ideas para que el paciente genere tantas soluciones como sea posible independientemente de que sean razonables o no. Como tercer paso, encontramos la valoración de cada una de las soluciones propuestas por el paciente, analizando las ventajas y desventajas de cada una de ellas. Posteriormente, el individuo elige una solución y planifica como llevarla a cabo, el paciente y el terapeuta discuten el grado de eficacia de la solución, una vez que se ha llevado a cabo y sobre la necesidad de intentar otra solución o no. Por último, se sugiere otra solución en caso de que la anterior no haya sido eficaz y también se evalúa su eficacia. (Caballo, 1991)

De esta manera podemos observar que ambas técnicas adquieren una gran importancia en su aplicación a la Depresión. Por ello, el presente trabajo tiene como objetivo proporcionar los lineamientos generales bajo los cuales se rigen cada una de las Técnicas y su aplicación a la Depresión.

CAPÍTULO 1

DEPRESIÓN

1.1 CONCEPTO DE DEPRESION

Definir el objeto de estudio es el inicio de cualquier investigación que se pretenda realizar, sin embargo, con la Depresión ha ocurrido que muchos de los estudios se han entorpecido por la falta de un concepto claro y unánime. La ausencia de una definición no sólo se observa dentro del ámbito Profesional sino también cotidianamente, ya que con frecuencia escuchamos a personas autodefinirse como depresivas, lo que nos lleva a reflexionar si realmente lo son. Tal situación ha hecho que los investigadores apoyen sus conceptos en diferentes modelos; tales como el Socioambiental, Desesperanza Aprendida, Cognoscitivo, Autorreforzamiento, etc., cada uno de ellos tiene sus particularidades en cuanto a sintomatología, etiología y tipos. En las definiciones proporcionadas por cada modelo en particular las diferencias no son radicales pero existen y cada uno de ellos expresa la carencia de una definición general y problemas que esto ocasiona. Wilcoxon y Cols. (1980) comentan al respecto, que la comunicación entre colaboradores se ha visto entorpecida por la falta de acuerdo en la definición.

Beck señala que el término Depresión se ha utilizado para describir muchas cosas: "...un sentimiento o síntoma particular, un complejo de *sintomas* o *síndrome* y un ente o enfermedad bien definido." (Beck, 1967, p.6)

Buceta y Cols. (1986) establecen que la Depresión se presenta como *síntoma* y como *síndrome*. Explican que la Depresión como *síntoma* corresponde al estado de ánimo bajo por el que todos pasamos alguna vez, el cual no debe clasificarse como patológico y sí como normal cuando dicha Depresión suele seguir a la muerte de algún ser querido. La Depresión como *síntoma* clínico, se refiere también a un estado de ánimo disfórico, pero inapropiado a las circunstancias que lo propiciaron y/o desproporcionado en cuanto duración y/o gravedad. Como *síndrome* la Depresión es un conjunto de síntomas entre los que podemos encontrar: pérdida de peso, insomnio, visión negativa del futuro, sentimientos de culpa, disminución motora y un estado de ánimo disfórico. Es precisamente en el síndrome en donde se necesita intervención terapéutica, ya que estamos hablando de una depresión sin un origen claro o que lleva un largo período de duración. Por su parte Mckinnon y Michels (1985) mencionan que la Depresión como *síndrome* presenta tonos afectivos de tristeza acompañados de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. Agregan que la persona deprimida siente amenazada su seguridad y se cree incapaz de enfrentarse a sus problemas sin que nadie pueda ayudarle. Finalmente, todas las facetas

emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales de la vida se ven afectadas.

Así, encontramos que diversos autores consideran la Depresión como un grupo de síntomas sin que ninguno de ellos sea particularmente necesario para que exista. De ahí que Wilcoxon y Cols. (1980) mencionen que la mayoría de los clínicos consideran a la Depresión como un conjunto de conductas afines que pueden tener bases orgánicas o psicológicas. Grinker, Miller, Sabshin, Nunn y Nunnaly (1961) en un estudio realizado encontraron que las conductas depresivas incluían enunciados verbales o disforia, Autoestima baja, culpabilidad, aflicciones materiales y fatiga, baja tasa motora y quejas de orden somático como insomnio, pérdida de apetito y dolores de cabeza. Desafortunadamente, estas conductas pueden presentarse en un amplio número de combinaciones y a menudo se dan en unión con otros problemas psicológicos como ansiedad. Finalmente, los autores concluyen mencionando que la afirmación: "estoy deprimido" es una de las frases menos informativas en la práctica clínica.

Evidentemente, es importante lograr una clara definición del término Depresión sin embargo, esta meta no se ha alcanzado y los expertos en el tema recomiendan lograr un diagnóstico a través de entrevistas estructuradas y bien dirigidas, así como del apoyo de manuales y escalas como el DSM-II y el Inventario para la Depresión de Beck, los cuales fueron diseñados cuidadosamente con la finalidad de lograr la mayor objetividad posible. (Buceta y Cols. , 1986) Ciertamente es que, al lograr un diagnóstico confiable el terapeuta realizará un plan de intervención que cubra las necesidades que el paciente presente. Al respecto, Wilcoxon y Cols. (1980) mencionan que cuando un individuo es autocalificado como deprimido, el clínico conductual debe redefinir eficazmente el término según las conductas que están angustiando al paciente o a otros en su entorno. Beck (1967) sugiere examinar cuatro categorías de conducta: 1) Dificultades emocionales, 2) Dificultades cognoscitivas, 3) Dificultades Motivacionales y Conductuales y 4) Problemas Físicos. De esta manera, observamos que los problemas de definición existen, pero podemos superarlos a través de un buen diagnóstico en el que se conceptualice nuevamente el término Depresión.

1.2 SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Anteriormente la Depresión era un fenómeno que le concernía única y exclusivamente a los médicos psiquiatras, estos elaboraban tratamientos que con base en medicamentos antidepressivos pretendían disminuir y finalmente eliminar la Depresión (Beck, 1979). Sin embargo, no todos los pacientes respondían al tratamiento, además de que no se eliminaba el estado depresivo, sólo se controlaba. De ahí la necesidad por crear Tratamientos Psicológicos de cara a la Depresión que resultaran efectivos. Para lograr lo

anterior los Psicólogos tuvieron que investigar con certeza la sintomatología depresiva, ya que a partir de ahí se crearon intervenciones que actualmente se adaptan a las necesidades de cada paciente. Al respecto, Arieti menciona que: "...la sintomatología manifiesta de los diversos síndromes depresivos debe ser meticolosamente observada y evaluada." (Arieti, 1978, p.73)

Thorpe (1990) por su parte menciona lo indispensable que es analizar detalladamente la presentación de los síntomas a través de su frecuencia, severidad y duración, ya que de esta manera se logra un diagnóstico preciso que culmina en una intervención terapéutica exitosa.

Para entender mejor la sintomatología, Kanfer y Saslow (1978) mencionan que las manifestaciones comportamentales depresivas son *excesos* o *déficits*, lo cual nos explica el porqué los pacientes presentan bajas tasas motoras, poca motivación, pérdida de apego a personas o cosas, expectativas negativas, indecisión, cansancio y/o lo contrario, como bulimia, hiperactividad, hipersomnía, etc.

Miller y Cols. (1983) mencionan que una característica importante de la persona deprimida es su baja iniciación de respuesta, explican que el término "Depresión" denota una reducción al responder, por lo que no es de sorprender que un síntoma prominente sea el fracaso o lentitud del paciente para iniciar respuestas. Mendels (1970) describe dicha lentitud de respuesta como: pérdida de interés, la cual se manifiesta en una disminución de la energía, incapacidad para ejecutar tareas, dificultad de concentración e incompetencia laboral. Beck (1967) por su parte la llamó "parálisis de la voluntad" y explica que el paciente no tiene ganas de hacer nada, ni siquiera lo esencial para vivir. Puede estar inmóvil a menos que se le incite o empuje a realizar alguna tarea o actividad. Algunas veces es necesario vestirlo, lavarlo y darle de comer.

Grinker, Miller, Sabshin, Nunn y Nunnaly (1966) realizaron un estudio sistemático de los síntomas de la Depresión y encontraron que los pacientes permanecen aislados, su conducta es lenta y retardada, su volumen de voz es disminuido, se sienten incapaces de actuar y tomar decisiones y dan el aspecto de una persona que se ha dado por vencida. Diversos autores entre los que encontramos a Sábanes (1993) y Beck (1976) sintetizan la sintomatología depresiva en la siguiente clasificación general con la finalidad de obtener mayor claridad y especificidad al respecto:

TRASTORNOS DEL APETITO

La falta de apetito o anorexia y la disminución de peso son algunas de las características del paciente depresivo; además de no tener hambre se presenta una incapacidad para disfrutar la comida. En algunos casos sucede lo contrario y el paciente presenta Bulimia: comer de manera desmedida y convulsiva, sin saborear los alimentos.

ASPECTO EXTERNO

El aspecto en general suele estar muy olvidado o dejado. Su vestimenta es menos cuidada de lo habitual. La falta de expresividad es de llamar la

atención. Su mirada es triste, la ausencia de su sonrisa es notoria y su lentitud motriz sobresale en su persona.

LENGUAJE Y PENSAMIENTO

Una persona depresiva habla poco y de manera lenta. Su pensamiento gira en torno a temas de carácter pesimista y en algunos casos hay bloqueos, respuestas tardías o pérdida de metas. Existen ocasiones en que el depresivo intenta fijar una meta pero en cuanto comienza a hablar de la misma se pierde en el camino. El autorreproche es constante y se incrementa debido a los acontecimientos del presente: disminución de aptitudes laborales y empobrecimiento de relaciones familiares, esto aumenta su sentimiento de culpa y los hace sentir que son malos. Este tipo de pacientes piensa demasiado en su enfermedad y se pregunta si así seguirá toda la vida, si vale la pena vivir. De ahí que, la muerte y el suicidio sean temas recurrentes. Mackinnon (1985) menciona que la persona deprimida cavila acerca de su pasado y siente remordimientos al imaginar soluciones mágicas a sus problemas con la intervención de fuerzas omnipotentes. Beck lo llamó: "Set Cognitivo Negativo" y se refiere a que los depresivos no sólo efectúan menos respuestas sino que interpretan sus pocas respuestas como fracasos o como destinadas al fracaso, textualmente dice: "...El paciente depresivo es particularmente sensible a cualquier impedimento de su actividad direccional. Un obstáculo se considera como infranqueable. La dificultad en gestionar un problema se interpreta como un fracaso total. Su respuesta cognitiva a un problema o a una dificultad es probable que sea una idea del tipo "estoy derrotado", "nunca seré capaz de hacer esto" o "me bloquea no importa lo que haga.." (Beck, 1976, p. 256-257) De esta manera Beck considera la conducta pasiva y retardada de las personas deprimidas como proveniente de sus expectativas negativas sobre sí mismos. Arieti, agrega que en las ideas de los pacientes depresivos tal pareciera que se selecciona intencionalmente aquella de contenido negativo: "...los pensamientos no cumplen la función de tales, son fundamentalmente vehículos de sufrimiento mental..." (Arieti, 1978, p.85)

TRASTORNOS DEL SUEÑO

El individuo depresivo presenta dificultades para conciliar el sueño, cuando consigue hacerlo duerme de manera inquieta y tiene pesadillas catastróficas muy a menudo. Su sueño es interrumpido y puede sufrir de insomnio o hipersomnia (exceso de sueño).

MOLESTIAS SOMATICAS

Cuando un paciente ha asistido durante largo tiempo a un consultorio médico en busca de solución a su problema y el tratamiento no ha tenido éxito, se debe a una neurosis o Depresión enmascaradas. Mackinnon (1983) menciona que la Depresión va acompañada de cambios reales en el funcionamiento fisiológico. La velocidad metabólica del paciente es más baja y el trabajo gastrointestinal es anormal; dándose además cambios en casi todas las funciones del cuerpo que se encuentran bajo el control

neurohormonal, pero dichos cambios son consecuencia de la misma Depresión. Todo lo anterior es sintetizado por Beck (1976) en cuatro categorías: a) Cognitivas, b) Motivacionales, c) Emocionales y d) Neurovegetativas y físicas.

SINTOMAS DE LA DEPRESION ***División Factorial de Beck (Op. Cit.)***

Manifestaciones Cognitivas

- a) Baja auto-evaluación.
- b) Expectativas negativas
- c) Autoacusación y autocrítica.
- d) Indecisión.
- e) Distorsión de la propia imagen corporal.

Manifestaciones Motivacionales

- a) Paralización de la voluntad.
- b) Deseos de evitación, escape y retirada.
- c) Deseos suicidas.

Manifestaciones Emocionales

- a) Estado de ánimo disfórico.
- b) Sentimientos de culpa.
- c) Reducción de la gratificación que se obtiene por la realización de actividades.
- d) Períodos de llanto.
- e) Pérdida de la alegría.

Manifestaciones Neuro-vegetativas y Físicas

- a) Pérdida del apetito.
- b) Problemas de sueño.
- c) Pérdida de la libido.
- d) Cansancio.

1.3 ETIOLOGIA DE LA DEPRESION

Con el objetivo de explicar el origen de la conducta depresiva algunos investigadores han realizado diversos estudios al respecto, por lo que se han desarrollado diferentes formulaciones conceptuales dentro del enfoque clínico experimental. Wilcoxon y Cols. (1980) mencionan que los objetivos del enfoque clínico son la explicación, predicción y control de las conductas bajo investigación. Agregan que las ventajas que nos proporciona dicho enfoque residen en el hecho de que se evitan las calificaciones tradicionales de diagnóstico (Escala, Test, etc.) y en cambio se trata de evaluar a través de un examen detallado de las conductas específicas que afligen al individuo. De esta manera, encontramos cinco modelos clínicos para la Depresión: 1) Socioambiental 2) Desesperanza Aprendida 3) Cognoscitivo 4) Autorreforzamiento y 5) Autocontrol. Algunas de estas teorías se han centrado en las conductas manifiestas de la persona deprimida y en los modelos de interacción social, mientras que otras se han preocupado más por las manifestaciones cognoscitivas de la enfermedad. A pesar de sus diferencias Wilcoxon y Cols. (1980), mencionan que todos estos modelos se han formulado en términos de conductas definibles ya sean manifiestas o encubiertas y han compartido el supuesto común de que las conductas depresivas se aprenden, pueden desaprenderse y reemplazarse por conductas más adaptadas.

MODELO SOCIOAMBIENTAL DE LEWINSOHN

El modelo Socioambiental de Lewinsohn está basado según Thorpe (1990) en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura. Así, la Depresión es vista como una relación entre persona-conducta-medioambiente; lo cual significa que la conducta de las personas depresivas se encuentra estimulada tanto por cambios en el medio ambiente como por baja estimulación, desarrollándose así los síntomas depresivos como resultado de un círculo vicioso constante. Fester (1965) fue uno de los primeros investigadores que figuró dentro del marco clínico-experimental. Definió la característica principal de la Depresión como una reducción de reforzamiento positivo en la conducta de la persona y apoyado en una investigación en el laboratorio animal especificó tres factores que podrían contribuir de manera conjunta o aislados al desarrollo de una conducta depresiva: 1. la frecuencia de conductas positivamente reforzadas disminuirá si el programa de reforzamiento se debilita demasiado, 2. la presencia de ansiedad puede hacer bajar la tasa de conducta motora y 3. la tasa de conducta puede disminuir en función de cambios inesperados en el medio ambiente en especial si desaparecen estímulos discriminativos para conductas que siguen manteniéndose, por ejemplo: la pérdida de un ser querido.

Lewinsohn ha refinado las hipótesis de Fester centrándose en la relación de la pérdida de refuerzo y el desarrollo de las conductas depresivas. De

esta manera, afirma: "...una baja tasa de reforzamiento positivo de respuesta-contingente basta para explicar la baja tasa de conducta motora de una persona deprimida y también produce muchas de las manifestaciones cognoscitivas y somáticas de la enfermedad." (Lewinsohn, 1974, p.219). Además sostiene que la cantidad total de refuerzo positivo contingente a la respuesta que una persona recibe es una función compleja de tres factores: el número de actividades y sucesos que lo están reforzando, el número de reforzadores que proporciona el ambiente y la medida que posee el individuo para producir para sí mismo reforzamiento en función del ambiente. Si sucediera algún déficit en cualquiera de esas áreas se consideraría necesaria una intervención terapéutica.

La Teoría Socioambiental sugiere entonces que, los pacientes deprimidos no son capaces de obtener reforzamiento positivo de su medio ambiente, por lo que dichos pacientes cuentan con pocas aptitudes sociales. Al respecto, Costello (1972) menciona que es poco probable que una persona se deprima si cuenta con aptitudes sociales adecuadas para obtener reforzamiento de una gran variedad de fuentes, ya que la pérdida de una de esas fuentes no sería causa suficiente para que la persona se deprimiera. Sugiere también, que después de una pérdida real de reforzamiento positivo una persona puede quedar deprimida simplemente porque carece de habilidades necesarias para desarrollar reforzamientos alternativos. Así encontramos que la falta de reforzamiento mantiene la conducta depresiva; sin embargo, podemos especular al respecto, ya que cuando una persona se encuentra deprimida obtiene reforzamiento por parte de aquellas personas que se preocupan e interesan por ella como familiares o amigos; así la persona puede obtener reforzamiento contingente a la conducta depresiva. Sin embargo, algunos investigadores (Burgess, 1969; Lewinsohn y Atwood, 1969; Robinson y Lewinsohn, 1973) comentan que las quejas de las personas deprimidas y otras conductas verbales a menudo se convierten en estímulos nocivos para las personas que lo rodean, por lo que mucha gente trata de evadirlo y queda limitado entonces a aquellos que quieren escuchar, siendo probablemente baja la posibilidad de que exista un aumento de las conductas positivas reforzadas.

Por lo tanto, según este modelo la Depresión es provocada por una baja tasa de reforzamiento, su tratamiento se basa en proporcionar al paciente deprimido todas las habilidades sociales que necesita para recuperar el reforzamiento positivo.

Thorpe (1990) explica que el terapeuta trata de actuar directamente en el ambiente del individuo para disminuir la depresión y alerta al paciente sobre acontecimientos negativos y positivos para que diferencie entre ellos. Así, el terapeuta trata de aumentar las actividades placenteras y disminuir las no placenteras. Enseña al paciente a relajarse, ya que la ansiedad no es compatible con las experiencias de placer y, finalmente ambos elaboran un programa de mantenimiento y prevención trabajando en la generalización.

MODELO DE DESESPERANZA APRENDIDA

Seligman (1972) propuso un modelo de Depresión en donde el concepto de una pérdida de reforzamiento es más un componente auxiliar que esencial. Se reconoce la medida en que los factores cognoscitivos pueden interactuar con variables ambientales específicas en el desarrollo de las conductas depresivas.

Miller y Cols. (1983) explican el modelo de desesperanza aprendida a través de sus estudios realizados sobre Indefensión Aprendida. Cuando un perro experimentalmente ingenuo recibe entrenamiento de escape-avoidancia, normalmente responde así: a la aparición de un primer choque eléctrico traumático, el perro corre de un lado a otro hasta que accidentalmente cruza la barrera de manera más rápida que la primera. Por último, el perro aprende a evitar el choque completamente. Overnier y Seligman (1967) encontraron una gran diferencia cuando aplicaban los mismos choques pero ineludibles a un perro atado a un arnés pavloviano. Cuando el perro tenía experiencia con choques incontrolables antes del entrenamiento en avoidancia, normalmente paraba pronto de correr y se sentaba o tumbaba, gimiendo hasta que terminaba el choque. En los siguientes ensayos, el perro continúa su resistencia a efectuar movimientos de escape y acepta tantos choques como el experimentador le quiera dar. Además, los perros que han experimentado primero el choque ineludible, muestran otra característica particular, ocasionalmente saltan la barrera al principio del entrenamiento y escapan, pero retroceden y reciben el choque, tal pareciera que no aprenden nada del salto y avoidancia del choque.

En resumen, encontramos que la Indefensión Aprendida en el perro presenta dos tipos de conducta: 1. los perros que han experimentado choques ineludibles fracasan en iniciar respuestas de avoidancia o son más lentos para efectuar las respuestas que los perros ingenuos y 2. si el perro elimina un choque a través de una respuesta tiene más problemas que un perro ingenuo para aprender que responder es efectivo.

Resultados similares se han encontrado en experimentos realizados con humanos. Hiroto (1974) creó una lanzadera de dedo, la cual consiste en una caja rectangular con una palanca en donde el sujeto puede moverla de un lado a otro para evitar un ruido. Hiroto encontró que los sujetos que habían sido expuestos con anterioridad a ruidos inevitables eran incapaces de accionar la palanca y evitar el ruido. Esta respuesta fue más grande cuando se les dio la instrucción de que la tarea era más una cuestión de suerte que de habilidad y también para aquellos que creían que sus vidas estaban determinadas por fuerzas externas más que por sus propias acciones. Así fue como Seligman relacionó el origen de la Depresión con los experimentos de Indefensión Aprendida. Wilcoxon y Cols. (1980), mencionan que el elemento crítico en esta formulación es la incapacidad percibida por la persona deprimida para controlar los sucesos ambientales y esta pérdida de control puede tener origen en un historial de fracaso, en donde los individuos propensos a la Depresión abandonan aquellas estrategias apropiadas de enfrentamiento cuando se encuentran en una situación de tensión o pérdida

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de reforzamiento. También cuando una persona ha sido continuamente reforzada, pero sobre una base no contingente, es poco probable que haya comprendido las complejas aptitudes que necesita para despertar un reforzamiento y puede no haber aprendido las contingencias bajo las cuales es probable que se le refuerce. Por último, Abramson (1978) propone cuatro premisas para englobar las características de las personas depresivas:

- 1) **Expectativas aversivas:** Los individuos depresivos tienen la certeza de tener resultados negativos o de que sus deseos son improbables
- 2) **Expectativas de Incontrabilidad:** Aquí, los individuos tienen la creencia de que todos los que están a su alrededor son mejores que él, esto se presenta generalmente en el trabajo.
- 3) **Estilo Atribucional:** Los individuos poseen un estilo atribucional mal adaptado, así que los eventos negativos son atribuidos a eventos internos y causas globales y los eventos positivos a eventos externos y causas específicas.
El estilo atribucional se divide a su vez en tres dimensiones:
 - a) **Interno-Externo:** Los eventos son atribuidos a causas internas o externas de él mismo.
 - b) **Estable-Inestable:** La causa de un cambio es vista de manera negativa para él mismo.
 - c) **Global-Específica:** La manera en que un evento es percibido por el individuo depresivo.
- 4) **Síntomas Motivacionales, Cognitivos y Emocionales:** La ruptura entre los síntomas afectivos hace más difícil la probabilidad de una respuesta eficaz en el individuo.

MODELO COGNOSCITIVO DE BECK

El modelo de Beck surgió en su aplicación a la Depresión aunque también se aplica a diversos trastornos tales como: la ansiedad y fobias o para el tratamiento de la crisis de angustia (Caballo, 1991). Beck se refiere al término cognitivo como cualquier técnica cuyo modo principal de acción sea la modificación de patrones erróneos de pensamiento. Al respecto, Hersen (1975) menciona que lo cognitivo visto con el énfasis de la Depresión es la constante interacción que tiene lugar entre las respuestas individuales, la conducta externa y los eventos del medio ambiente los cuales influyen a ambos. Freeman (1983) define a la Técnica Cognitiva como una forma de tratamiento a corto plazo, que se caracteriza por directiva, activa y en la que el paciente y terapeuta trabajan de manera conjunta. La meta de la terapia es ayudar a los pacientes a descubrir sus pensamientos irracionales, a comprobar en la realidad dichos pensamientos y su conducta, finalmente

construir técnicas más adaptables y funcionales de respuesta, tanto inter como intrapersonales.

Según Scott la Terapia Cognitiva para la Depresión representa una terapia sistemática desarrollada de la antigua noción que dice: "...la gente está perturbada no por los eventos que le suceden sino por la visión que toma de cada uno de ellos..." (Scott, 1989, p.80) El autor agrega que, la Terapia Cognitiva se enfoca a aquellas personas cuyos pensamientos no son racionales y por lo tanto no permiten al individuo vivir en una situación de tranquilidad. Los clientes deprimidos a menudo piensan: "si no estoy bien con otras personas, esto significa que yo soy un ser humano inferior" y "yo no soy nada si otra persona no me quiere." Lo racional para esto es que el terapeuta no sólo puede de este modo hacer que el cliente venza las características de su Depresión sino que también aprenda a enfrentarse exitosamente a ella en situaciones futuras.

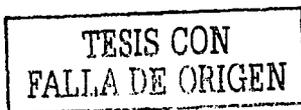
MODELO DE AUTORREFORZAMIENTO DE BANDURA

Wilcoxon y Cols. (1980) mencionan que el Modelo de Autorreforzamiento de la Depresión incorpora aspectos tanto del modelo Socioambiental como del Cognoscitivo de la enfermedad. Como el Modelo Cognoscitivo, reconoce la importancia de las cogniciones en la creación y mantenimiento de la Depresión y como el Modelo Socioambiental coincide en la suposición de que la falta de reforzamiento positivo sea vital para el mantenimiento de las conductas depresivas. Sin embargo, el Modelo de Autorreforzamiento difiere del Socioambiental, en que este último sostiene que el reforzamiento es provisto por el ambiente externo y el primero enfoca los elementos de reforzamiento y de castigo que el individuo se proporciona a sí mismo.

El Modelo de Autorreforzamiento de la Depresión, establece que: "...las conductas depresivas surgen de sistemas de autorreforzamiento defectuosos y plantea la hipótesis de que las personas deprimidas se proporcionan bajas tasas de reforzamiento positivo o altas tasas de autocastigo." (Wilcoxon y Cols. , 1980, p.233)

Bandura (1971) y Kanfer (1970) proponen que se divida en tres componentes una secuencia de autorreforzamiento. Mencionan que una razón por la que una persona puede autorreforzarse con poca frecuencia y por ende deprimirse es porque posee normas de comportamiento excesivamente altas y por lo tanto es muy difícil hacer corresponder su conducta a criterios tan altos; el fracaso en igualar o exceder sus normas produce una auto-evaluación negativa de su comportamiento. También puede suceder lo contrario, en donde una persona considera una tarea poco difícil, no la valora o se siente completamente competente para ella, por lo tanto encontramos que la valoración de los criterios puede dar lugar a sentimientos de desvalorización, a una disminución de motivación y a la Depresión.

Bandura (1971) expone algunos mecanismos que mantienen las pautas de autorreforzamiento y autocastigo. Menciona que probablemente el autorreforzamiento se mantiene por el refuerzo social periódico. Formula la



hipótesis de que la realización de una conducta castigable provoca ansiedad o culpabilidad. Estos pensamientos culminan con el autocastigo, el cual puede despertar aprobación social por parte de aquellos a quienes agradan los esfuerzos de una persona por controlar su propia mala conducta.

MODELO DE AUTOCONTROL DE REHM

Su premisa central según Thorpe (1990) es que los individuos desarrollan la Depresión específicamente por un déficit en su autocontrol cuando son expuestos a situaciones de estrés o a experiencias de pérdida. Algunos déficits son la atención selectiva a eventos de indole negativa, tendencia al perfeccionamiento, mínima autorecompensa y frecuentes autocastigos. Rehm (1977), menciona que el control que el individuo tiene sobre su conducta se divide en tres procesos: automonitoreo, autoevaluación y autorreforzamiento.

En el automonitoreo los individuos depresivos atienden selectivamente los eventos negativos de su medio ambiente y excluyen los positivos. Además tienden a oponerse inmediatamente a los resultados de su conducta. En la autoevaluación, los individuos depresivos tienden a poner límites extremos para evaluar su conducta y hacen atribuciones negativas de sus conductas con lo cual ellos determinan cosas positivas a factores externos y sucesos negativos a factores personales. Autorreforzamiento: como resultado de lo anterior, los individuos depresivos administran insuficiente reforzamiento positivo a ellos mismos y se autoadministran excesivos castigos.

Como podemos observar, el presente modelo cuenta con algunas similitudes de los modelos antes mencionados. Por ejemplo, tiene algunas características del Modelo de Beck en cuanto a las cogniciones que el individuo tiene de sí mismo, las cuales generalmente son negativas. Con el Modelo de Desesperanza Aprendida, en cuanto a la atribución de sucesos que el individuo depresivo realiza y finalmente con el modelo de Autorreforzamiento, ya que menciona la falta de reforzamiento proporcionado a sí mismo por el paciente deprimido. Pareciera ser que, el presente modelo es el idóneo para su aplicación a personas depresivas, sin embargo, la previa evaluación del paciente determinará los lineamientos a seguir por el terapeuta en su aplicación del tratamiento más adecuado, que desde luego deberá ajustarse a las necesidades particulares del paciente.

1.4 CLASIFICACION DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS

Cuando se inicia la revisión en la literatura sobre los tipos de Depresión que existen, nos encontramos con una gran variedad de alternativas que nos ofrecen diferente sintomatología y características respecto unas de otras. Sábanes (1993) comenta al respecto que si aceptamos las clasificaciones que se han hecho hasta el momento observaríamos que existen más de 100 tipos depresivos que se dicen diferentes unos de otros. Lo anterior puede hacernos pensar en el por qué de tantas opciones de Depresión; sin embargo, se han realizado largas investigaciones que explican el origen de cada uno de los tipos de Depresión. Sábanes (1993) comenta al respecto, que para clasificar un tipo de Depresión primero es preciso observar, identificar y concretar sin embargo, este proceso puede resultar subjetivo y de ahí la falta de acuerdo entre los investigadores del tema. Por lo anterior y para lograr la delimitación del tema sin perdernos entre tantas variedades de Depresión sólo mencionaremos aquellas en las que existe un acuerdo general por parte de los investigadores. Comenzaremos con la llamada por Sábanes (1993) *Clasificación Clásica*, la cual incluye Depresiones endógenas, reactivas y somátogenas.

Depresiones Endógenas

Este tipo de Depresión se produce según Seligman y Cols. (1972) por factores internos (bioquímicos, hormonales y genéticos) y se caracteriza por lentitud motora, severa Depresión, baja reacción en el medio ambiente, pérdida de interés por la vida, síntomas somáticos como: pérdida de peso e insomnio, cambios de personalidad y puede llegar al suicidio. Buceta y Cols. (1986) mencionan la presencia de síntomas físicos y sentimientos de culpa en los depresivos endógenos, además su estado de ánimo es percibido cualitativamente distinto al sentimiento que se experimenta tras la muerte de algún ser querido y presentan una marcada ausencia de reactividad ante estímulos generalmente agradables. Por último, Sábanes (1993) menciona que una característica propia del depresivo endógeno es que, en una fase de normalidad del estado de ánimo responden con entereza a las dificultades por muy graves que éstas parezcan y en una fase depresiva son incapaces de enfrentarse a estas mismas dificultades o inclusive a otras de menor peso.

Depresiones Reactivas.

Buceta y Cols. (1986) mencionan que este tipo de Depresión se desencadena por factores externos y se manifiesta según Arieti (1978) después de un suceso no placentero en la vida o después de un hecho que él mismo juzga como adverso o desventurado. Generalmente, las depresiones reactivas están vinculadas al concepto de pérdida, mientras que

las respuestas ansiosas están vinculadas al concepto de cambio. Es importante mencionar que cada persona tiene su propio límite para soportar fuertes tensiones y más allá de este límite es en donde se desencadenan manifestaciones psiquiátricas y/o psicósomáticas. Los síntomas que caracterizan a la Depresión reactiva son según Seligman y Cols. (1972) pérdida de interés por la vida y síntomas somáticos (insomnio, pérdida o ganancia de peso y estrés, cambios de personalidad y pensamientos suicidas).

Depresiones Somáticas

Este tipo de depresiones tiene causas orgánicas demostrables, Sábanes (1993) comenta al respecto que, algunas enfermedades orgánicas no psíquicas pueden desencadenar reacciones depresivas, ya que la depresión suele ir acompañada de procesos infecciosos tales como: una simple gripe o una tuberculosis, enfermedades de las tiroides o cancerosas. Cuando se presenta este tipo de casos lo más correcto es atender con prioridad el trastorno orgánico y una vez que éste es resuelto y se observa continuidad de los síntomas depresivos entonces se trabaja en ellos de manera independiente y por un especialista de esta área.

La **Clasificación Actual** así llamada por Sábanes (1993) incluye las Depresiones Primarias y Secundarias.

Depresiones Primarias

Las Depresiones primarias no están ligadas a otro tipo de enfermedad médica o psiquiátrica, es decir, aparecen de manera autónoma. Sábanes (1993) las clasifica en:

Depresiones Primarias Unipolares. Este tipo de Depresión aparece por períodos o intervalos, variando entre uno y otro individuo el período y duración de aparición. Por ejemplo, existen personas a las que les llega una fase depresiva cada primavera o verano, otras en cambio, sólo aparece por algunas semanas y en algunas otras puede convertirse crónico con el paso del tiempo.

Depresiones Primarias Bipolares. En este tipo de Depresión se combinan fases de normalidad con fases depresivas y maníacas. De acuerdo con Arieti (1978) los síntomas esenciales de un individuo maniaco son cambios del estado anímico, representado por exaltación, desarreglo de los procesos de pensamiento caracterizado por fuga de ideas y pensamientos felices y por último, aumento de motricidad. El autor menciona que en ocasiones es difícil identificar el episodio maniaco, ya que el paciente se muestra muy vivaz, extrovertido, activo, emprendedor y elocuente. En ocasiones su alegría es desproporcionada e inadecuada a la situación o acontecimiento que está

sucediendo. Parece muy sociable, pero su estado de ánimo no es estable ni constante ya que, en ocasiones pasa de la euforia a la irritación y enojo cuando se da cuenta de que las personas no reaccionan a su entusiasmo. Finalmente, los síntomas somáticos del paciente maniaco son: pérdida de peso, disminución del apetito, insomnio, presión arterial baja, en el caso de las mujeres menstruaciones irregulares y funcionamiento sexual disminuido.

Depresiones Primarias Mayores. Sábanes (1993) define el término "mayor" como grave y lo aplica tanto a las depresiones unipolares como bipolares. En el caso de éstas últimas hablamos de la tradicional psicosis maniaco-depresiva. Mackinnon (1985) explica que en la psicosis maniaco-depresiva el contacto del individuo con el medio -mundo real- está seriamente afectado. Pueden presentarse retraimiento social, alteraciones perceptuales o preocupaciones mentales que dificultan el funcionamiento cognoscitivo normal. El autor los clasifica en agitados y retardados, en el primero el paciente suele pasearse de un lado a otro, se retuerce las manos y da una impresión general de ansiedad aunque en su rostro y en los contenidos de su pensamiento refleja su Depresión. Los pacientes retardados, muestran inhibición de la actividad motora llegando en ocasiones al estupor. Permanecen con la mirada fija, sentados o acostados, si hablan o se mueven lo hacen de manera lenta y fatigosa.

Depresiones Primarias Menores. El término "menor" se aplica lo mismo a las unipolares que a las bipolares. En las primeras tiene tendencia a prolongarse con el tiempo, y puede llegar a confundirse con rasgos de la personalidad de quien la padece.

En las bipolares menores, se presentan alteraciones clásicas del estado de ánimo. Es similar al trastorno maniaco-depresivo pero con menor intensidad.

La clasificación sobre los estados depresivos ofrece algunos de los parámetros que se deben contemplar para clasificar la Depresión de acuerdo a sus características. Su clasificación es importante porque los tratamientos psicológicos y de afrontamiento sólo se pueden aplicar a un nivel unipolar y no bipolar; éstas últimas necesitan tratamiento psiquiátrico y si la Depresión disminuye hasta el nivel unipolar entonces se realiza una intervención psicológica.

Depresiones Secundarias

Sábanes (1993) menciona que las depresiones secundarias son las relacionadas con otras enfermedades médicas o psiquiátricas. Así el concepto "secundario" lo entendemos como "consecuencia de" y por lo tanto, es necesario identificar el trastorno original que lo provocó.

Secundarias en relación con alteraciones psiquiátricas. Frecuentemente se presentan síntomas depresivos en:

- a) La Esquizofrenia: en algunas manifestaciones de la esquizofrenia que se caracterizan por una actitud clínica negativa; falta de voluntad, decaimiento afectivo, carencia de energía, etc. Para Arieti (1978) la aparición de la Depresión durante la esquizofrenia no es un hecho negativo, sino todo lo contrario, es un indicio de crecimiento y de pronóstico favorable, en especial si ha comenzado bien el tratamiento.
- b) Estados de Ansiedad: la cual se puede volver crónica con el tiempo si no se resuelve.
- c) Alcohólicos y otros adictos: en donde la Depresión surge en el momento en el que se les retira el tóxico que les causó la dependencia. Generalmente, este tipo de Depresión no es grave y se soluciona rápidamente con el tratamiento adecuado.

Secundarias en relación con otras alteraciones médicas. Entre algunas de las enfermedades que provocan Depresión encontramos el hipotiroidismo, diabetes, enfermedades coronarias, úlceras gástricas, colitis y en las enfermedades crónicas o terminales como SIDA o cáncer.

1.5 MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN.

Para evaluar la gravedad de la Depresión se han desarrollado escalas y otros recursos de medición. Dentro de los métodos de medición se encuentran dos categorías: 1) la Observación Directa y 2) la Observación Indirecta. En la primera se encuentran aquellas técnicas que nos permiten tener información de manera más cercana a la situación real; tal es el caso de los autorregistros, entrevista, medidas fisiológicas, pruebas de evaluación de habilidad, ambientes estructurados, etc. Por otro lado, en la Observación Indirecta, los datos obtenidos se separan más de la situación real y en esta categoría encontramos los cuestionarios, inventarios y escalas. De esta manera, Buceta y Cols. (1987) distinguen dentro de estas dos categorías los informes globales y registros inmediatos. Los informes globales más utilizados son los inventarios y escalas de evaluación, en donde el paciente elige de entre varias opciones aquella que más se ajusta a su estado durante la última o dos semanas; tal es el caso del Inventario de Beck BDI. En los registros inmediatos se intenta conseguir información más fiable a través de la auto-observación del paciente de forma más rigurosa y continua. Un ejemplo nos lo proporciona Beck con sus auto-registros para las actividades diarias y los pensamientos disfuncionales, los cuales deben llevarse a cabo inmediatamente después de la ocurrencia del hecho.

Muchos autores han trabajado en la elaboración de escalas para la medición de la Depresión, tal es el caso de Hamilton (1960) y Grinker (1961) quienes idearon entrevistas estructuradas a través de las cuales se pueden

evaluar las conductas depresivas del paciente y cuantificarlas objetivamente según sus respuestas a un conjunto standard de preguntas. Algunas medidas de auto-informe son "la Lista de Registro de Adjetivos Afectivos Múltiples" (Zuckerman y Lubin 1965) y la Lista de Registro de Adjetivos de Depresión (Lubin 1965) que incluyen diversas palabras poco gratas o que denotan insatisfacción, desdicha o apatía. El Inventario de la Depresión de Beck BDI (Beck, 1979), la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton y la Escala de Auto-Evaluación de Zung son breves cuestionarios en que el paciente puede indicar la frecuencia e intensidad de muchas conductas depresivas (incluyendo dificultades emocionales, cognitivas y físicas). La Escala-D del Inventario de Personalidad de Minnesota (MMPI) es más larga, más compleja y contiene más preguntas indirectas que el BDI. Al respecto, Vázquez (1986) menciona que la escala del MMPI tiene una orientación más inferencial y menos directa que el resto de las escalas citadas, además de tener una validez más bien dudosa.

Por lo que toca al BDI, es un instrumento muy utilizado clínicamente, consiste en una serie de 21 ítems cada uno de ellos corresponde a un síntoma y tiene varias alternativas de respuesta graduadas según la intensidad del síntoma. El rango de valoración de cada síntoma oscila de 0 a 3. Pese a las críticas de contenido que le han hecho al Inventario Vázquez (1986), afirma que el instrumento puede identificar sujetos con un estado de ánimo deprimido de manera eficaz y además posee un alto grado de validez.

La Escala de Zung a diferencia de la anterior, tiene índices de validez menores e incluso no discrimina adecuadamente grupos diagnósticos. Vázquez agrega que dicha Escala evalúa frecuencia de síntomas más que intensidad, por lo que su uso para cuantificar el grado de Depresión es muy reservado.

Por último la Escala de Hamilton, es una escala de valoración por parte del entrevistador, por lo que es cualitativamente diferente a las mencionadas anteriormente. Tiene índices aceptables de validez y es sensible a los cambios terapéuticos (Vázquez, 1986).

Debemos recordar que al aplicar una Escala lo que obtenemos es un punto de referencia para actuar, pero no estamos obteniendo la información necesaria que nos permita identificar el origen de la Depresión, ni de manera directa el tipo de intervención terapéutica que debemos utilizar. De ahí que, Buceta y Cols. (1987) propongan el uso de registros Multidimensionales, en donde no sólo se utilizan los informes globales, sino también los registros inmediatos. Éstos últimos son específicamente los informes del paciente, inicialmente a través de una entrevista bien dirigida y estructurada y después a través de observación directa de las manifestaciones comportamentales de la Depresión. Cuando la observación directa no se puede llevar a cabo por costos económicos y de tiempo, se pueden suplir por situaciones de juego de roles (Lewinsohn 1974 y Bellack 1983). Además de su efecto terapéutico, estos instrumentos facilitan información más puntual y objetiva, que sin duda, favorece la evolución terapéutica del paciente. Finalmente, si aplicamos de manera constante los auto-registros inmediatos, se facilita el conocimiento sobre la efectividad del tratamiento.

1.5.1 Limitaciones de los Métodos de Evaluación.

Como se mencionó anteriormente, el puntaje de una persona en cualquiera de las escalas no ofrece por sí misma ningún indicativo sobre la naturaleza de los problemas particulares que está experimentando, ni sugiere el tipo de intervención terapéutica más eficaz. Además, las respuestas pueden estar influenciadas por factores tales como: la ansiedad, la conveniencia social y el estado fisiológico del individuo. No sugiero que se eliminen este tipo de mediciones pero sí considero que debemos aplicarlas sólo como un auxiliar en el proceso de evaluación y no como un sustituto del mismo. Por su parte Vázquez (1986) sugiere algunos requisitos metodológicos y conceptuales que deben cumplir las escalas de evaluación determinadas para evaluar estados psicopatológicos:

- a) A de considerarse que un instrumento cuantificador no es un instrumento diagnóstico y, por tanto no supe la tarea de un diagnóstico formal.
- b) El instrumento debería ser capaz de diferenciar no sólo la muestra de sujetos con un grado determinado de conducta desadaptada que pretende evaluar, sino que debería diferenciar entre muestras de sujetos con diferentes síndromes.
- c) Si el instrumento se usa como criterio diferenciador de submuestras previo a una situación experimental, debe aplicarse justo antes del comienzo de la tarea experimental (en el área de investigación).

CAPÍTULO II

TÉCNICA COGNITIVA DE BECK

2.1 DESARROLLO HISTÓRICO.

El modelo de Terapia Cognitiva encuentra sus primeros antecedentes filosóficos en el siglo IV A. C. Según Beck (1979) los Estoicos en particular Zenon de Citio, Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio, ya hablaban sobre la interpretación que se dan a las cosas que perturban a los hombres. También filosofías como el Budismo o el Taoísmo han mencionado que las emociones humanas están basadas en las ideas y, que el control de sentimientos más intensos puede lograrse mediante un cambio de dichas ideas. En el presente siglo se intensificaron las teorías y formulaciones para explicar el proceso de la Depresión. El siglo comienza con las formulaciones de Freud quien proporciona una vista psicopatológica diferente al de la medicina tradicional. Rush (1982), menciona que la Depresión es entendida bajo conceptos psicoanalistas tales como: narcisismo, deseo, ambivalencia, introyección, auto-acusación y subconsciente oral y anal como simbolismos en los sueños y fantasías. Rush (1982) continua mencionando que en oposición a los pensamientos psicoanalíticos surge la Teoría Conductista de Watson quien propone la relación estímulo-respuesta como explicación al origen de la conducta. De esta manera, el inconsciente es considerado un constructo hipotético y es abandonado. El autor finaliza explicando que la Teoría conductista habla en función de contingencias externas y que la idea de que la "caja negra" o mente es la causante de la inhabilidad humana es una medida subjetiva.

Así, con la paridad estímulo/respuesta es como comienza un cambio importante en el método clínico. Sin embargo, surge una escuela como reacción a las Teorías Conductuales y Freudianas: La Existencial. Rush (1982) menciona que la Teoría Existencial tiene sus sustentos teóricos en la holística y la realidad subjetiva. De esta manera, la Depresión representa una reacción individual para atacar la esencia de uno mismo, la amenaza de experiencias subjetivas o la no aceptación de uno mismo por juicios de pensamiento.

Es así como a través de estas tres escuelas, surge la Teoría Cognitivo Conductual, la cual según Beck (1979) refleja una serie de cambios que se han venido dando en la Ciencia de la Conducta desde hace ya varios años. Beck agrega que la Terapia de Conducta contribuyó al desarrollo de la Terapia Cognitiva. El Conductismo metodológico con su énfasis en los objetivos específicos, al delimitar los procedimientos concretos para lograr dichos objetivos y proporcionar feedback, abrió nuevas puertas a la Terapia Cognitiva y de hecho algunos autores se refieren a dicho enfoque como: "Terapia de Conducta Cognitiva".

Los primeros orígenes del Modelo de Terapia Cognitiva de la Depresión surgen en 1956 cuando Beck (1979) se propuso validar determinados conceptos psicoanalíticos de la Depresión y delimitar la configuración psicológica característica de la misma con el fin de desarrollar una forma breve de Psicoterapia dirigida a mitigar esa psicopatología focal. Inicialmente, algunos experimentos apoyaron la idea de Beck, a saber, la hostilidad vuelta hacia sí mismo expresada como: "necesidad de sufrimiento". Sin embargo, experimentos posteriores contradijeron esta hipótesis, por lo que el autor se vio impulsado a abandonar el campo psicoanalítico, pero el esfuerzo sirvió para que notara que los individuos depresivos no buscaban el fracaso, sino que eran incapaces de reconocer el éxito cuando éste se presentaba. Posteriores investigaciones, que contemplaban el desarrollo y comprobación de instrumentos, validaron la idea de que el paciente depresivo distorsiona sus experiencias hacia una dirección negativa. Textualmente, Beck afirma: "Encontramos que el paciente depresivo tiene una visión global negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, que quedaba expresada dentro de un rango de distorsiones negativas." (Beck, 1979, p.9)

Así, Beck comenzó la elaboración de técnicas para lograr la corrección del sistema de procesamiento de la información, dichas técnicas se basaban en la aplicación de la lógica y de reglas de evidencia.

Otro de los trabajos e investigaciones que antecedió a la Terapia Cognitiva fueron los de Albert Ellis (1980) quien relacionaba el estímulo ambiental o Activador (A) con las consecuencias emocionales (C) a través de la creencia interviniente (Cr). De esta manera, el objetivo de su terapia es hacer ver a sus pacientes que sus filosofías son irracionales y contraproducentes, se les explica cómo éstas crean trastornos emocionales, les enseñan el modo de atacarlas en los terrenos lógicos y empíricos y, por último, se les instruye sobre la forma de desecharlos.

Finalmente, la Terapia Cognitiva de la Depresión incluye varias técnicas interrelacionadas que han sido validadas a través de la experiencia clínica con pacientes depresivos. Es una terapia que ha ido adquiriendo más prestigio a través de los años y de la aplicación con resultados exitosos sin embargo, es preciso recordar que para ser terapeuta cognitivo se necesita conocer y dominar ampliamente la teoría y metodología de la Técnica. Además de contar con las características necesarias para ser un terapeuta cognitivo, las cuales mencionaremos más adelante.

2.2 DEFINICION DE TÉCNICA COGNITIVA

Beck y Cols. (1984) definen la Técnica Cognitiva como: "...un procedimiento activo, directo, estructurado y de tiempo limitado, el cual es empleado para tratar distintas alteraciones psiquiátricas como depresión, ansiedad, fobias, problemas relacionados con el dolor, etc." (Beck, 1984, p.623) Según Emery, Hollon y Bedrosian (1981) su campo de acción se ha extendido últimamente a problemas clínicos variados como: abuso de alcohol y otras sustancias, obesidad, disfunciones sexuales y alteraciones de tipo psicosomático.

Beck (1970) menciona que de manera general se denomina "cognitiva" a cualquier técnica cuyo modo principal de acción sea la modificación de patrones erróneos de pensamiento. Por lo anterior, La Terapia Cognitiva se deriva de la formulación de que el origen de la Depresión es un conjunto de conceptos negativos, por lo que se espera que la corrección y neutralización de estos esquemas disminuyan la sintomatología depresiva. Beck (1979) agrega que el trabajo conjunto entre paciente y terapeuta es indispensable para identificar las distorsiones cognitivas, derivadas de las creencias inadecuadas. Se utilizan el análisis lógico y la comprobación empírica para corregir estas distorsiones cognitivas negativas. A través de la asignación de tareas es como el paciente aprende a relinear su pensamiento con la realidad y a afrontar los problemas que antes consideraba irresolubles.

Así, Beck (1979) llamó pensamientos irracionales al proceso distorsionado de la realidad. Ellis y Abrahms (1980) llamaron racional a todos aquellos sentimientos apropiados y a los comportamientos afectivos que ayudan a la sobrevivencia y a la felicidad de los seres humanos. Agregan que cuando hablamos de que una persona es racional, es porque ha decidido vivir con felicidad por: 1) aceptar lo que existe en el mundo real, 2) vivir amigablemente en un mundo social, 3) relacionarse íntimamente con unos cuantos miembros de su comunidad, 4) tener un trabajo productivo y, 5) participar en momentos de recreación elegidos por él mismo. De esta manera, una persona sería irracional cuando interfiriera sin justificación en la vida de alguien o cuando se causara daño innecesariamente.

La meta de la Terapia Cognitiva según Caro es: ". Ayudar a los pacientes a que descubran su pensamiento irracional y disfuncional, comprueben en la realidad su pensamiento y su conducta y construyan técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta, tanto ínter como intrapersonales." (cit. En: Caballo, 1991, p.3479) Además, la autora agrega que se debe luchar por recuperar la motivación perdida y la carencia de actividad del paciente deprimido, así como evitar que el paciente se preocupe por las ideas negativas que tiene constantemente. Por su parte, Beck (1979) menciona que el objetivo a corto plazo es investigar los pensamientos y sentimientos tales como deseos o aspiraciones, del paciente durante la sesión terapéutica y entre las sesiones; por otro lado el objetivo a largo plazo consiste en corregir las distorsiones cognitivas a través de habilidades específicas que el terapeuta proporciona.

Como podemos observar el trabajo terapéutico es totalmente de manera conjunta, ya que sin el apoyo del paciente la terapia no podría tener éxito. Al respecto, Beck nos dice: "El terapeuta cognitivo colabora activamente con el paciente en la exploración de las experiencias psicológicas de éste y en la elaboración de programas de actividades y de tareas para realizar en casa." (Beck, 1979, p.16) Las contribuciones del paciente y su participación activa en las tareas asignadas forman la parte esencial del éxito terapéutico, ya que a través de ellas el paciente no sólo elimina la sintomatología depresiva, sino que aprende a manejar la situación cuando ésta se presenta nuevamente, disminuyendo así la probabilidad de una recaída. Para lograr que el paciente depresivo cambie sus cogniciones erróneas recibe entrenamiento en las siguientes áreas: a. Detección y análisis de pensamientos automáticos disfuncionales, b. Reconocimiento de la conexión entre cognición, reacción emocional y conducta, c. Examen de la evidencia a favor o en contra de los pensamientos automáticos, d. Sustitución de pensamientos automáticos no apoyados por un mínimo de evidencia, por interpretaciones basadas en hechos reales y e. Identificación y modificación de asunciones disfuncionales que predisponen a la utilización de un sistema de pensamiento deformado. (Beck, 1979)

La Terapia según Beck (1979) se aplica de la siguiente manera: primero el paciente recibe una explicación del fundamento teórico de la Terapia Cognitiva, después aprende a reconocer, controlar y registrar sus pensamientos negativos en el Registro Diario de Pensamientos Distorsionados. Posteriormente, las cogniciones y pensamientos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez y valor adaptativo e incremento de la conducta positiva versus mantenimiento de la patología y por último, se localizan los síntomas y se someten a una investigación lógica y empírica.

Podemos afirmar entonces, que la estrategia general de la Terapia Cognitiva es la investigación empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente. Según Beck (1979), a través de la Terapia se formulan las ideas y creencias desviadas del paciente acerca de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro en términos de hipótesis, cuya validez se intenta comprobar de un modo sistemático.

El interés de los investigadores por la Terapia Cognitiva ha sido notable, esto debido a su concepción y fundamentos teóricos, de ahí que se hayan realizado numerosas investigaciones sobre su eficacia. Por ejemplo, Taylor (1974) y Taylor y Marshall (1977) realizaron una comparación controlada entre 4 grupos distintos de tratamiento: a. Modificación Cognitiva, b. Modificación conductual, c. Modificación cognitivo-conductual y d. Un grupo de lista de espera. Había en cada grupo siete estudiantes universitarios y un terapeuta. Taylor encontró una mejoría significativa en los tres primeros grupos en comparación con el grupo de lista de espera. Con relación a los tres primeros grupos se encontró que fue más eficaz aquel al que se le aplicó la cognitivo-conductual que a los que se les aplicó la cognitiva o la conductual.

Al principio del apartado se menciona que Beck (1984) denomina a su Terapia como de corto plazo, esto es muy importante debido a que un paciente deprimido requiere de resultados rápidos que le permitan liberarse de las sensaciones propias de la depresión. Morris (1975) comparó un programa didáctico cognitivo-conductual, una terapia orientada al insight y un grupo control en lista de espera. Participaron cuatro terapeutas para tratar a dos subgrupos dentro de cada condición de tratamiento, 22 sujetos fueron para el primer grupo, 17 al segundo y 12 al grupo control. Se encontró que el tratamiento cognitivo-conductual era igualmente efectivo en un periodo de tres semanas que en uno de seis cuando el número de sesiones (6) permanecía constante. Este resultado es importante, ya que nos permite comprobar la eficacia a corto plazo de la Terapia Cognitiva.

De esta manera, podemos observar que la Terapia Cognitiva cuenta con apoyos experimentales que permiten recomendarla como una técnica eficaz en el tratamiento de la depresión.

2.3 MODELO DE BECK

Para lograr explicar el proceso terapéutico de la Técnica Cognitiva es preciso conocer los conceptos básicos que la conforman. No hay que olvidar que el Modelo Cognitivo de la Depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas y de investigaciones experimentales.

A. TRIADA COGNITIVA

La terna cognitiva está formada por tres contenidos generales característicos del pensamiento de las personas depresivas. La primera según Hollon y Cols. (1979) es una visión negativa de sí misma, después tenemos una visión negativa del mundo y por último del futuro.

Visión de Sí Mismo. Los pacientes que tienen una visión negativa de sí mismos, se sienten faltos de algún atributo especial para ser felices, estar satisfechos o sentirse útiles. Beck (1979) agrega que, el paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo y con poca valía, además tiende a relacionar sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico. Al respecto, se han realizado numerosas investigaciones con la finalidad de comprobar el efecto que ejerce una visión negativa de sí mismo sobre un paciente deprimido. Por ejemplo, Laxer (1964) comparó a pacientes depresivos con pacientes paranoides usando una escala de auto-concepto real-ideal y encontró que los depresivos tienen considerablemente un bajo nivel de auto-concepto en comparación con el otro grupo.

Loeb, Feshbach, Beck y Wolf (1964) examinaron los efectos de la manipulación social en la clasificación de auto-concepto en pacientes depresivos. Los pacientes que recibieron retroalimentación de fracaso indicaron niveles depresivos más altos y mostraron poca iniciativa en la realización de otras tareas. Por el contrario, los sujetos que recibieron retroalimentación positiva indicaron niveles de confianza en sí mismos y se mostraron más felices. Estos datos nos permiten reconocer que una visión negativa de sí mismos y el desarrollo clínico del síndrome de la depresión van tomados de la mano, sin embargo no podemos olvidar las otras dos partes de la tríada cognitiva, ya que en su conjunto es como verdaderamente se desarrolla la Depresión.

Visión del Mundo. El segundo componente es una frecuente visión negativa de las experiencias propias presentes. Beck (1984), menciona que los depresivos consideran que el ambiente que les rodea les exige demasiado y que se presentan obstáculos infranqueables que no les permiten alcanzar sus objetivos. Además aunque el paciente depresivo se da cuenta de que tiene alternativas positivas a su alrededor no las toma en cuenta y se inclina sólo por las negativas.

Algunas de las investigaciones sostienen dicho sustento; por ejemplo,

Beck (1961) usó test proyectivos y un test de enfoque fantasioso en pacientes depresivos y no depresivos y encontró que los primeros se identifican más con protagonistas que hieren y lastiman en comparación con el segundo grupo. Ward (1961) por su parte, encontró que los sueños de los pacientes depresivos son en términos de pérdida y de privación. Al respecto, Hauri (1976) encontró que los pacientes depresivos remitidos a consulta clínica continuamente reportan sueños de frustración, deserción, injuria y de privación. Como podemos observar, para el paciente depresivo su presente es visto de una manera negativa y eso se manifiesta no sólo en sus cogniciones sino en su manera de expresarse, en sus sueños, lo cual es una manifestación del pensamiento y de sus creencias.

Visión del Futuro. Por último la persona depresiva anticipa sus dificultades o sufrimientos actuales a proyectos futuros. Cree que en el futuro le esperan penas, frustraciones y privaciones interminables; por todo ello, sus expectativas son de fracaso. Loeb, Beck, Diggory y Tuthill (1967) encontraron que los depresivos tienen un gran pesimismo por su futuro. Para su investigación los autores desarrollaron una escala de expectativas generalizadas y encontraron una alta correlación entre los pacientes deprimidos y una vista negativa del futuro.

B. ESQUEMAS.

Los esquemas son estructuras cognitivas básicas a través de las cuales las personas elaboran la información de su medio ambiente, la valoran, clasifican, organizan e integran a sus cogniciones. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

término "esquema" se refiere precisamente a aquellos patrones cognitivos estables.

Los esquemas se van formando a lo largo de las experiencias de la vida y su función principal es recibir la información (estímulos) y transformarla en cogniciones. Por lo que según Beck (1979), un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo al que se enfrenta el individuo. De esta manera, se categorizan y evalúan las experiencias.

Existen esquemas disfuncionales negativos los cuales en un proceso depresivo tienden a distorsionar la información y a clasificarla en cogniciones negativas. Estos esquemas permanecen pasivos en periodos no depresivos y se activan en periodos depresivos. Beck (1979) agrega que a medida que la condición clínica empeora, los esquemas facilitan una mayor deformación de la realidad, aumentando los pensamientos negativos en frecuencia e intensidad, hasta que se convierten en características permanentes del funcionamiento de la persona afectada.

C. ERRORES EN EL PROCESO DE LA INFORMACIÓN.

Las personas depresivas suelen tener tantos errores en el procesamiento de la información los cuales ayudan al mantenimiento de cogniciones negativas a pesar de la existencia de evidencia contraria. Algunos de esos errores son según Beck (1979):

1. *Inferencia Arbitraria*: El proceso mediante el cual se llega a una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye, cuando ésta es contraria a la conclusión.

2. *Abstracción Selectiva*. Se refiere a centrarse en un detalle específico extraído de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación.

3. *Generalización Excesiva*: Elaborar una regla o conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a inconexas.

4. *Magnificación y Minimización*. Se refiere a los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un acontecimiento.

5. *Personalización*. El paciente se atribuye a sí mismo fenómenos externos cuando no existe ninguna base para hacerlo.

6. *Pensamiento Absolutista Dicotómico*: El paciente clasifica sus experiencias según una o dos categorías opuestas, por ejemplo: sucio-limpio, blanco-negro. EL paciente generalmente se ubica del lado negativo.

La forma en que Beck (1979) aborda este tipo de pensamientos es en términos de "primitivo" y "maduros". Los pacientes deprimidos generalmente pertenecen a la clasificación de primitivos, ya que sus pensamientos tienden a ser extremos, negativos, categóricos y absolutistas; su respuesta emocional por tanto, tiende a ser negativa y extrema. Por el contrario, un pensamiento maduro integra las situaciones en varias dimensiones y no dicotomiza.

Por otra parte, Beck maneja términos generales dentro de su terapia Cognitiva los cuales mencionare brevemente, sólo con la finalidad de conocerlos, ya que los emplea constantemente dentro del proceso terapéutico.

Esfera Personal: Nos permite explicar el significado especial que damos a los objetos tangibles e intangibles. Sirve para encontrar sentido a nosotros mismos y a lo que nos rodea. Es un constructo que integra todas aquellas características que poseemos y que nos conforman y definen. (Beck, 1976)

Reglas. Consisten en ecuaciones, fórmulas y premisas que permiten a una persona ordenar, clasificar y sintetizar sus observaciones de la realidad, de tal manera que se llegue a conclusiones significativas.

Pérdida. A raíz de ella se puede producir un estado de melancolla, caracterizado psíquicamente por un estado de ánimo doloroso y un desinterés por el mundo.

Pensamientos Automáticos. Son aquellos pensamientos e imágenes que se presentan en situaciones de depresión. Se caracterizan por ser poco razonables, repetitivos e idiosincrásicos.

Es necesario conocer cada uno de los términos que Beck utiliza dentro de la Terapia, ya que de ahí depende la comprensión de la misma y para los terapeutas cognitivo-conductuales, son la base de la práctica terapéutica.

2.4 TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

2.4.1 CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA

Hemos hablado ya sobre la importancia que adquiere la relación terapeuta-paciente y viceversa, ésta no sólo permite la colaboración entre ambos sino que es un vehículo facilitador para alcanzar determinados objetivos. En síntesis, ambos forman un equipo de ahí la importancia que cada uno de ellos tiene para el buen desarrollo de la Terapia.

Inicialmente, es importante que el terapeuta cognitivo tenga conocimiento claro no sólo del estado depresivo sino, también de la Técnica Cognitiva, ya que no debemos olvidar que en una gran mayoría de casos depresivos el suicidio es un pensamiento recurrente, por lo que el terapeuta debe ser capaz de evaluar el riesgo existente en cada paciente y trabajar sobre la eliminación de dicho pensamiento. El terapeuta no debe caer en el error de ejercer la Técnica Cognitiva tal cual fuera un recetario, ya que debemos

considerar que cada paciente presenta características propias y por tanto, debe recibir tratamiento acorde a su sintomatología.

Por otra parte, Harrison (1984) menciona que si se pretende ser un buen terapeuta cognitivo, primero hay que ser un buen psicoterapeuta capaz de responder al paciente con interés, empatía, aceptación y autenticidad. Cuando hablamos de aceptación no queremos decir que el terapeuta debe aprobar todo cuanto el paciente dice, sino que no debe juzgarlo. La manera en que el terapeuta expresa su aceptación e interés es a través de sus gestos, tono de voz y en la manera de construir las frases. Por otro lado, la empatía se refiere al mejor modo como el terapeuta puede entrar en el mundo del paciente. Según Beck (1979), la empatía incluye un componente intelectual y emocional, es decir conocer la base cognitiva de los sentimientos del paciente sin involucrarse con ellos, con el fin de preservar la objetividad hacia sus problemas.

El terapeuta debe entender los significados de las verbalizaciones del paciente y no responder a la parte superficial de las expresiones verbales; además no debe ser demasiado didáctica en la práctica terapéutica, evitando interpretaciones abiertas acerca de las afirmaciones del paciente. Es mejor realizar preguntas orientativas que permitan al depresivo elaborar sus propias inferencias válidas mediante la auto-reflexión (Harrison, 1984).

Finalmente, Young y Beck (1982) mencionan que un terapeuta cognitivo debe: a) saber comunicar al paciente que es genuino, sincero y abierto, b) no criticar, desaprobador o ridiculizar al paciente, c) demostrar profesionalidad en todo momento, d) puede emplear el sentido del humor, e) manifestar interés por el paciente y por el proceso terapéutico y, f) no etiquetar al paciente.

2.4.2 CONSIDERACIÓN DEL TIEMPO

Como ya hemos mencionado anteriormente, la Técnica Cognitiva tiene como característica principal ser a corto plazo, es decir debe contar con un número determinado de sesiones, cada una de las cuales tiene un tiempo limitado. Evidentemente, esto no se hace con el fin de que el paciente termine rápido una terapia sino que, por el contrario el paciente adquirirá las habilidades que necesita para controlar sus pensamientos disfuncionales, por lo que la terapia está perfectamente bien planeada y estructurada sobre la base del tiempo limite y a las actividades que se estén contemplando para cada una de las sesiones. La planeación de cada sesión se discute y establece con el paciente por lo que éste último, conoce perfectamente lo que se va a tratar en cada sesión. La frecuencia de las sesiones parece ser un factor importante en el proceso de intervención clínica. Al respecto Rush y Cols. (1982) observaron un mayor éxito terapéutico en pacientes que asistieron dos veces por semana a un total de 20 sesiones, que los expuestos a igual número de sesiones pero distribuidas semanalmente.

Al comienzo de la terapia es cuando el paciente presenta con mayor intensidad la sintomatología depresiva, por lo que es conveniente que las sesiones sean dos veces por semana; conforme el paciente mejora y las sesiones avanzan, se puede reducir a una sesión semanal, para que

finalmente sólo sean de seguimiento. Esto se realiza de acuerdo al criterio del terapeuta basándose en el avance particular de cada paciente. Harrison y Cols. (1984) mencionan que la duración de cada sesión debe ser de 45 min. Aproximadamente por lo que la eficacia y rapidez con que se trabaja debe ser orientada a tratar problemas prioritarios.

De ahí que sea muy importante organizar las actividades que se van a realizar en un plan general de cada sesión. Al comienzo de la misma paciente y terapeuta comentan dicho plan, valorando la trascendencia de cada uno de los temas y el tiempo disponible resultando un índice a través del cual se registró la sesión.

2.4.3 PROCEDIMIENTOS DE ORIENTACIÓN

La colaboración entre paciente y terapeuta es el punto de partida para la recuperación en la Depresión. Beck y Cols. (1979), mencionan que la colaboración terapéutica se utiliza como vehículo facilitador del esfuerzo común para así alcanzar determinados objetivos. Posteriormente, el terapeuta debe ofrecer al paciente una orientación preliminar acerca del modelo cognitivo, de los objetivos y procedimientos terapéuticos. Debe presentar un plan general y el fundamento teórico del tratamiento cognitivo. Beck y Greeberg (1974) han elaborado un pequeño folleto, dirigido al paciente deprimido, el cual cumple con este cometido. El cliente depresivo recibe el folleto en su primer contacto con el centro y se le indica que lo lea en casa. Se ha demostrado mayor eficacia en la terapia con este procedimiento.

2.4.4 EMPLEO DE PREGUNTAS COMO INSTRUMENTO TERAPÉUTICO

La utilización de preguntas como medio de refutación es la base de la Técnica Cognitiva. El terapeuta no sermonea, ni discute con el paciente, sino que elabora preguntas las cuales producen un razonamiento automático de los pensamientos del paciente. Beck (1979) resume los objetivos de una pregunta en los siguientes puntos:

1. Obtener datos biográficos.
2. Formarse una idea general del origen del problema del paciente.
3. Obtener una visión general de la forma de vida del paciente, de los factores generadores de ansiedad y del sistema social en que se desenvuelve.
4. Convertir las quejas abstractas en problemas concretos.
5. Provocar toma de decisiones ante las alternativas a un problema.
6. Examinar las consecuencias de una conducta desadaptativa.
7. Evaluar la importancia de una conducta adaptativa.
8. Inducir al paciente a examinar los criterios que definen su Autoestima negativa.
9. Demostrar la abstracción selectiva de datos negativos.

10. Ilustrar la tendencia del paciente a quitar o negar la importancia a las experiencias positivas.
11. Descubrir y explorar ciertas áreas problemáticas que el paciente había evitado.

Nuevamente, es importante mencionar que el terapeuta tiene que ser muy hábil para realizar las preguntas, ya que de lo contrario puede hacer sentir al paciente como interrogado o acorralado cuando la finalidad de las preguntas es otra: ayudar al paciente a reconocer sus ideas y conceptos además de reflexionar sobre ellos, y evaluar sus pensamientos con objetividad.

El uso de preguntas es uno de los instrumentos más importantes en la Técnica. El terapeuta debe centrarse en ayudar al paciente para que aprenda a refutarse a sí mismo sus ideas irracionales, a realizar preguntas sobre el origen de su comportamiento deficiente y, por lo tanto a emprender el camino hacia la racionalización de sus pensamientos. En este sentido, las preguntas se emplean para eliminar los pensamientos depresivos y para hacer que el paciente exprese lo que piensa, en lugar de decir lo que el terapeuta cree que está pensando.

2.4.5 ENTREVISTA INICIAL

La importancia que adquiere la entrevista para la recopilación de información es de suma importancia. A través de ella obtenemos información necesaria para determinar causas, elaborar objetivos y orientar la posible dirección del proceso terapéutico a seguir. Cada paciente tiene particularidades que lo hacen diferente de aquellos que presentan el mismo diagnóstico —en este caso depresión— y por lo tanto una entrevista bien dirigida conllevaría a una intervención exitosa. Según Beck (1979) las entrevistas deben estar orientadas a establecer una relación de trabajo terapéutico donde se incluya un buen rapport. Este se refiere en términos generales al acuerdo armonioso entre las personas. En la relación terapéutica, rapport consiste en una combinación de componentes emocionales e intelectuales. Beck (1979), menciona que cuando este tipo de relación es establecida, el paciente percibe al terapeuta como alguien que entiende la situación que está viviendo, que es simpático y empático y que lo está aceptando con todas sus fallas. Cuando el rapport es óptimo paciente y terapeuta se sienten seguros y en confianza uno con el otro.

Por otro lado, se debe establecer un acuerdo terapeuta-paciente en cuanto a los objetivos y métodos de tratamiento. Debe existir colaboración para definir y solucionar problemas y, finalmente los diálogos tienen que ser adecuados para que proporcionen retroalimentación tanto al paciente como al terapeuta sobre el entendimiento mutuo, los retrocesos de la terapia, el avance hacia la consecución de objetivos, etc. (Beck, 1979). A lo largo de la primera y segunda entrevista el terapeuta se apoya en preguntas que realiza al paciente para obtener información (Observación Directa). Sin embargo, también tiene la posibilidad de apoyarse en instrumentos de autoreporte tales como: inventarios, cuestionarios y escalas, los cuales le proporcionan

información de manera indirecta (Observación Indirecta). Al utilizar ambas alternativas se incrementa la posibilidad de obtener un diagnóstico confiable y por lo tanto una buena intervención terapéutica.

Dentro de la entrevista el instrumento más importante del que disponen los terapeutas cognitivos son las preguntas. Las preguntas deberán utilizarse para clarificar el significado de las verbalizaciones del paciente de modo que se eviten los malentendidos. Sin embargo, el terapeuta deberá tener cuidado en no realizar rápidamente una pregunta tras otra a los pacientes, ya que éstos pueden sentirse abrumados o atacados.

2.4.6 TÉCNICAS CONDUCTUALES

Es importante comenzar el presente apartado aclarando que las técnicas conductuales y cognitivas son utilizadas a lo largo de la intervención; sin embargo cuando se trata de un paciente con Depresión Mayor se utilizan con frecuencia las técnicas conductuales, ya que son la única vía de cambio, puesto que las capacidades de los depresivos para el pensamiento abstracto y para verbalizar pensamientos pueden estar extremadamente limitadas (Dobson, 1988). Las técnicas conductuales consisten en estimular al paciente para que realice determinadas actividades o proyectos que servirán para aliviar sus sufrimientos, al mismo tiempo que influye positivamente en otros síntomas (Beck, 1979). En pacientes con depresiones leves se utilizan simultáneamente las técnicas conductuales y las cognitivas, no olvidemos que la Técnica Cognitiva es un derivado de la Teoría Cognitivo Conductual. Al respecto, Caro (1991) menciona que a pesar de movernos dentro de un modelo cognitivo se defiende una postura de integración que asume una postura holística. Beck (1979), agrega que el objetivo de las técnicas conductuales en el ámbito de la Terapia Cognitiva es lograr un cambio en las actividades negativas del paciente para que se produzca una mejoría en su ejecución. De esta manera, los métodos conductuales se pueden considerar como pequeños experimentos dirigidos a probar la validez de las hipótesis o ideas del paciente acerca de sí mismo.

Entre las técnicas Conductuales aplicadas en Terapia Cognitiva encontramos: Programación de Actividades, Técnicas de Dominio y Agradó, Entrenamiento en Asertividad, Juego de Roles y Asignación de Tareas Graduadas.

Programación de Actividades

Este tipo de técnica tiene la finalidad de que el paciente elabore un plan de actividades semanal para que no se encuentre inactivo y susceptible a pensamientos depresivos. Beck menciona: "...el empleo de programas de actividades sirve para contrarrestar la poca activación del paciente, su inactividad y su preocupación entorno a las ideas depresivas." (Beck, 1979, p.114) Lo que se logra a través de la técnica es que el paciente se mantenga ocupado, además de que paciente y terapeuta pueden obtener

datos concretos en los que basar las evaluaciones realistas de la capacidad funcional de la persona depresiva. Finalmente, la programación de actividades sirve para estructurar el día y ofrece información para evaluar las actividades diarias del paciente. Además, el terapeuta debe aclarar al paciente que el objetivo es observar y no juzgar lo que hace cada día.

Entrenamiento en Asertividad

Los procedimientos que constituyen la base del entrenamiento asertivo se centran en habilidades específicas tales como: el modelado, la práctica cognitiva, etc. Según Beck (1979), uno de los aspectos esenciales de la Técnica Cognitiva es la evaluación de las cogniciones que pueden interferir con la ejecución conductual, ya que algunos depresivos se comportan de forma no asertiva a causa de sus creencias negativas, más que como resultado de habilidades conductuales deficientes. Por lo anterior, se debe valorar con exactitud si la aplicación del entrenamiento asertivo dentro de la Terapia ayudará a alcanzar los objetivos planteados o solamente se trata de una consecuencia más de los pensamientos disfuncionales.

Entrenamiento en Role-Playing

El Role-Playing o Juego de Roles implica la adopción de un papel por parte del terapeuta, del paciente o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado (Beck, 1979). El Juego de Roles se puede utilizar para que el paciente entienda la importancia de sus cogniciones en el desarrollo de la depresión. El terapeuta puede asumir el papel del paciente y hacerle ver como sus cogniciones modifican su repertorio de respuestas, y cómo es más frecuente la crítica y la exigencia para consigo mismos.

Asignación de Tareas Graduadas

Partiendo de la idea de que un paciente depresivo siente que no puede realizar tareas, las cuales antes le resultaban sencillas es como surge esta técnica. El terapeuta va encontrando tareas fáciles para el paciente las cuales son encomendadas al mismo. En la medida en la que el paciente las realiza son un logro y una motivación para continuar con tareas de mayor dificultad. Desde luego, conforme aumenta el beneplácito y el interés por las actividades, disminuye la intensidad de la Depresión. Beck (1979) menciona que las características principales de la Asignación de Tareas Graduadas son:

1. Definición del Problema
2. Formulación de un Proyecto.
3. Observación inmediata y directa por parte del paciente de su éxito al conseguir un objetivo.
4. Estimular al paciente para que se evalúe de manera realista.

5. Énfasis en el hecho de que el paciente alcanza el objetivo general gracias a su esfuerzo y capacidad.

6. Asignar tareas nuevas y más complejas en colaboración con el paciente.

Tomando en cuenta la particularidad de cada paciente es como se deben asignar las tareas, ya que no podemos correr el riesgo de que ocurra frustración en el paciente al no poder realizar una tarea que para nosotros es sencilla, ya que iríamos en contra de los lineamientos de la Técnica. Es importante entonces, realizar la determinación de las tareas en colaboración necesaria con el paciente.

Técnicas Cognitivas

Cuando el paciente puede emprender actividades más constructivas y ha modificado la estimación negativa de sus capacidades es el momento de aplicar las técnicas cognitivas de la Depresión. Beck (1979) menciona que técnicas como la de hacer preguntas, identificar pensamientos ilógicos, determinar las reglas bajo las cuales el paciente distorsiona la realidad se emplean para ayudar tanto al terapeuta como al paciente a entender las interpretaciones que éste hace de la realidad. La información central que se necesita para la Terapia Cognitiva es cómo comprende e interpreta el paciente sus experiencias. Además, la etapa más importante de la Terapia Cognitiva es el entrenamiento del paciente para observar y registrar sus cogniciones, así el paciente se da cuenta de la existencia de imágenes y autoverbalizaciones. Según Beck (1979) las Técnicas Cognitivas son útiles para: 1. Un descubrimiento guiado en el cual el paciente será capaz de reconocer patrones disfuncionales de interpretación, 2. Descubrir los significados idiosincrásicos desde los cuales el paciente interpreta sus experiencias en formas extremas e inusuales, 3. Colaboración empírica trabajando con el paciente para probar la validez de sus creencias, interpretaciones y expectativas de éste y 4. Examinar las ventajas y desventajas de mantener o cambiar las creencias y conductas.

Comprobación de Predicciones e Hipótesis

Esta técnica es de las más características del modelo de Beck, ya que supone un gran trabajo de debate cognitivo entre el terapeuta y el paciente.

Caro (1991) menciona que lo primero es hacer que el paciente verbalice cualquier idea negativa y la convierta en hipótesis después, se consideran los puntos a favor y en contra de dicha hipótesis. Posteriormente, se elabora la manera en que ésta se puede comprobar en la realidad y finalmente se acepta o rechaza la hipótesis, elaborando otras alternativas en caso de rechazo.

Técnica de la Triple Columna

Es un método que sirve para registrar los pensamientos automáticos que tiene el paciente en situaciones específicas. Según Caro (1991) es

importante que el paciente aprenda a identificar sus pensamientos distorsionados y, colocarlos dentro de un cuadro elaborado específicamente para ello. Se le enseña al paciente a responder adecuadamente en cada una de las columnas –situación, emoción y pensamientos automáticos- además también se le enseña a escucharse, a reconstruir situaciones pasadas o futuras, a realizar ensayos cognitivos empleando la técnica del como si y a buscar significado de los hechos.

Técnica de Reatribución

Un patrón cognitivo frecuente en pacientes depresivos es aquel en el que se atribuyen a sí mismos la culpa o responsabilidad de sucesos negativos. Tienden a autoculparse por situaciones que salen de su control. La técnica de reatribución se utiliza según Beck (1979) cuando el paciente atribuye, de forma poco realista, las consecuencias negativas a una deficiencia personal, como la falta de capacidad o esfuerzo. La forma en que el terapeuta puede contrarrestar las cogniciones del paciente que se autoculpa es revisar los hechos que dieron lugar a la autocrítica, mostrar los diferentes criterios existentes para atribuir la responsabilidad que el paciente aplica a su propia conducta y demostrar cómo podrían ser aplicados a la conducta de otra persona. Finalmente se pone en duda la creencia de que el paciente es totalmente responsable de cualquier consecuencia negativa.

Búsqueda de Soluciones Alternativas

Quando un paciente se encuentra en un proceso depresivo, su sistema de lógica y razonamiento se ven afectados por el tipo de cogniciones que maneja y por su patrón de pensamiento rígido. A medida que el paciente se aleja de dicho proceso, puede contemplar la posibilidad de resolver problemas que antes consideraba irresolubles. Es decir, puede comenzar una búsqueda de alternativas. Específicamente, Beck (1979) señala que esta técnica se refiere a la investigación activa de otras interpretaciones o soluciones a los problemas del paciente. Con una comprensión de los problemas basada en la realidad, las opciones que antes habían sido rechazadas ahora se pueden volver a considerar como prácticas y útiles. La búsqueda de vías alternativas para afrontar los problemas constituye una técnica muy importante en el tratamiento de los pacientes suicidas.

Empleo del Contador de Pulsera

Es un instrumento que ayuda a los pacientes depresivos a identificar y controlar sus cogniciones. Primero, el terapeuta enseña al paciente a identificar pensamientos distorsionados y a registrarlos, cuando el terapeuta cree que el paciente identifica correctamente sus cogniciones entonces le muestra el empleo del contador de pulsera. Sin embargo, el terapeuta tiene que estar atento y comprobar periódicamente que el paciente registra las cogniciones que son relevantes para la Terapia. Beck (1979), menciona que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

el contador de pulsera es útil para mostrar al paciente el modo como sus sentimientos negativos se producen, mantienen o intensifican. Sin embargo, esta técnica está contraindicada cuando los pacientes están muy inmersos en sus pensamientos negativos y son incapaces de concentrarse en algo distinto, se les debe entrenar en ignorar la cognición y concentrarse en la tarea que tenga entre manos. Para finalizar, Beck (1979) sugiere una lista de técnicas que incluyen las conductuales y cognitivas como orientación a lo que podemos realizar para cada uno de los síntomas más comunes en la Depresión.

SINTOMAS AFECTIVOS

Tristeza: Distracción, auto-instrucciones.

Llanto: Entrenamiento en distracción, autoinstrucciones activas.

Culpabilidad: Reatribución.

Vergüenza: Reconocimiento abierto de ella.

Ira: Distracción, relajación.

Ansiedad: Actividad física, distracción.

Anhedonia: Técnica de Maestría y Agrado.

SINTOMAS MOTIVACIONALES

Carencia de motivación y deseos de evitación: Comprobación de hipótesis, actividades graduadas.

Excesiva Dependencia: Autoconfianza, comprobación de hipótesis.

SÍNTOMAS COGNITIVOS

Indecisión: Lista de ventajas y desventajas.

Problemas vistos como abrumadores: Solución de Problemas.

Autocríticas: Role-playing, reatribución.

Pensamientos Absolutistas: Lista de cosas bien realizadas en el pasado, autocuestionarse.

Anticipaciones Negativas: Comprobación de hipótesis, problemas de concentración y memoria: focalización.

SÍNTOMAS CONDUCTUALES

Pasividad, evitación e inercia: Proyecto y horario de actividades.

Enfrentamiento defectuoso a problemas prácticos: Comprobar si se trata de un problema real o distorsionado, ensayos cognitivos.

Déficit de habilidades sociales: Tareas graduadas, ensayo conductual.

La propuesta de Beck para el trabajo terapéutico con pacientes depresivos es muy interesante como pudimos constatar a lo largo del presente capítulo. La parte teórica que nos ha tocado revisar se ha comprobado una y otra vez de manera exitosa empíricamente, lo cual nos brinda apoyo adicional para decidir aplicar la técnica a pacientes depresivos. Por ser una técnica a corto plazo; es decir, que la intervención es de aproximadamente 15 sesiones (de acuerdo, desde luego al diagnóstico del paciente) es de gran utilidad, ya que los pacientes la gran mayoría de las

veces pretenden recuperar su bienestar en poco tiempo y no después de años. Esta parte creo es muy importante ya que los Psicólogos actualmente ofrecemos alternativas viables de tratamiento que dejan de lado la utilización de fármacos antidepresivos que sólo controlan el problema pero no lo eliminan.

Al ser una Técnica de afrontamiento ofrece una ventaja más, ya que al enseñar a los pacientes depresivos a detectar sus pensamientos irracionales y cambiarlos por racionales les brindamos la oportunidad de ejercer esta habilidad en su vida diaria. Se dice fácil lograrlo pero no debemos olvidar que la habilidad del terapeuta para emitir un buen diagnóstico es parte esencial de la Terapia, por otro lado la cooperación paciente-terapeuta es de vital importancia para el desarrollo de la técnica, ya que se requiere de colaboración y trabajo en equipo. También es importante la manera en que el terapeuta dirige el curso de las sesiones, ya que su habilidad para detectar cuando es preciso cambiar la estrategia de intervención o sobre dónde se tiene que trabajar de manera más precisa es fundamental para el éxito terapéutico. Al brindarnos la oportunidad de trabajar sobre técnicas conductuales y técnicas cognitivas nos permite cubrir áreas tanto de actividad como de pensamientos, lo cual hace más completa la intervención al no dicotomizar ninguna de ellas.

La propuesta de Beck es muy flexible y permite al terapeuta aplicarla de acuerdo a las necesidades del paciente y naturalmente del diagnóstico obtenido como resultado de una evaluación cuidadosamente realizada. Una de las técnicas que más se relaciona con la de Beck es la denominada de Solución de Problemas, al ser un derivado más de la Teoría Cognitiva nos permite su aplicación de manera conjunta o separada con la de Beck a juicio del propio terapeuta. A continuación revisaremos los principales lineamientos de dicha técnica con la finalidad de tener una alternativa más en la intervención terapéutica con pacientes depresivos

CAPITULO III

TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

3.1 DESARROLLO HISTORICO

La Técnica de Resolución de Conflictos tuvo sus inicios hacia finales de los años 60's y principios de los 70's como parte de una tendencia creciente dirigida a las intervenciones clínicas que se centraban en la facilitación de la Competencia Social (Gladwin, 1967). Es una derivación más de las terapias cognitivo-conductuales las cuales surgieron a mediados del presente siglo como una necesidad latente de contemplar no sólo el aspecto conductual del individuo sino también el aspecto cognitivo. De esta manera, se les llamó muy apropiadamente Técnicas de Afrontamiento, ya que la finalidad es enseñar al paciente a enfrentar situaciones que superan sus límites y proporcionarles las habilidades necesarias para solucionar las circunstancias adversas de la vida, logrando así que el paciente no sea dependiente del terapeuta, sino que aprenda a enfrentarse por sí mismo a la vida.

Para D'Zurilla (1993) los cuatro hechos que considera han tenido influencia en el surgimiento de la Resolución de Conflictos son: a) el interés por la creatividad, b) el surgimiento de la aproximación de competencia social a la psicopatología como oposición al modelo médico, c) el rápido desarrollo y expansión del enfoque cognitivo-conductual dentro de la modificación de conducta y d) el desarrollo de la teoría transaccional del estrés.

INVESTIGACIÓN SOBRE CREATIVIDAD

Según Becoña (1997) la investigación en creatividad, la cual tuvo gran importancia en la década de los 50's en E.U., se realizó bajo la implicación de ser necesaria para un adecuado desarrollo de cualquier sociedad incidiendo así en el área de Solución de Problemas.

Osborn (1963) por su parte, se interesaba por el desarrollo de métodos y técnicas de entrenamiento para el fomento de conductas creativas. De esta manera, elaboró programas dirigidos a estimular el pensamiento productivo y las conductas creativas utilizando las técnicas de "brainstorming" (torbellino de ideas). Sus métodos y técnicas de entrenamiento resultaron tan efectivos que fueron incluidos dentro del entrenamiento en Solución de Problemas (SP).

ENFOQUE COMPETENCIA SOCIAL EN PSICOPATOLOGÍA

El rechazo del modelo médico para explicar muchos fenómenos psicopatológicos ha sido común desde la década de los 50's. Esto debido a que los investigadores comenzaron a plantear el hecho de que la

psicopatología podría disminuir en tanto la competencia social fuera más efectiva. D'Zurrilla (1993) menciona que las respuestas desajustadas pueden ser el resultado de deficiencias en las habilidades y capacidades que contribuyen a la competencia social, incluidas por supuesto las habilidades para la resolución de conflictos. Así, el modelo médico es rechazado debido a que no se tiene que esperar a que la psicopatología exista para tratar de eliminarla, sino que se puede actuar de forma preventiva proporcionándole al paciente las habilidades necesarias para la adecuada competencia social.

ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL EN TERAPIA

Becoña (1997) menciona que la aproximación cognitivo-conductual aplicada en tratamientos ha aportado la idea de que para facilitar la adquisición de la competencia social, es necesario introducir elementos cognitivos para lograr el autocontrol y conseguir la generalización de los programas utilizados. Un ejemplo son los programas de entrenamiento en habilidades de SP para facilitar y generalizar una adecuada competencia social.

EL MODELO TRANSACCIONAL DEL ESTRÉS

Al mismo tiempo que se desarrollaba el enfoque cognitivo-conductual, Richard Lazarus (1984) elaboraba estudios sobre el estrés y desarrollaba la teoría transaccional del estrés. Dicha teoría se centra en específicas transacciones persona-ambiente en las que las variables ambientales y variables personales interactúan y se influyen entre sí. Este modelo ha tenido incidencia en la actual aproximación de SP: a) sugiriendo que el origen de un problema y los procesos de SP pueden conocerse mejor desde una perspectiva transaccional, b) afirmando el hecho de que los problemas de la vida son a menudo estresantes y que las variables emocionales probablemente influyen el proceso de SP significativamente, y c) se ha sugerido que el entrenamiento en SP puede ser exitoso como una aproximación al manejo del estrés (Becoña, 1997).

3.2 DEFINICIÓN DE LA TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Para entender claramente el proceso de la Técnica de Solución de Conflictos es preciso conocer antes los conceptos sobre los cuales se basa dicha técnica. D'Zurrilla (1993) menciona que es importante para la teoría, investigación y práctica conocer dichos conceptos, ya que nos permitirá diferenciar la relación existente entre el entrenamiento de Resolución de Conflictos y el entrenamiento en Habilidades Sociales.

D'Zurrilla y Nezá (1971) definieron los siguientes términos: a) problema, b) solución, c) solución eficaz, d) solución de problemas, e) afrontamiento de solución de problemas y f) competencia social.

a) Un **problema** es definido como una situación de la vida que demanda una respuesta para el funcionamiento efectivo, pero para la cual ninguna respuesta efectiva está disponible en ese momento para el individuo o para el grupo enfrentado con la situación (D'Zurrilla, 1971). Davis (1973), por su parte define un problema como una situación de estímulo para la cual un organismo no tiene ninguna respuesta lista. En esta situación el individuo o grupo perciben una discrepancia entre "lo que es" (circunstancias actuales o anticipadas) y "lo que debería ser" (circunstancias que se demandan o se desean), bajo condiciones donde el medio de reducir tales discrepancias no es inmediatamente aparentes o disponibles debido a uno o varios obstáculos (por ejemplo: ambigüedad, incertidumbre, déficit de habilidades, etc.).

Es muy probable que los problemas sean estresantes, si son de alguna manera relevantes o difíciles para el bienestar de las personas. Un problema puede ser un acontecimiento único (la pérdida de algún objeto), una serie de sucesos relacionados (un jefe que hace continuamente peticiones poco razonables), o una situación crónica (desempleo continuo o enfermedad). Las exigencias de la situación conflictiva pueden originarse en el ambiente (por ejemplo, demanda de tareas objetivas) o dentro de la persona (por ejemplo, compromiso personal). A esto, D'Zurrilla (1993) le llamó demandas perceptivas, ya que un individuo está probablemente más influenciado por la percepción de las demandas en la situación cuando identifica los problemas que por las demandas objetivas en sí mismas.

De esta manera, observamos que lo anterior se relaciona con la teoría transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984), ya que vemos que un problema ni se ve sólo como una característica del ambiente ni tampoco de la persona, sino como una transacción persona-ambiente, implicando una relación recíproca entre las variables ambientales y las personales que están en constante cambio.

b) Una **Solución** es definida por D'Zurrilla (1993) como una respuesta de afrontamiento o un patrón de respuesta que es efectivo en alterar la situación problemática y/o las reacciones personales para que ya no sea percibida como un problema.

c) La **Solución Eficaz** no sólo cumple con lo anterior sino que al mismo tiempo maximiza otras consecuencias positivas (beneficios) y minimiza consecuencias negativas (costos). Por otra parte, la efectividad de cualquier solución particular puede variar para diferentes individuos o diferentes ambientes dependiendo de las normas y valores de la persona que esta solucionando un problema o de otras personas significativas que se encargan de juzgar del que ha solucionado el problema.

d) La **solución de Problemas** tal y como la definen D'Zurrilla y Goldfried es: "...un proceso conductual de naturaleza manifiesta o cognitiva que: a) hace posible una serie de alternativas de respuesta potencialmente efectivas para afrontar la situación problemática y, b) aumenta la probabilidad de elegir la respuesta más efectiva de entre las distintas alternativas..." (D'Zurrilla y Goldfried, 1971, p. 108) Recordando que el entrenamiento en resolución de conflictos es una terapia de afrontamiento, su objetivo general no es ofrecer a los individuos determinadas soluciones a problemas específicos, sino proporcionarles habilidades de manejo general que les permitan afrontar de un modo más efectivo una amplia variedad de problemas situacionales. Esto no significa que un paciente resolverá eficazmente todos los problemas, sino que tendrá las aptitudes para desarrollar y seleccionar soluciones (Craighead, 1980).

e) El **Afrontamiento de Solución de Problemas** hace referencia a la ejecución de la respuesta de solución elegida, que no es sólo una función de la solución de problemas, sino también de factores relacionados con la historia del aprendizaje del individuo, tales como déficit de habilidades de ejecución, inhibiciones emocionales, y déficits motivacionales (reforzamiento).

f) Finalmente, el término **Competencia Social** es definida por D'Zurrilla (1993) como una gran variedad de habilidades sociales, competencias conductuales y conductas de afrontamiento, las cuales capacitan a un individuo para enfrentarse efectivamente con las demandas de cada día. En este contexto, la SP efectiva es sólo uno de los componentes de la competencia social, aunque uno muy significativo.

3.3 TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

3.3.1 CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA

Inicialmente conviene recordar que el objetivo de la Técnica de Solución de Problemas consiste en ayudar al cliente a identificar y resolver los problemas cotidianos que son antecedentes de respuestas desajustadas y al mismo tiempo enseñarle habilidades generales que le permitirán sobrellevar conflictos con mayor efectividad e independencia (D'Zurrilla, 1993). Además, no sólo se puede trabajar sobre problemas antecedentes, sino también se puede contribuir en un programa terapéutico centrado directamente en las respuestas desajustadas como ansiedad, depresión, gula, etc.

Al encontramos frente a una técnica derivada de la Terapia Cognitivo-Conductual, perteneciente al grupo de las de Afrontamiento, podemos entender entonces que estamos de cara a una Técnica en la que lo más importante es que el paciente no sólo resuelva su conflicto sino que aprenda

a ser él mismo su propio terapeuta en ocasiones futuras. D'Zurrilla y Goldfried (1971) mencionan al respecto, que el objetivo principal en la Técnica de Solución de Conflictos es el de identificar la respuesta más efectiva después de la cual otras operaciones de autocontrol se emplearán para estimular y mantener el desempeño del curso seleccionado de acción; en la modificación del comportamiento, el uso de la solución de problemas tiene gran importancia en el entrenamiento de un individuo para que funcione como su "propio terapeuta". Partiendo de lo anterior, podemos referirnos a lo importante que es el hecho de que el terapeuta sea un buen guía en el proceso de aprendizaje de la Técnica de Solución de Problemas, ya que de ahí dependerá el éxito inicial de la misma y la posterior aplicación ante situaciones problemáticas del paciente.

Rodríguez y Naranjo (1997) mencionan que una de las características principales del terapeuta es la habilidad que éste tenga para dirigir la Técnica y el que sepa identificar las atribuciones y creencias del sujeto, de forma que pueda lograr el control de cogniciones inadecuadas y fomentar expectativas positivas de autoeficacia. Por otra parte, Craighead (1980) menciona que el terapeuta sirve para desarrollar las aptitudes individuales y para ayudar a que el paciente utilice los procesos que conducirán a la resolución de problemas. Nuevamente observamos que es la adecuada dirección que el terapeuta tenga de la terapia. Otro punto importante es que el terapeuta debe disponer de las habilidades clínicas necesarias para reconocer cuándo es preciso desviarse de los procedimientos de la Técnica de Solución y aplicar otras técnicas o estrategias de intervención que pueden ser necesarias para el manejo efectivo de un caso en particular. D'Zurrilla (1993) menciona que en algún momento de la Terapia, puede ser necesario para el terapeuta manejar directamente condiciones ambientales, reacciones emocionales o conductas desajustadas que no pueden ser manejadas adecuadamente por el paciente mediante la resolución independiente de conflictos. Por ejemplo, un paciente ansioso puede requerir entrenamiento inmediato en relajación antes de que otros métodos sean aplicados con efectividad, un cliente depresivo puede requerir una reestructuración cognitiva intensa, entrenamiento en habilidades sociales o entrenamiento en comunicación marital para lograr la sensación de dominio o control.

La Técnica de Resolución de Conflictos se puede ajustar a las necesidades que cada paciente presente. Nezá y Nezá (1991) afirman que estamos frente a una terapia flexible y fluida en donde no sólo dentro del entrenamiento se pueden interrelacionar dinámicamente los componentes de la técnica es decir, no se siguen de manera fija e irreversible las 5 fases sino que se pueden intercalar de acuerdo a la manera en que se este llevando a cabo el entrenamiento. Craighead (1980) menciona al respecto que en las situaciones cotidianas los conflictos hacen difícil la selección de planes alternativos. A veces las decisiones deben tomarse antes que se puedan predecir las consecuencias de líneas de conducta alternativas. Sin embargo, la estrategia de Resolución de Conflictos ayuda a especificar los diferentes

aspectos de un problema y por lo tanto a obtener una respuesta altamente eficaz.

Gracias a que la técnica es flexible podemos intercalar otro tipo de estrategias o técnicas a lo largo del entrenamiento, ya que puede haber algunos momentos en que la técnica no siga el curso planeado debido a cogniciones erróneas por parte del paciente, tensión excesiva, reacciones emocionales, etc., las cuales no pueden ser manejadas adecuadamente a través del Entrenamiento en Resolución de Conflictos. Al respecto, D'Zurrilla (1993) menciona que cuando LA TSP se utiliza juntamente con otros métodos de tratamiento como parte de un programa terapéutico más amplio no debería aplicarse separadamente como intervención diferente. Por el contrario, el resto de los procedimientos se puede integrar dentro del marco de la TSP logrando resultados eficaces.

El método más utilizado por el terapeuta es el llamado por D'Zurrilla (1993) "Métodos de Instrucción" y consisten básicamente en la aplicación de métodos didácticos tales como las instrucciones verbales y los materiales escritos al mismo tiempo que hace uso del enfoque socrático de la instrucción, el cual enfatiza la aplicación de preguntas y debates que animan al paciente a pensar por sí mismo y formular sus propias conclusiones, deducciones y elaboraciones.

3.4 FASES DE LA TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Antes de mencionar las fases en las que se compone la Técnica de Solución de Problemas es conveniente mencionar que D'Zurrilla y Goldfried (1971) proponen un modelo prescriptivo o normativo en el cual los sujetos deben resolver los conflictos con el fin de maximizar su efectividad, a diferencia del modelo descriptivo que describe cómo los sujetos típicamente resuelven sus conflictos.

La capacidad general de Solución de Problemas comprende una serie de habilidades específicas, en lugar de una sola capacidad unitaria. Según D'Zurrilla (1993), la solución de problemas eficaz requiere de 5 componentes interactuantes, cada uno de los cuales aporta una determinada contribución a la solución eficaz del problema. Dichas etapas son:

- a) Orientación general hacia el problema.
- b) Definición y Formulación del Problema.
- c) Generación de Alternativas.
- d) Toma de Decisiones.
- e) Puesta en Práctica y Verificación.

Pese a que el modelo de solución de problemas se presenta a través de una serie

de pasos o fases, no siempre se aplica de manera ordenada, unidireccional, sino que por el contrario, la resolución efectiva de conflictos implica movimientos de avance y retroceso de una actividad a otra antes de finalizar el proceso con el descubrimiento de una solución satisfactoria.

A) ORIENTACIÓN GENERAL HACIA EL PROBLEMA

El componente de Orientación hacia el Problema a diferencia de los cuatro componentes restantes es un proceso motivacional mientras que los demás consisten en capacidades y habilidades específicas que permiten a una persona resolver un determinado problema en forma eficaz (Nezú y Nezú, 1991).

En esta primera fase se pretende que la persona: 1) acepte el hecho de las situaciones problemáticas existen y forman parte de la vida diaria, 2) que acepte la posibilidad de hacerles frente de manera eficaz, 3) que reconozca las situaciones problemáticas cuando se presenten y 4) que inhiba la tendencia a responder de forma impulsiva o pasiva (D'Zurilla y Goldfried, 1971). Los dos primeros puntos están relacionados directamente con la reestructuración cognitiva. El tercer punto hace referencia a que continuamente nos enfrentamos a situaciones problemáticas que en ocasiones solucionamos con éxito y ni siquiera nos percatamos de que era un problema, pero cuando la situación supera nuestros límites y creemos que ya deberíamos haber conseguido triunfar o no recibimos reforzamiento, es entonces cuando nos enfrentamos a una situación problemática (Miller, Galanter y Pribram, 1960). El último punto se refiere a que si una situación es verdaderamente problemática es difícil imaginar cómo se puede siquiera iniciar el proceso de resolver el problema sin antes pararse a pensar (Kanfer, 1992). Para lograr lo anterior, el terapeuta se puede valer de ejemplos de situaciones problemáticas comunes e incluso pedirle al paciente que exponga situaciones de este tipo por las que haya pasado a lo largo de su vida. No debemos olvidar que este primer paso funciona como un proceso motivacional, el cual puede tener un efecto facilitador o inhibitorio generalizado sobre las cuatro fases restantes de Solución de Problemas.

Nezú y Nezú mencionan que el entrenamiento en esta fase trata de ayudar a los individuos con problemas a:

1. Identificar y reconocer correctamente los problemas cuando ocurren.
2. Adoptar la perspectiva filosófica de que los problemas de la vida son normales e inevitables y que la solución de problemas es un medio viable para afrontarlos.
3. Aumentar sus expectativas de ser capaces de realizar actividades de solución de problemas correctamente (autoeficacia percibida).
4. Inhibir la tendencia a responder de manera automática con base a aprendizaje de experiencias pasadas. (Nezú y Nezú, 1991, p. 536)

Un aspecto importante en esta fase es el reconocimiento y clasificación adecuado de los problemas. Para lograrlo se pueden utilizar algunas listas de problemas que los pacientes tienen que completar, por ejemplo: la Lista de Problemas elaborada por Mooney, Mooney y Gordon (1950); la Lista de Problemas Personales de Schinka (1986), éstas sensibilizan al paciente ante la amplia variedad de problemas que podrían ocurrir a lo largo de la vida. Según Nezá y Nezá (1991) cuando un paciente clasifica con precisión un problema lo ayuda a inhibir la tendencia a actuar de manera impulsiva como reacción a la situación.

Respecto a esta primera fase se pueden presentar algunos problemas para su aplicación. Rodríguez y Gavino (199) mencionan que el cliente puede no aceptar o reconocer la existencia de determinados problemas que pueden ser los causantes de su malestar. Las autoras ofrecen algunas estrategias para facilitar lo anterior:

- a. Practicar el juego de roles en consulta, pidiendo al cliente que realice el papel del terapeuta.
- b. Presentar un problema no relevante para el paciente y evaluar su situación.
- c. Utilizar la propia conducta ineficaz como una forma de reconocer el problema.
- d. Identificar las emociones o los sentimientos negativos como indicios de la existencia de problemas.
- e. Tomar nota en casa cuando se le ocurra alguna situación problemática.
- f. Preguntar a otras personas y tomar nota de los problemas que refieren.
- g. Observar problemas de terceros o presentados en medios de comunicación.

Sobre la investigación que apoya el empleo de esta primera fase tenemos la realizada por Nezá y Perri (1989) la cual evaluaba la utilización de la orientación hacia el problema en pacientes clínicamente deprimidos. Se utilizó una estrategia de desmantelamiento para abordar este objetivo, se asignaron 39 sujetos deprimidos a 3 condiciones: 1. Terapia de Solución de Problemas (entrenamiento del modelo entero), 2. Terapia Abreviada de Solución de Problemas TASP (modelo entero menos el entrenamiento en el proceso de orientación) y 3. Un grupo control en lista de espera (CLE). Se encontró que aunque en el grupo de TASP disminuyó la sintomatología depresiva en comparación con el CLE no fue así en comparación con el grupo TSP en los cuales la depresión disminuyó muy significativamente. Por lo que se concluyó que aunque a los miembros del TASP se les enseñaron distintas habilidades de afrontamiento dentro de la solución de problemas (es decir, definición del problema, generación de alternativas, etc.) el no haber abordado de manera específica todo el proceso pudo haber conducido a un tratamiento menos eficaz.

De esta manera la fase de Orientación hacia el Problema adquiere demasiada importancia al promover la aceptación y reconocimiento de los problemas lo cual se traduce en una mejor disposición a buscar alternativas, evaluarlas, ponerlas en práctica, etc. Indudablemente, el proceso de

Resolución de Conflictos estaría incompleto sino se realizara este paso por lo cual es importante trabajarlo al inicio.

B) DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN DEL CONFLICTO

El objetivo en este segundo paso es lograr que el paciente pueda definir su problema en términos operativos, de manera que ayude a la generación de soluciones relevantes con posteridad (Rodríguez y Naranjo, 1997). Ésta es una parte básica del proceso de SP, ya que como afirma D'Zurrilla (1993) no es exagerado decir que si tenemos un problema bien definido tenemos ya la mitad del mismo resuelto. Cuando un problema está bien definido, los demás elementos (por ejemplo, generación de alternativas) son mucho más fáciles. Kanfer y Goldstein (1992) mencionan que muchos pacientes hacen referencia a sus problemas en términos bastante vagos o abstractos, dando descripciones generales de la naturaleza global del problema. Por lo que es importante que aprendan a definir los problemas en términos específicos y a incluir todos los detalles pertinentes (hechos externos, pensamientos y sentimientos, etc.).

Debido a que generalmente los problemas no están claramente definidos, son ambiguos, irrelevantes, con información inadecuada o metas poco claras, con esta fase se pretende:

- a) Obtener información relevante sobre el problema.
- b) Clarificar la naturaleza del problema.
- c) Establecer una meta realista de Solución del Problema.
- d) Reevaluar la importancia del problema para el bienestar personal y social de esa persona.

En la recolección de información relevante sobre el problema, D'Zurrilla (1993) menciona que debemos conocer tanto la información de la tarea como la información social y conductual.

La primera hace referencia a las demandas y exigencias asociadas a un inadecuado funcionamiento en diferentes roles de la vida (por ejemplo, empleo, padre, esposo, amigo, etc.). La información social y conductual se refieren a las propias características conductuales de la persona y la de aquellos con quien interactúa durante la ejecución de las tareas diarias.

Posteriormente se debe diferenciar la información relevante de la irrelevante clarificando los conceptos vagos, ambiguos y poco familiares por otros específicos, concretos y familiares. De esta manera, se comienzan a utilizar hechos objetivos, se desechan asunciones, inferencias e interpretaciones no verificadas (D'Zurrilla, 1993). Para facilitar lo anterior, el terapeuta debe enseñar al paciente a realizarse a sí mismo cinco preguntas: quién, qué, cuándo, cómo y por qué, así se logra el empleo de un lenguaje concreto, con el fin de minimizar la probabilidad de confusión y las distorsiones de información. De esta manera, se pueden plantear objetivos en términos concretos, los cuales se dividen en objetivos centrados en el problema y objetivos centrados en la emoción, los primeros conllevan cambios reales

del problema mismo. Los segundos se relacionan con objetivos que tratan de reducir o minimizar el impacto del malestar asociado con el experimentar un problema (Nezú y Nezú, 1991).

Al mismo tiempo que se recoge información, la persona intenta organizarla para conocer la naturaleza del problema. El problema según D'Zurrilla (1993) surge entre la discrepancia entre lo que es (condiciones presentes) y lo que debería ser (lo que se demanda o se desea). Por ello, es importante que sean especificadas las condiciones actuales que son inaceptables, qué cambios se desean o se piden, y qué obstáculos están impidiendo conseguir esas demandas. Establecer una meta facilitará la generación de alternativas de solución así como el modo de evaluar la misma. Por ello, es importante que ésta se establezca en términos específicos evitando afirmaciones no realistas o metas inalcanzables.

D'Zurrilla (1993) puntualiza el hecho de distinguir entre problemas episódicos (por ejemplo, discutir un día con la esposa) y problemas importantes o centrales para la persona. También conviene conocer la organización de los problemas, esto es la persona puede identificar un problema y resultar que está causado por otro problema más general. Aquí entonces, se distingue entre problema y subproblema.

Una vez que se ha definido y formulado el problema se reevalúa el significado del mismo para su bienestar social y personal. El significado del problema según D'Zurrilla (1993) es reevaluado considerando los costos, tanto a corto como a largo plazo, de solucionar o no solucionar el problema. Para evaluar el problema la persona puede utilizar términos como benigno, amenazante y/o desafiante. En el caso de un problema benigno, poco o ningún costo es de esperar si el problema se soluciona o no satisfactoriamente. Una evaluación enfatiza los probables costos de solucionar el problema y/o no solucionarlo. Una evaluación desafiante enfatiza los posibles beneficios de solucionar el problema.

Este segundo paso, es importante debido a que al redefinir operacionalmente y en términos claros y concretos un problema se facilita enormemente la obtención de una solución eficaz al mismo.

En la investigación básica sobre resolución de problemas, se suele presentar a los sujetos una tarea relativamente bien definida para la que deben encontrar alguna solución. En la vida real, las situaciones problemáticas no siempre están bien especificas, por lo cual es necesario definir las en términos concretos. Bloom y Broder (1950) realizaron una investigación en donde demostraron que la gente que resuelve problemas del modo más efectivo siempre transforma los términos abstractos en ejemplos concretos, mientras que los malos solucionadores de problemas nunca hacen dicha transformación (cit. En Kanfer y Goldstein, 1992, p. 143).

Se han llevado a cabo numerosas investigaciones que demuestran la importancia de la Definición y Formulación del Problema (DFP) una de ellas fue la realizada por D'Zurrilla y Nezú (1981) los cuales estudiaron los efectos del entrenamiento en habilidades de definición y formulación del problema sobre el proceso de generación de alternativas. Los estudiantes universitarios se dividieron en tres grupos (entrenamiento específico, general

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y no-entrenamiento). Además, la mitad de los miembros de cada grupo recibían entrenamiento en generación de alternativas según el "principio de cantidad". A la otra mitad no se le dieron instrucciones para aplicar este principio. Después del entrenamiento, se pidió a todos los sujetos que generaran soluciones para uno de los dos problemas de orientación social que se presentaron. Los resultados de esta investigación ofrecieron evidencia de que los sujetos entrenados en habilidades de DFP produjeron soluciones significativamente más eficaces que las generadas por los dos grupos restantes. Además, los sujetos que recibieron entrenamiento en el empleo del principio de cantidad produjeron soluciones significativamente más eficaces que las generadas por los dos grupos restantes. Finalmente, los sujetos que recibieron entrenamiento en el empleo del principio de cantidad produjeron soluciones mejores que los sujetos que no recibieron entrenamiento (cit. En Nezá y Nezá, 1991, p. 541).

C) GENERACIÓN DE SOLUCIONES ALTERNATIVAS

D'Zurrilla (1993) afirma que el objetivo de esta fase es disponer de tantas soluciones alternativas (opciones de enfrentamiento) como sea posible de modo que se maximice la probabilidad de que la "mejor" se encuentre entre ellas.

Kanfer y Goldstein (1992) mencionan que se debe distinguir entre estrategia y táctica para resolver un problema definido operativamente. La estrategia se refiere a una línea de acción esbozada en términos generales y la táctica específica como llevar a cabo el plan. En esta fase se utiliza la estrategia denominada "torbellino de ideas" (brainstorming) de Osborn (1963) para conseguir los objetivos propuestos. Se han realizado numerosos estudios sobre brainstorming los cuales llegan a la conclusión de que el entrenamiento en este procedimiento incrementa la probabilidad de producir soluciones de buena calidad (D'Zurrilla y Goldfried, 1971). Como una especie de asociación libre dirigida el principio de brainstorming se basa en tres principios: a) de cantidad, b) de aplazamiento del juicio y c) de variedad.

El principio de cantidad sugiere que cuantas más soluciones alternativas se produzcan más calidad de ideas estarán disponibles, y con más probabilidad se encontrará la mejor solución.

El principio de aplazamiento de juicio se refiere a que una persona genera mejores soluciones si no tiene que evaluar en ese momento dichas soluciones. Además, el juicio tiende a inhibir la imaginación si se usan ambas al mismo tiempo.

El principio de variedad afirma que cuanto mayor es el rango o variedad de ideas de solución, más ideas de buena calidad serán descubiertas.

En esta parte del proceso es necesario considerar la angustia emocional, el hábito de llegar siempre a la misma solución y la falta de información, ya que son los factores más importantes que interfieren o impiden llegar a formular adecuadas alternativas de solución. Cuando esto sucede, Nezá

(1989) recomienda echar mano de otras técnicas como la reestructuración cognitiva, relajación, autoinstrucciones, etc. Una vez que está elaborada la lista de soluciones podemos aumentar la cantidad y calidad de las mismas si ponemos en práctica los siguientes procedimientos (D'Zurrilla, 1993):

1. Combinaciones: Podemos analizar la lista de soluciones y considerar combinarlas para elaborar nuevas soluciones.
2. Modificaciones y elaboraciones: Al analizar la lista podemos considerar el cómo podrían modificarse o elaborarse las soluciones para mejorarlas o crear nuevas.
3. Relaciones Forzadas: Se pueden elaborar nuevas ideas "forzando" la relación entre dos conceptos que son diferentes pero similares en alguna medida.
4. Visualización: El paciente visualiza o imagina la situación conflicto y la manera en que podría resolverlo.

D'Zurrilla y Nezá (1980) realizaron una investigación para comprobar la eficacia de la generación de alternativas, se formaron cuatro grupos experimentales de manera aleatoria y uno de control de 20 estudiantes universitarios cada uno. La primera condición experimental implicaba el entrenamiento en la aplicación de los tres principios (variedad, cantidad y aplazamiento del juicio), el segundo grupo recibía entrenamiento en los principios de aplazamiento y cantidad, pero no en el enfoque de estrategias, al tercer grupo se le dieron instrucciones sobre cantidad y estrategias, pero no de aplazamiento. El cuarto grupo recibió instrucciones sobre el principio de cantidad. Al grupo control no se le dio instrucción sobre ninguno de los principios de generación de alternativas. Después del entrenamiento se les pidió a los sujetos que solucionaran dos problemas de prueba de orientación social. Los resultados encontrados indicaron que los cuatro primeros grupos eran significativamente más eficaces en sus respuestas que el grupo control.

D) TOMA DE DECISIONES

El propósito de la Toma de Decisiones según Nezá y Nezá (1991) es evaluar (juzgar y comparar) las opciones disponibles con respecto a la solución y seleccionar la(s) mejor(es) para ser llevada a cabo en la situación problema real. Según D'Zurrilla (1993) para cada solución alternativa se indican los costos y beneficios, a corto y largo plazo, y se juzga el resultado esperado o la utilidad de cada alternativa, se comparan alternativas, y se selecciona la solución o combinación de soluciones, con la mejor utilidad esperada. El juicio de utilidad esperada se basa principalmente sobre cuatro criterios costo/beneficio:

1. Resolución del Conflicto.
2. Bienestar emocional.
3. Esfuerzo/tiempo.
4. Bienestar general personal-social.

Sin embargo, si queremos lograr más exactitud en la elección de una solución, maximizando los beneficios y disminuyendo los costos podemos hacer uso de la siguiente escala:

+5 Extremadamente Satisfactoria

+4

+3 Moderadamente Satisfactoria

+2

+1 Levemente Satisfactoria

-1 Levemente Insatisfactoria

-2

-3 Moderadamente Insatisfactoria

-4

-5 Extremadamente Insatisfactoria

Estas discriminaciones tan exactas pueden ser importantes para la resolución de conflictos de "alto riesgo" en donde las consecuencias de una solución relativamente inefectiva pueden ser serias (D'Zurrilla, 1993). Sumado a lo anterior, debemos considerar también en la elección de una solución lo siguiente: a) las consecuencias personales, específicamente en la medida en que se relacionan con los problemas principales de la situación, b) las consecuencias sociales, especialmente sobre las personas significativas en su vida, c) las consecuencias a corto plazo en relación con su propio problema y con los efectos sobre los demás, d) las consecuencias a largo plazo de la solución sobre el funcionamiento personal-social futuro, y la posible prevención de una situación problemática similar en lo futuro (Kanfer y Goldstein, 1992).

E) SOLUCIÓN EN PRACTICA Y VERIFICACION

El objetivo según lo cita D'Zurrilla es "...diagnosticar los resultados de la solución y verificar la efectividad o utilidad de la solución escogida en la situación conflictiva actual." (D'Zurrilla, 1993, p. 139) En esta fase el conflicto se ha resuelto simbólicamente, pero la efectividad de la solución en la situación real aún está por verificarse. La única manera de lograr dicha verificación consiste en poner en práctica el plan de solución y evaluar objetivamente los resultados obtenidos. Este proceso incluye cuatro

componentes: 1) implementación de la solución, 2) automonitoreo, 3) autoevaluación y 4) autorrefuerzo. En la implementación de la solución se ejecuta la o las conductas que forman el plan de solución. En caso de que no se pueda llevar a cabo la solución elegida por factores ambientales, personales, sociales, costos, etc., entonces el paciente deberá volver al proceso resolutivo con el fin de encontrar una nueva solución que pueda ser implementada con efectividad. El automonitoreo implica la auto-observación de la ejecución de la solución y/o sus productos (resultados), y el registro (medida) de esta ejecución y/o su resultado. Para medir una respuesta se puede realizar a través de: a) la frecuencia de respuesta, b) duración de la respuesta, c) latencia de la respuesta, d) intensidad de respuesta y e) productos de respuesta. Una vez que la solución ha sido ejecutada por un período de tiempo suficiente para determinar el progreso, se evalúan los resultados, utilizando los mismos criterios y procedimientos de puntuación que en la toma de decisiones: a) resolución del conflicto, b) bienestar emocional, c) cantidad de esfuerzo y tiempo empleados y d) la relación total de beneficio/costo o el bienestar general personal-social.

Por otra parte, Kanfer y Goldstein (1992) mencionan que la implementación de la solución y verificación también surgen del trabajo de Miller, Galanter y Pribram (1960) quienes proponen un modelo de "Test-Operate-Test-Exit" (probar-operar-probar-salida) en el que una persona mantiene un determinado criterio de adecuación (probar) y emprende las acciones pertinentes (operar). Los resultados de las mismas se comparan con un criterio (probar) y si se ha alcanzado, finaliza la actividad (salida). Si la ejecución se ha quedado cerca del criterio pero sin alcanzarlo, el individuo continúa "operando" hasta alcanzarlo.

Durante la fase de verificación, una vez que se ha puesto en marcha la solución, los individuos determinan si la situación problemática se ha resuelto satisfactoriamente o no. En caso afirmativo "salen" del proceso, de lo contrario, vuelven al mismo con la esperanza de generar una solución más efectiva. En algunas situaciones puede darse el caso de que el paciente no se atreva o tenga temor de llevar a cabo el paso de "ejecución" y verificación de la solución. En ocasiones, el problema podría no provenir del sujeto sino del medio en el que se desenvuelve. Rodríguez y Gavino (1997) recomiendan en estos casos que el terapeuta detecte las dudas y problemas del paciente, para así llevar a cabo las técnicas correspondientes (por ejemplo, reestructuración cognitiva o entrenamiento en habilidades instrumentales específicas). Además, cuando la dificultad proviene del medio del paciente, deberá seleccionar una alternativa que pueda ser ejecutada sin dificultades.

A manera de resumen el siguiente esquema nos muestra el proceso general de la Técnica de Resolución de Conflictos (D'Zurrilla 1993 y Nezú y Cols. 1989).

1. ORIENTACIÓN HACIA EL PROBLEMA
 - a) Percepción del Problema
 - b) Atribución del Problema
 - c) Valoración del Problema
 - d) Control Personal
 - e) Compromiso de Tiempo y Esfuerzo

2. DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA
 - a) Recogida de Información
 - b) Comprensión del Problema
 - c) Establecimiento de objetivos
 - d) Reevaluación del Problema

3. GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS
 - a) Principio de variedad
 - b) Principio de cantidad
 - c) Principio de Aplazamiento del Juicio

4. TOMA DE DECISIONES
 - a) Anticipación de resultados de la solución
 - b) Evaluación de los resultados de cada solución
 - c) Preparación de la solución

5. SOLUCIÓN EN PRÁCTICA Y VERIFICACIÓN
 - a) Llevar a cabo la solución elegida
 - b) Autoregistros
 - c) Autoevaluación

3.5 APLICACIONES

La Técnica de Resolución de Conflictos se ha aplicado a un sinnúmero de casos que van desde pacientes infantiles, adolescentes y adultos. La evidencia empírica aunque parece poca es muy representativa de los efectos que produce a corto plazo la Técnica. Por ejemplo, varios estudios han mostrado que el entrenamiento en habilidades para la solución de problemas puede disminuir la conducta desorganizada e impulsiva, e incrementar la popularidad entre compañeros en niños y adolescentes (Kazdin, 1985; Kendall y Braswell, 1993; Spivack y Shure, 1982). Muchos de estos estudios se han centrado en niños ligeramente desorganizados e impulsivos en la escuela; con ellos los efectos del tratamiento se mantienen hasta dos años después (Shure y Spivack, 1982). Con niños y adolescentes con perturbaciones más graves, como aquellos que muestran conducta agresiva o delictiva, el tratamiento de base cognoscitiva, que se enfoca en el entrenamiento de habilidades de solución de problemas, ha conducido a cambios significativos en el hogar, la escuela y la comunidad, y estos beneficios resultan evidentes incluso un año después (Durlak, Fuhrman y Lampman, 1991; Kazdin, 1993; Kendall y Braswell, 1993). Con pacientes adolescentes y adultos la técnica se ha aplicado en casos de alcoholismo, consumo de cigarrillos, depresión, dificultades académicas, indecisión vocacional, conflictos maritales y familiares, problemas de control de peso, agorafobia, estrés y enfrentamiento inefectivo y problemas comunitarios (D'Zurilla, 1993). Por su parte, Rodríguez y Gavino (1997) mencionan algunas de las aplicaciones de la Técnica de Resolución de Conflictos:

- Pacientes cuyas reacciones depresivas se relacionan directamente con el afrontamiento inadecuado de las situaciones problemáticas.
- Experiencias de crisis relacionadas con la toma de decisiones.
- Niños con conductas hiperactivas y agresivas.
- Para el control de la ira en adolescentes.
- El tratamiento de los problemas maritales y familiares.
- Para la prevención y el manejo efectivo del estrés.
- Junto al entrenamiento en diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal y habilidades sociales, el entrenamiento en solución de problemas interpersonales se ha utilizado para el tratamiento de la esquizofrenia.
- Para enseñar y evaluar las habilidades de razonamiento de médicos y psicólogos en situaciones clínicas simuladas.
- Hospitales psiquiátricos (para la toma de decisiones por parte de los profesionales).
- Para establecer acuerdos en ambientes interdisciplinarios.
- Como estrategia para prevenir problemas en aquellos casos de sujetos con una marcada falta de autocontrol, en los que la situación problemática no esté aún presente pero se prevea su ocurrencia.

La Técnica de Resolución de Conflictos resulta muy útil siempre y cuando el terapeuta conozca bien tanto el aspecto teórico como el práctico de la misma. No debemos olvidar que al tener un buen diagnóstico tenemos a nuestro alcance la posibilidad de elegir la técnica o técnicas que mejor se adapten a la situación a la que nos estamos enfrentando. Cada paciente presenta particularidades que lo hacen diferente de otros pacientes que inclusive presenten su mismo problema. Las habilidades que el terapeuta debe poseer para aplicar las técnicas son innegables, él es quien lleva el curso de la terapia y por lo tanto en él recae gran parte de posibilidades de que la terapia sea exitosa.

CAPITULO IV

TÉCNICA COGNITIVA DE BECK Y TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS APLICADAS A LA DEPRESION

4.1 DIAGNÓSTICO

Una vez más retomamos la importancia de un correcto diagnóstico para la adecuada aplicación de la Intervención. Antes de aplicar cualquier técnica de intervención primero es necesario decidir si la misma va a ser útil para el paciente, si éste va a obtener con ella todo el beneficio que se desea y si es la técnica que mejor se adecua a la situación por la que el paciente acude a Terapia (Becoña, 1997). Para lograr lo anterior, específicamente hablando de Depresión, no sólo es necesario que el terapeuta tenga conocimientos y una amplia experiencia para reconocer las múltiples variedades de depresión (Beck, 1967) sino también debe conocer todo lo relacionado con la terapia de intervención que haya decidido es la más adecuada para el problema del paciente. Cuando hablamos de utilizar ya sea la Técnica de Solución de Problemas o la Técnica Cognitiva de Beck, no lo hacemos como sugerencia a utilizar aquella que más nos agrade o mejor se nos facilite para su aplicación, sino que nos referimos a que el terapeuta debe identificar inicialmente las causas que están originando el problema del paciente, ya que de acuerdo a ellas es como el terapeuta elige la línea de acción a seguir. No debemos olvidar que aunque varios pacientes presenten el mismo diagnóstico (en este caso depresión) sus causas son distintas debido a que son personas que se desenvuelven en un medio social, familiar y de trabajo único, los orígenes de sus problemas pueden ser tan variados que requieren necesariamente de un diagnóstico preciso que permita al terapeuta identificar las causas y contingencias que originan y mantienen la conducta inadecuada.

Repetidamente, hemos mencionado que las intervenciones en Afrontamiento (Kazdin, 1996) nos permiten contar con una serie de técnicas con base cognoscitiva las cuales se apegan a la noción general de que el cambio conductual puede lograrse alterando los procesos cognoscitivos. La hipótesis que subyace dichas técnicas, propone que los procesos cognoscitivos desadaptados conducen a conductas desadaptadas y que la modificación de estos procesos puede conducir al cambio conductual (Thorpe y Cols. 1990). Adicionalmente, una característica de dichas técnicas es que permiten al paciente obtener las habilidades necesarias para afrontar situaciones problemáticas similares en el futuro. El terapeuta es el encargado de enseñar al paciente dichas habilidades con el fin de que una vez que finalice el tratamiento el paciente pueda funcionar como su propio terapeuta. Otra característica más de las Técnicas de Afrontamiento es que son a corto plazo, es decir que en un número reducido de sesiones el

paciente logra disminuir significativamente su problema con muy pocas posibilidades de recaer.

Para lograr que el diagnóstico tenga validez el instrumento más utilizado es por una parte la entrevista y por el otro los auto-informes. Según Garfield (1974) la entrevista se utiliza principalmente para tres fines generales: 1) evaluación de diagnóstico, 2) prueba psicológica y 3) psicoterapia. Desde el punto de vista del diagnóstico se utiliza para obtener información acerca del problema del cliente y para valorar la naturaleza de su dificultad. La entrevista es el paso inicial del proceso clínico. Cuando un individuo busca ayuda para sus problemas personales, generalmente lo primero que se hace es tener una entrevista con él para determinar inicialmente si el clínico o terapeuta lo pueden ayudar. Por otro lado, las pruebas psicológicas específicamente los auto-informes o diagnóstico verbal (D'Zurrilla, 1993) se pueden considerar como una forma de entrevista dado que nos proporcionan información acerca del problema del paciente bajo una forma estandarizada en la que a todos los clientes se les hace esencialmente las mismas preguntas en un orden y forma cuidadosamente prescritos.

Tanto la Técnica Cognitiva como la Técnica de Solución de Problemas ofrecen instrumentos de evaluación que previa entrevista se pueden utilizar como medio informativo, corroborativo o de evaluación. El más destacado en la Técnica Cognitiva de Beck es el Inventario para la Depresión de Beck IDB, por su parte la Técnica de Solución de Problemas ofrece el Inventario de Resolución de Conflictos IRC. Dependiendo del origen de la depresión a criterio del terapeuta y previa entrevista es como se aplica uno u otro para determinar causas y posibles líneas de tratamiento. Para establecer un diagnóstico el terapeuta debe contar con habilidades clínicas necesarias para recoger la información adecuada al tratamiento del paciente depresivo, debe dirigirse hacia la obtención de datos relevantes sobre:

- a) Diagnóstico inicialmente proporcionado por el paciente.
- b) Su historia.
- c) Su situación actual
- d) Los problemas Psicológicos
- e) Su actitud ante el tratamiento
- f) Su motivación hacia el tratamiento (Beck, 1979, p. 88).

Esto es importante para no extraviarnos entre la abundante información que nos proporciona el paciente.

4.2 APLICACIÓN DE TÉCNICA COGNITIVA Y TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS A LA DEPRESIÓN

La Técnica Cognitiva de Beck y la Técnica de Solución de Problemas son alternativas terapéuticas muy importantes para el tratamiento de pacientes depresivos. No podemos decir que una es mejor que la otra porque cada una nos ofrece un planteamiento aceptable sobre el origen de la Depresión. Como ya se revisó a lo largo del trabajo, la Técnica Cognitiva tiene como sustento teórico que el origen de la conducta depresiva se encuentra en los pensamientos irracionales que el paciente tiene acerca de su realidad, los cuales se manifiestan en su conducta desadaptativa (Beck, 1979) por su parte, la Técnica de Solución de Problemas afirma que debido a la falta de habilidades para solucionar problemas las personas entran en estados desadaptados como ansiedad, estrés y por supuesto depresión (D'Zurilla, 1993).

DEPRESION	CAUSA 1 <i>Falta de habilidades para solucionar Problemas.</i>
	CAUSA 2 <i>Pensamientos Irracionales</i>

El objetivo de cada uno de los tratamientos sería entonces:

Técnica Cognitiva de Beck: Cambio de pensamientos irracionales por racionales.

Técnica de Solución de Problemas: Proporcionar al paciente las habilidades necesarias para afrontar las situaciones conflicto a las que se enfrenta diariamente.

Aunque ambas técnicas tienen diferente línea de acción se derivan del marco conceptual de las Técnicas Cognitivo-Conductuales, por lo que son muy similares en su forma del proceso terapéutico, es decir, tanto una como otra parten primero de la idea de que el cambio en los procesos cognoscitivos es importante, segundo de que el tiempo es de vital importancia, ya que son de corto plazo (16-18 sesiones aprox.). Debido a que el tiempo es importante deben tener muy bien organizadas las sesiones y esto se logra a través del establecimiento de programas y acuerdos entre paciente-terapeuta para cada una de las sesiones, además, esto permite que el resultado de la terapia sea el planeado (Kaplan y Sadock, 1987).

Tercero, el papel que juega el terapeuta dentro de las sesiones es vital dado que es quien dirige y mantiene la terapia adecuadamente a fin de lograr que no se pierda el objetivo inicial de la misma. Por otro lado, tanto la Técnica Cognitiva como la Técnica de Solución de Problemas tienen como objetivo primordial enseñar al paciente las habilidades necesarias para que una vez que finalicen las sesiones sea capaz de funcionar como su propio terapeuta. Finalmente, ambas técnicas proponen la incursión de algunas otras si así se considera necesario, no olvidemos que estamos frente a planteamientos flexibles. Beck (1979) menciona que se pueden aplicar algunas técnicas que él mismo ha sugerido son de vital importancia para el éxito terapéutico y como ya lo vimos en el capítulo II, las divide en Técnicas Conductuales y Técnicas Cognitivas. Ahí, el autor menciona un gran número de técnicas que nos funcionarían muy bien como apoyo al proceso terapéutico, algunas de ellas son: asertividad, juego de roles, programación de actividades y Técnica de Solución de Problemas.

Efectivamente, Beck (1979) sugiere la enseñanza al paciente de la técnica para resolver problemas y justifica la implementación de esta técnica argumentando que una vez que el paciente ha logrado un cambio de pensamientos negativos por otros positivos, es un momento adecuado para proporcionarle algunas habilidades –solución de problemas- que junto a la de reestructuración cognitiva le pueden ser de gran utilidad en su quehacer diario es decir, el autor pretende dotar al paciente de todas aquellas herramientas que son importantes y necesarias para su adecuado desenvolvimiento diario. Por su parte, D'Zurrilla (1993) no descarta la posibilidad de implementar algunas técnicas adicionales sin las cuales la Técnica de Solución de Problemas no podría alcanzar la efectividad que se espera. El autor sugiere la utilización de la Técnica Cognitiva de Beck al inicio del proceso terapéutico, específicamente en el primer paso (Orientación General hacia el Problema) dado que éste es motivacional nos permitiría percatarnos del manejo que el paciente está dando a sus pensamientos. Si el cliente está orientando sus pensamientos hacia lo irracional D'Zurrilla (1993) sugiere que éstos se deben cambiar primero por otros positivos, ya que si no se logra dicho cambio la TSP no puede proceder. Para aplicar la TSP necesitamos de toda la atención y disponibilidad del paciente, la presencia de pensamientos negativos entorpecería la labor terapéutica y disminuirá la probabilidad de éxito terapéutico. Lo anterior es muy importante, por una parte nos permite observar que al encontrarnos frente a Técnicas flexibles tenemos la posibilidad de incorporar las técnicas que consideremos importantes para el desarrollo adecuado de la terapia. Por otra parte, observamos que tanto la TC como la TSP se sugieren una a la otra como alternativas en el proceso terapéutico a beneficio total del paciente. Sin embargo, es interesante darnos cuenta que la Técnica Cognitiva sugiere que al final de la misma se utilice la Técnica de Solución de Problemas toda vez que el terapeuta ha observado y corroborado que el paciente ha logrado el cambio de pensamientos negativos por otros más positivos, entonces conviene enseñar la TSP a fin de proporcionar al paciente un mayor número de habilidades de

afrontamiento. La TSP por su parte, sugiere que si en el paso número uno – orientación hacia el problema- se identifican pensamientos irracionales, entonces es conveniente aplicar primero la Técnica Cognitiva de Beck – sugerencia realizada por D'Zurrilla (1993)- para posteriormente iniciar con el procedimiento formal de la TSP.

Dado lo anterior podemos hacer las siguientes preguntas: ¿ Es más eficaz la Técnica Cognitiva de Beck dado que se recomienda su utilización antes de aplicar la Técnica de Solución de Problemas?, ¿Es necesario el cambio de pensamientos irracionales antes de aplicar otras técnicas alternativas?. La respuesta que personalmente puedo dar a través de todo lo revisado en la literatura respecto a dichos temas es que el Diagnóstico es el que nos va a orientar hacia donde tengamos que dirigirnos. Las pautas terapéuticas no pueden sustituir la sensibilidad y la habilidad clínica del terapeuta, como tampoco la cuidadosa evaluación que se necesita para decidir cuál es el procedimiento de intervención más adecuado. Afortunadamente, nos encontramos frente a dos Técnicas –TC y TSP- que nos permiten la inclusión de algunas otras más sin afectar los lineamientos generales de la Técnica que estemos aplicando. No se trata de concluir si una es mejor que la otra, se trata de determinar la efectividad de cada una en el tratamiento con personas depresivas. La Técnica Cognitiva de Beck fue creada y diseñada específicamente para su aplicación a pacientes depresivos y su efectividad se encuentra repetidamente comprobada, dado que precisamente es efectiva su campo de aplicación se ha extendido a otras áreas como la ansiedad, el estrés, las adicciones, etc. La TSP aunque no fue creada especialmente para ser utilizada con pacientes depresivos su aplicación ha dado resultados satisfactorios. No conviene precisar cual técnica se puede aplicar o no pacientes depresivos, más bien conviene hacer énfasis en que cada paciente es diferente uno de otro y tiene requerimientos distintos, la medida, la toma adecuada de decisiones terapéuticas y el sentido común deben predominar para la elección o no de estas técnicas en su aplicación a un cliente depresivo. Finalmente, ambas técnicas son alternativas que proceden del mismo marco conceptual –Terapias Cognitivo Conductuales- por lo que son similares en el sustento teórico y en su forma de aplicación, lo más conveniente es determinar las necesidades del paciente y aplicar ya sea una u otra o ambas respetando por supuesto los lineamientos generales de la Técnica que se esté aplicando.

Similitudes entre Técnica Cognitiva y Técnica de Solución de Problemas:

- Técnicas Cognitivo-Conductuales.
- Técnicas de Afrontamiento.
- Tiempo limitado/ a corto plazo.
- Colaboración paciente-terapeuta.
- Terapeuta: director de procedimientos.
- Establecimiento de acuerdos entre paciente-terapeuta respecto al tiempo y contenido de la terapia.
- Implementación de Técnicas Cognitivo-Conductuales.
- Métodos de Evaluación y Diagnóstico: Entrevista y auto-informes.
- Terapias Flexibles.

4.3 INVESTIGACIONES SOBRE LA TÉCNICA COGNITIVA DE BECK Y TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS APLICADAS A LA DEPRESIÓN

Conviene hacer mención de algunos de los estudios y/o investigaciones que hasta el momento se han realizado respecto a la Técnica Cognitiva y a la Técnica de Solución de Problemas. La importancia que adquieren dichas investigaciones radica en la validez que le han dado cada uno de los métodos de intervención y a la comprobación del éxito y utilidad que podría tener para los terapeutas en caso de encontrarse de cara a un caso en el que las condiciones fueran propicias para la aplicación de la Técnica Cognitiva o la Técnica de Solución de Problemas.

Tanto la Técnica Cognitiva como la Técnica de Solución de Problemas parecen "tener sentido" dados los fundamentos teóricos e hipótesis que plantean sobre el origen y mantenimiento de la conducta depresiva; sin embargo para saber si ambas alternativas son efectivas para el tratamiento de pacientes depresivos, nos encontramos frente a un problema de estudio empírico. Adicionalmente, los estudios sobre la eficacia de la Técnica Cognitiva y la Técnica de Solución de Problemas ofrecen indirectamente una comprobación del Modelo Cognitivo (de donde ambas técnicas se derivan). Si las técnicas para corregir las distorsiones y para solucionar problemas de manera eficaz no supusieran ninguna ventaja, en comparación con grupos de control a los que se aplican otros tratamientos y con grupos que no reciben ningún tratamiento, podríamos concluir que tanto las cogniciones negativas como la falta de habilidades para solucionar problemas, aunque presentes y asociadas con el estado de ánimo depresivo, pueden ser simplemente un efecto secundario del propio estado de ánimo; no podría concluirse una relación causal entre dichas condiciones y la sintomatología depresiva.

Desafortunadamente para el enriquecimiento del presente trabajo aún no se han realizado investigaciones en las que se **compare** la efectividad entre la Técnica Cognitiva y la Técnica de Solución de Problemas aplicadas a Depresión. Sin embargo, se han realizado algunos estudios de manera **individual** sobre Técnica Cognitiva por una parte y por otra Técnica de Solución de Problemas aplicadas a la Depresión.

Shipley y Fazio (1973) demostraron que un método de tratamiento individual que ofrecía alternativas de Resolución de Problemas produjo en estudiantes voluntarios depresivos una mejoría significativamente mayor que el tratamiento de interés-apoyo que recibió el grupo control. Tanto con los 24 sujetos experimentales como con los 25 de control se realizaron 3 sesiones de una hora en un período de 3 semanas. Las sesiones las llevó a cabo el mismo terapeuta. Además de los efectos significativos del tratamiento, los autores también encontraron que dichos efectos no eran contingentes con las expectativas iniciales de los sujetos (cit. En Beck, 1979).

En un estudio con pacientes deprimidos en régimen externo (no estudiantes universitarios), Morris (1975) comparó un "programa didáctico cognitivo-conductual", una "Terapia orientada al insight" (un enfoque experiencial y no estructurado centrado en la autocomprensión) y un grupo de control en lista de espera. Participaron cuatro terapeutas para tratar a dos subgrupos dentro de cada condición de tratamiento. Un grupo de 22 sujetos fue asignado al cognitivo-conductual, 17 al grupo de insight y 12 al grupo control. Morris (1975) encontró que el tratamiento cognitivo-conductual era igualmente efectivo en un período de 3 semanas que en uno de 6 cuando el número de sesiones(6) permanecía constante. Este resultado es importante, ya que una de las características sobresalientes del enfoque cognitivo es que pueden conseguirse cambios significativos durante un período de intervención limitado.

Un estudio realizado por el Dr. Shaw (1977) en el Hospital Universitario de la Universidad de Western Ontario sugiere que la Técnica Cognitiva puede ser efectiva en el tratamiento de pacientes depresivos hospitalizados. Los pacientes fueron seleccionados a partir de 2 fuentes: 1) pacientes hospitalizados en la sala de Endocrinología que fueron asignados al tratamiento de Técnica Cognitiva, ya que el procedimiento de investigación excluía el empleo de fármacos y 2) pacientes depresivos que se habían mostrado renuentes a la medicación antidepresiva. La edad media de los 11 pacientes era de 40 años, con un rango de 29 a 66 años de edad. Participaron 6 mujeres y 5 varones. A todos los pacientes se les diagnosticó depresión primaria. La puntuación media en el IDB fue de 29.8 (con un rango de 19^a 41) en el momento de la admisión al Hospital. Cuando se les dio de alta, la puntuación media en el IDB era de 8.1. Diez de los once pacientes mostraron una notable mejoría. En el momento de darles de alta, las puntuaciones (de los que habían mejorado) se situaban en el rango de normalidad en el caso de 3 pacientes, dentro del rango medio en 5 pacientes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y dentro del rango moderado en el caso de los 2 restantes. En los seguimientos de 4 a 6 semanas la puntuación media del IDB fue de 13.5 es decir, la mejoría se mantenía.

Rush y Cols. (1977) realizaron un estudio en donde después de 12 semanas de tratamiento, un grupo tratado con Técnica Cognitiva y otro con antidepresivos mostraron una disminución estadísticamente significativa, en su sintomatología, si bien, tanto los cuestionarios de autoevaluación, como las observaciones clínicas efectuadas expresaron una mayor mejoría en aquellos que siguieron la alternativa cognitiva. El 78.9% de los pacientes sometidos a este procedimiento presentaron una considerable reducción, o una completa remisión de sus síntomas frente al 22.7% de los tratados con farmacoterapia. Además, el número de abandonos durante la intervención terapéutica fue significativamente mayor en estos últimos. Seguimientos post-tratamiento de 3 a 6 meses (Rush y Cols. 1977) y un año (Kovacs, Rush, Beck y Hollon, 1981) confirmaron los resultados obtenidos. Asimismo, el 68% de los intervenidos con antidepresivos, de nuevo requirió ayuda terapéutica, en contraste con el 16% de los expuestos a Técnica Cognitiva. ***La importancia del estudio de Rush y Cols. (1977) radica en que por primera vez, una alternativa psicoterapéutica mostraba científicamente ser más efectiva que la medicación en el alivio de los síntomas depresivos.***

En un estudio realizado por Nezá (1986) centrado en la depresión unipolar se distribuyeron al azar 26 sujetos clínicamente depresivos que residían en una comunidad entre las tres siguientes condiciones: 1) Técnica de Resolución de Conflictos (TRC), 2) Terapia centrada en el problema (TCP) y 3) Control en lista de espera (CLE). Las dos condiciones de terapia fueron llevadas a cabo en 8 sesiones semanales que duraban entre una hora y media y dos horas. La TRC implicaba el entrenamiento en las habilidades descritas por D'Zurilla y Nezá (1982). La TCP implicaba discusiones sobre los problemas cotidianos con el objetivo de resolverlos pero sin entrenamiento sistemático en las habilidades resolutivas. Las medidas dependientes se obtuvieron en el diagnóstico previo al tratamiento, el posterior al tratamiento y seis meses después en uno de seguimiento. Estas medidas incluían el Inventario de Depresión de Beck (IDB), la Escala de Depresión del Inventario de Personalidad Multifásica de Minnesota (MMPI-D), el Inventario de Resolución de Conflictos (IRC) y la Escala de Control de Locus Interno-Externo (I-E). Tanto el análisis estadístico tradicional como el análisis de la importancia clínica de los resultados indicaban reducciones significativas de la Depresión en el grupo de TRC, las cuales se mantuvieron tras un período de seguimiento de seis meses, como indicaban las medidas del IDB y el MMPI-D. Además la mejoría en la depresión de la condición TRC fue significativamente mayor que la de las condiciones TCP y CLE. La superioridad del TRC sobre el TCP se mantenía en la evaluación de seguimiento seis meses después. Los resultados del IRC y de la escala I-E mostraban que los sujetos del TRC, aumentaron significativamente más que

los otros dos grupos, su autovaloración y efectividad resolutive y también cambiaron en la orientación del control del locus de externo a interno.

La mejoría en el IRC y la escala I-E se mantuvo también en la evaluación de seguimiento seis meses después. Estos resultados apoyan la hipótesis básica de que el TRC aumenta la capacidad para resolver conflictos y fortalece las expectativas de control personal.

Un estudio realizado por Shipley y Fazio (1973) con un grupo de 38 sujetos clínicamente depresivos, evaluados a través de la Escala de Auto-evaluación de Zung y el Inventario de la Personalidad Multifásica de Minesota (MMPI) demostró que al compararse tres condiciones: 1) Solución de Problemas funcionales, 2) Terapia de Soporte y 3) grupo control en lista de espera, durante 3 sesiones (por semana) la técnica de solución de problemas es más efectiva que la Técnica de Soporte y que el grupo en lista de espera.

Lerner y Clum (1990) bajo sustentos teóricos hacen referencia a que la Técnica de Solución de Problemas está basada en investigación que indica que los individuos suicidas presentan déficits en las habilidades para solucionar problemas interpersonales, en particular. Elaboraron un estudio en el cual evaluaban la eficacia de la Técnica para Solucionar Problemas Sociales en comparación con una Técnica de Soporte para el tratamiento de adolescentes suicidas. Los resultados indicaron que la Técnica de Solución de Problemas fue más efectiva que la Técnica de Soporte para reducir la depresión, la desesperación y la soledad, inclusive después de 3 meses de seguimiento, sin embargo no se redujo significativamente las ideaciones suicidas.

Los estudios e investigaciones hasta aquí presentados sólo son una muestra representativa del gran número que existen de ellos. Sin embargo, es importante mencionar que la Técnica que cuenta con mayor sustento empírico es la Cognitiva, al respecto se han hecho numerosas investigaciones que han cumplido con los lineamientos metodológicos requeridos para calificar como válida alguna investigación (Beck, 1979). Recordando que sólo a través de investigaciones empíricas es como podemos validar una técnica y apoyarnos en ella para su aplicación clínica es muy importante que los estudios cuenten con las características necesarias para calificarlas como adecuadas en su aplicación a determinados casos.

Los resultados de investigaciones sobre la Técnica de Resolución de Problemas se han centrado en una amplia variedad de poblaciones objeto, las cuales van desde pacientes psiquiátricos internados hasta sujetos y grupos normales interesados en maximizar su habilidad para solucionar problemas. En general, los resultados de dichos estudios ofrecen una posibilidad interesante que contribuye a apoyar la utilidad de la TSP como intervención clínica para una gran variedad de problemas. Sin embargo,

aunque los resultados generales sean muy esperanzadores algunos estudios presentan problemas metodológicos que impiden la conclusión definitiva sobre la eficacia de la TSP en esos estudios particulares.

Según D'Zurrilla (1993) los principales problemas que presentan los estudios realizados son:

- a) El utilizar la TSP como parte de un tratamiento más amplio que incluye otras técnicas de tratamiento, nos imposibilita aislar los efectos específicos de la TSP.
- b) Algunos estudios no incluyen el control necesario para contabilizar los efectos de variables extrañas (por ejemplo, tiempo, experiencias vitales que suceden durante el entrenamiento) sobre el cambio de conducta.
- c) La falta de procedimientos para controlar el efecto de los factores inespecíficos asociados al tratamiento. Se requiere un mínimo de control cuando se comparan 2 o más tratamientos para obtener índices sobre las expectativas de beneficio durante la primera fase del tratamiento con el fin de desechar la posibilidad de que la superioridad de un tratamiento sobre otro sea debido principalmente al hecho de que el tratamiento ha generado expectativas favorables en el cliente.
- d) Algunos estudios no utilizan ninguna medida para evaluar la resolución de conflictos entre las pruebas utilizadas, lo cual nos hace imposible determinar si el programa de entrenamiento consiguió su principal objetivo inmediato (mejorar la capacidad o ejecución para solucionar problemas), un resultado que nos podría ayudar a apoyar la conclusión de que la TSP fue la responsable principal en el ajuste de la conducta.
- e) Algunos estudios utilizan solamente una medida de resultados, sin incluir ningún otro ajuste, psicopatología o conducta inadaptada. No incluir estas medidas reduce el valor clínico de los hallazgos.
- f) Finalmente, algunos estudios no han incluido evaluaciones de seguimiento. Sin el seguimiento, la cuestión sobre la durabilidad de los efectos del tratamiento no puede ser respondida.

D'Zurrilla (1993) concluye mencionando que aunque las limitaciones metodológicas existen, la consistencia de los resultados obtenidos en los programas que han utilizado la TRC confirman su eficacia. Además, sugiere e invita a favorecer la investigación de la TSP a través de la elaboración de medidas comprensibles, fiables y válidas para evaluar la capacidad y ejecución de la resolución de conflictos.

Lo anterior no quiere decir que la TSP resultaría poco efectiva en su aplicación a pacientes depresivos sino que una vez más entra en juego la habilidad terapéutica del Psicólogo. Tanto una Técnica (TC) como la otra (TSP) son alternativas terapéuticas viables que pese a sus limitaciones metodológicas en la investigación (específicamente la TSP) se pueden aplicar y conseguir resultados satisfactorios. Sin embargo, el Psicólogo debe

contar con las habilidades clínicas necesarias y el criterio para determinar cuando es importante desviarse de los procedimientos del tratamiento que este aplicando y aplicar otras técnicas o estrategias de intervención que podrían ser necesarias para el manejo efectivo de un caso en particular. Además podemos aplicarlas en combinación o por separado no olvidemos que tanto la TC como la TSP se sugieren una a la otra como posibilidad de aplicarse para beneficio del paciente.

CONCLUSIONES

A lo largo del presente trabajo hemos revisado una de los principales y recurrentes enfermedades que la población presenta: *La Depresión*. No es precisamente que se encuentre de moda o que las personas conozcan a ciencia a cierta su sintomatología sino más bien que se autodefinen como depresivos al sentir tristeza sin causa alguna, llanto, culpabilidad por situaciones pasadas, desgano, ausencia de control en situaciones conflictivas, etc. Lo anterior a hecho que continuamente escuchemos a las personas padecer Depresión. El origen de la Depresión es diverso, algunas personas lo presentan por una situación específica y algunas otras por una serie de hechos en cadena o de largo tiempo. No podemos determinar la causa de la Depresión de una manera precisa ya que no sucede así, ésta tiene su origen en las capacidades y habilidades que las personas poseen para enfrentar la vida diaria. De tal forma que, si se presenta una situación que supere dichas capacidades de afrontamiento entonces la persona posiblemente no saldrá con éxito de la situación y podrá decaer emocionalmente.

Tanto la Técnica de Solución de Problemas como la Técnica Cognitiva son alternativas importantes dentro del tratamiento Psicológico dirigido a personas depresivas. Ambas son derivadas de la Terapia de Conducta la cual pretende enseñar a los pacientes a identificar sus comportamientos deficientes y a sustituirlos por otros eficientes, lo cual llamamos técnicamente Método de Afrontamiento el cual se basa en la noción general de que el cambio conductual lo podemos lograr a través de la Modificación de los procesos cognoscitivos. Lo anterior nos ofrece dos ventajas: en primera instancia; permite que a corto plazo el paciente identifique su problemática y aprenda a llevar a cabo los cambios necesarios, de tal forma que se logra el control emocional y de conducta disminuyendo así notablemente la sintomatología depresiva; y por otra parte permite al paciente que a largo plazo siga llevando a cabo las diferentes técnicas con éxito controlando los síntomas depresivos y su conducta a lo largo de su vida. Las Técnicas de Afrontamiento han adquirido gran prestigio y reconocimiento debido a su disminución de síntomas a corto plazo y a su efectividad a largo plazo. Actualmente, las personas buscan Terapias que a corto plazo les permitan su bienestar emocional, de tal forma que no inviertan grandes cantidades de dinero en tratamientos Psicológicos largos y deficientes.

Tampoco desean ser adictos a tranquilizantes de por vida que sólo controlan y no eliminan las causas originales de la Depresión. Lo que buscan es sentirse mejor en poco tiempo y mantenerse así la mayoría de las ocasiones logrando el control sobre su persona. Por otra parte, las técnicas en sí mismas poco efectivas pueden resultar sin la ayuda del Psicólogo. El Terapeuta desempeña un papel demasiado importante para la efectividad del tratamiento. Su función específica se encamina hacia el Diagnóstico, la

elaboración de un plan de trabajo a partir del mismo, la aplicación y dirección de la Terapia y finalmente, el seguimiento del caso. El Diagnóstico es de vital importancia ya que al identificar de una manera precisa las causas y contingencias que mantienen la conducta inadecuada se pueden elaborar tratamientos altamente efectivos que se dirijan hacia las causas que originan la conducta deficiente.

Así el Diagnóstico nos permite:

1. Identificar las causas y contingencias que están originando y manteniendo la Depresión para así determinar la línea de trabajo a seguir.
2. El Diagnóstico lo podemos llevar a cabo a través de la Entrevista y de los Auto-Infomes. En la primera se establece un diálogo dirigido que tiene la finalidad de identificar las causas de la Depresión. En la segunda es un método estandarizado que a través de preguntas cuidadosamente elaboradas permiten determinar las contingencias de la Depresión.

Una vez determinado el Diagnóstico el Psicólogo selecciona la técnica a utilizar para controlar la conducta inadecuada y así se convierte en Director de la misma, ayuda a desarrollar las aptitudes individuales de los pacientes favoreciendo su control emocional y su cambio conductual en consecuencia. Además en gran parte depende de la buena dirección del terapeuta el éxito de la misma y la posterior aplicación del paciente en su vida diaria.

Las dos técnicas que específicamente revisamos a lo largo del presente trabajo fueron: la Técnica Cognitiva de Beck y la Técnica de Solución de Problemas. Fue nuestro objetivo determinar que tan efectivas resultaban al aplicarlas sobre pacientes depresivos y mi conclusión es que ambas técnicas son altamente efectivas, son derivadas del mismo marco conceptual y por tanto nos ofrecen el mismo punto de partida: el cambio en los procesos cognitivos facilita el cambio conductual. Lo importante es que el Terapeuta realice un buen trabajo de diagnóstico para así determinar cual de las dos técnicas es la apropiada en cada caso especial. Además al ser técnicas flexibles y a corto plazo permiten la incursión de una nueva técnica sin afectar la que se encuentra en curso e incluso se pueden trabajar con ambas lo cual favorecerá la recuperación del paciente. Es importante que el terapeuta se encuentre alerta sobre las necesidades que la Terapia requiera en su proceso. La habilidad de éste debe centrarse en reconocer los avances y los cambios que en su caso específico sean necesarios para lograr que aquella sea exitosa.

REFERENCIAS

- Arieti, S. *Sintomatología Manifiesta de la Depresión de Adultos*. En Arieti, S. Y Bemporad, J. (Ed). (1978). Psicoterapia de la Depresión. Paidós. Buenos Aires.
- Abramson. (1978) cit. En: Twaddle, V. Y Scott, J. Depression. En: Dryden, W. Y Rentoul, R. (Ed). (1991) *Adult Clinical Problems. A Cognitive-Behavioural Approach*. Routledge, London and New York.
- Bandura. (1971). Cit. En: Wilcoxon y Cols. (1980). Op.cit.
- Becoña, E. Técnicas de Solución de Problemas. En: Labrador, F.J.; Cruzado, J.A.; Muñoz, (1997) *Manual de Técnicas de Modificación de Conducta*. Pirámide. España.
- Beck, A. (1961) CIT. EN; Rush, A.J. (1982) Op. Cit.
- Beck, Aaron. ; Rush, A.J.; Shawn, B.F. y Emery G. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Descleé de Brouwer. España.
- Beck, Aaron. (1970). Cit. En: Caro, I. Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión: El Modelo de Beck. En: Caballo, Vicente. (Ed) (1991). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Siglo XXI. España.
- Beck, Aaron. (1967). Cit. En Wilcoxon y cols. (1980) op. Cit.
- Beck, Aaron. (1976). Cit. En: Buceta, J.M. y Cols. (1986). Op. Cit.
- Beck, A.T.; Harrison, R.P.; Buceta, J.M. *Terapia Cognitiva de la Depresión: Una introducción al Desarrollo Histórico, los Conceptos y Procedimientos Fundamentales de la Alternativa Terapéutica de Beck*. Revista de Psicología General y Aplicada, 1984, 39 (4) 622-644.
- Bellack. (1983) cit. En: Buceta y Cols. (1986) op.cit.
- Bloom y Broder (1959). Cit. En: Kanfer y Goldstein (1992)p. 143. Op.cit.
- Buceta, J.M.; Maldonado, M.C.; Velarde, V.; Polaino-Lorente, A. *La Evaluación del Progreso Terapéutico en la Depresión: Necesidad de los Registros Multidimensionales*. Revista de Psicología General y Aplicada. 1986, Vol. 41 (2), 339-354.

- Caballo, Vicente. (1991). *Manual de Psicología Aplicada*. Siglo XXI. España.
- Craighead, Edward; Kazdin, Alan; Mahoney, Michael. (1976) *Behavior Modification. Principles, issues and Applications*. Houghton Mifflin Company. Boston.
- Craighead, W.E.; Kazdin, E.A.; Mahoney, J.M. (Comp.) (1980). *Modificación de Conducta. Principios, Técnicas y Aplicaciones*. Omega. España.
- Davis (1973). Cit. En: Mahoney (1983) op.cit.
- D'Zurrilla, Thomas y Goldfried, Marvin. (1971). Cit. En: Mahoney, Michael. (1983). *Cognición y Modificación de Conducta*. Trillas. México.
- D'Zurrilla, T. (1971). Cit. En: Nezá y Nezá (1991) op. Cit.
- D'Zurrilla, Thomas. (1993). *Terapia de Resolución de Conflictos*. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- D'Zurrilla y Nezá (1971). Cit. En: Becoña (1997) op.cit.
- Durlak, Fuhrman y Lampman (1991) cit. En: Kanfer y Goldstein (1992) op.cit.
- Ellis, A.; Abrahms, E. (1980). *Terapia Racional Emotiva*. Pax. México.
- Emery, Hollon y Bedrosian. (1981). Cit. En: Beck, A. (1984) op.cit.
- Fester, (1965). Cit. En: Wilcoxon y Cols. (1980). Op. Cit.
- Freeman, Arthur. (1983). Cit. En: Caro, I. (1991) op. Cit.
- Garfield (1974) cit. En D'Zurrilla (1993) op.cit.
- Gladwin. (1967). Cit. En: D'Zurrilla (1993). Op.cit.
- Goldfried, Marvin, y Davidson, Gerald. (1976) *Clinical Behavior Therapy*. Holt Rinehart y Winton. USA.
- Grinker; Miller; Sabshin; Nunn y Nunnaly. (1961). Cit. En: Wilcoxon y Cols. (1980) op. Cit.
- Grinker, Miller, Sabshin, Nunn y Nunnaly. (1966). Cit. En: Miller, W. Y Cols. (1983). Op. Cit.

- Hauri. (1976) cit. En: Rush (1982) op.cit.
- Hamilton. (1960). Cit. En: Wilcoxon y Cols. (1980) op.cit.
- Hersen, R.M.; Eisler and Philler, P.M. (1975). *Progress in Behavior Modification*. Academic, New York.
- Hiroto. (1974) cit. En: Miller y Cols. (1983) op.cit.
- Hollon y Cols. (1979). Cit. En: Beck, A. (1984) op.cit.
- Kanfer. (1970). Cit. En: Wilcoxon y cols. (1980) op.cit.
- Kanfer, H.F.; Goldstein, A.P. (1992) *Como Ayudar al Cambio en Psicoterapia*. Descleé de Brouwer. España
- Kaplan y Sadock (1987). Cit. En: Becoña, I (1997) op.cit.
- Kazdin, A.E. (1996) *Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas*. Manual Moderno México
- Kazdin (1985). Cit. En: Kanfer y Godstein (1992) op.cit.
- Kendall y Braswell (1993). Cit. En: Kanfer y Goldstein (1992) op.cit.
- Kovacs, Rush, Beck Y Hollon (1981) cit. En: Beck, A. (1979) op.cit.
- Laxer. (1964). Cit. En: Rush, A.J. (1982) op.cit.
- Lazarus, R. (1984) cit. En: D'Zurrilla (1993) op. Cit.
- Lazarus, R. Y Folkman. (1984). Cit. En: Nezu y Nezu (1991) OP.CIT.
- Lerner y Clum (1990) cit. En: D'Zurrilla (1993) op.cit.
- Lewinsohn y Atwood. (1969). Cit. En: Wilcoxon y Cols. (1980) op.cit.
- Lewinsohn y Robinson (1973). Cit. En: Wilcoxon y Cols. (1980) op.cit.
- Loeb, Feshbach, Beck y Wolf. (1964). Cit. En: Rush, A.J. (1982) Op. Cit.
- Loeb, Beck, Diggory y Tuthill (1967). Cit. En: Rush A.J. (1982) Op.cit.
- Mahoney, Michael. (1977). Cit. En: Caballo, Vicente. (1991) op. Cit.
- Mahoney, M.J. (1983) *Cognición y Modificación de Conducta*. Trillas. México

- Mackinnon, A.R.; Michels, R. (1985) *Psiquiatría Clínica Aplicada*. Interamericana. México.
- Mattew, M.; Davis, M.; Fanning, P. (1985) *Técnicas Cognitivas para el Tratamiento del Stress*. Martínez-Roca. España
- Mendels. (1970). Cit. En: Miller, W. Y Cols. (1983). Op. Cit.
- Miller, W.; Rosellini, R. Y Seligman, M. Indefensión Aprendida y Depresión. En: Seligman, M.E.; Maser, J.D. (1983). *Modelos Experimentales en Psicopatología*. Alhambra. España.
- Miller, W.; Galanter y Pribram (1960). Cit. En: Kanfer y Goldstein., (1992) op.cit.
- Mooney, Mooney y Gordon (1950). Cit. En: Nezá y Nezá (1991) p. 537. Op.cit.
- Morris (1975). Cit. En: Beck, A. (1979) op.cit.
- Nezá (1986) cit. En: D'Zurrilla, T. (1993) op.cit.
- Nezá (1987). Cit. En: Caballo, Vicente (1991) op. Cit.
- Nezá, A. Y Nezá, CH. Entrenamiento En Solución de Problemas. En: Caballo, V. (Comp.) 1991. *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Siglo XXI. España.
- Nezá, A. Y Perri. (1989). Cit. En : Nezá y Nezá, (1991) p.536 op.cit.
- Osborn, Alex. (1963). Cit. En: D'Zurrilla, (1993). Op.cit.
- Overmler y Seligman (1967), Cit. En: Miller y Cols. (1983) op.cit.
- Rehm (1977). Cit. En: Twaddle, V. (1991) op.cit.
- Rodríguez-Naranjo, C. y Gavino, A. Técnicas Dirigidas al Entrenamiento en Solución de Problemas y el Control de las Cogniciones. En: Gavino, A. (1997) *Técnicas de Terapia de Conducta*. Martínez-Roca España.
- Rush, A.J. y Giles, D.E. Cognitive Therapy: Theory and Research. En: Rush, A.J. (1982) *Short-Therm Psychotherapies for Depression*. The Guilford Press, New York.
- Rush, A.J., Beck, A., Kovacs y Hollon (1977). Cit. En: Beck, A. (1979) op.cit.

- Sábanes, F. (1993) *La Depresión*. Diana. México.
- Shaw, B.F. (1977) Cit. En: Beck, A. (1979) op.cit.
- Scott. (1989). *A Cognitive/Behavioral Approach to Client's Problems*. Tavistock/Routledge. London y New York.
- Schinka (1986). Cit. En: Nezá y Nezá (1991) p. 537 op.cit.
- Shure y Spivack (1982). Cit. En: Becoña, I. (1997) op. Cit.
- Seligman, Martin. (1983). *Modelos Experimentales en Psicopatología* Alhambra. España.
- Seligman, Martin. (1972). Cit. En: Wilcoxon y Cols. (1980) op.cit.
- Scott, Jan., Williams, Mark y Beck, Aaron. (1989) *Cognitive Therapy in Clinica Behavior*. Routledge. London.
- Shipley y Fazio (1973). Cit. En: Beck, A. (1979) op.cit.
- Taylor. (1979). Cit. En: Rush, A.J. (1982) op.cit.
- Taylor y Marshal (1977). Cit. En: Rush, A.J. (1982) op.cit.
- Thorpe, L.G.; Olson, L.S.; (1990) *Behavior Therapy*. Routledge, London and New York.
- Vázquez, C. *Escalas Evaluadoras de la Depresión: Limitaciones Conceptuales y Metodológicas*. Revista de Psicología General y Aplicada. 1986, 41, (1), 101-110
- Ward. (1961) cit. En: Rush (1982) op.cit.
- Wilcoxon, L.; Schrader, S.; Nelson, E. Formulaciones Conductuales de la Depresión. En: Craighead, W.E.; Kazdin, E.A.; Mahoney, J.M. (Comp.) (1980). *Modificación de Conducta. Principios, Técnicas y Aplicaciones*. Omega. España.
- Wolpe, Joseph. (1985) *Practica de la Terapia de la Conducta*. Trillas. México.
- Zuckerman y Lubin. (1965) cit. En: Wilcoxon y Cols. (1980) op.cit.