

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROPUESTA DE UN MANUAL DE TERAPIA COGNITIVA DIRIGIDA
A USUARIOS DEL SAPTEL QUE PRESENTAN SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
NANCY VERÓNICA MANCERA GONZÁLEZ

DIRECTOR DE TESIS

DR. FEDERICO G. PUENTE SILVA.

MÉXICO, D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS

A DIOS

POR DARME LA SALUD Y LA ALEGRÍA PARA CONCLUIR ESTE
TRABAJO

A MI MAMÁ

POR TU AMOR CONSTANTE E INCONDICIONAL Y TU EJEMPLO
DE FORTALEZA, PACIENCIA Y PERSEVERANCIA

A MI PAPÁ

POR EL AMOR QUE ME DISTE Y POR PENSAR SIEMPRE QUE
YO SERÍA UNA PERSONA INTELIGENTE Y BUENA

A MIS HERMANOS

TOMÁS, MARÍA EUGENIA, ROSA MINERVA, JULIO CÉSAR Y
GABRIEL POR TODA SU PROTECCIÓN, CARIÑO, APOYO Y
ACOMPAÑAMIENTO EN LA VIDA

A MI TÍA TERE

POR TU GENEROSIDAD Y TU PRESENCIA EN UN MOMENTO
DELICADO DE NUESTRAS VIDAS

A FEDERICO

POR TU AMOR, POR TU APOYO Y POR QUERER QUE YO SEA
UNA PERSONA EXITOSA DEL SIGLO XXI

A MIS HIJAS

CARMEN, MI PRECIOSA Y AMOROSA MELI, POR TU
ENTRAÑABLE ALMA EQUILIBRADA, DULCE, RESISTENTE,
REPARADORA, SENSIBLE Y AMABLE.
PAU, MI PRECIOSA Y PEQUEÑA ULI, POR TU ENTRAÑABLE
ALMA FUERTE, PRÁCTICA, DINÁMICA, CONCILIADORA,
VOLCÁNICA Y GRACIOSA.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

POR ABRIR MI MENTE Y DEJAR PERTAR EN MÍ EL AMOR A LA
LIBERTAD, A LA AUTONOMÍA Y AL CONOCIMIENTO

A LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

POR PONERME EN CONTACTO CON MIS MARAVILLOSOS
MAESTROS, CON AMIGOS INOLVIDABLES Y POR FORMARME
PARA SANAR EL CORAZÓN HUMANO

A SAPTEL

POR SERVIR A MÉXICO, POR ABRIR SUS PUERTAS DE PAR EN
PAR A CIENTOS DE PSICÓLOGOS QUE NOS HEMOS FORMADO
EN SUS SEMINARIOS Y A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN
TELEFÓNICA A MILES DE USUARIOS Y PACIENTES, Y DE LA
SUPERVISIÓN CLÍNICA DE NUESTROS CASOS

AL DR. FEDERICO PUENTE SILVA

FUNDADOR DE SAPTEL, DIRECTOR DE ESTA TESIS Y QUIEN ES
EJEMPLO DE QUE EN MÉXICO SE PUEDEN HACER MUY BIEN
LAS COSAS MEDIANTE LA VOLUNTAD, EL ESFUERZO, EL
OPTIMISMO Y LA EXCELENCIA

A MÉXICO

Y A TODOS LOS MEXICANOS QUE DESDE NUESTRAS
POSICIONES SEGUIMOS LUCHANDO PORQUE NUESTRO
HERMOSO PAÍS Y SU GENTE SUPEREN LOS MALES QUE LES
AQUEJAN

A MIS QUERIDOS AMIGOS

ROSY, POR NUESTRA STAD, POR TU APOYO
INCONDICIONAL Y TU GRAN CARIÑO POR MIS HIJAS
MAURICIO, POR TU VALIOSA ASESORÍA COMPUTACIONAL EN
TODO MOMENTO

JO Y ANDEE

POR QUERERME TAL COMO SOY Y POR SU VALIOSO
CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA COMPARTIDOS DENTRO DEL
ÁMBITO DEL INGLÉS Y LA CULTURA BRITÁNICAS

A GABRIELA VIÑAS, SILVIA, LIZBETH, LAURA, SUSANA, ERIKA,
GABRIELA OLIVO Y GABRIELA GONZÁLEZ
POR NUESTROS AÑOS MARAVILLOSOS EN LA PREPA SEIS Y
POR TODOS ESOS RECUERDOS DE ALEGRÍA Y CONVIVENCIA
PURAS Y DESPREOCUPADAS DE LOS AÑOS DE JUVENTUD

A JUAN
QUIEN FUE SIEMPRE LUZ EN MI VIDA Y ME ENSEÑÓ CON SU
EJEMPLO QUE LA FÉ EN DIOS Y EN UNO MISMO, MÁS LAS
ACCIONES DIRIGIDAS HACIA METAS, MUEVEN MONTAÑAS Y
DERRIBAN OBSTÁCULOS

A CLAUDIA, ORQUÍDEA, MARCELA, LAURA, MARTHA Y
LIZBETH
POR NUESTRA DURADERA AMISTAD DESDE NUESTROS
HERMOSÍSIMOS AÑOS DE SECUNDARIA HASTA AHORA QUE YA
SOMOS ADULTAS

ÍNDICE	Pág.
Resumen.....	3
Introducción.....	4
CAPITULO 1.....	7
LA AYUDA PSICOLÓGICA POR TELÉFONO.	7
Antecedentes.....	
CAPITULO 2.....	14
JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	14
Primera parte.....	14
<i>Características del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono que coadyuvan al manejo oportuno de los problemas emocionales en la mujer.....</i>	<i>14</i>
Segunda Parte.....	17
Reporte estadístico 1999.....	17
CAPITULO 3.....	33
LA DEPRESIÓN.....	33
Su clasificación según el DSM-IV-TR.....	45
La depresión en algunos periodos de la historia humana.....	45
Las causas de la Depresión.....	46
Factores desencadenantes.....	49
Mortalidad por depresión.....	51
La Depresión en la Mujer.....	53
La Depresión en el contexto nacional e internacional.....	55
CAPITULO 4.....	58
SAPTEL. Reporte Anual 2008.....	58
CAPITULO 5.....	76
EI MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESION DE AARON T. BECK Y COLABORADO RES.....	76
Desarrollo histórico de la Terapia Cognitiva.....	77
La utilidad de la terapia cognitiva de la depresión.....	79
¿Cómo funciona la terapia cognitiva?.....	79
El modelo cognitivo de la depresión.....	81

CAPITULO 6.....	89
EL MODELO CONSTRUCTIVISTA COMO FUNDAMENTO DE LA TERAPIA COGNITIVA.....	89
El Marco Constructivista.....	89
Un esbozo constructivista de los procesos de conocimiento.....	90
La organización de los procesos de desarrollo.....	93
¿Cómo surge un sí-mismo?.....	94
La teoría del apego como paradigma integrador del desarrollo humano.....	95
Desarrollo cognitivo.	95
Diferenciación emocional.	96
Interrelación entre cognición y emoción.	97
El desarrollo como una serie de pasos progresivos en la reorganización del conocimiento.....	97
Organización del conocimiento: un modelo descriptivo.....	98
Modelos de representación.....	99
Modelos de realidad	100
Aspectos funcionales de la organización del conocimiento.....	101
Organización del conocimiento: Procesos de mantenimiento y procesos de cambio.....	102
Consideraciones finales.....	105
 CAPITULO 7	 106
EL SISTEMA NACIONAL DE APOYO, CONSEJO PSICOLOGICO E INTERVENCION EN CRISIS POR TELEFONO (SAPTEL) Y SU MODELO DE INTERVENCION CLINICA.....	106
La historia de SAPTEL.....	106
SAPTEL y su funcionamiento.....	108
Contenido del Curso de Capacitación Previo de SAPTEL.....	110
Características del Programa de Capacitación Permanente.....	111
Procedimiento técnico de intervención en SAPTEL.....	111
SAPTEL Y LA PSICOTERAPIA POR TELÉFONO.....	127
Entrevista con el Dr. Federico G. Puente Silva (transcripción de com. pers.).....	129
 CAPITULO 8.....	 137
ADAPTACIÓN DEL MODELO DE TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN DE AARON BECK AL MODELO DE ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA DE SAPTEL.....	137
 CAPITULO 9.....	 142
MANUAL DE TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN POR TELEFONO.....	142

Propuesta de un Manual de Terapia cognitiva dirigida a usuarios—sexo femenino—del SAPTEL que presentan sintomatología depresiva.

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo adaptar la teoría y práctica de la Terapia Cognitiva de la Depresión de Aaron T. Beck (Beck et al. 1983) al modelo de atención psicológica a distancia del Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono de la Cruz Roja Mexicana, SAPTEL. Dicha adaptación está contenida en el manual que es objeto de esta tesis y se propone para dar terapia vía telefónica a las usuarias que presenten sintomatología depresiva.

Este manual de procedimientos presenta la información básica necesaria para estudiar qué es el enfoque cognitivo de la depresión y la cura que se propone desde esta perspectiva teórica. Además, contiene las técnicas cognitivo-conductuales más efectivas para tratar los síntomas depresivos, las cuales han sido previamente seleccionadas para que puedan ser explicadas, prescritas y aplicadas vía telefónica de una manera profesional, sistemática y propositiva. Para el proceso de explicación sobre la teoría y práctica de la terapia cognitiva de la depresión y la selección de técnicas que aparecerán en este manual se hizo una revisión de la literatura pertinente al tema y se contó con la asesoría cercana del Dr. Federico Puente Silva, experto en el manejo de la aproximación cognitivo-conductual, y fundador del sistema pionero de salud mental por teléfono, SAPTEL.

La implementación y evaluación del manual de terapia cognitiva de la depresión por teléfono se llevarán a cabo en una etapa posterior a este trabajo.

Introducción

La depresión constituye, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el problema de salud pública número uno en el mundo (un mundo hostil, violento y de desesperanza) y la padecen entre 100 y 200 millones de seres humanos, según expertos internacionales (Calderón, 1999). Esta situación se mantendrá e incrementará en los siguientes veinte años. La prevalencia del suicidio en sus diferentes modalidades nos explica porqué en nuestro país las tasas se han más que duplicado en los últimos diez años, y de ser un problema exclusivo de personas del sexo masculino, con cincuenta años de edad y patología múltiple, se ha convertido en un problema que abarca todos los grupos de edad: ancianos, mujeres, jóvenes y niños. Por otra parte, ningún país hoy—aún los más ricos—cuenta con la infraestructura requerida para atender la problemática mental a través del modelo cara a cara. La Telesalud o Salud a distancia cuando se lleva a cabo con apego a todos los parámetros éticos y profesionales, constituye una herramienta indispensable para atender y resolver los problemas de salud en el mundo en el hoy que vivimos (Puente, 2007)

Actualmente, la expectativa de vida de las personas es mucho mayor de lo que era hace 50 años, por lo tanto existen más probabilidades de que la gente se deprima. A esto se agrega el cambio en el ambiente psicosocial que en nuestros días se caracteriza por situaciones de desarraigo, desintegración familiar, aislamiento social, sobrecarga de información e incertidumbre. Este aumento en los padecimientos depresivos se debe también a los efectos irreversibles de la globalización que vive la humanidad. Estamos inmersos en un profundo cambio de valores, en la escalofriante incertidumbre laboral, en el irremediable cambio de roles familiares y en crecientes y esperables fenómenos de individualismo y competencia. Todo esto se traduce en un estrés social álgido, violento y desconcertante- explica la Dra. Josefina Mendoza Ríos, Presidenta de la Asociación Psicoanalítica Mexicana A.C. en la revista "Ganar Salud", 2005.

La morbilidad de los padecimientos crónicos—como el reumatismo; los cánceres en todas las partes del cuerpo, en especial los gastrointestinales; los accidentes cerebro-vasculares y los problemas neurológicos que, según se ha demostrado, se asocian con depresión en un 20% de los casos—van en aumento también. Es otra variable el abuso creciente de medicamentos que pueden causar depresión, como los antihipertensivos, las fenotiacinas y varios de los anticonceptivos orales (Calderón, 1999). Todos los procesos anteriores propician y generan sobrecarga en el individuo.

Por sus grandes implicaciones y por su pertinencia al enfoque cognitivo de esta tesis, destaca el hecho de que la depresión está relacionada con el deterioro en el funcionamiento interpersonal. Cuando un ser humano se deprime y no recibe tratamiento eficaz y a tiempo afecta negativamente a todos aquellos cercanos a su vida (pareja, hijos, padres, hermanos, jefes, subalternos, etc.)y viceversa, cuando el entorno en que se vive es inestable y caótico, las personas son más propensas a la depresión.

Según el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud, Global Burden of Disease (GBD), (Bulletin of the World Health Organization, 2000), la depresión mayor es la enfermedad más agobiante a nivel mundial en términos

de que es la causa de un gran número de años vividos de incapacidad-ajuste entre la gente que está en la etapa media de la vida, y quizá lo más impactante es que se observa una edad de inicio cada vez más temprana.

La edad mediana de comienzo de la depresión mayor está en la mitad de los veintes. Esto tiene profundas e importantes implicaciones porque esta enfermedad se está presentando en etapas donde las personas se encuentran en un proceso crítico de transición y/o adecuación a nuevos roles durante el desarrollo psicológico humano, cuyas resoluciones influirán en la calidad de vida que se consiga en el presente y en el futuro (como por ejemplo, la elección de una carrera, la conclusión de estudios profesionales, el ingreso a la fuerza laboral, la elección de pareja, la oportunidad de casarse o elegir la soltería, el logro de la estabilidad y convertirse en madres o padres (Kessler, 2002).

El hecho implica que si una persona se deprime en ese período crítico de la vida, tiene altas probabilidades de no realizar elecciones acertadas, de no concluir los estudios profesionales, o de fracasar en el acceso a estudios superiores; puede contraer matrimonio irreflexivamente, con el subsiguiente divorcio pocos meses, o pocos años más tarde y peor aún, embarazarse o convertirse en padre antes de lo conveniente.

En la depresión, al igual que en enfermedades físicas como el cáncer de mama; la prevención, la detección a tiempo y el tratamiento efectivo salvan la vida. Ya que se ha estudiado que a pesar de tener peor pronóstico la depresión que comienza a edades tempranas, si es tratada correctamente desde sus comienzos puede significar una mejor calidad de vida para la persona que la padece en términos de evitarle muchos años de sufrimiento y de peregrinaje con médicos, así como de inestabilidad económica y social, con los riesgos consecuentes de estancamiento y/o deterioro social que esto conlleva.

Alertar a las personas sobre la posibilidad de deprimirse de forma severa al menos tres veces en la vida, así como de experimentar episodios leves y moderados de depresión, e informarles también sobre la importancia de recibir tratamiento temprano y eficaz para evitar el deterioro personal y social, debe ser un compromiso formal para todos aquellos que trabajan en el ámbito de la salud en general, y de la salud mental en particular. Desafortunadamente los recursos humanos y técnicos existentes en esta materia son muy limitados (Sartorius, citado por Calderón, 1999) en países desarrollados y más aún en economías emergentes.

Haciendo énfasis en la insuficiencia de recursos para atender la problemática mental se trata de concientizar a los gobiernos y a los profesionales de la salud sobre la urgencia de impulsar el diseño, desarrollo, sostenimiento, apoyo y difusión de sistemas alternativos para la educación, prevención, tratamiento y rehabilitación de los padecimientos mentales.

Esta tesis de licenciatura está encaminada a dicho fin ya que en el contexto institucional del Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en crisis por Teléfono de la Cruz Roja Mexicana (en adelante

SAPTEL), y de su amplia experiencia de casi 17 años de trabajo profesional sostenido a favor de la salud mental de los mexicanos, se propone un Manual de Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión por Teléfono.

El enfoque de tratamiento elegido para elaborar dicho manual corresponde a la Terapia Cognitiva de la Depresión creada por el Psiquiatra emérito norteamericano Aaron Beck a finales de la década de los sesentas.

El método de salud a distancia practicado en SAPTEL—que se basa en el uso del discurso y el diálogo paciente-terapeuta como unidad básica de información para el tratamiento, a través de la escucha activa, atenta y profesional, y de la realización de la entrevista clínica por teléfono—resulta idóneo para introducir el uso de un método cara a cara, de probada eficacia y eficiencia en el tratamiento de pacientes con depresión (la terapia cognitiva de la depresión de Aaron Beck, (Beck, 1983)) a la atención que se presta actualmente en SAPTEL. La mayor parte de las técnicas existentes en la terapia cognitiva son perfectamente ajustables al método SAPTEL y van enfocadas especialmente a que el individuo depresivo modifique—para su bienestar y funcionalidad en la época actual—los contenidos mentales (pensamientos o cogniciones) que le hacen enfermar y caer en un estado de indefensión, desesperanza e inacción, sin pasar por alto el tratamiento cuidadoso de las emociones que enmarcan dichos contenidos mentales, a través del establecimiento de una relación terapéutica adecuada.

CAPITULO 1

LA AYUDA PSICOLÓGICA POR TELÉFONO

Antecedentes

Debido a la escasez de información bibliográfica mexicana referente al uso del teléfono para proporcionar servicios de salud mental, se ha elegido como referencia obligada en este trabajo la tesis de licenciatura de las psicólogas Lucía Bustos Montes de Oca y Virginia Acosta Ramírez, titulada "Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono: Motivo de consulta" (Bustos, L. y Acosta V. 1989), por contener información amplia sobre el desarrollo de los servicios de atención telefónica a la salud mental en México y en el mundo, y aquella relativa a las primeras etapas de SAPTEL durante los terremotos de septiembre de 1985.

En la tesis arriba mencionada se hace referencia a que desde 1879 fueron los pediatras los primeros especialistas en salud que comenzaron a utilizar el teléfono para diagnosticar y prescribir a distancia a sus pacientes con enfermedades respiratorias, mediante el intercambio de información con las madres de los niños (Rodríguez, J. citado por Bustos, L. y Acosta, V., 1989)

En el año de 1950 en muchas partes del mundo, como Nueva York, Chicago, Japón, Londres, etc., comienzan a funcionar sistemas telefónicos para auxiliar a personas con problemas específicos como el alcoholismo, la depresión, crisis suicidas, abuso de infantes y violaciones sexuales.

En los años cincuentas y sesentas comienza y cobra gran fuerza la moderna intervención en crisis por teléfono. A partir de los años setentas, se observó el desarrollo de nuevos programas y la rápida expansión de la literatura sobre consejería telefónica.

Un dato importante es que los sacerdotes y los pastores de organizaciones religiosas—quienes desempeñan una función muy similar a la de los psicólogos—empezaron a escuchar, atender y brindar información a los individuos sobre los problemas de su mundo interno y externo, y desde 1906 fundaron los primeros servicios telefónicos de prevención y apoyo emocional para personas que deseaban quitarse la vida.

En 1964 en los Ángeles, California, por primera vez participan en el Centro para la Prevención del Suicidio profesionales que no son sacerdotes. Este centro tiene también el mérito de desarrollar experiencia y técnicas para el manejo telefónico de suicidas. Muy pronto este centro se dio a conocer entre la gente que comenzó a usarlo para tratar otro tipo de crisis emocionales que no se relacionaban con crisis suicidas.

A partir de la experiencia del centro arriba mencionado se crean nuevos servicios en Norteamérica, Europa, Sudamérica y algunos países de Asia. La necesidad de abrir nuevos centros de atención telefónica es impulsada por la

carencia de atención cara a cara, adecuada y suficiente, en las instituciones de salud ya existentes.

En un principio, estos centros eran operados en su mayoría por voluntarios no especialistas en la materia, debido quizá a que con ello los costos de operación bajaban. Estos voluntarios atendían principalmente crisis suicidas y envenenamientos y de ahí se diversificó la atención hacia un sinnúmero de problemas emocionales para satisfacer la demanda de los usuarios.

Algunos de estos centros, como el "Servicio para Crisis y Prevención del Suicidio" en Nueva York, surgido en 1968, ofrecieron ayuda las 24 horas del día y los 7 días de la semana y basaron su modelo de atención en ayudar al usuario a resolver las partes más fundamentales y agudas de su crisis, exhortándole a llamar dos semanas más tarde para monitorear cómo la habían resuelto y si la canalización proporcionada, en caso de haberse sugerido, resultó de ayuda.

De ese modelo de trabajo en salud mental se desprendió la posibilidad de que estos centros telefónicos estuvieran vinculados y formaran parte integral de diversos hospitales, universidades, escuelas secundarias, prisiones, delegaciones, agencias de justicia, y cualquier otro sitio en donde hubiera la necesidad de brindar contacto humano y profesional de manera inmediata y a una gran cantidad de personas.

La variedad y magnitud de la problemática social ha hecho su parte en el surgimiento de más centros de atención telefónica, ya que hoy en día existen aquellos que dan atención a víctimas de abuso sexual y sus familias, a personas con problemas de aprendizaje, al control del tabaquismo, al abuso de drogas, e incluso los que se dedican a brindar información o atender secuelas psicológicas de enfermedades físicas. **Por esa razón, es fundamental que el personal que provee el servicio en estos centros de atención telefónica sea capacitado de manera profesional, continua y específica, de acuerdo a las necesidades del público usuario.**

Como lo apunta un estudio realizado por Wise y Kilberg del Centro de Atención a estudiantes de la universidad de Illinois (citado por Bustos y Acosta, 1989) los estudiantes llaman principalmente para solicitar información general, o sobre el abuso de drogas o solamente para hablar con otro ser humano. Lo anterior es muestra del alcance que pueden tener estos servicios y sobre todo de su utilidad concreta.

En países como Alemania y Suiza, los centros de atención telefónica son difundidos y constantemente apoyados por medios de comunicación locales y nacionales como la radio, la televisión o los periódicos. Los números telefónicos de estos centros son incluidos en la sección de emergencias de los directorios telefónicos. Dichos países tienen un notable interés en que los ciudadanos sepan de la existencia de estas instancias para que puedan recurrir a ellas y recibir atención e información inmediata, vía telefónica sin necesidad de desplazarse.

Antecedentes de Servicios de Atención/Orientación Telefónica en México

El primer antecedente formal que se tiene sobre los comienzos de las líneas telefónicas de emergencia emocional en México es el proporcionado por el Dr. Mar Zúñiga, 1988 (citado por Bustos, L. y Acosta, V. 1989) quien reporta el surgimiento y funcionamiento durante 5 años (de 1967 y hasta 1972) de un servicio de ayuda telefónica denominado Centro de Prevención del Suicidio del Hospital de Coyoacán. El modelo de atención de este centro resultaba bastante completo, ya que un equipo interdisciplinario integrado por médicos generales, psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales y secretarías, daban atención estructurada a las personas que se internaban en el hospital por intento de suicidio. El personal de salud de esa institución se organizó de tal forma que era posible identificar a las personas hospitalizadas por dicha causa, acudir a sus camas y preguntarles si deseaban y estaban de acuerdo en hablar al respecto de lo sucedido y recibir atención emocional, así como de administrarles psicoterapia breve y de emergencia y posteriormente proporcionarles el número telefónico de atención psicológica en crisis por si en el futuro necesitaban hablar con un profesional. Se vio claramente que un servicio como este realmente se requería y fue así como se propuso que funcionara las 24 horas del día. Desafortunadamente, esto último no fue posible y peor aún, al cambiar las autoridades administrativas del hospital este servicio se suspendió por no considerarse ni importante, ni necesario.

En una entrevista con el Dr. Federico Puente Silva, Titular del Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono, SAPTEL, quien es poseedor de un amplio conocimiento, dominio y experiencia en el campo de la salud mental por teléfono, informa que en México los programas de atención telefónica se establecieron de manera formal entre los años de 1975 y 1980. Estos programas fueron la línea telefónica de los Centros de Integración Juvenil, y unos años antes la línea telefónica para suicidas de la Cruz Verde (después Hospital Regional de Xoco). Ambos servicios fracasaron, en opinión del Dr. Puente, principalmente por falta de recursos económicos que sustentaran de manera constante y duradera la contratación y capacitación de los recursos humanos para operar el servicio. Queda claro que este centro tuvo que cerrar por el cambio de administración, tal como lo expone el Dr. Zúñiga, pero principalmente por la falta de conciencia de que los problemas de salud mental requieren ayuda y atención inmediatas por parte de las instituciones de salud en la misma medida que los problemas físicos.

Agrega el Dr. Puente que es a partir de 1985 cuando inician otros programas telefónicos que comienzan a ser útiles para la población—como SAPTEL—que surge por primera vez como un programa conjunto de la Federación Mundial de Salud Mental (FMSM) y la Universidad Nacional Autónoma de México, unas horas después de la ocurrencia de los sismos de septiembre del mismo año. Continuando después, en una segunda etapa de 1987 a 1989, para finalmente el 12 de Octubre de 1992 pactar con la Cruz Roja Mexicana y la FMSM la prestación permanente del servicio en forma gratuita y continua en la ciudad de México y área metropolitana. Desde entonces ha funcionado en forma ininterrumpida, extendiéndose su cobertura a partir del 2002 al resto de la República Mexicana y atendiendo, mediante operativos especiales, población

en situación de desastre (como el operativo “huracán “Wilma” en 2005 o durante las inundaciones en Tabasco en Noviembre de 2007).

Como en otros países, en México también hubo la intención por parte de algunos grupos religiosos, como los Samaritanos, de brindar ayuda emocional por teléfono a aquellas personas con necesidad de apoyo y orientación, o que se encontraran desesperadas ante sus problemas.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría, antiguamente llamado Centro Mexicano de Estudios en fármaco-dependencia tuvo también un servicio telefónico atendido por un psicólogo y una trabajadora social.

Neuróticos anónimos, Alcohólicos Anónimos, Alcohólicos Anónimos 24 horas y Jóvenes Alcohólicos Anónimos 24 horas tenían el primer contacto con sus usuarios vía telefónica. Cuando llamaban se les tranquilizaba y se les daba información para integrarse a sus grupos, con la posibilidad de utilizar la línea cada que sufrieran crisis emocionales.

Los Centros de Integración Juvenil fundaron en 1978 su servicio de orientación e información al público.

En 1985, el Instituto Nacional de la Senectud, hoy denominado Instituto Nacional para los Adultos Mayores INAPAM, detectó que los problemas físicos de la gente mayor estaban estrechamente relacionados con problemáticas emocionales y decidieron abrir un servicio que brindara apoyo emocional, intervención en crisis de primer nivel y orientación/canalización a instituciones exclusivamente para esta población.

También se crearon centros de apoyo a la mujer violada, líneas de auxilio y denuncia sobre maltrato infantil y violencia intrafamiliar, así como servicios de información/orientación y apoyo psicológico para personas con VIH -SIDA y sus familiares.

La creación y operación de todos esos centros en una muestra de la evidente necesidad de la gente de encontrar ayuda de manera inmediata ante sus problemas, sin importar que ésta no sea la tradicional ayuda cara a cara. Todos estos servicios telefónicos, hayan funcionado o no, se crearon con la intención de servir a la gente con prontitud. La labor de la mayoría de estos centros consistió en ofrecer un contacto humano a través del intercambio verbal y crear un espacio sólo para el usuario quien en ese momento llamaba para ser escuchado, comprendido, orientado e informado.

A través de los años, los programas de atención a la salud mental por teléfono comenzaron a ser más constantes, sólidos y útiles para la población. Esto sucedió porque las personas pioneras de estos servicios en México se dieron cuenta de que es necesario establecer en cada uno de ellos un **Modelo Formal de Trabajo**, lo cual implica la intervención de un gran número de personas que aporten trabajo, generalmente voluntario, para diseñar la forma en que operarán estos servicios en términos de la selección del personal al teléfono, de su capacitación, de la supervisión clínica continua de los casos atendidos; así como la solicitud de apoyo financiero a diversas instituciones para contar con un lugar físico establecido y el acceso a los servicios de

telefonía. También para dedicarse a diseñar instrumentos de concentración de datos de los usuarios, hacer campañas de difusión para que la gente haga uso de los centros de atención telefónica y cubrir todos los horarios de atención cada día del año. Aunado a lo anterior, el esfuerzo para que los servicios de este tipo se mantengan día con día, mes con mes y año con año debe ser estructurado y sostenido y construido sobre un gran sentido de ética profesional.

Dentro de la revista SUMA de Cruz roja Mexicana (SUMA, 2003 p. 22), el Dr. Puentes Silva señala que si bien los servicios de emergencia emocional por teléfono tienen en el mundo más de 50 años de operar en los países desarrollados, hasta hace poco eran operados por voluntarios y no por profesionales formalmente entrenados. **En este sentido SAPTEL es el primer programa a nivel internacional en reclutar profesionales psicólogos.** *“Por eso, la Organización Mundial de la Salud—a través de su organismo consultor, la Federación Mundial de la Salud Mental—ha establecido que SAPTEL es el centro de referencia de modelos de atención en salud mental por teléfono y ha sido presentado en varios países”.*

Al año 2005, SAPTEL mantiene estrecha comunicación, mediante reuniones de trabajo periódicas, con la RED DE LINEAS TELEFONICAS que sirven a la población en un amplio rango de áreas relacionadas con la salud mental. Esta red se compone de los siguientes centros de atención:

ACERCATEL

Línea de orientación e intervención en crisis, atiende a escala nacional ofreciendo un espacio de escucha durante las 24 horas, los 365 días del año.

CANAL ONCE

A raíz de la exitosa barra de programas sobre gran cantidad de temas de interés para la población *“Diálogos en confianza”*, se crea el centro de atención telefónica de este canal televisivo. Las personas al teléfono ofrecen escucha, orientación y canalización a los usuarios.

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL

Atiende a personas con problemas de fármaco-dependencia (aquí se incluye a las personas adictas, sus familiares y amigos).

CENTRO LATINOAMERICANO SALUD Y MUJER (CELSAM)

Proporciona información y asesoría de manera responsable y respetuosa en relación con la sexualidad y planificación familiar. Establecen un enlace entre los servicios de salud y la comunidad para la atención de aspectos concernientes con la sexualidad y los métodos anticonceptivos.

DIVERSITEL

Línea telefónica de información, orientación y referencia acerca de la sexualidad, VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, derechos humanos y diversidad sexual.

DE HIJOS Y PADRES (EXCELDUC)

Asesoría y orientación familiar con canalización a centros e instituciones especializados.

LOCATEL

Orientación telefónica en diferentes áreas como, información, orientación y canalización en aspectos legales, médicos, psicológicos, laborales, búsqueda de personas extraviadas, etc.

CENTRO NACIONAL DE ATENCIÓN CIUDADANA POLICIA FEDERAL PREVENTIVA (PFP)

Atención a denuncias de delitos del fuero Federal, así como de quejas contra servidores públicos de la PFP, orientación y auxilio en accidentes carreteros.

SERVICIO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA A LA CIUDADANÍA DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL (PGJDF)

Orientación jurídica y Apoyo Psicológico para víctimas del delito.

SAPTEL (Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en crisis por teléfono)

A nivel nacional proporciona apoyo y consejo psicológico, así como intervención en crisis y psicoterapia las 24 horas del día, todos los días del año. Es un programa conjunto con Cruz Roja Mexicana, la Secretaría de Salud y el Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de Salud Mental, A. C.

TeSIDA

Ofrece información y orientación sobre VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, así como canalización a instituciones.

CALIDATEL

Recepción, canalización y seguimiento de sugerencias y quejas del sector salud a nivel nacional. De 8:00 a 20:00 horas.

VIDA SIN VIOLENCIA (INMUJERES)

Proporciona información y canalización telefónica, médica, legal y psicológica a mujeres y niños de todo el país en situación de violencia, las 24 horas del día, de manera gratuita y confidencial.

VIVE SIN DROGAS (CONADIC)

Orientan y canalizan a personas que se encuentren en situación de crisis por causa de alguna adicción, así como a sus familiares.

La modalidad de servir a la población mediante el teléfono en áreas directamente relacionadas con el bienestar físico, sexual, emocional, psicológico, reproductivo, familiar, legal, etc., se hace cada vez más habitual y necesaria en nuestro país.

Estas líneas telefónicas atienden no solo a personas que presenten alguna crisis al momento de llamar, también atienden la demanda de información y orientación en diversos tópicos como las relaciones interpersonales, la salud sexual y reproductiva, el manejo del fármaco-dependiente y el alcohólico, la orientación para educar a los hijos, etc., y son también una vía de comunicación a través de la cual el usuario puede expresar su estado emocional y el contenido de sus ideas.

Servicios como éstos tienen un gran valor si consideramos que nuestra población es enorme y que la atención médica y social es insuficiente y requiere de grandes tiempos de espera. Además, estos servicios son invaluableles si consideramos el problema de soledad y aislamiento que aqueja a cada vez más personas en las grandes ciudades y también en comunidades más pequeñas.

CAPITULO 2

Justificación para la adaptación del Modelo de Terapia Cognitiva de la Depresión cara a cara de Aaron T. Beck a la atención telefónica de mujeres con sintomatología depresiva que usan el Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono SAPTEL.

Primera parte

Características del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono que coadyuvan al manejo oportuno de los problemas emocionales en la mujer.

Sabemos que SAPTEL surge como una alternativa de servicio público de salud mental para dar atención a un elevado porcentaje de la población cuya problemática no amerita hospitalización, y dado que brinda apoyo psicológico inmediato al usuario, es muy útil para evitar el agravamiento de una crisis emocional.

Asimismo, el objetivo principal de SAPTEL es proporcionar a los que llaman las herramientas para manejar adecuadamente situaciones de crisis, estrés y angustia y restaurar de ese modo su bienestar psicológico. Para ello brinda atención en situaciones de urgencia psicológica y/o emergencia emocional, las 24 horas del día y todos los días del año. Ofrece también orientación sobre una gama amplia de temas relacionados con la salud mental, además de referir al usuario a otras Instituciones en caso de que SAPTEL no sea la opción idónea de tratamiento.

SAPTEL ofrece sus servicios profesionales gratuitamente. El usuario sólo paga la llamada o llamadas telefónicas que realice de manera local. El servicio de larga distancia no se le cobra ya que se cuenta con una línea 01-800 (larga distancia con costo para SAPTEL y sin costo para el que llama). De este modo, basta con una línea telefónica ubicada en un lugar conveniente para conversar sobre temas privados, para que la persona comience a recibir atención profesional de manera inmediata.

Estas características han hecho que el servicio sea usado por un gran número de personas. El reporte estadístico del 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1999 (considérese que en ese año no se contaba con el servicio larga distancia sin costo 01-800) indica que 16,213 personas llamaron a SAPTEL para solicitar algún tipo de ayuda. De ese total, 4615 personas llamaban por primera vez al servicio, 7052 usuarios eran pacientes de seguimiento que hicieron más de una llamada telefónica para tratar su problemática, 4714 personas fueron informadas sobre el funcionamiento de SAPTEL y otros fueron canalizados a centros de ayuda especializados (SAPTEL Cruz Roja Mexicana, 1999).

De los usuarios a los que se les abrió una cédula de registro codificada de historia clínica y datos sociodemográficos, el 59% fueron mujeres y el 41% hombres, cuyas edades más frecuentes iban de los 19 a los 45 años.

La población femenina—que en esta tesis es la población objetivo—presenta problemáticas típicas de los veinte, los treinta y los cuarenta años de edad.

Algunas mujeres expresan dudas sobre continuar con su preparación académica por diversas razones suspendida; otras no saben qué carrera elegir antes de entrar a la Universidad; otras tienen problemas de relación interpersonal con sus parejas, ya sea durante el noviazgo, el matrimonio o el divorcio. Otras más no saben si casarse, tener hijos o iniciar un proceso de separación legal.

Estas problemáticas se encuentran definidas y evidenciadas en la teoría del desarrollo humano de Bühler (citado por Papalia y Wendkos, 1990). Bühler estudió que en la fase 2 del desarrollo humano llamada "Adolescencia y Juventud", que abarca desde los 15 hasta los 25 años, los seres humanos comienzan a tomar conciencia de que sus vidas les pertenecen y que poseen libre albedrío para las decisiones que tomarán. En esa edad, las personas hacen también un análisis de las experiencias vitales que han tenido hasta el momento. Generalmente poseen metas importantes que serán trascendentes para el futuro (como encontrar una pareja, una vocación y un empleo estables). Además, poseen un sistema de creencias sobre el mundo y lo religioso y comienzan a responderse preguntas sobre el significado de la vida. Al mismo tiempo están en el proceso de realizar planes y aspiraciones.

Los datos obtenidos por los terapeutas de SAPTEL a través de las cédulas de registro dan muestra de los obstáculos que las usuarias mismas se imponen (a veces sin ser concientes de ello) para el logro de sus tareas de desarrollo.

Algunos de esos obstáculos son:

1. Estas mujeres generalmente se relacionan afectivamente con hombres violentos, adictos a las drogas o al alcohol, con tendencias a la infidelidad y sexualmente promiscuos, así como perezosos, dependientes o pasivo-receptivos.
2. Se embarazan durante su primera relación sexual. Algunas experimentan el trauma de un aborto y/o el contagio de enfermedades sexualmente transmisibles, incluyendo el VIH.
3. Interrumpen sus estudios por "juntarse" con sus parejas, quienes habitualmente son hombres inestables e inmaduros. Hacen esto casi siempre en un intento de huida ante un entorno familiar difícil.

En este conjunto de hechos entra uno de los objetivos más importantes de SAPTEL: el de orientar y enseñar a la población joven a resolver de la mejor manera posible etapas cruciales de su vida. Esto puede lograrse haciendo uso de los diferentes enfoques en psicología, y de tratamientos psico-sociales efectivos para resolver en los mejores términos los desafíos de las diferentes etapas del desarrollo humano. Uno de estos enfoques es el cognitivo conductual cuya eficacia para que el individuo se vuelva maduro y funcional está bien documentada. La aplicación correcta de sus técnicas conductuales y cognitivas hace posible la reestructuración de la persona en crisis o de la que sufre de algún trastorno emocional que le causa síntomas incapacitantes.

La siguiente etapa de desarrollo planteada por Bühler corresponde a la Edad adulta, que va desde los 23 hasta los 45 ó 50 años, aproximadamente. En esta

etapa las personas se encuentran experimentando los resultados de sus elecciones entre el matrimonio o la soltería, la preparación académica o el trabajo, etc. Idealmente, esta es una etapa rica y productiva de la vida que se vive con valores bien definidos, en la cual la persona se desenvuelve en un círculo social amplio. Este ideal contrasta con las experiencias reales de muchos usuarios de SAPTEL, ya que para la mayoría de ellos es muy difícil establecerse y superar las dificultades que se van presentando en la vida adulta. Hay personas que incluso se decepcionan fuertemente de las elecciones que hicieron en el pasado con respecto a ocupación o pareja y esto las inmoviliza para lograr cambios posteriores. Otras se quedan estancadas en los conflictos de la adolescencia y la juventud, sin lograr ni la independencia económica, ni la autonomía personal.

Debido a las características de SAPTEL (servicio gratuito, que funciona las 24 horas todos los días del año) es un servicio ideal para la población en general, y para las mujeres en particular, quienes muchas veces no tienen dinero o tiempo disponibles para desplazarse y recibir ayuda psicológica. Es por esto que esta tesis es una propuesta para dar atención a la población femenina en su problemática de salud mental, específicamente en el tratamiento de sintomatología depresiva leve y moderada.

Además, SAPTEL participa de manera preventiva, despertando la conciencia de los usuarios para que planeen su vida continuamente, sepan tomar decisiones con base en información adecuada y oportuna y resuelvan adecuadamente las diferentes crisis personales y/ o propias del desarrollo. Citando algunos ejemplos, SAPTEL cuenta con consejeros capacitados en el manejo de situaciones de duelo y puede resultar una excelente opción para las mujeres que sufren procesos de pérdida (de la salud, de un hijo, de la pareja, de una circunstancia de vida, del empleo, de la juventud, etc.)

En situaciones de ideación, intención o proceso suicida, la consejera o consejero se convierte en un yo auxiliar que facilita el manejo de la problemática de la persona en crisis que fundamentalmente estimula la libre expresión de las emociones de hostilidad y tristeza. Esto da tiempo al usuario para que se calme, explore de un modo más objetivo y distanciado los motivos que le llevan al deseo de suicidarse y a que considere otras soluciones a sus problemas.

En aquellos casos en los que un usuario necesite un tratamiento psicológico de mayor duración que el de la estancia de su consejera o consejero y no desee ser tratado por algún otro, o bien, que por su personalidad requiera de una terapia cara a cara, o que su problemática sea tan severa que es más conveniente que combine psicofármacos con psicoterapia, o que requiera de hospitalización, se le proporciona información actualizada sobre dónde acudir y los requisitos a cumplir para acceder a la opción elegida.

A cambio de todos estos beneficios, el compromiso que se requiere por parte del usuario es llamar puntualmente el día, la hora que se le indica, y el número de veces pactadas con el terapeuta telefónico.

En SAPTEL los consejeros se capacitan continuamente para que los servicios profesionales que prestan (desde el apoyo psicológico, la intervención en crisis, hasta la psicoterapia individual o en pareja) sean de la mayor calidad.

Las posibilidades del teléfono como un canal para proveer servicios de salud mental son muy amplias, prueba de ello es la opción de dar psicoterapia a distancia usando enfoques como el de la psicoterapia breve y de emergencia de Bellak, o la terapia cognitiva de los trastornos emocionales de Aaron Beck, (ambos enfoques contemplados dentro de las diferentes modalidades de atención a elegir dentro del Manual de Procedimientos de llenado de cédula de registro de SAPTEL). Este tipo de enfoques se adecuan tanto a su uso por teléfono, como cara a cara, porque fueron diseñados para aplicarse de manera directiva, son de duración limitada y altamente estructurados. Además, la terapia cognitiva sirve para tratar trastornos emocionales como la depresión, la ansiedad, la hostilidad, las fobias, las obsesiones, o los problemas relacionados con el dolor físico causado por el manejo inadecuado de las emociones.

Finalmente, la mujer que llama a SAPTEL tiene la oportunidad de ser asesorada sobre cómo planear eficazmente su vida. Puede intercambiar con su consejero información sobre diversos temas que le interesen o le preocupen, tales como la sexualidad, la superación personal y profesional, la anticoncepción y la maternidad responsable, la elección sana de una pareja, la asertividad y el establecimiento de límites hacia los demás, la crianza eficaz de los hijos, la administración del tiempo, el dinero y la energía personal, la desmitificación del período de la menopausia, la depresión en las diferentes etapas de la vida, o el manejo el estrés al servicio del logro de las metas; entre muchos otros.

Durante las conversaciones que se tienen con los usuarios se les invita a revisar los conceptos que manejan en su mente y en su discurso y se les enseña a identificar de que manera esos conceptos idiosincráticos facilitan u obstaculizan su estado de funcionalidad y adecuación a la realidad y al logro de objetivos.

Segunda parte.

Reporte estadístico 1999.

De un total de 4486 historias clínicas codificadas correspondientes al período Enero de 1999 a Enero de 2000, se tomó una muestra del 20% para ser analizada. Como primer paso, se seleccionó uno de cada 5 expedientes, respetando la numeración ascendente de los mismos. Una vez obtenida una muestra del 20% de dichos expedientes, la cual quedó compuesta por 895, se procedió a separarlos por género, quedando una muestra integrada por 571 expedientes de usuarias mujeres y 324 de usuarios hombres.

Finalmente, de los 571 expedientes de mujeres, se seleccionaron aquellos en los que la usuaria puntuó 3 (moderado), 4 (intenso) ó 5 (severo) en el reactivo "ánimo depresivo", quedando una muestra de 236 historias clínicas, con las cuales se hizo el conteo de frecuencias simples que dieron un perfil sociodemográfico de las mujeres que llaman a SAPTEL y que se presenta a continuación:

Distribución por sexo	Porcentaje
Mujeres	62.8%
Hombres	31.1%

Estado civil	Porcentaje
Soltera	40.2%
Casada	35.2%
Separada	8%
Divorciada	5.9%
Unión libre	5.5%
Viuda	3.4%

Edad de las usuarias	Porcentaje
20-29	30.5%
30-39	28.4%
40-49	16.5%
50-59	11%
Menor de 19	9.7%
60-69	3.8%

Nota importante: No hubo llamadas de mujeres de **70-79, 80-89 y 90** años en adelante.

Escolaridad	Porcentaje
Preparatoria, vocacional o carrera técnica completa.	28.8%
Preparatoria, vocacional o carrera técnica incompleta.	14.4%
Nivel profesional.	13.1%
Secundaria completa o equivalente.	11.8%
Estudios profesionales incompletos.	11%
Primaria completa.	8%
Estudios superiores completos.	4.2%
Secundaria o equivalente incompleta	2.9%
Primaria incompleta	2.1%
Analfabeta.	0.8%
Estudios superiores incompletos.	0.8%
Post-doctorado y otros estudios similares.	0.4%

Ocupación	Porcentaje
Ama de casa	34.7%
Estudiante	13.1%
Burócrata o empleada de la iniciativa privada	11%
Desempleada	9.3%
Profesionista	7.2%
Comerciante	4.7%
Trabajadora técnica especializada	3.8%
Vendedora con ingreso variable	3.4%
Asistente de oficio	3.4%
Trabaja en oficio o equivalente	2.9%
Otro tipo de oficio con status distinto: incapacitadas, sexo servidoras, operadoras, realizando servicio social, actrices, no trabajan, pensionadas	2.5%
Subempleada	2.1%
Empresaria o dentro de la iniciativa privada	1.7%

*Ninguna de las usuarias se dedica a trabajar en el campo.

Religión	Porcentaje
Católica	79.6%
Creyente	11.4%
Otras religiones	2.9%
Atea	2.5%
Protestante	2.1%

Nota importante: La categoría "otras religiones" incluye la mormona, cristiana y evangelista.

Ninguna usuaria es de religión Judía.

Lugar de origen	Porcentaje
Distrito Federal	81.3%
Estado de México	5.9%
Veracruz	2.5%
Guerrero	2.1%
Michoacán	1.7%

Nota importante: En esta variable están listados todos los Estados de la República, sin embargo en la tabla sólo se presentan los porcentajes más altos, aunque cabe señalar que no se recibieron llamadas de usuarias originarias de Baja California Sur, Chiapas, Jalisco, Nuevo León, Tlaxcala y Zacatecas.

Domicilio actual	Porcentaje
Del. Gustavo A. Madero	11%
Del. Iztapalapa	11%
Del. Álvaro Obregón	7.2%
Ecatepec de Morelos	7.2%
Coyoacán	6.3%

Nota importante: Hubo llamadas procedentes de las 16 delegaciones del DF., sin embargo sólo se tomaron las frecuencias significativas.

Número de personas viviendo en la misma casa	Porcentaje
Tres	23.7%
Cuatro	17.3%
Dos	16.5%
Cinco	15.2%
Una	10.1%

Parentesco	Porcentaje
Pareja e hijo (a) o hijos (as)	25%
Hijo (a) o hijos (as)	14.4%
Ningún parentesco	7.2%
Pareja	5.1%
Madre	3.3%
Padre y madre	3.3%

Tipo de vivienda	Porcentaje
Casa sola propia	55.5%
Departamento propio	14.4%
Departamento rentado	13.3%
Casa sola rentada	3.8%
Casa sola (sin especificar régimen de propiedad)	2.9%

Aportación económica de la usuaria al ingreso familiar	Porcentaje
0%	52.1%
100%	16.1%
50%	8.4%
10%	4.2%
30%	4.2%
20%	2.9%
60%	2.9%
80%	2.5%
40%	2.1%
70%	1.2%
25%	1.2%
90%	0.8%
85%	0.4%
Cómo supo acerca de SAPTEL	Porcentaje
Por otra persona	30%

Televisión	22.8%
Prensa	19.9%
Radio	13.5%
Otro medio	7.6%
Se ignora	6.3%

De la muestra de 571 expedientes un 40.7% de las usuarias presenta una estrecha concordancia entre la verbalización de su motivo de consulta y la presencia de entre uno y seis síntomas que forman parte de la depresión:

- Irritabilidad
- Animo depresivo
- Ansiedad
- Fatiga
- Alteraciones en el dormir
- Disminución de la concentración

El 59.3% de expedientes restante no se seleccionó para este análisis por lo siguiente:

1. La usuaria, tiene calificación de 1 (ausente) en los seis síntomas tomados como indicadores de depresión en la sección de sintomatología específica de la historia clínica codificada (para más detalle sobre la cédula de registro historia clínica, consultar el Manual de Procedimientos de SAPTEL (1993), en los incisos 56 a 66.
2. La usuaria tiene calificación de 2 (leve) en los seis síntomas anteriormente mencionados, debido a que presenta síntomas mínimos que no han causado gran malestar, o que se consideran como rasgos temperamentales de la usuaria.
3. La usuaria tiene síntomas de obsesiones y/o compulsiones y no síntomas depresivos.
4. La queja de las usuarias consiste en fobias con ausencia de síntomas depresivos.

Analizando las 236 historias clínicas que conforman la muestra con la que se trabajó se presentan los siguientes datos:

- 15 usuarias tuvieron calificaciones de 3 y 4 (moderado e intenso, respectivamente) en irritabilidad, ánimo depresivo, ansiedad, fatiga, alteraciones en el dormir, disminución de la concentración.
- 15 usuarias con calificación de 5 (muy intenso) en los seis síntomas anteriores.
- 41 usuarias que presentan 4 de los 6 síntomas.
- 39 usuarias con 3 de los 6 síntomas.
- 55 usuarias con 2 de los 6 síntomas.

Debe resaltarse que son 61 personas las que puntúan 3,4 ó 5 en una sola categoría de las seis existentes, la cual corresponde a ánimo depresivo. Dicho número de usuarias es superado sólo por 10 unidades, si sumamos el número de usuarias con cuatro, cinco o seis de los síntomas.

Lo anterior coincide con la evaluación por separado del número de usuarias que presenta cada uno de los síntomas, lo cual se presenta enseguida.

Número de usuarias	Calificación 3, 4 ó 5 en alguno de los síntomas
214/236	Ánimo depresivo
105/236	Ansiedad
89/236	Irritabilidad
76/236	Alteraciones en el dormir
60/236	Fatiga
52/236	Disminución en la concentración

Por lo tanto, si sumamos las 61 usuarias que califican 3,4 ó 5 en ánimo depresivo a las 71 que presentan los 6 síntomas, nos da un total de 132 mujeres que sufren un trastorno emocional severo que de no recibir tratamiento puede terminar en un deterioro grave de la persona y de su ambiente inmediato.

Motivos de consulta textuales

En lo referente a la presentación de motivos de consulta de las usuarias, estos fueron tomados textualmente de las historias clínicas. Se seleccionaron los siguientes como aquellos que no se repiten y que son más representativos de la relación de congruencia entre lo que las usuarias verbalizan de su problema y la presencia de signos de depresión:

1. "Tengo un problema muy grande, pero no quiero hablar de el porque me hace sufrir mucho" (Esta mujer de 44 años está intensamente deprimida porque hace tres años sufrió un ataque sexual)
2. "Me deprimó mucho, lloro y no sé que hacer".
3. "Es que en Diciembre me desemplearon, siento que no puedo hacer nada".
4. "Estoy muy triste, hace tres meses que murió mi bebé"
5. "Tengo una jovencita que no sabe que carrera tomar y yo no se que hacer" (La mujer que llama, tiene 50 años y está experimentando síntomas de depresión que considera anormales en su persona).
6. "Siempre estoy deprimida" (Dice una joven de 19 años que se embarazó de un novio adicto a las drogas).
7. "Tengo varios problemas, no sé que hacer" (La usuaria de 21 años comenta que va por la vida dejando cosas inconclusas, no tiene ganas de nada y su novio no la deja trabajar para que pueda pagarse la universidad).
8. Una mujer de 53 años, con diez de haberse divorciado expresa sentirse deprimida y muy mal moralmente. Desea suicidarse porque siente que su vida carece de sentido y porque está decepcionada de sus hijos ya

- que uno de ellos quiere quitarle la casa donde vive y ella no volvió a tener pareja porque quería darles una "buena moral".
9. "Me estropearon el cabello, lo deshicieron" (Esta usuaria de 29 años dice que siente haber perdido todo debido a que le quemaron su cabello. Desea estar encerrada en casa y no tiene ganas de nada). Ella dice textualmente: "Mi cabello era lo que le daba personalidad a mi vida".
 10. "No como y bajé mucho de peso" (Ella es una mujer de 58 años que dice no tener amigos, ni familia en donde vive y que a su único hijo no le interesa).
 11. "Me siento muy triste porque no puedo encontrar pareja".
 12. "No puedo ni hablar, me siento triste porque mi esposo no me ha llamado de Estados Unidos".
 13. "Me siento muy triste, creo que es por la menopausia, no tengo ganas de hacer nada, solo quiero llorar y gritar y estoy cansada de enfermarme tan seguido".
 14. "Últimamente me siento desganada y aburrida" (Ella es una mujer casada de 26 años que no trabaja y que dice tener un esposo que la hace sentirse menos, la usa y la amenaza).
 15. Una mujer casada de 29 años expresa no poder vivir sin su marido a pesar de que él la golpea severamente porque ella es muy celosa, dice que a pesar de eso lo ama. Hace un año intentó cortarse las venas.
 16. "Me deprimó fácilmente" (Dice una usuaria de 24 años que fue canalizada después de la primera llamada a un servicio cara a cara porque tiene un fuerte deseo de suicidarse).
 17. "Me siento muy angustiada, sola, muy desesperada, porque mis hijos (todos ellos mayores de edad) no me toman en cuenta, cada quien hace su vida" (Ella es una mujer de 48 años dependiente económicamente).
 18. Una joven de 17 años dice—" Mi mamá era como mi amiga, murió en un accidente y la extraño"—(Todo ello la hace sentir que no tiene motivos para vivir y ha intentado quitarse la vida dos veces).
 19. "Me siento de lo peor, mala" (es una abogada de 31 años que se enfurece con facilidad. Su marido la contradice frente a los niños y la educación de ellos se la deja por completo, además, él siempre la llama loca).
 20. Una usuaria de 46 años se pregunta: "¿qué hace una mujer cuando siente que su esposo ya no la quiere?"
 21. A una mujer de 25 años le deprime el hecho de que su padre le grita y la insulta. "Me dice que soy una tonta y eso no me deja estar a gusto en mi casa, ni acabar mi tesis".
 22. Una mujer casada de 44 años llama al servicio para preguntar si su conducta esta bien o mal con respecto a que se le está rebelando a su marido porque está yendo a comedores compulsivos y está aprendiendo a ser más independiente, se cuida más, no se "engancha" con los problemas de él e intenta vivir la vida sin depresiones.
 23. "No puedo relacionarme con la gente, siento que nadie me quiere"
 24. "No se como controlar mi inseguridad porque asfixio y molesto a mi pareja".

25. Una mujer de 54 años dice: "Me siento desesperada porque siento que no he hecho nada en la vida" (Esta usuaria llama porque dice que ha pensado en el divorcio pero se siente con muchos años encima, inútil y que ha dejado de hacer muchas cosas por mucho tiempo, además se siente usada, despojada, no tiene apoyo de nadie y siente que a nadie le importa lo que le pasa).
26. "Estoy desesperada porque mi marido toma y me pega".
27. Una chica de 17 años expresa: "he intentado suicidarme dos veces porque ya no aguanto la presión de mis padres porque soy hija única, ellos no se comunican conmigo ni me ponen atención como yo quisiera".
28. "Tengo 34 años y hace catorce me diagnosticaron trastorno bipolar. Estoy yendo a terapia con un psiquiatra y tomo litio; me han internado tres veces y estoy muy triste porque no tengo amigos, ni pareja y tengo mucho resentimiento hacia mis padres".
29. "No sé qué hacer, me siento angustiada y estoy cayendo en una depresión" (Esta usuaria tiene 28 años, aporta el 80% de los ingresos en su casa y dice ser muy dependiente de sus padres) Ellos desean que se case con un hombre mayor, amigo de la familia y ella no quiere, dice que el matrimonio no le interesa por el momento y que más bien desea disfrutar de su éxito profesional, pero la presión de sus padres para que se case la ha dejado sin saber qué hacer.
30. "No tengo ganas de hacer nada, ni de terminar mi carrera" (Esta mujer dice tener un novio muy "seco" (poco afectuoso) con el que se lleva mal).
31. "Yo soy demasiado celosa y mi marido me engaña" (Ella tiene 44 años y depende económicamente de su marido. Presenta sentimientos de auto devaluación y celos enfermizos que la deprimen).
32. "De repente me siento muy mal, todo lo que intento hacer se me bloquea" (La paciente llamó llorando y se queja de la vida). Dice no tener a quien recurrir, ha perdido su trabajo, tiene un problema de columna y el dinero no le alcanza. Tiene 44 años y es divorciada.
33. "Me siento deprimida, fui violada por mi padre de los cinco a los doce años y creo que eso me ha impedido crecer como persona".
34. "He cumplido 60 años y no me casé, tengo una tremenda necesidad de compañía".
35. "Necesito hablar con un psicólogo que me diga qué hacer con mi hija" (Esta mujer de 44 años vive con su pareja y la hija de ella). Comenta que se siente muy triste y se deprime al no saber qué hacer con la hija, ya que la chica ha estado muy deprimida y ha intentado suicidarse dos veces.
36. "¿Me pueden ayudar? Soy muy tonta y muy nerviosa" (Dice una chica de 17 años que no aprobó el examen de preparatoria y en su casa le dicen que fue porque es una tonta). Ella trabaja y quiere seguir estudiando pero no sabe cómo lograrlo.
37. "Tuve una crisis, me sentía mal, abandonada" .Esto lo dice una mujer de 50 años, soltera que vive sola y que recientemente se quedó desempleada.
38. "No me gusta estar sola en casa y si salgo a la calle me mareo, esto me asusta y lo único que quiero hacer es regresar corriendo a mi casa" .Ella es una mujer de 26 años que se siente muy deprimida por su malestar.

39. "Me siento muy triste, creo que estoy en medio de una depresión" (Comenta una mujer de sesenta años, casada que se siente muy triste y sola y que no puede dormir). Además experimenta apatía hacia todo, ya no desea vivir con su esposo, ni quiere ir a vivir con sus hijos porque se siente culpable de que más joven tuvo problemas con su marido y se desquitaba con sus hijos pegándoles.
40. "¿Me puede escuchar un psicólogo? Tengo una gran depresión". Esta mujer de 62 años dice no tener ganas de nada a raíz de la muerte de su esposo y su hermana. Además su hija se fue de la casa y se siente muy sola.
41. "No pude dormir en toda la noche porque tengo problemas con el esposo de mi hija". La usuaria tiene 48 años, es jubilada y aporta el 80% del ingreso a la casa. Su hija y esposo viven con ella y no sabe como ponerles límites.
42. "Me siento muy mal porque mi marido siempre me ha maltratado y me acabo de enterar de que anda con otra mujer".

Análisis de resultados

Los motivos de consulta anteriores verbalizados por una muestra de usuarias de SAPTEL son un ejemplo de ciertas circunstancias de vida que pueden convertirse en factores de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo leve, moderado o severo. Estas circunstancias pueden tener cierta relación con la ocurrencia de problemas en las relaciones interpersonales, ya sea con la pareja (por infidelidad, maltrato físico y/o emocional, comunicación inadecuada o insuficiente), con los hijos, los hermanos, o los compañeros de trabajo. También pueden surgir por falta de apoyo económico o moral y soledad real o subjetiva. En algunos casos las mujeres viven circunstancias de dependencia económica o emocional hacia su cónyuge u otros familiares y carecen de herramientas cognoscitivas, emocionales y materiales para la vida adulta independiente, lo cual las limita a la hora de tomar decisiones.

Una cantidad importante de mujeres expresa problemas en el manejo de su sexualidad, pues temen estar embarazadas tras una relación sexual sin protección, o bien temen estar contagiadas de alguna enfermedad venérea. Algunos de ellas presentan embarazos no deseados, siendo solteras o casadas. También existen los problemas de incesto, intentos de violación, violación, abuso o molestia sexual intrafamiliar. Por otro lado, algunas mujeres experimentan gran culpa por tener relaciones sexuales. La insatisfacción sexual también está presente provocando enojo y angustia en la relación de pareja.

A SAPTEL llama un 80% de mujeres que desean ser atendidas por situaciones directamente relacionadas con el mal manejo de las problemáticas y la ausencia de planeación de la vida, tanto en la cotidianeidad, como en circunstancias especiales, como divorciarse o interrumpir un embarazo no deseado, y por lo tanto, no planeado. Esta no planeación de la vida o el manejo inadecuado de sus circunstancias tiene implicaciones importantes en el grado de control que la mujer percibe en sí misma para lograr cambios en su vida y modificar positivamente el rumbo de la misma. El mal manejo de la propia vida conduce a la percepción de poco o nulo control sobre el ambiente y esto a su vez genera sentimientos de desesperanza e indefensión, ambas percepciones responsables de ciertos tipos de trastornos depresivos.

Los porcentajes expuestos en las trece tablas nos dan algunos perfiles de vida interesantes:

Los más altos porcentajes de llamadas están entre las mujeres de 20 a 49 años, que es una **edad** en la que se espera productividad y crecimiento personal. Le siguen las usuarias de menos de 19 años con un 9.7% del total y por último, las que están entre los 60 y 69 años con un 3.8%.

No se registraron llamadas de mujeres de entre 70 y 90 años. Este dato y el 3.8% de llamadas de mujeres entre los 60 y 69 años no necesariamente indica que las mujeres en estas edades no presentan crisis emocionales, más bien es un indicador de que es necesario difundir el servicio entre esta población para que las mujeres puedan planear su proceso de envejecimiento en los aspectos económico, psicológico, físico y social.

Referente al **estado civil**, la mayor parte de las usuarias son solteras, siguiendo las casadas y por último, con 22.8%, aquellas que se han separado de su pareja por divorcio o muerte.

Las mujeres cuya **preparación académica** alcanzó el nivel medio superior ocupan el mayor porcentaje. El 13.1% corresponde a las mujeres con una profesión. Un 0.8% lo forman las usuarias analfabetas. Nuevamente, es importante que se difunda el servicio entre las mujeres que no saben leer ni escribir.

La **ocupación** más frecuente en la muestra estudiada es la de ama de casa (34.7%). Un 7.2% de mujeres ejercen una profesión. Le siguen las estudiantes y las empresarias.

La **religión** preponderante entre las usuarias es la católica.

El 81.3% de las mujeres que llamó al servicio son **originarias** del Distrito Federal y las Delegaciones que más llamadas de procedencia registraron son Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Álvaro Obregón, Coyoacán y Ecatepec como municipio adyacente al D.F.

Las mujeres que llaman a SAPTEL viven más frecuentemente con otras dos personas (la pareja, los hijos, la madre, el padre, o ningún parentesco). Algunas viven solas. La mayor parte de las usuarias de la muestra viven en casa o departamento propio o rentado, de entre una y cinco habitaciones.

El 52.1% de las usuarias no aporta dinero a la familia. El 16.1% aporta el 100% de los ingresos.

Por último, la mayoría de usuarias se enteró del servicio de SAPTEL a través de comunicación personal de amigos o parientes que han llamado al sistema anteriormente. Otra fuente de referencia común es la televisión, la radio y la prensa.

Intervenciones terapéuticas o psicoterapéuticas aplicadas

El tipo de intervención terapéutica utilizada por la consejera o consejero y la respuesta de la usuaria a la pregunta directa de cómo se sintió al término de la

intervención, son dos cuestiones importantes de evaluar. Con ellas se monitorea como funcionaron las herramientas que se aplicaron y el grado en que estas intervenciones produjeron alivio a la situación crítica y/o generaron nuevas perspectivas de vida.

En esta muestra, la psicoterapia de apoyo sola o en combinación con la terapia de diálogo centrado en el cliente, son la modalidad de tratamiento más aplicada por los terapeutas de SAPTEL con las usuarias (en 116 de las 236 usuarias atendidas con esta herramienta), ya sea minimamente importante, regularmente, importante coadyuvante o como tratamiento principal. En segundo lugar (en 30 de las 236) se aplicó la terapia del diálogo centrado en el cliente.

En tercer lugar están el ensayo cognoscitivo y la identificación y aceptación del problema (20 de las 236). En cuarto lugar (11 de las 236) se aplicaron aproximaciones terapéuticas psicoanalíticamente orientadas (Freudiana, Lacaniana y Jungiana). En último lugar (4 de las 236) se aplicó la terapia familiar y la psicoterapia grupal.

La psicoterapia de apoyo se considera útil en condiciones emocionales de emergencia o cuando el sujeto presenta una condición crónica que impacte de manera importante su estructura emocional y debilite su yo, por ejemplo un cuadro depresivo que no ha sido tratado exitosamente. En tales situaciones la consejera (o) apoya al paciente por medio de comportamientos y comentarios que transmiten empatía, solidaridad y esperanza de que trabajando en los problemas éstos se pueden solucionar.

El Psicoanalista Andrés Gaitán en el Manual de procedimientos SAPTEL (Puente, Gaitán 1993) menciona que en SAPTEL surge un modelo de apoyo que es fundamentalmente el consejero sirviendo como Yo auxiliar al usuario para que pueda operar en aquellas funciones del Yo que se afectan durante una crisis. Asimismo, la psicoterapia de apoyo comparte muchos de los procedimientos del modelo de psicoterapia breve y de emergencia de Bellak (Bellak, 1999), tales como la manera de focalizar el problema de la persona, el número de sesiones requeridas y la cantidad importante de esfuerzo y rapidez mental que el terapeuta debe utilizar durante las sesiones para encausar el Yo del paciente.

Ambas aproximaciones pueden considerarse como piedras angulares para la salud mental comunitaria ya que permiten atender a las personas con rapidez antes de que desarrollen cronicidad posterior y resistencia a la terapia, además de que, como lo sugieren algunas estadísticas, ya que el paciente promedio asiste a terapia solo durante cinco sesiones, la psicoterapia de apoyo y la psicoterapia breve y de emergencia son los modelos ideales para ayudar al paciente en corto tiempo y/o movilizarlo para seguir buscando ayuda en un proceso más largo y profundo.

Por último, a la pregunta directa sobre cómo se sintió la usuaria después de la intervención, los porcentajes se dividen de la siguiente forma: 58.8% reportó sentirse mejor, 27.9% mucho mejor, 11.4% no se registró la respuesta y 1.6% ni mejor ni peor. Estos datos muestran que el sistema cumple con su cometido de

mejorar el estado emocional de la gente, y al mismo tiempo retroalimentan para innovar y mejorar las técnicas de atención que se utilizan en su marco clínico.

Los resultados obtenidos con los pacientes usando las aproximaciones que producen más éxito en el tratamiento, indican que es muy bueno entrenar a los terapeutas en esas direcciones y capacitarlos para la aplicación de otras aproximaciones terapéuticas breves y efectivas como la terapia cognitiva de los trastornos emocionales, cuya adaptación al sistema SAPTEL constituye el tema de esta investigación.

¿Por qué se eligió el trastorno depresivo leve y moderado para ser tratado vía telefónica en SAPTEL y en mujeres solamente? y ¿porqué se propone tratar la depresión femenina haciendo uso de las técnicas cognitivas diseñadas por Aaron T. Beck?

El tema de esta investigación surge de la experiencia de la autora de esta tesis como consejera al teléfono de SAPTEL. Durante dicha experiencia se encontró que un gran número de sus pacientes eran mujeres y tenían cierto perfil de vida y problemáticas similares. Es decir, eran mujeres en edad productiva, más casadas que solteras y casi todas amas de casa con hijos pequeños. Este estilo de vida femenino y algunos otros un tanto diferentes aparecían reflejados claramente en las estadísticas mensuales de SAPTEL que se elaboran haciendo uso de los datos contenidos en las historias clínicas codificadas. Tal perfil, como se mostró en las tablas anteriores, se presenta más específico en los siguientes párrafos:

La mayor parte de personas que utilizan SAPTEL son mujeres entre los 20 y los 49 años (situación similar a la presentada arriba, en las estadísticas del año 2000). De Enero a Diciembre de 2004, con un total de 8,314 llamadas de primera vez, (SAPTEL, 2004), el 71.69% fueron hechas por mujeres. El porcentaje más alto por edad de usuario lo ocupó el rango de entre los 20 y los 29 años, con un 37.29%. Los motivos para solicitar atención van desde la presencia de un desafío ante alguna transición de la vida adulta, por ejemplo: convertirse en madres por primera vez, o una crisis por desempleo, hasta sentirse con un estado de ánimo de tristeza o desesperanza ante la pérdida de un ser querido, el divorcio, el arribo de la menopausia, la dificultad para relacionarse con la gente, la soledad, las dependencias emocional y económica y los problemas con la pareja o los hijos.

Las personas solteras buscan ayuda con mayor frecuencia (43.94%), siguiendo a estas aquellas casadas (32.20%).

En cuanto a escolaridad, los mayores porcentajes están en la categoría de Nivel medio superior completo (21.77%), estudios profesionales completos (14.48%), Estudios a nivel medio superior incompletos (14.01%), secundaria completa o equivalente (11.74%).

La ocupación ama de casa se ubicó en el 22.44% del total de llamadas y la de estudiante en 14.67%. Los burócratas y empleados de empresas privadas obtuvieron el 10.74%.

La duración de las llamadas de primera vez que obtuvo mayor porcentaje es de 41 minutos o más con un 45.65%, y de 21 a 40 minutos con 42.55%.

El contenido afectivo más frecuente en los usuarios al momento de llamar corresponde a la tristeza con un 39.79%. Los usuarios con contenido afectivo normal se ubicaron en el 27.22%. Un 13.25% correspondió a la ansiedad o angustia.

En la categoría ánimo depresivo un 33.76% de los usuarios lo presentó con intensidad moderada y un 29.96% de manera leve, un 17.22% no lo presentó y el 15.52% lo expresó de manera intensa.

El 47.22% de los usuarios, a juicio de los consejeros telefónicos, requieren ayuda en consulta externa. El 39.59% presentó molestias psicológicas que no ameritan tratamiento psicoterapéutico o psiquiátrico y el 10.80% de las llamadas son realizadas por sujetos totalmente asintomáticos.

Anteriormente se mencionó que la gente llama expresando problemas con su pareja, con sus hijos o con alguna situación nueva o incómoda que requiere reajustes y soluciones (como la pérdida del empleo, la maternidad o el divorcio). Estadísticamente, el 52.57% de los usuarios llama por tener problemas en sus relaciones interpersonales (ya sea dificultades en la interacción con familiares, pareja, separación o divorcio, infidelidad, problemas sexuales con la pareja, deficiencias en el repertorio interpersonal, enfermedad física o mental de familiares o pareja). El 21.25% expresa sintomatología frecuentemente asociada a la depresión (Problemas en el ciclo de dormir, trastornos en la alimentación, sentimientos de soledad o de abandono, de auto devaluación, así como tristeza o ánimo deprimido o proceso suicida).

Dado este perfil estadístico que se presenta consistentemente año con año en SAPTEL, y dado que la depresión puede ser al mismo tiempo causa o consecuencia de situaciones mal manejadas (como algunas de las presentadas en los motivos de consulta de las usuarias) surge la idea de introducir una forma de tratamiento que sea breve, estructurada y eficaz para el tratamiento de la depresión leve y moderada, además de que permita al consejero (generalmente un psicólogo clínico) elaborar un diagnóstico certero y producir mejoría en los síntomas que producen mayor malestar al paciente. La aproximación terapéutica elegida es, como ya se mencionó, la terapia cognitiva de la depresión, porque en la base de todos sus procedimientos se encuentra la exploración de los contenidos del pensamiento a través de la palabra, y promueve en los usuarios el pensamiento maduro que es requisito indispensable para ser funcional y para prevenir la ocurrencia de más episodios de depresión en el futuro.

Debido a que la herramienta principal en la terapia por teléfono (y también en la terapia cara a cara) es el discurso, es viable identificar los contenidos y estructuras cognoscitivas mediante las cuales esa persona construye y analiza la realidad que le rodea. Ya que esa construcción es determinante para la forma de interactuar con el mundo, y ya que el surgimiento de trastornos emocionales se da en esa interacción, la terapia cognitiva es una herramienta importante para dar tratamiento eficaz y de resultados duraderos a los pacientes telefónicos de SAPTEL.

La mujer es el usuario hacia quien se dirigirá la aplicación de este enfoque terapéutico porque aún cuando va cambiando la tendencia, estadísticamente llaman al servicio más mujeres que hombres. Además de

que en la verbalización de los motivos de consulta se encuentran pistas de distorsiones cognitivas y de patrones de pensamiento disfuncionales que contribuyen a la vulnerabilidad femenina hacia los trastornos depresivos. Finalmente, porque en las mujeres la depresión es más frecuente con una prevalencia a lo largo de la vida del 21,3% frente al 12,7% de los hombres (Leal, 2000). En cuanto a la incidencia de la depresión, tenemos que se ubica en 247/100.000 habitantes en las mujeres y 82/100.000 habitantes en los hombres.

En cualquier ámbito del conocimiento los profesionales involucrados, diseñan, innovan, adaptan y experimentan nuevas formas de plantear y dar solución a los problemas. En el campo de la salud mental se está observando el aumento en la incidencia de trastornos mentales en México y en el mundo, y aportar nuevas ideas para encarar estas tendencias se convierte en un deber para los practicantes de la psicología y la psiquiatría principalmente.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la depresión constituye, a partir del siglo XXI, el problema número uno de Salud Pública a nivel mundial, ya que sólo en nuestro país, entre 10 y 15 millones de mexicanos adultos presentan en la actualidad algún grado de depresión (Puente, 2000). Esto quiere decir que en cada familia existe, por lo menos, una persona deprimida.

Ante este panorama cabe preguntarse qué se puede hacer para que las personas accedan a la psicoterapia de una manera directa y sencilla para resolver sus problemas; en una modalidad que sea relativamente poco costosa y en la que sea posible contar con los recursos técnicos, humanos y tecnológicos necesarios para satisfacer la demanda.

Tratando de responder, al menos parcialmente, esas preguntas se propone la adaptación de la terapia cognitiva de la depresión en SAPTEL, seleccionando y ajustando las técnicas conductuales y cognitivas propias de este enfoque a una atención exclusivamente telefónica, tomando siempre en cuenta los criterios prácticos y éticos para dicha acción.

Como resultado de muchos años de experiencia e investigación en el tratamiento de pacientes deprimidos, Aaron Beck, creador de la terapia cognitiva de los trastornos emocionales, concluye que la persona que sufre depresión tiene una visión negativa de sí misma, del mundo que la rodea y un desalentador panorama del futuro, lo cual tiene un efecto directo en sus sentimientos y en su conducta que posiblemente lo llevarán a sufrir de algún grado de depresión (Beck, 1967, 1976, citados por Beck, 1983).

Con este modelo se intentará favorecer que las personas asuman un rol mucho más activo en el manejo de sus contenidos mentales y sus estados de ánimo, así como que desarrollen repertorios cognitivo-conductuales para manejar adecuadamente los problemas de la vida, contando durante el proceso con la guía y el apuntalamiento de un terapeuta competente en el manejo de las técnicas del enfoque en cuestión, diseñado para que el paciente sustituya sus paradigmas contraproducentes por paradigmas personales y del mundo más razonables, sanos y adaptativos.

Finalmente, esta tesis de licenciatura surge de la intención de contribuir documentalmente—en un primer momento—a la extensión y especialización de los servicios de salud mental a distancia como SAPTEL. En una segunda etapa, se tiene como objetivo la implementación real de la terapia cognitiva de la depresión—que es uno de los modelos más exitosos en el ámbito de la salud mental—en el servicio antes mencionado.

CAPITULO 3

LA DEPRESIÓN

En este capítulo se define la depresión con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR., 2002) el cual es una nomenclatura oficial y un criterio científico común para diagnosticar este padecimiento.

Bajo cada definición del DSM-IV-TR, se agregarán comentarios de otros autores para enriquecer el entendimiento del fenómeno depresivo.

Al final de este capítulo se ofrecerá un panorama nacional e internacional de este padecimiento y posteriormente se concretarán las características de este trastorno que deberán presentar las usuarias de SAPTEL para que el enfoque cognitivo-conductual sea de utilidad para ellas.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

La sección de trastornos del estado de ánimo del DSM-IV-TR incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor (en ellos está incluida la depresión). Esta sección se divide en tres partes:

Primera parte: EPISODIOS AFECTIVOS (episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco). (Estos episodios han sido incluidos por separado al inicio de esta sección con fines de hacer un diagnóstico adecuado de los diversos trastornos del estado de ánimo, y por lo tanto, decidir informadamente cuando es ético tratarlos a distancia).

Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos **y no pueden diagnosticarse como entidades independientes, sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos.**

Segunda parte: TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar 1). **Los criterios para la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos descritos en la primera parte.**

Tercera parte: Incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

Los **Trastornos del estado de ánimo** están divididos en **trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.**

Los **trastornos depresivos** (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los **trastornos bipolares** por el hecho de no haber historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco.

Los **trastornos bipolares** (por ejemplo, trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaniacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

El **trastorno depresivo mayor** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (por ejemplo, al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos cuatro síntomas de depresión).

El **trastorno distímico** se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El **trastorno depresivo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

Los trastornos bipolares, aunque también muy importantes de considerar, ya que éstos pueden surgir después del primer episodio de un trastorno depresivo mayor en una persona joven se contemplarán sólo en cuanto a sus características diagnósticas ya que **el manual propuesto en esta tesis se diseñará sólo para tratar trastornos afectivos unipolares sin síntomas psicóticos**. De la misma manera, tampoco se incluirán los trastornos basados en la etiología como el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Nota importante: El hecho de que sólo se asiente en este capítulo información muy resumida sobre los trastornos afectivos es únicamente por cuestiones de relevancia para el objetivo de esta tesis (el terapeuta al teléfono debe tener muy clara y esquemática la sintomatología depresiva para llevar a cabo sus diagnósticos) Sin embargo, lo anterior no es una invitación para que se pase por alto el estudio y conocimiento de otros trastornos afectivos, como el trastorno bipolar, el episodio hipomaniaco y toda la gama de trastornos del afecto, cuya consideración es vital al momento de diagnosticar correctamente a un paciente, ya sea de SAPTEL o cara a cara en el consultorio.

Episodios afectivos

Episodio depresivo mayor

Características del episodio

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Esta es la característica esencial del Episodio depresivo mayor. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica la propia persona, por ejemplo, se siente triste o vacía; o la observación de otros lo confirma de ese modo, por ejemplo: los otros dicen que la persona llora mucho.
- Disminución notable del interés o de la capacidad para experimentar placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según lo refiere la persona u observan los demás)
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. En niños hay que valorar los aumentos o disminuciones de peso esperables.
- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- Agitación o enlentecimientos psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todo el día (no los simples auto-reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo; después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Trastornos depresivos

Trastorno depresivo mayor

Características diagnósticas

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, episodio único:

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. **Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamiento, o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, *especificar* su estado clínico actual y/o sus síntomas:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos.

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el período del posparto.

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

En remisión parcial, en remisión total

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, recidivante

- A.** Presencia de dos o más episodios depresivos mayores. **Nota:** Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos dos meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.
- B.** Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o los síntomas.

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente.

Especificar también especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica).

Con patrón estacional.

Prevalencia

Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los hombres. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general ha variado entre el 5 y el 9% para las mujeres y entre el 2 y el 3% para los hombres. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil.

Curso

El **trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad**, y la edad promedio de inicio es la **mitad de la tercera década de la vida**. Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. El curso del trastorno depresivo mayor recidivante, es variable. Algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras tienen episodios agrupados, e incluso otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores. Algunos datos sugieren que, en general, los períodos de remisión duran más en las fases tempranas del curso del trastorno. El número de episodios previos es predictor de las probabilidades de presentar un episodio depresivo mayor posterior. **Aproximadamente, se puede esperar que al menos 60% de las personas con un trastorno depresivo mayor, episodio único, tengan un segundo episodio. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70% de probabilidades de tener un tercero y los sujetos que han tenido tres episodios tienen un 90% de posibilidades de tener el cuarto. Entre el 5 y el 10% de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, presentan más tarde un episodio maníaco (p. ej., presentan un trastorno bipolar 1).**

La gravedad del episodio depresivo mayor inicial parece predecir la persistencia del trastorno. También las enfermedades médicas son un factor de riesgo para episodios más persistentes.

A menudo, **los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio**. Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios del trastorno depresivo mayor y que desempeñan un papel menos importante en el inicio de los episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia de alcohol o cocaína) pueden contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo mayor.

Patrón familiar

El Trastorno depresivo mayor es 1,5-3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de las personas con este trastorno que en la población general. Hay pruebas de un mayor riesgo de dependencia al alcohol en familiares biológicos de primer grado adultos y puede haber un aumento de la incidencia de trastorno de ansiedad (p. ej., trastorno de angustia, fobia social) o de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los hijos de adultos con trastorno depresivo mayor.

Cuando hablamos de un trastorno depresivo mayor nos estamos refiriendo a una **depresión severa**. Se trata de una afección muy grave. Por lo general el paciente y la familia reconocen que algo anda profundamente mal, pero no es tan fácil concretarlo con exactitud. En el caso más sencillo, el paciente se siente deprimido, se manifiesta y actúa en consonancia con ello, y así se lo expresa a los demás.

Entre los criterios formales para el diagnóstico de la depresión severa se cuentan el estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o de placer por las actividades ordinarias durante un mínimo de dos semanas, acompañados por cuatro, al menos de los siguientes síntomas:

- Pérdida significativa de peso sin seguir una dieta, o aumento de peso, o cambios en el apetito.
- Insomnio o hipersomnía casi todos los días.
- Retardación o agitación psicomotriz (el nivel de actividad disminuye o aumenta).
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesivos.
- Disminución de la capacidad de pensar, de concentrarse o de tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio, idealización del suicidio, planes o intentos de suicidio.

Existen pruebas estadísticas convincentes de que una situación reciente de estrés puede precipitar el primer y/o el segundo ataque de depresión severa, pero que los episodios posteriores pueden no estar provocados por acontecimientos externos. Este hecho se evidencia fácilmente porque el paciente suele mostrar más facilidad en determinar qué le ha hecho sentirse deprimido en la primera ocasión y no le resulta tan sencillo concretar la causa de sus ataques de depresión posteriores (O'Connor, R., 1999)

Trastorno distímico

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno distímico **es un estado de ánimo crónicamente depresivo** que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años.

Criterios para el diagnóstico de trastorno distímico.

- Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte de la mayoría de los días, manifestado por la persona u observado por los demás, durante al menos 2 años. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.
- Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
 1. Pérdida o aumento de apetito
 2. Insomnio o hipersomnía
 3. Falta de energía o fatiga
 4. Baja autoestima
 5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
 6. Sentimientos de desesperanza

- Durante el período de dos años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, la persona no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativo durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y en adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

- Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- Los síntomas causan un malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: Si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico):

Con síntomas atípicos.

Nota importante: La distinción entre la depresión severa y la distimia es bastante arbitraria (es una cuestión de grado, más que de categoría).

Las personas con trastorno distímico pasan la mayor parte de un período de dos años sintiéndose deprimidas, con problemas para funcionar con normalidad, incapaces de disfrutar de la vida, profundamente insatisfechos consigo mismos, durmiendo mal y con una permanente sensación de impotencia para cambiar la situación. Siguen adelante con su vida, pero son como "dolientes ambulantes" a los que su vida les resulta desagradable, embrutecida y limitada (O'Connor, 1999).

Trastorno depresivo no especificado

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (p .ej., estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones). Estos síntomas tienen que ser de suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales de la mujer y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.

Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.

Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales).

Trastorno depresivo post-psicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.

Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, aun trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.

Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

Esta categoría se convierte en un "cajón de sastre" en el que pueden caer desde individuos con depresiones graves hasta otros con un grado de depresión leve pero que no cubren todos los criterios para tener un trastorno depresivo mayor o un trastorno distímico (O'Connor, R., 1999).

Nota importante: Como ya se mencionó anteriormente, tomar en consideración toda la gama de posibilidades en los trastornos afectivos es muy importante porque permite marcar límites muy claros para la selección de los usuarios de SAPTEL susceptibles de tratamiento a distancia y determinar a cuáles es mejor canalizarles a una Institución para recibir tratamiento cara a cara.

Trastorno Bipolar

Conocer las características del trastorno bipolar resulta importante, ya que después de que una persona experimenta un trastorno depresivo mayor, puede desencadenarse también el primer trastorno bipolar. Debe indagarse la posibilidad de que el paciente potencial de SAPTEL tenga este trastorno con el fin de canalizarle a una Institución que de terapia cara a cara y medique a la persona si es necesario.

Los pacientes con **trastorno bipolar pueden tener un episodio de depresión, manía o excitación** con el patrón descrito más adelante.

PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO

Períodos de MANÍA con:

Actividad y energía incrementada

Verborrea

Disminución de la necesidad de dormir

Valoración excesiva de la imagen de si mismo.

Exaltación del ánimo o irritabilidad

Desinhibición

Distractibilidad

Períodos DEPRESIVOS

- **estado de ánimo bajo o triste**
- **pérdida de interés o capacidad de disfrutar.**

Frecuentemente se presentan síntomas asociados:

Trastornos del **sueño**

Culpabilidad o baja autoestima

Astenia o falta de energía

Falta de **concentración**

Trastornos del **apetito**

Ideas o actos **suicidas**

Cualquiera de los dos tipos de episodios puede predominar.

Los episodios pueden ser frecuentes, y estar separados por períodos de estado de ánimo normal.

En casos graves, los pacientes pueden presentar alucinaciones (oír voces, ver visiones) o ideas delirantes (creencias extrañas o ilógicas) durante un episodio maniaco o depresivo (CIE-10, 1996, citado en DSM-IV-TR, 2002).

Sin tratamiento, un episodio maniaco dura un promedio de seis meses, y uno de depresión severa, entre ocho y diez meses. El intervalo entre los episodios se reduce con el paso del tiempo. Existe una elevada tasa de mortalidad por suicidio (15% de pacientes no tratados), muerte accidental causada por una conducta peligrosa y enfermedades concurrentes. **Muchas personas que sufren de trastorno bipolar y no siguen tratamiento mueren de alcoholismo, cáncer de pulmón, accidente o de una enfermedad de transmisión sexual; como se sienten tan invulnerables durante los episodios maniacos, dejan de tomar las precauciones que la mayoría de nosotros aceptamos como parte de un estilo de vida sensato** (O'Connor, R. 1999)

Al parecer el trastorno bipolar es un tipo de perturbación distinto de las otras clases de depresión, aunque los episodios depresivos pueden parecer iguales a los de la depresión severa y experimentarse del mismo modo. El trastorno bipolar presenta tal grado de transmisión genética y los episodios maniacos

son tan distintivos y circunscritos a la enfermedad y ésta misma tiene una respuesta tan concreta a una medicación específica (el litio), que resulta razonable considerarla una afección principalmente biogenética que provoca un desequilibrio químico en el cerebro. Pero para contribuir a su recuperación el paciente tiene que cambiar su estilo de vida (O'Connor, 1999).

Trastorno del estado de ánimo debido a una afección física general

Este trastorno consiste en una perturbación importante y persistente en el estado de ánimo que se considera debida a los efectos fisiológicos directos de una afección física general. Es ampliamente aceptado que diversas afecciones, como el **mal de Parkinson, las enfermedades de la glándula tiroides, las hepatitis, la esclerosis múltiple y la apoplejía, producen trastornos del estado de ánimo**. Esta categoría también se refiere a pacientes con afecciones graves, dolorosas o terminales que experimentan una depresión en respuesta a su dolor, a su reducción de funcionalidad o a su pérdida de esperanza (O'Connor, 1999).

Trastorno afectivo estacional (O'Connor, 1999)

Este trastorno es un nuevo diagnóstico que describe a personas que se deprimen en respuesta a los cambios en la cantidad de luz diurna. Quienes han observado y estudiado este trastorno se consideran en condiciones de afirmar que algunas personas padecen episodios depresivos periódicos (generalmente en invierno, con una recuperación espontánea en primavera), y que tales episodios no están relacionados con la falta de ejercicio o de oportunidades de mantener relaciones sociales ni con la privación de estímulos, sino que parecen estar ligados a la ausencia de luz solar. Los pacientes que tienen este trastorno se sienten aletargados, duermen demasiado, aumentan de peso y experimentan un deseo irrefrenable de ingerir carbohidratos. En esta fase están tristes, ansiosos e irritables y rehuyen de la interacción social. Tal estado afecta a las mujeres cuatro veces más que a los hombres, y la mitad de ellas se queja también de problemas premenstruales de estado de ánimo. Los síntomas suelen mejorar si el paciente se traslada más cerca del ecuador durante el invierno o si se somete a sesiones de fototerapia que consisten en mirar durante unos cuantos segundos cada minuto una luz fluorescente brillante de amplio espectro. El tratamiento debe mantenerse durante todo el invierno para conseguir resultados favorables. Se cree que la fototerapia funciona porque se corrigen los cambios en el ritmo circadiano causados por el acortamiento de los períodos de luz solar durante el invierno.

El amplio panorama sobre la depresión que acaba de presentarse es para que el psicólogo al teléfono maneje con soltura la información necesaria para los diagnósticos que deberá determinar en cada uno de sus pacientes que presenten sintomatología asociada a la depresión.

A manera de conclusión, es importante tener en cuenta lo que el Doctor Guillermo Calderón Martínez escribe en su libro sobre depresión (Calderón,

1999): “Este trastorno tiende a violar los impulsos instintivos básicos—como el de la propia conservación, el gregario y el maternal—y posee además un efecto bloqueador de las necesidades biológicas como el hambre, el sueño y el apetito sexual”.

Los conocimientos adquiridos durante los últimos años acerca de las causas, manifestaciones y tratamiento de la depresión, han ido más allá de lo biológico, generalmente estudiado por los psiquiatras, para ubicarse también en el campo de lo psicológico y lo social generando así la necesidad de que otros profesionales como los médicos generales, los psicólogos y todos aquellos que trabajen en la salud humana estén capacitados para reconocerla, diagnosticarla oportunamente y tratarla con eficacia.

La depresión en algunos períodos de la historia humana

Aunque los trastornos mentales son frecuentes prácticamente en cualquier entorno, la prevalencia de cada uno varía ampliamente entre zonas geográficas y épocas de la historia. Sin embargo, la depresión y otros trastornos relacionados parecen haber sido frecuentes en todo tipo de entornos y períodos históricos (Susser, 2002).

El uso del término *depresión* tiene veinte años y surge en el ámbito de la psicofarmacología, también de origen contemporáneo. Sin embargo, el cuadro patológico en su forma severa fue descrito por los antiguos griegos y romanos con el nombre de *melancolía*. En el siglo IV a. de C., Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la acción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era producida por la bilis negra, o atrabilis (3) (Calderón, 1999).

En los primeros siglos de la era cristiana, Celsus- en su libro *De re médica-*, y Arateo de Cappadocia- en *Enfermedades agudas y crónicas-* consideraban a la manía y la melancolía como problemas médicos.

En el siglo V DC, en la versión latina de Caelius Aurelianus sobre los trabajos de Soranos de Ephesus se asienta que este último en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía: la tristeza, los deseos de morir, la suspicacia acentuada, la tendencia al llanto, la irritabilidad y, en ocasiones, la jovialidad (4) (Calderón, 1999).

En la Edad Media, filósofos destacados como Santo Tomás de Aquino, sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales. Pero es en 1630 cuando Robert Burton publicó su tratado de *Anatomía de la melancolía* y con esto facilitó en gran medida la identificación de los estados depresivos y la idea de Santo Tomás fue descartada.

En los primeros años del siglo XIX, Philippe Pinel (5) (Calderón, 1999) indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completa y obsesivamente concentrado en un objeto, y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causas posibles de la melancolía señaló, en primer lugar, las psicológicas (el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares), y en segundo lugar, las físicas (la amenorrea y el puerperio).

Un boticario del hospital Behtlem en Londres de apellido Haslam, en 1809 describió de manera escrita al depresivo como una persona con diferente tipo de síntomas: "Estas personas tienen el semblante ansioso y el aspecto sombrío; están poco dispuestas a hablar, se aíslan recluyéndose en lugares oscuros, o permaneciendo en la cama la mayor parte del tiempo. Posteriormente se vuelven miedosos y conciben demasiadas fantasías; recuerdan sus actos inmorales, o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido, frecuentemente son desesperados, y tratan de terminar con su vida, que les parece angustiante y odiosa" (6) (Calderón 1999 p.13)

En México, nuestros antepasados aztecas denotaron un alto grado de avance en medicina tal y como lo testifica el médico Martín de la Cruz, que en 1552

consideró el cuadro depresivo como un problema médico y sugirió tratamiento para el mismo consistente en beber un cocimiento de hierbas y consumir jugos de flores de buen olor, así como el descanso del enfermo a la sombra, la abstinencia sexual y el dedicarse a cosas alegres como el canto, la música, ya sea tocada por él mismo, o escuchada.

En 1886, Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz, llamada posteriormente esquizofrenia. Después, los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco-depresiva, lo cual prevaleció durante las tres primeras décadas de este siglo. Por lo tanto, el deprimido era considerado un psicótico, aunque con síntomas muy leves.

En el siglo XX, a partir de 1950, las compañías farmacéuticas—como un paso más hacia la creación de mercados para sus productos—comienzan a realizar estudios con medicamentos que habían mostrado ser antidepresivos, convirtiéndose esto en el punto de partida para legitimar la depresión como una enfermedad médica.

Las magnitudes epidemiológicas, el tipo de repercusión psicológica y social, la accesibilidad diagnóstica y las posibilidades terapéuticas de prevención primaria hacen de la depresión un problema significativo de salud pública que debe estar libre de cualquier tipo de tabú o estigma.

Las causas de la Depresión

La etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes que predisponen, unos más que otros, según el cuadro que presenta el paciente. **El estado constitucional y los factores ambientales deben ser en todos los casos mutuamente complementarios, pues el predominio del primero o de los segundos influirá en el tipo de depresión que desarrolle la persona.**

Solo con fines didácticos a continuación se separarán las causas de la depresión en genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales.

Causas genéticas:

Aunque actualmente los estudios sobre genética están teniendo un desarrollo vertiginoso, aún no puede determinarse la existencia de un gen o genes específicos que produzcan estados depresivos y que se transmitan de generación en generación. Lo que si se puede considerar es que al interior de una familia los miembros de la misma están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión, **y que la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en alguno de sus allegados.**

Causas psicológicas:

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica.

Causas determinantes

Las causas determinantes se refieren a la **mala integración de la personalidad en la etapa formativa.**

Causas ecológicas de la depresión

Vivir en ambientes contaminados y densamente poblados, con problemas de desplazamiento debido a tránsito excesivo, y expuestos a ruido constante puede causar depresión. Esto se da porque lo que se percibe con la vista es desagradable, gris (mucho concreto y pocas áreas verdes llenas de árboles y pasto), la calidad del aire que se inhala es mala, se está expuesto a un mayor número de accidentes y disminuyen las horas de descanso, además de que los ambientes ruidosos generan insomnio, fatiga física e intelectual, irritabilidad, aumento en la frecuencia cardíaca y la presión arterial, así como sordera.

Más aún, siendo ya muchos millones de personas en el mundo que depredan la naturaleza, desgastan las fuentes de agua y provocan conflictos armados, la tensión va en aumento día a día. Las personas se ven obligadas a ser altamente competitivas para ganarle a los demás los satisfactores para vivir y el lado humano, cordial y cálido, muy importante en las relaciones interpersonales, se pierde del todo. Lo anterior obviamente daña la salud y la buena convivencia. El equilibrio se pierde y hacen su aparición los problemas emocionales más comunes como la ansiedad, la ira y la depresión que muchas veces desencadenan trastornos físicos como los infartos al corazón, la hipertensión arterial o el cáncer.

Causas sociales de la depresión

Estudios etiológicos han demostrado que la pérdida de los vínculos humanos o lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de la especie, generan estados afectivos como el de la depresión. Cualquier intento de daño o amenaza a nuestras ligas afectivas genera reacciones vigorosas de alarma psicológica que se traducen en manifestaciones físicas y psíquicas de angustia. Lo cual indica que los seres humanos reaccionan con todo su organismo ante la destrucción de vínculos afectivos ya que está en su naturaleza, posiblemente heredada de sus antecesores biológicos, los primates.

En la actualidad, la desintegración de importantes fuentes de apoyo social y afectivo (como son la familia, los vecinos, los amigos, etc.) debida a la complejidad del vivir y a procesos migratorios, deja a la persona vulnerable a la depresión ante los problemas de la vida.

En su libro *"Superar la depresión"*, Richard O'Connor, (1999) terapeuta norteamericano que personalmente ha luchado contra su depresión a lo largo de los años y la ha superado con éxito, escribe que para algunos seres humanos padecer depresión es como padecer alcoholismo. En este sentido la depresión es un estado que dura toda la vida y que sólo puede curarse mediante un esfuerzo consciente de cambiarse a uno mismo. Expone también que la recuperación de la depresión se parece a la de una enfermedad cardíaca o a la una fármaco-dependencia. El buen paciente cardíaco sabe que no basta con la medicación, sino que debe cambiar sus hábitos de alimentación, de ejercicio físico y **su manera de afrontar la tensión y el estrés**. El alcohólico recuperado sabe que la abstinencia no es suficiente; **tiene que cambiar su forma de pensar, su relación con los demás y su modo de afrontar las emociones**. Las personas depresivas también se ven moldeadas por su enfermedad; las técnicas que ellas desarrollan junto con la depresión en un vano intento de ahorrarse el dolor (**técnicas como el control emocional, el aislamiento, poner a los demás por delante y sentirse responsable en exceso**) impiden la recuperación. **Por ello deben abandonar los hábitos depresivos para no ser vulnerables a más episodios durante la vida.**

Según O'Connor las personas pueden efectuar cambios sustanciales en el modo en que experimentan su vida emocional, en su personalidad e incluso en su química cerebral **mediante ciertas modificaciones en su conducta**. Es cuestión de enseñarles a que adopten nuevos patrones de pensamiento que les hagan más resistentes a la depresión y les den un mejor repertorio conductual para hacer frente a los desafíos internos y externos.

Tanto si las raíces de la depresión están en el pasado, en la infancia, o en el estado presente del cerebro, la recuperación sólo puede llegar a través de un acto continuo de voluntad, de una autodisciplina aplicada a la emociones, a la conducta y a las relaciones en el aquí y el ahora.

La familia de una persona que sufre depresión también tiene que aprender nuevos repertorios de interacción con el paciente. Muchos de los modelos habituales de la interacción familiar están relacionados con la depresión y conducen a recompensar a la víctima o a culparla. A veces, con la mejor intención, los miembros de la familia empeoran las cosas para la persona deprimida. **Por ello, deben aprender a combinar el apoyo con la confrontación y el cariño con el establecimiento de límites**. En el proceso del cambio, algunos familiares descubren verdades incómodas acerca de sí mismos, pero la verdad no es algo que deba temerse y resulta muy útil al momento de la recuperación.

La medicación y la psicoterapia ofrecen esperanza a todos. El aprendizaje de técnicas de autocontrol sanas y no represivas, de comunicación y de auto-expresión, **así como el cuestionamiento de las creencias sobre uno mismo y el mundo que lo rodea, pueden proporcionar la oportunidad de llevar una vida gratificante**.

Factores desencadenantes:

- a) Pérdida de un ser querido
- b) Pérdida de una situación económica estable
- c) Pérdida de poder
- d) Pérdida de salud
- e) Enfermedades con peligro de muerte
- f) Enfermedades que originan incapacidad física
- g) Enfermedades que determinan alteraciones estéticas
- h) Enfermedades que afectan la autoestima (impotencia sexual)

Desde la teoría cognitiva de la depresión (Beck, A. 1981, citado en Calderón 1999) es posible reflexionar sobre el grado de influencia que tiene la manera reaccionar de la persona ante cualquiera de estas pérdidas y la ocurrencia de un trastorno depresivo.

Pérdida del objeto

En la depresión neurótica la pérdida está omnipresente. Puede tratarse de algo que se pierde en el presente o se perdió en algún momento del tiempo. El objeto perdido puede ser real o imaginario, tangible (un ser querido) o intangible (la autoestima o el afecto). La pérdida puede ser inminente o amenazadora, como la pérdida de la juventud, de un negocio o de la potencia sexual.

En este caso, como ya lo mencionábamos, lo que tiene más peso en la génesis de la depresión es la manera en que la persona interpreta esas pérdidas y su reacción ante ellas.

El primer paso para ayudar a alguien deprimido es descubrir en qué ha consistido su pérdida para así aclarar el motivo de la tristeza y ayudarlo a que logre adaptarse a su nueva situación. Es muy importante revisar todas las experiencias significativas del paciente en torno a su objeto perdido y ubicarlas en un mundo (el del paciente) en el que el objeto ha desaparecido. Mucho depende de la etapa de desarrollo en que se da la pérdida para el tipo de psicopatología que presente el paciente y deberán tomarse en cuenta las diferencias individuales al momento de establecer un pronóstico ya que algunas personas son extraordinariamente sensibles ante la pérdida y otras pueden soportarla casi sin sufrimiento.

Pérdida del objeto durante la infancia

Hablemos de un niño o niña que pierde a su madre, padre, o a ambos, y su destino es vivir en un orfanato y que a consecuencia de esto se rompan los lazos familiares y sociales previos. Si la institución que le acoge le prodiga además de casa y alimento, cariño, simpatía, gestos amables, diversiones, alegría y tiene la opción de ser adoptado prontamente en otro sistema familiar, la historia de ese ser humano seguramente será favorable. De lo contrario, si crece en un entorno carente de lo anterior (en un orfanato por ejemplo) desde sus primeros días o un poco después, seguramente desarrollará **hospitalismo**, síndrome descrito por Pfaundler y Chapin en 1919,

que se refiere al deterioro progresivo de un niño o niña, con un alto índice de mortalidad no atribuible a infecciones ni deficiencias higiénicas, **sino al trato impersonal y a la falta de estímulos afectivos que normalmente provienen de la madre o de un sustituto adecuado**, o bien, será una persona depresiva el resto de su vida.

René Spitz, Bender, Levy y Golfard (citados por Calderón, 1999) han demostrado que la carencia afectiva en la primera infancia es una parte importante en la etiología de determinados trastornos de la personalidad que pueden persistir hasta la vida adulta.

Pérdida del objeto durante la adolescencia

El adolescente normal suele padecer alteraciones emocionales y ligeros cambios en su personalidad propios de esa etapa de transición y grandes desafíos, como la consecución de la propia identidad y el ejercicio de la sexualidad. Ya que está en busca de la madurez emocional que le hará crecer como persona, el adolescente se encuentra en una etapa de mucha efervescencia y crisis.

Si la pérdida sucede en esta etapa este joven se enfrentará a una doble pérdida. Por un lado, la de la imagen idealizada de sus padres como seres poderosos y perfectos, y por el otro, la que le ocurra en ese momento de su vida. Si el o la adolescente en cuestión no es apoyado emocionalmente, ni se le proporciona orientación, afecto y un modelo adulto que le represente seguridad y fortaleza, es muy probable que desarrolle uno o varios episodios depresivos que pueden tener graves consecuencias como las drogodependencias, las conductas sociopáticas e incluso el suicidio.

Pérdida del objeto en la edad adulta

En el adulto es más fácil identificar la relación causa-efecto de la pérdida, ya que lo que se pierde es más tangible, por ejemplo: la muerte o separación de un ser querido, la pérdida de una situación económica favorable, la pérdida del poder, o de la salud.

Cuando un adulto pierde a un ser querido de manera inesperada y/o trágica es preciso establecer la diferencia entre duelo y depresión. La intensidad de la respuesta y la duración del cuadro suelen ser los factores que ayudan al psicólogo a diferenciar entre un estado afectivo normal y una enfermedad.

Otra situación que puede enfermar igual o más que la pérdida definitiva de alguien querido es sin duda una convivencia patológica constante caracterizada por indiferencia o agresividad, ya sea pasiva, o franca y abierta en los ámbitos familiar, laboral, escolar o social.

Los problemas laborales pueden ser también causa de depresión en la etapa adulta. Puede ser que la persona esté sujeta a condiciones de trabajo adversas, tales como horarios excesivos, hostigamiento sexual, acoso moral, incertidumbre de conservar el empleo, insalubridad, ruido intenso, paga insuficiente y/o irregular, pocos o nulos períodos de descanso o vacaciones, etc.

En muchos países como México a veces, las condiciones económicas hacen que las personas tengan que trabajar dos turnos y sacrifiquen horas de descanso, presencia y esparcimiento con la familia. Esto conlleva problemáticas individuales y sociales importantes, ya que el índice de

divorcios, infidelidades, aislamiento emocional y problemas psicológicos en los cónyuges y en los hijos ha ido en aumento en las últimas dos décadas.

Actualmente, una de las metas básicas de las personas es alcanzar una situación económica estable que les permita cubrir sus necesidades básicas. Cuando esto no se puede lograr, o ya se logró pero se pierde, puede desencadenarse una espiral de frustración, enojo, tristeza y desesperanza que precipita a la persona hacia la depresión y le inmoviliza para buscar otras alternativas de ingreso y para adecuarse a su nueva realidad sin perder la esperanza de que las cosas pueden mejorar.

Una persona acostumbrada a ejercer siempre el poder sobre los demás puede deprimirse si de repente pierde esa posición de privilegio y dominio.

La pérdida de la salud generalmente deprime a las personas, sobre todo ante la presencia de enfermedades con peligro de muerte, deformaciones o incapacidades físicas, o aquellas que involucren la autoestima, como afecciones en la piel por quemaduras o vitiligo, etc. En estos casos, la depresión se sobrepone al cuadro orgánico que se complicará, requiriendo por ese motivo de la ayuda de un profesional de la salud mental—psicólogo o psiquiatra—además de la del médico especialista.

Mortalidad por depresión

Suicidio

Se estima que el suicidio ocupa el décimo lugar entre las principales causas de muerte alrededor del mundo. Los índices de suicidio reportados varían ampliamente en el mundo, y algunos de los más altos se han encontrado en países en vías de desarrollo, como Sri Lanka y China, con primero y segundo lugar respectivamente. En una población dada, los factores que inciden sobre los índices de suicidio incluyen el índice de depresión, la prevalencia en el abuso del alcohol, la presencia de grupos ocupacionales y demográficos de alto riesgo, incluyendo gente con trastornos mentales severos, la disponibilidad de los medios para suicidarse, el grado de integración social y las actitudes culturales hacia el suicidio.

Estudios de psicología forense (aquellos que reúnen información detallada sobre la muerte de alguien por parte de múltiples informantes clave) indican que más del 90% de la gente que se suicida sufre de depresión, abuso de sustancias, psicosis o alguna otra forma de enfermedad mental.

Frecuentemente los suicidios parecen estar precipitados por el fenómeno de “la gota que derrama el vaso”: un estrés social reciente o un evento vital en el contexto de múltiples estreses sociales preexistentes y una enfermedad mental subyacente. En escenarios donde oficiales de policía, jueces de primera instancia, y médicos sin entrenamiento en salud mental están elaborando un censo de las principales causas del suicidio, plausiblemente se enfocan en problemas situacionales y sociales, más que en aquellos de depresión preexistente. **Sin embargo, encuestas llevadas a cabo en la comunidad**

revelan que los problemas sociales están correlacionados con altos índices de depresión y ansiedad.

Se ha encontrado que los individuos con redes sociales limitadas o disfuncionales están predispuestos a la depresión, a los pensamientos suicidas, y al suicidio. De manera muy similar, y en el más amplio nivel, la ruptura social en la sociedad industrializada contemporánea contribuye a la anomia, la depresión y al suicidio (Institute of Medicine, 2001)

Enfermedad física

Un cuerpo de evidencia científica creciente liga la depresión no tratada a enfermedades severas y amenazantes para la vida, como el cáncer o las cardiopatías severas. La depresión está asociada con mortalidad prematura por causas físicas, sin tomar en consideración la mortalidad prematura por suicidio y trauma.

Ford et al. ,1998 (citado por Institute of Medicine, 2001), en un estudio que duró 40 años, encontraron un riesgo aumentado de enfermedad coronaria entre personas cuya depresión mayor persistió por años después del primer episodio depresivo.

Inversamente, se han encontrado altos índices de depresión en pacientes ancianos que sufren de enfermedad cerebro-vascular. Un estudio reciente ha sugerido que la enfermedad cerebro vascular puede tener un rol etiopatogénico en la depresión durante la vejez. El daño incrementado del circuito cerebral frontal y sub-cortical que sigue a un ataque de apoplejía, isquemia transitoria, e hipertensión, puede explicar la elevada incidencia de depresión en individuos viejos con factores de riesgo vascular.

Los cambios hormonales pueden darnos una amplia explicación de como la depresión resulta en daño fisiológico. Por ejemplo, la depresión mayor permite una activación aumentada de el eje hipotálamo-pituitario-adrenal, lo cual a su vez está asociado con un decremento en la densidad mineral de los huesos e incrementos en la grasa intra-abdominal que es un factor de riesgo conocido para padecer enfermedad de las arterias coronarias. Los investigadores han examinado la relación entre depresión y osteoporosis.

Se ha de mencionar también que en México, la Secretaría de Salud reportó que las causas de muerte más frecuentes en los pacientes depresivos son la patología cardiovascular y el cáncer (com. pers. Dr. Federico Puente.)

La Depresión en la Mujer

Factores de riesgo

Entre las mujeres existe un aumento en la frecuencia de trastornos psiquiátricos (Leal y Crespo, 2000), además de que todos los estudios epidemiológicos muestran que los trastornos depresivos son más frecuentes en las mujeres, con una prevalencia a lo largo de la vida del 21,3% frente al 12,7% de los hombres. Su incidencia se ubica en 247/100.000 habitantes en las mujeres y 82/100.000 habitantes en los hombres.

Una variedad de factores sociales, psicológicos y biológicos puede predisponer a un individuo a la depresión. Estudios sobre factores de riesgo en países desarrollados y en vías de desarrollo han subrayado hallazgos similares en relación a variables sociales y económicas como por ejemplo, la ocurrencia de eventos vitales, la adversidad social crónica, la pobreza y el género (Institute of Medicine, 2001).

Respaldando la información arriba mencionada los estudios realizados en comunidades y en clínicas de primer nivel de países desarrollados y subdesarrollados muestran que las mujeres son desproporcionadamente más afectadas por la depresión. Frecuentemente ellas desarrollan el trastorno en respuesta a eventos vitales, adversidad social y otros factores ambientales. Sus múltiples roles—incluyendo el alumbramiento y la crianza de los hijos, la responsabilidad del hogar, el cuidado de la salud y enfermedad de sus parientes y cada vez más, como principal sostén económico del hogar—pueden conducir a un estrés considerable. (Lara et al. 1997). Dichos estudios muestran que también encuentran dificultades relacionadas con su rol social, con sus aspiraciones, sus redes sociales de apoyo y problemas domésticos que pueden incluir el abuso físico y sexual.

La enfermedad mental en la mujer puede en ocasiones generar un gran monto de vergüenza y estigma. De hecho, tiene un gran impacto en la vida y la organización familiar, por lo que la condición patológica frecuentemente se oculta o se niega y a causa de ello no se busca tratamiento.

La evidencia científica ha sugerido que los cambios hormonales y las variaciones en hormonas como la oxitocina, el estrógeno y la vasopresina pueden contribuir en el comienzo de trastornos depresivos, ya que las hormonas sexuales femeninas tienen un efecto psicoactivo (Burt, 1998, citado por Leal, 2000) que podría explicar porqué la depresión es más frecuente en las mujeres. Lo anterior ha sido evidenciado por los ciclos menstruales, el embarazo, el post-parto y la menopausia como períodos de grandes cambios hormonales y crisis depresivas importantes (Paikel, 1991).

La depresión post-parto merece una mención aparte porque es un trastorno comparable a otro episodio depresivo que pudiera darse en cualquier momento de la vida reproductiva de la mujer, sus efectos son considerables y pueden ser incapacitantes, además de que su incidencia es de una en diez mujeres que dan a luz.

Existe un gran riesgo de padecer este trastorno dentro de los primeros treinta días después del alumbramiento y esta condición puede persistir hasta por dos años. En el mundo desarrollado, y cada vez más en el tercer mundo, los vínculos o redes de familia extensa se rompen debido, entre otras cosas, a los procesos migratorios, perdiéndose con ello el apoyo social que puede representar para el cuidado de la madre y el recién nacido los padres o los hermanos de ella y/o de su pareja.

Actualmente, existe una falta de interés sobre el fenómeno de la depresión post-natal por parte de los médicos (Dalton and Holton, 1996) y es que este padecimiento no tiene un espacio particular de estudio, porque cae en el terreno de lo obstétrico, lo psiquiátrico y la medicina comunitaria. Pareciera que los cuidados prenatales solo incluyen las exploraciones físicas realizadas a la madre y al bebé, pero se deja sin revisar el bienestar mental de la madre durante su embarazo y después del alumbramiento para prevenir y detectar a tiempo algún trastorno depresivo y con ello favorecer el establecimiento de un vínculo sano entre la mujer y su hijo. El ritmo de vida acelerado dificulta que la mujer exprese sus sentimientos y pensamientos con respecto a ser madre e identifique probables factores de riesgo para sufrir depresión post-parto y tomar medidas para prevenirla o curarla (Paikel, 1991). En países desarrollados se habla de que las madres que presentan este padecimiento de manera incipiente o con regular intensidad pueden ser atendidas por el psiquiatra o la enfermera psiquiátrica comunitaria mediante la realización de visitas frecuentes a sus hogares, con la finalidad de conocer y dar información relevante sobre ese evento vital a la pareja y otros familiares de la nueva madre y proporcionar tratamiento y seguimiento para evitar el deterioro del estado mental.

Según estudios realizados por miembros y asociados del Departamento de Medicina Social de la Escuela Médica de Harvard, la depresión es la quinta enfermedad que agobia a la mujer y la séptima que sufre el hombre (Desjarlais, 1995).

Gran parte de la investigación en depresión se ha enfocado en las causas sociales de este padecimiento en las mujeres y se pone el énfasis en el papel de los acontecimientos vitales, el estatus social, la adversidad, el estilo de afrontamiento, el diferente manejo de las emociones y especialmente en la importancia del rol femenino y sus desventajas, así como la carencia de apoyo social o trabajo gratificante (Leal y Crespo, 2000) Hay evidencia científica de que las depresiones clínicas están precedidas por elevados índices de ocurrencia de eventos vitales amenazantes, y aún cuando la percepción del grado de amenaza es similar en hombres que en mujeres, según los estudios de vulnerabilidad social, la mujer se ve afectada con más fuerza por aquellos cuando carece de apoyo social en términos de la ausencia de alguien en quien confiar, tener hijos en edad de crianza, ser de clase social baja, no trabajar fuera del hogar o ser el único sostén de la familia y/o haber perdido tempranamente a la madre (PaiKel,1991). En cuanto a las desventajas de los roles y el estatus femenino, se han detectado tasas más altas de depresión en mujeres casadas, que en hombres casados. La relación entre estado civil y satisfacción es diferente para la mujer y el hombre: mientras él obtiene más beneficios desde una perspectiva material, instrumental o de servicios, la mujer

que se casa, al menos en nuestra sociedad, entra en una dinámica de servidumbre y desempeño de múltiples funciones. Tradicionalmente comienzan a cuidar no sólo de los hijos cuando éstos nacen, sino también a los familiares enfermos, así como a los ancianos, sean éstos los propios padres o los suegros. Esta situación de sobrecarga conduce a un colapso emocional, a una peor condición física, a un empobrecimiento de las relaciones sociales y a un riesgo de comprometer el futuro financiero cuando deciden dejar sus empleos remunerados. La discriminación social hace difícil el logro de la acción dirigida y la autoafirmación. Las inequidades dan paso al desamparo legal y económico, a la dependencia de otros, a la baja autoestima crónica y a un pobre nivel de aspiraciones, y todo ello en conjunto enmarca el ambiente idóneo para que la mujer desarrolle trastornos depresivos.

La Depresión en el contexto nacional e internacional

Los trastornos depresivos, como trastornos del estado de ánimo acompañados de **cambios biológicos, conductuales y cognitivos**, son los trastornos mentales más frecuentes en la población general y en los centros de salud (Bedirhan, Ü., 2002).

Tanto en nuestro país como en el resto del mundo los clínicos llegan a la conclusión de que la depresión es un trastorno muy frecuente, es diagnosticable y tratable, y su tratamiento debe basarse en pruebas científicas. Sin embargo aún se está lejos de poder diagnosticar y tratar la depresión de forma efectiva en la mayoría de los centros de atención primaria (Susser, E. 2002).

La depresión sigue siendo un trastorno incapacitante que es sub-diagnosticado y tiende a ser recurrente a lo largo del curso vital: los datos actuales indican que es necesario incrementar la frecuencia y la duración del tratamiento.

Actualmente, en los países en vías de desarrollo la depresión no se diagnostica, ni se trata suficientemente. Por ello, proporcionar atención y esperanza a millones de habitantes de estos países constituirá uno de los más importantes y difíciles retos del sistema sanitario del siglo XXI.

Los estudios prospectivos indican que la depresión podría ser la mayor fuente de incapacidad para el resto del presente siglo (Murray and Lopez eds., 1996) Si entendemos el hecho de que la mayoría de las personas solicitan atención médica a través del tamiz del bienestar o su carencia—un criterio de neuroticismo—parece claro que el origen de casi todos los problemas de salud en el mundo va a ser el “nerviosismo”, es decir, éste será una de las principales causas de “no sentirse bien”. Por todo ello, la forma de tratar la depresión en este siglo será una cuestión de vital importancia para la humanidad.

La sobrepoblación es un problema que afecta todas las esferas de la vida y, entre otras cosas, ha sido la causa del aumento de los costes del sistema sanitario y su inevitable racionamiento. Las autoridades en materia de salud se ven obligadas por lo tanto a dar más apoyo a los mejores proyectos a futuro a

costa de “descuidar” otro tipo de proyectos. De aquí la importancia en el ámbito de la salud mental, de diseñar e innovar estrategias de tratamiento para los trastornos mentales, teniendo como fundamento el estudio integral de todas las enfermedades y sus consecuencias y un cuidadoso análisis de los conocimientos etiológicos disponibles, de la población base, de las tasas y los patrones de las enfermedades, así como los factores socioeconómicos, ambientales, educativos y tecnológicos, y su distribución entre las poblaciones.

Los hallazgos del estudio GBD sugieren que las tendencias en materia de salud para el 2020 estarán determinadas principalmente por el envejecimiento de la población mundial; por el descenso de los índices de mortalidad específicos para cada edad debidos a trastornos contagiosos, maternos y nutricionales; por la propagación del VIH, y por el incremento en la mortalidad y la incapacidad relacionadas con el tabaquismo. La depresión mayor unipolar, aunque considerada por el GBD como una enfermedad episódica, es concebida actualmente dentro de un modelo de enfermedad crónica recidivante y se situó en segundo lugar tras la isquemia coronaria entre las principales causas de DALY (discapacidad ajustada por años de vida), por delante de los accidentes de tráfico, las enfermedades vasculares cerebrales, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las infecciones de las vías respiratorias inferiores, la tuberculosis, las heridas de guerra, las enfermedades diarreicas y el VIH.

Según datos de la Secretaría de Salud, presentados como parte del informe estadístico de actividades del Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en crisis por Teléfono, SAPTEL por el Dr. Federico Puente durante la Convención Nacional de Directores 2004 de la Benemérita Cruz Roja Mexicana, **uno de cada 10 pacientes que acude a los servicios de atención primaria tiene depresión y NO SE LE DIAGNOSTICA.**

Como ya sabemos, la consecuencia más grave de padecer depresión es suicidarse. En México, en 1991 se registraron 1826 suicidios y en 2001 la cifra ascendió a 3089, lo cual indica un aumento del 70% en esta conducta autodestructiva.

La prevalencia de depresión estimada en México es de **12 a 20% en la población adulta entre los 18 y los 65 años.**

Uno de cada 8 intentos suicidas es fatal. 3% de las personas que han tratado de suicidarse lo logran y 70% de los suicidios ocurren en pacientes con enfermedad crónica.

40% de personas que padecen depresión de moderada a severa tienen remisión espontánea pero 20% de ellas tienden a la cronicidad. La recurrencia de la Depresión según Caraveo y Cols.,1999 (citado por Puente, 2000) es del 59%.

La edad promedio de inicio de un trastorno depresivo es de 35 años y lo padecen dos mujeres por cada hombre.

Durante el año 2000, médicos generales e internistas prescribieron 44% del total de antidepresivos.

La depresión es la principal enfermedad mental de los mexicanos. La Secretaría de Salud estima que cerca del 30% de la población atraviesa alguna vez en su vida, por una depresión leve o aguda.

Una de cada 5 personas sufre de depresión en algún momento de su vida.

En algunos casos, la depresión lleva a la muerte, de tal forma que en las últimas dos décadas el número de suicidios ha aumentado en un 156%.

Hoy en día sufrimos una epidemia de depresión. Todos los indicios apuntan a que más personas están deprimidas, durante más tiempo y desde edades más tempranas que en ninguna época conocida.

En términos del coste económico general que representa para nuestra sociedad la depresión, esta es la segunda enfermedad más cara que existe. El coste del tratamiento directo, la atención médica innecesaria, la pérdida de productividad y el acortamiento de la esperanza de vida se han calculado en 44 millones de dólares anuales (O'Connor, 1999). Sólo la supera el cáncer en cuanto a impacto económico, y produce el mismo coste aproximado que las enfermedades cardíacas y el SIDA. El número anual de muertes por suicidio es aproximadamente el mismo que el de fallecimientos debidos al SIDA.

La depresión es una enfermedad grave y que amenaza a la vida, y es mucho más frecuente de lo que reconocemos.

De todas las personas que padecen una depresión grave, el 15% terminará por suicidarse.

La depresión es responsable del 20% del total de los casos que se tratan en la mayoría de las clínicas de salud mental.

Esta enfermedad afecta con más frecuencia a adultos jóvenes, pero un 10% de los niños la padecen antes de los doce años, y un 20% de los ancianos afirman que tienen síntomas depresivos.

El 25% de las mujeres y el 11,5% de los hombres padecerán una depresión en algún momento de su vida. Según O'Connor (1999) esta menor incidencia en los varones puede deberse a un error de método usado para el diagnóstico. A los hombres les está socialmente prohibido expresar e incluso experimentar los sentimientos relacionados con la depresión. En lugar de expresarlos, los manifiestan por medio del abuso de sustancias, la violencia y las conductas autodestructivas. En la cultura "Amish", donde la actitud machista no tiene recompensa social, la incidencia de la depresión es casi la misma en ambos sexos.

CAPITULO 4

SAPTEL REPORTE ANUAL 2008

Los reportes estadísticos elaborados cada mes, cada semestre y cada año en SAPTEL permiten el acceso a información objetiva de lo que ocurre en el servicio en términos operativos, **y más importante aún, en términos clínicos.**

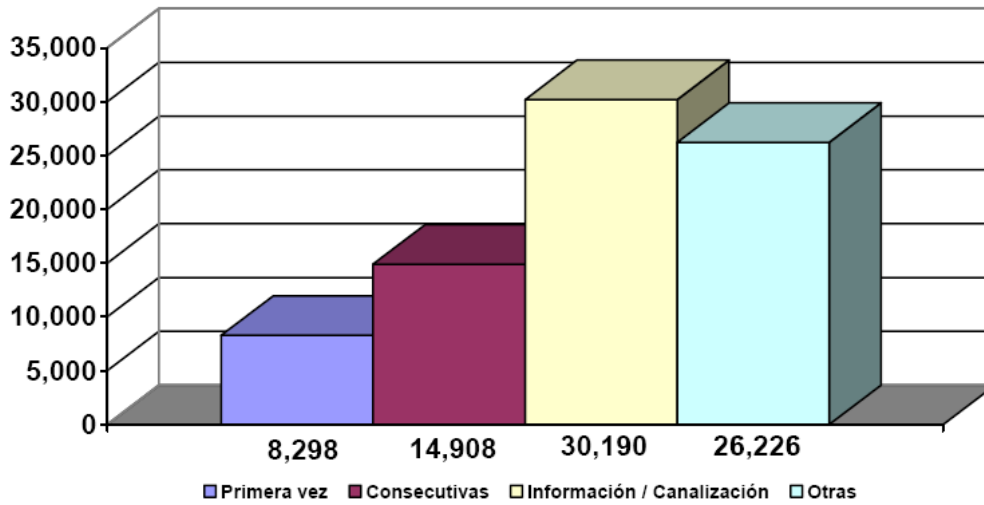
La razón de incluir dos reportes estadísticos (el de 1999, en el capítulo anterior, con tablas de frecuencias, y éste de 2008 con gráficas de barras y tablas de frecuencia) es porque se desea mostrar la gran consistencia de datos obtenidos en ambos cortes, la cual respalda el objetivo de esta tesis de proporcionar Terapia Cognitiva de la Depresión a la población femenina usuaria de SAPTEL.

A continuación se presentan los datos estadísticos que reflejan con claridad y contundencia la presencia de trastornos depresivos en los usuarios de la línea SAPTEL y la gran potencialidad para practicar enfoques terapéuticos efectivos como la terapia cognitiva de la depresión en el tratamiento de un grupo de personas para quien quizá este servicio es la única opción real de tratamiento.

La interpretación de cada gráfica ha sido proporcionada por el Dr. Federico Puente Silva y, cuando ha sido pertinente, la autora de esta tesis ha agregado comentarios relacionados con la información contenida en los gráficos.

El Reporte Estadístico SAPTEL 2008 (Puente, F. y colaboradores, 2008) está disponible en formato DVD y podrá ser solicitado a la que presenta en el momento que así se requiera.

SAPTEL - AÑO 2008
PACIENTES DE PRIMERA VEZ / CONSULTAS PSICOLÓGICAS POR TELÉFONO
 Gráfica 2



Gráfica 2:

Se puede observar que se canalizaron a 30,190 personas a instituciones públicas: hospitales, clínicas, centros de salud, servicios de la sociedad civil –ejemplo: alcohólicos anónimos- así como de beneficencia, como dispensarios médicos, 38% de las personas que nos requirieron durante este periodo. Otros 26,226 se les informó acerca de la naturaleza de los trastornos emocionales de familiares afectados, recomendándoles acciones adecuadas para su proceder, estamos hablando de un 33% de las personas que tuvieron a bien usar este servicio de SAPTEL. Por otra parte, es motivo de gran satisfacción referirnos a las 14,908 consultas proporcionadas a individuos que usan los servicios de SAPTEL como única opción de atención –uno de cada cinco consultantes-, esto habla por una parte de un alto grado de satisfacción por el servicio y por la otra de la efectividad de los modelos de salud a distancia o Tele Salud, este es un claro indicador de adherencia terapéutica satisfactoria -19%-.

Por lo que se refiere a consulta de primera vez, SAPTEL atendió a 8,298 personas, en otras palabras, más de una de cada 10 personas que consultaron durante este periodo corresponden a pacientes de primera vez. Consideramos que esta intervención evitó o previno suicidios, en algunos casos extremos: homicidios; así también la intervención terapéutica evitó complicaciones resultados de acciones y decisiones equivocadas, situaciones habituales en personas con crisis emocional. Los que participamos en SAPTEL nos sentimos gratificados por ello.

Para que sea posible dar tratamiento psicoterapéutico formal en SAPTEL, la **adherencia terapéutica** es una condición indispensable. Dentro del manual que se presentará más adelante se establece que los usuarios candidatos a la terapia cognitiva de la depresión tendrán un total de 20 a 22 sesiones (una cada semana) para tratar la depresión leve o moderada.

SAPTEL - AÑO 2008
PACIENTES DE PRIMERA VEZ / CONSULTAS PSICOLÓGICAS POR TELÉFONO
DISTRIBUCIÓN POR SEXO
Gráfica 3



Gráfica 3:

Podemos observar que de los pacientes de primera vez que consultaron se mantiene el predominio del sexo femenino, 5,990 mujeres o sea el 72%. Este es resultado de factores múltiples –proceso multifactorial-; culturalmente la mujer está más abierta a hablar de sus emociones, sentimientos y problemas; a pesar de los progresos sociales sigue siendo víctima de discriminación y de maltrato; también es cierto que los individuos en una sociedad moderna se encuentran cada vez más solos, a diferencia de antes donde las redes familiares creaban una situación de estabilidad. Se debe de incluir el hecho de que a las mujeres socialmente se les exige más: atender su casa, cuidar a sus hijos y participar en el trabajo y pese a todo esto están obligadas a hacerlo bien. No cabe duda que las mujeres como grupo se encuentran hoy bajo mayor presión (un indicador es el aumento constante de infarto de miocardio en la mujer, entre otras razones por un consumo más importante de tabaco).

El hecho es que también cada vez más los hombres consultan a SAPTEL; por cada 20 pacientes seis son del sexo masculino, esto nos indica que México va progresando y resolviendo su síndrome de “los hombres no lloran”, “los hombres son machos”. Los hombres como seres humanos, una parte importante de su naturaleza son las emociones y los sentimientos. La detección temprana y oportuna de trastornos emocionales permite a SAPTEL apoyar efectivamente, así ayudar a mantener la funcionalidad y la adecuación de la persona con el mundo.

Se aclama popularmente que el siglo XXI es el siglo de las mujeres, pero aún estamos lejos de que esta aseveración sea real, y más lejos aún en los países emergentes como México.

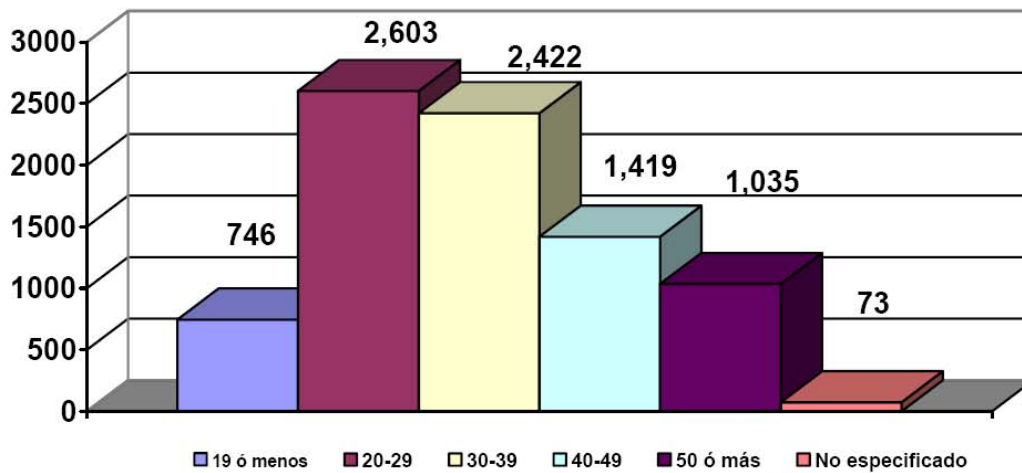
El manual de terapia cognitiva de la depresión por teléfono se propone para ayudar a mujeres fundamentalmente sin visos de discriminación a los varones, quienes se ha estudiado se deprimen en la misma medida que las primeras. A lo largo del manual se puede ver que casi todos los ejemplos usados para explicar las técnicas conductuales y cognitivas son casos femeninos, e incluso, todos los motivos de consulta textuales presentados anteriormente, son de mujeres.

Aquellos que nos dedicamos a la psicoterapia sabemos que aunque no es una regla, en muchos casos una terapeuta mujer "entiende" o entra en el mundo subjetivo de una paciente mujer con mayor facilidad de lo que lo haría su contraparte masculina, y viceversa.

Se sabe también que estadísticamente la mayoría del personal que presta su servicios profesionales en SAPTEL son mujeres (Reporte estadístico SAPTEL 2008) y por esa razón se ha elegido ese género como población objetivo en este trabajo.

Sin embargo, cabe señalar que el psicólogo, al que nada de lo que es humano le debe ser ajeno (haciendo uso de esta significativa frase que se encuentra en uno de los muros de un famoso hospital de salud mental, el hospital "Fray Bernardino Álvarez" de Tlalpan) debe tender al conocimiento de la mente y la problemática humana, independientemente del género del cuerpo que la contiene. Por ello, si una terapeuta de SAPTEL tiene un paciente hombre que podría beneficiarse muchísimo del enfoque cognitivo, deberá proponérselo sin duda ni posposición. Lo mismo será si un terapeuta varón se encuentra con un caso femenino.

SAPTEL - AÑO 2008
PACIENTES DE PRIMERA VEZ / CONSULTAS PSICOLÓGICAS POR TELÉFONO
DISTRIBUCIÓN GRUPOS DE EDAD
 Gráfica 4



Gráfica 4:

Se observa con claridad que el grupo 20-29 años de edad corresponde a los que consultan más por primera vez, estamos hablando de 2,603 personas, o sea el 31.4% de los consultantes. A pesar del progreso en el país los adultos jóvenes frecuentemente no encuentran un trabajo estable o se les dificulta mantenerlo; diversos autores entre otros Seligman describen procesos de Desesperanza e Indefensión Aprendidos que afectan a grupos vulnerables de la sociedad principalmente a adultos jóvenes; el segundo grupo que más consulta se encuentran entre los 30-39 años de edad con un 29.2% ó 2,422 personas, a este periodo, antes se le consideraba el de consolidación en la vida de un individuo; sin embargo los cambios constantes en la sociedad propician con frecuencia crisis emocionales resultado de no haber podido alcanzar lo deseado y lo esperado y/o por perder aquello que fue logrado. El tercer grupo que más consultó fue el de 40-49 años con un 17.1% de frecuencia 1,419 personas, durante esta época de la vida hay mucho temor, estas personas se consideran fuera de la oferta del mercado laboral, también para muchos es la época de crisis familiares, de pérdida en la confianza hacia la pareja y crisis relacionados a la validez en el proyecto de vida, también en algunas personas se inician los padecimientos crónico-degenerativos muchos de ellos irreversibles y que afectan el autoconcepto y la autoestima.

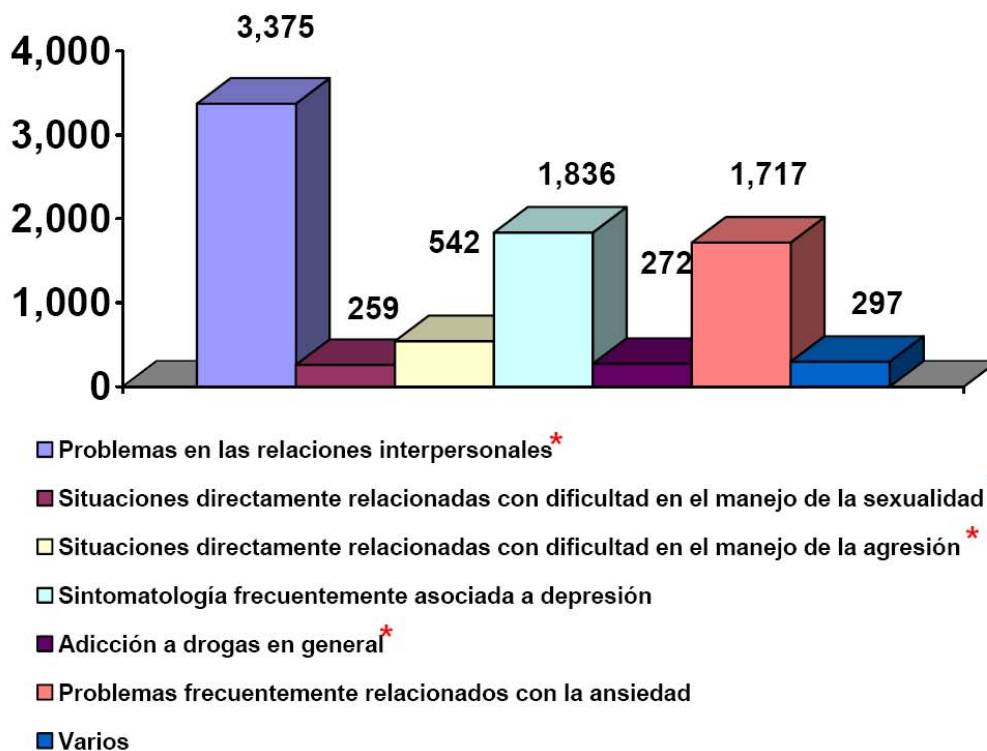
A continuación nos referimos a las 1,035 personas de 50 años o más que consultaron a SAPTEL casi un 12.5% -una de cada ocho consultantes-, aquí el factor principal responsable del trastorno emocional es la "pérdida" -pérdida de la salud, pérdida de un familiar, pérdida del trabajo o pérdida de ilusiones y esperanzas que no cristalizaron, sabemos que el resultado del proceso de pérdida es la depresión, la cual para evitar altos costos sociales familiares y económicos requieren de una intervención adecuada, profesional y oportuna-. Estamos conscientes de que SAPTEL tiene mucho todavía que ofrecer a este grupo de edad. Por último nos referiremos a los jóvenes y a los adolescentes, aquellos que tienen 19 años o menos, estos constituyen el 9% de los usuarios, más o menos una de cada diez personas que consultan. Sin embargo reconocemos que tenemos mucho que trabajar en esta área, tenemos que difundir más y mejor los servicios de SAPTEL entre los jóvenes, ya que estos en la actualidad se encuentran dentro de los grupos más afectados de la sociedad mexicana, la muerte por accidentes y/o por suicidio ha aumentado en forma dramática, resultado de que los jóvenes al carecer de herramientas siglo XXI no encuentran el camino para integrarse a la sociedad, ven su futuro incierto lo cual los enoja y los atemoriza.

Los seres humanos de todas las edades, incluyendo los niños en edad verbal (ayudados siempre por sus padres o por adultos significativos **que les amen y que mantengan al día sus constructos cognoscitivos, haciendo uso de su CoCu Co- Constante Cuestionamiento Constructivo, término acuñado por el**

Dr. Federico Puente (Libro electrónico 2009, contenido en Reporte estadístico, 2008)) necesitan revisar los contenidos de su mente (pensamientos o cogniciones) con cierta frecuencia. Más aún cuando se encuentran afectados por algún padecimiento psicológico o emocional.

A este respecto, la terapia cognitiva tiene mucho que ofrecer, no sólo porque a través de sus técnicas entrena al paciente para convertirse en un ser humano cuestionador constructivo de sus interpretaciones de la realidad, sino que además, le proporciona las herramientas para la estabilidad emocional, ya que una de las características centrales de esta teoría o modelo es que el contenido del pensamiento de una persona afecta su ánimo. En otras palabras, que el significado determina la respuesta emocional ante una situación (Beck, 1976).

SAPTEL - AÑO 2008
 PACIENTES DE PRIMERA VEZ / CONSULTAS PSICOLÓGICAS POR TELÉFONO
 MOTIVOS DE CONSULTA
 Gráfica 5



* Problemas Asociados a Estrés, Depresión y/o Ansiedad
 Por carencia de herramientas de la Funcionalidad y de la Adecuación
 (Habilidades de Planeación y de Negociación)

Gráfica 5:

Consideramos que uno de los hallazgos de mayor importancia obtenidos en SAPTEL y por lo tanto su contribución a los programas de Salud Mental del país y del mundo; es el haber identificado que grupos importantes: la mayoría de la población, carecen de herramientas básicas para funcionar en nuestra realidad actual –procesos de modernidad y posmodernidad; ahora también se contempla el proceso de post-posmodernidad, Siglo XXI- en donde se le exige al individuo contar con la habilidad/capacidad de planeación y con la habilidad/capacidad de negociación, cuando esto no ocurre al sujeto se le coloca irremediamente en una situación para perder: “el perdedor crónico”. Es decir, la persona no podrá funcionar y lograr metas.

La carencia de planeación y de negociación se constituyen en realidades que crean agobio, frustración y sufrimiento en los individuos, lo que se traduce primero en trastornos de las relaciones interpersonales: 3,375 pacientes de primera vez o sea el 41% por eso consultaron; 259 personas que corresponden al 3% consultaron por dificultades en el manejo de la sexualidad; otros 542 pacientes o sea el 6.5% consultaron a SAPTEL por dificultades en el manejo de la agresión. Estos

tres motivos, los cuales a su vez se asocian a estrés, depresión y ansiedad consideramos son el resultado de disfuncionalidad e inadecuación por falta de las herramientas antes mencionadas.

Otros 1,836 pacientes que corresponden al 22% consultaron por **depresión abierta**. Como ya se ha mencionado la detección temprana, oportuna y adecuada de esta condición prevé suicidios y otras complicaciones de muy alto costo en lo individual, familiar y social importantes. A nivel internacional se le otorga la misma importancia terapéutica tanto a los medicamentos antidepresivos como a la posibilidad de poder hablar de la persona que sufre y así poder desahogarse, además de poder revisar su problemática emocional con un profesional.

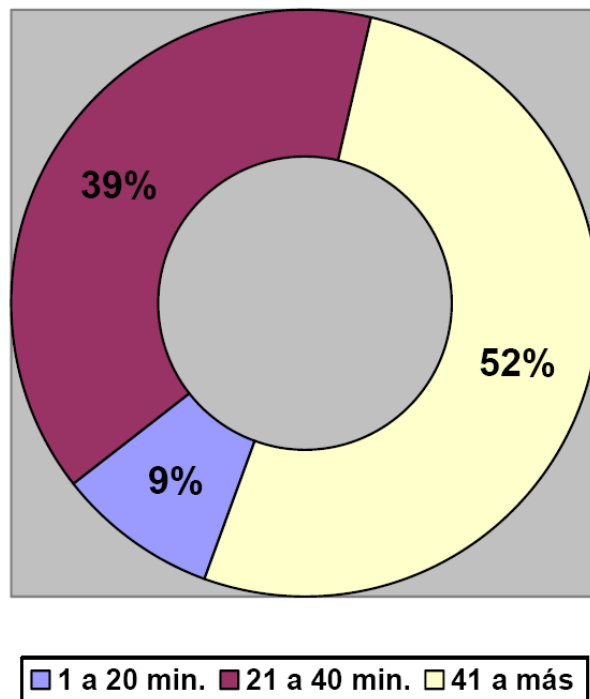
272 personas o sea el 3% consultaron por primera vez por presentar problemas con drogas y abuso de alcohol, situación cada vez más frecuente en individuos por frustración crónica y desesperanza.

1,717 personas que corresponden al 21% consultaron por presentar niveles serios o graves de ansiedad, estas personas describen sentirse en peligro al no poder acoplarse a la realidad actual del país. Otras 297 personas que son el 3.6% consultaron por patología múltiple y/o problemas diversos.

SAPTEL para el periodo 2008-2009 tiene como compromiso y por lo tanto como meta trabajar en el campo de la **depresión encubierta o enmascarada**.

La interpretación de la gráfica es clara y contundente. Lo único que se agrega es que cuando la psicóloga o el psicólogo se hacen diestros en el manejo de la terapia cognitiva desarrollan o perfeccionan su capacidad para hacer preguntas y sostener pláticas inteligentes, estructuradas y propositivas con los pacientes, sin quitar la espontaneidad y calidez que debe enmarcar toda interacción humana, incluida la psicoterapia.

SAPTEL - AÑO 2008
PACIENTES DE PRIMERA VEZ / CONSULTAS PSICOLÓGICAS POR TELÉFONO
DURACIÓN DE LA CONSULTA
Gráfica 8



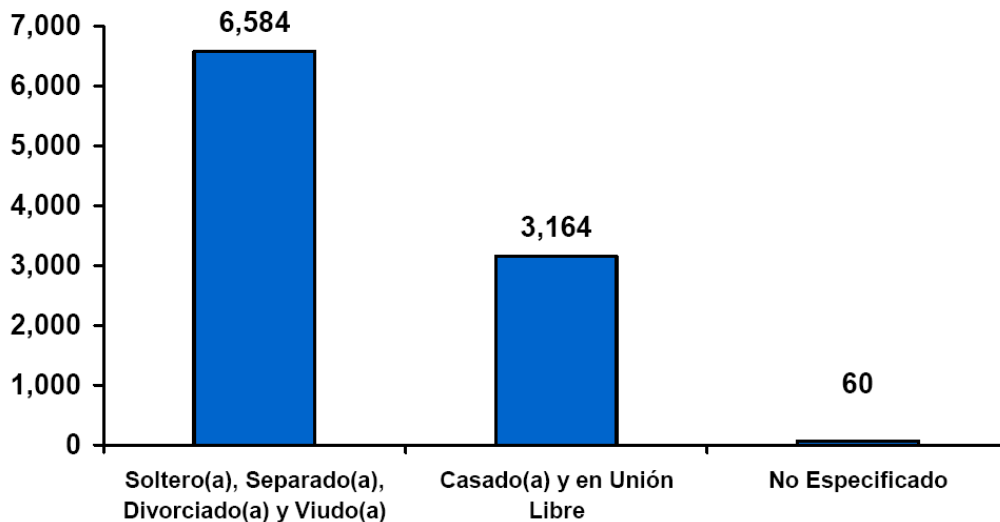
Gráfica 8:

Se puede observar que a los pacientes se les atiende en forma adecuada, el 39% de ellos, es decir 3,250 pacientes de primera vez la duración de la consulta es de 21 a 40 minutos; el 52% ó 4,318 pacientes por su situación emocional de crisis se les proporcionó una consulta por arriba de 40 minutos, estas personas así lo requerían; manteniéndose la filosofía de SAPTEL de apoyar a quien lo necesita emocionalmente cuanto tiempo se requiera y tantas veces necesite, respondiendo así en forma satisfactoria a las necesidades de las personas en crisis. Menos de una de cada diez personas que hablaron a SAPTEL, se les proporcionó una consulta de 20 minutos o menos.

En los tiempos actuales es un lujo que otro ser humano nos escuche e interactúe con nosotros más de una hora. La mayoría de las personas, y por una gran cantidad de razones válidas y no tan válidas, está demasiado ocupada con su universo personal como para interesarse en el de otros. El que en SAPTEL la mayoría de las llamadas sea de más de 41 minutos de duración es uno de los hechos que más ennoblecen su labor.

En lo respectivo al manual de terapia cognitiva por teléfono se establece que la llamada de primer contacto y la primera de seguimiento son los primeros filtros de selección para recibir terapia cognitiva (por lo tanto, la duración de las misma puede prolongarse a más de una hora). Sin embargo, a partir de la tercera llamada que es cuando el usuario se convierte en paciente y comienza su proceso de terapéutico, la duración de cada sesión será de 40 minutos aproximadamente.

SAPTEL - AÑO 2008
PACIENTES DE PRIMERA VEZ / CONSULTAS PSICOLÓGICAS POR TELÉFONO
ESTADO CIVIL
Gráfica 10-bis



Gráficas 10 y 10-bis:

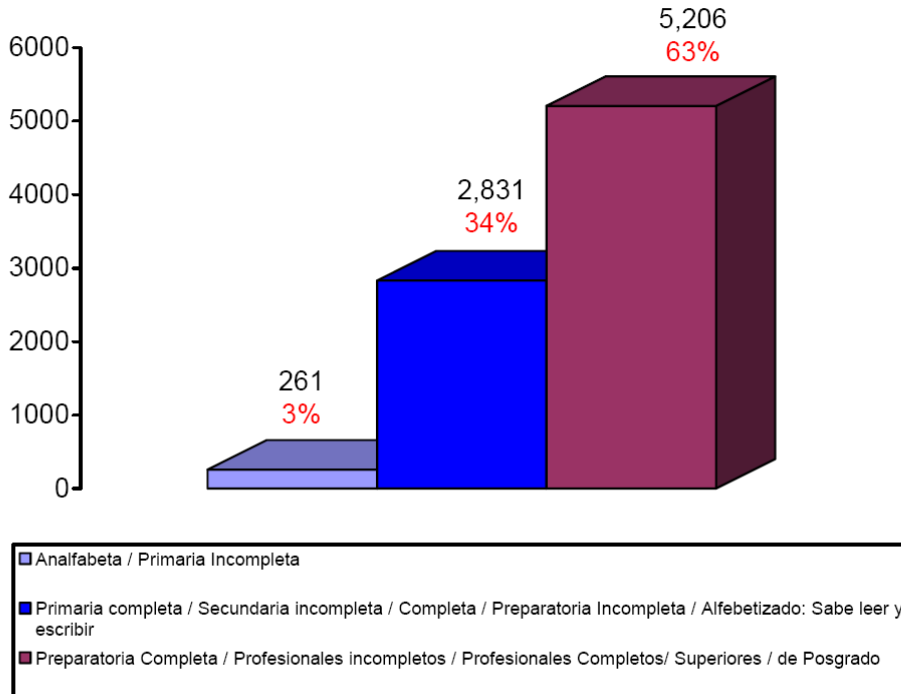
Resultan interesantes los hallazgos ya que se han presentado cambios con respecto a nuestra experiencia previa. En el año 2008 alrededor del 38% de los pacientes de primera vez o 3164 personas cuentan con pareja ya sean casados o en unión libre. Casi 61% presenta algún grado de soledad, lo que nos indica la diversidad de la patología emocional y la diversidad en el perfil del usuario de SAPTEL.

Cabe subrayar que estos resultados consideran tanto a pacientes femeninos con a pacientes masculinos. En un estudio previo correspondiente al año 2004 cuando se consideró por separado a hombres y a mujeres, se encontró que el 75% de los hombres que consultan SAPTEL viven solos y por lo tanto presentan mayor soledad.

La soledad en sus diversas modalidades ha sido descrita a nivel internacional como uno de los factores determinantes en las Depresiones y en el Suicidio. Por lo tanto, toda sociedad moderna y urbana requiere de los sistemas *Hot Line* ó sistemas para la atención de urgencias y emergencias por crisis emocionales. En México se cuenta con SAPTEL.

La gráfica 10 no se incluye porque la 10-bis es un concentrado de la primera. El problema de la soledad es uno en el que la terapia cognitiva de la depresión ha puesto más énfasis en el tratamiento de la depresión y los deseos suicidas. Este énfasis ha consistido en hacer que la persona en terapia cuestione sus constructos acerca de la soledad y aprenda a distinguir entre la necesidad de estar con alguien para sentirse feliz y experimentar valía personal y su contra-constructo de que la valía personal y la sensación de alegría no dependen de ninguna otra persona que no sea uno mismo, y que solo uno puede medirla y modificarla al servicio de su salud mental. Asimismo, la terapia cognitiva posee técnicas muy efectivas como el entrenamiento para la asertividad y el ensayo cognoscitivo (que se pueden enseñar y prescribir por teléfono) para que el paciente establezca nuevos y más satisfactorios vínculos humanos.

SAPTEL - AÑO 2008
PACIENTES DE PRIMERA VEZ / CONSULTAS PSICOLÓGICAS POR TELÉFONO
GRADO DE ESCOLARIDAD
 Gráfica 11-Bis



Gráficas 11 y 11-bis:

Se puede observar que en los pacientes que consultaron por primera vez, alrededor del 3%, 261 pacientes cuentan con uno de los criterios de marginalidad estos corresponden a: analfabetismo y primaria incompleta. Por lo que se refiere a consultantes con estudios de primaria completa, secundaria o preparatoria incompleta: 2,831 personas, constituyen el 34%. Por otra parte cerca del 63% de los consultantes a SAPTEL cuentan con estudios de preparatoria, estudios profesionales o de post-graduo, nos estamos refiriendo a 5,206 personas realidad que nos confronta con varias situaciones: una de ellas crear programas para llegar a población con bajos estudios, así también nos habla de una situación crónica de pocas y pobres ofertas laborales para quienes cuentan con estudios universitarios.

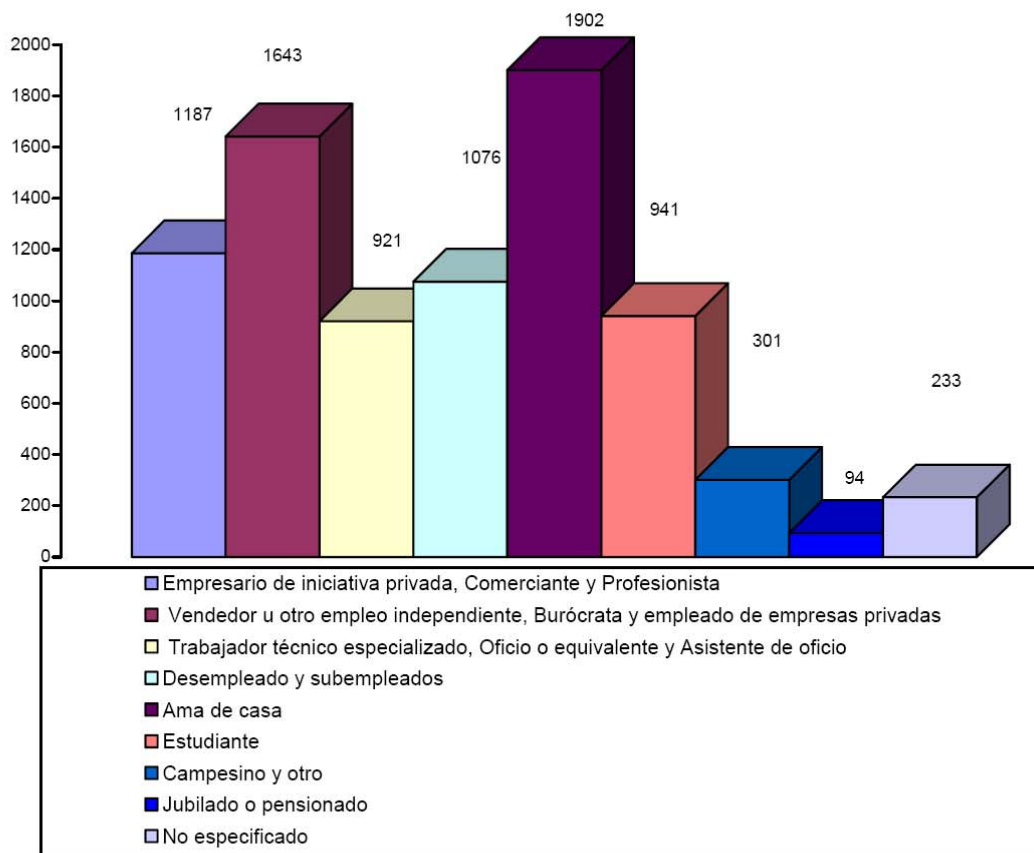
A lo largo del manual de terapia cognitiva de la depresión por teléfono, se verá que este enfoque no es uno de "piensa positivo" o "únete a los optimistas" (con el debido respeto para quienes manejan desde esta perspectiva el tratamiento de los problemas de salud mental y emocional.)

En la interpretación de la gráfica anterior, ya se observa que un porcentaje de quienes llaman son personas con un nivel de escolaridad que les permitiría insertarse al mercado laboral y cubrir las necesidades de la vida y un poco más. Sin embargo, tal parece que la realidad en nuestro país es otra muy distinta.

La terapia cognitiva propone que la persona que pierde el empleo o no encuentra ocupación para lo que estudió y automáticamente desarrolla una depresión clínica se encuentra en una situación de mayor riesgo y desventaja que alguien que mantiene su ánimo estable y consigue más tiempo, energía y creatividad para **asumir su situación, afrontarla y resolverla**. En términos muy

simples y resumidos, las técnicas conductuales y cognitivas de este enfoque ayudan al paciente que ya entró al círculo vicioso de “no tengo trabajo-nunca podré salir de esta situación-esto me hace sentir profundamente enojado y triste-ya me deprimí, no tengo ganas de salir de casa para buscar otras oportunidades-soy un inútil-me odio por eso-no merezco vivir-y así sucesivamente” a que rompa esta cadena de eventos mentales y active repertorios conductuales que le permitan resolver su situación de desempleo y a salir del estado depresivo.

SAPTEL - AÑO 2008
PACIENTES DE PRIMERA VEZ / CONSULTAS PSICOLÓGICAS POR TELÉFONO
OCUPACIÓN
Gráfica 12-Bis



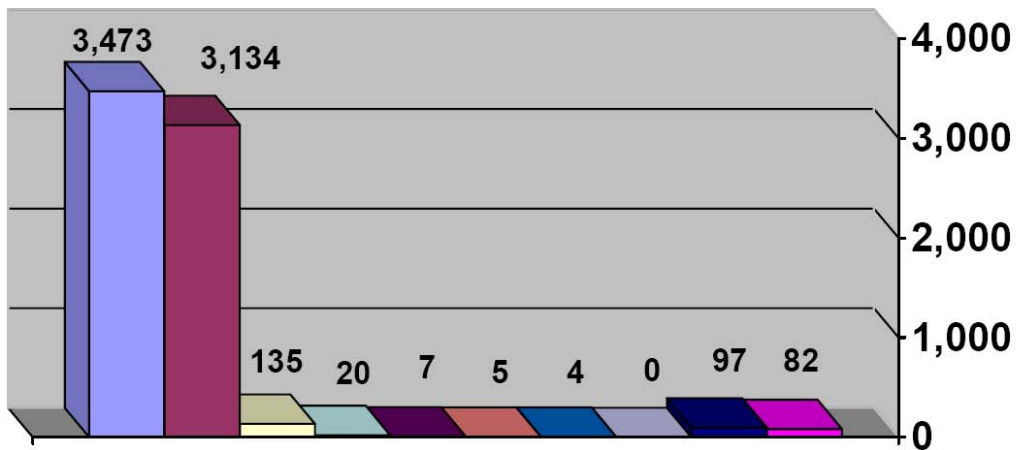
Gráficas 12 y 12-bis:

En esta gráfica se puede observar con claridad la gama de perfiles del usuario por ocupación. Por una parte tenemos 1,902 amas de casa que constituyen casi el 23%. Contamos con 941 estudiantes que constituyen el 11%. Así con 1,643 consultantes que incluyen burócratas o su equivalente (empleados de empresas privadas) y vendedores u otro empleo independiente –el 30%. Por lo que ser refiere a técnicos especializados o personas que desarrollan un oficio como titulares o como asistentes corresponden al 11% ó 921 pacientes. El 14% de los consultantes de primera vez ó 1,187 son personas que tienen como ocupación ser empresarios, comerciantes ó profesionistas. Por último, 1,076 personas se encuentran desempleadas o subempleadas el 13%.

Desde los inicios de SAPTEL, la ocupación más frecuente de sus usuarias es la de ama de casa. Con la crisis económica cada vez va a ser más frecuente que las mujeres que hacían su jornada laboral como administradoras de su

hogar salgan a trabajar en busca de un ingreso extra para la familia. Por lo tanto, el reto de adaptación para ellas y sus familias será grande. La mujer que tenga que laborar dentro y fuera de su casa se verá sometida a grandes presiones que exigirán de ella un amplio repertorio conductual y fortaleza emocional para redistribuir las tareas de casa y encaminar a sus hijos hacia la independencia y la pro-actividad, de lo contrario se verá sobrepasada y seguramente será más vulnerable a desarrollar depresión clínica.

SAPTEL - AÑO 2008
 PACIENTES DE PRIMERA VEZ / CONSULTAS PSICOLÓGICAS POR TELÉFONO
 RIESGO SUICIDA
 Gráfica 16



- Durante el apoyo psicológico no hubo necesidad de preguntar la idea de suicidio
- Durante el apoyo psicológico hubo necesidad de preguntar la idea de suicidio, en el pasado y en la actualidad, ante lo cual la respuesta fue negativa
- Siguiendo el proceso suicida, si el sujeto no lo piensa pero ya lo intentó seriamente una vez en el pasado
- Siguiendo el proceso suicida, si el sujeto no lo piensa pero ya lo intentó seriamente dos veces en el pasado
- Siguiendo el proceso suicida, si el sujeto no lo piensa pero ya lo intentó seriamente tres veces en el pasado
- Siguiendo el proceso suicida, si el sujeto no lo piensa pero ya lo intentó seriamente cuatro veces en el pasado
- Siguiendo el proceso suicida, si el sujeto no lo piensa pero ya lo intentó seriamente cinco veces en el pasado
- Siguiendo el proceso suicida, si el sujeto no lo piensa pero ya lo intentó seriamente seis veces en el pasado
- Siguiendo el proceso suicida, si el sujeto no lo piensa pero ya lo intentó una vez en el pasado, aunque a nuestro juicio no tan seriamente
- Siguiendo el proceso suicida, si el sujeto no lo piensa pero ya lo intentó dos veces en el pasado, aunque a nuestro juicio no tan seriamente

Gráfica 16:

Se puede observar que en **3,473 pacientes el 42%**, el apoyo psicológico solicitado **no** requirió de intervención en crisis por riesgo suicida. Sin embargo, el resto o sea **4,825 pacientes si** requirió algún tipo de manejo profesional, resultado de la presencia de algún elemento suicida. Estamos hablando que esta situación ocurrió en el **58%** de los consultantes. Esta situación nos indica que México requiere contar con SAPTEL, un sistema profesional de Intervención en Crisis: un sistema de Salud a Distancia oportuno, efectivo y eficiente.

El modelo cognitivo coincide totalmente con el modelo SAPTEL en lo respectivo a la importancia de detectar y evaluar primero que todo el grado de intencionalidad suicida en el usuario cuando este consulta por sintomatología asociada a la depresión. Una vez se tiene ese dato las técnicas antisuicidio que se apliquen comenzarán a tener efecto en el paciente.

Como se menciona en el manual de terapia cognitiva para la depresión por teléfono, los pacientes con una crisis suicida serán atendidos con apoyo psicológico hasta que la crisis remita y su yo esté más fuerte y estructurado para comenzar o continuar la psicoterapia.

Una vez se ha tomado la decisión (supervisada por un terapeuta Senior) de tratar al usuario, que se convertirá en paciente, al momento de iniciar su terapia cognitiva de la depresión, el terapeuta deberá evaluar de inmediato el grado en el que se encuentra deprimido y, de ser necesario, el riesgo suicida y, según el caso, podrá seleccionar las técnicas más eficaces y adecuadas para tratar este problema concreto.

Las tablas de frecuencias que se mostrarán a continuación son también parte del Reporte SAPTEL año 2008 y corresponden al análisis de 8298 expedientes de llamadas de primera vez. Se seleccionaron para este trabajo sólo las tablas que se consideran pertinentes al tema de esta tesis.

CONTENIDO AFECTIVO	TOTAL	PORCENTAJE
Normal	347	4.18%
Aplanamiento afectivo	282	3.40%
Aislamiento afectivo	162	1.95%
Tristeza	4,709	56.75%
Ansiedad o angustia	2,009	24.21%
Enojo o rabia	581	7.00%
Pánico	23	0.28%
Ambivalencia	108	1.30%
Euforia	3	0.04%
Exaltación	8	0.10%
Afecto insuficiente	27	0.33%
Labilidad emocional	14	0.17%
Afecto inapropiado	14	0.17%
Otro	5	0.06%
No especificado	6	0.07%
TOTAL	8,298	100.00%

Como se puede observar, los sentimientos predominantes más frecuentes en los 8298 usuarios que llamaron por primera vez al servicio son la tristeza, la ansiedad y angustia y el enojo o la rabia. Esta gama de sentimientos puede estar presente en pacientes con depresión clínica, los cuales tienen la posibilidad de ser candidatos a la terapia cognitiva de la depresión por teléfono.

SÍNTOMAS SOMÁTICOS	TOTAL	PORCENTAJE
Ausentes	4,098	49.39%
Leves	2,087	25.15%
Moderados	1,417	17.08%
Intensos	460	5.54%
Muy intensos	75	0.90%
No especificado	161	1.94%
TOTAL	8,298	100.00%

FATIGA	TOTAL	PORCENTAJE
Ausente	3,505	42.24%
Leve	2,790	33.62%
Moderada	1,395	16.81%
Intensa	377	4.54%
Muy intensa	76	0.92%
No especificado	155	1.87%
TOTAL	8,298	100.00%

HIPNÓTICOS	TOTAL	PORCENTAJE
Ausente	7,430	89.54%
Leve	375	4.52%
Moderada	275	3.31%
No especificado	218	2.63%
TOTAL	8,298	100.00%

ALTERACIONES EN EL DORMIR	TOTAL	PORCENTAJE
Ausente	3,150	37.96%
Leve	2,299	27.71%
Moderada	1,916	23.09%
Intensa	593	7.15%
Muy intensa	115	1.39%
No especificado	225	2.71%
TOTAL	8,298	100.00%

IRRITABILIDAD	TOTAL	PORCENTAJE
Ausente	2,915	35.13%
Leve	2,129	25.66%
Moderada	2,406	28.99%
Intensa	638	7.69%
Muy intensa	112	1.35%
No especificado	98	1.18%
TOTAL	8,298	100.00%

La Historia Clínica Codificada de SAPTEL es un instrumento indispensable para la recolección de datos del paciente y para la elaboración de un diagnóstico: Como se muestra en las tablas anteriores, no solo mide variables demográficas, sino también ofrece una valoración clínica de cada usuario.

Tabla No. 40		
ÁNIMO DEPRESIVO	TOTAL	PORCENTAJE
Ausente	1,110	13.38%
Leve	2,093	25.22%
Moderado	3,644	43.91%
Intenso	1,209	14.57%
Muy intenso	181	2.18%
No especificado	61	0.74%
TOTAL	8,298	100.00%

Tabla No. 41		
DISMINUCIÓN DE LA CONCENTRACIÓN	TOTAL	PORCENTAJE
Ausente	4,908	59.15%
Leve	2,182	26.30%
Moderado	829	9.99%
Intenso	199	2.40%
Muy intenso	40	0.48%
No especificado	140	1.69%
TOTAL	8,298	100.00%

Tabla No. 42		
ANSIEDAD	TOTAL	PORCENTAJE
Ausente	1,362	16.41%
Leve	1,985	23.92%
Moderada	3,500	42.18%
Intensa	1,134	13.67%
Muy intensa	262	3.16%
No especificado	55	0.66%
TOTAL	8,298	100.00%

La considerable cantidad de 6946 usuarios reporta su ánimo deprimido, frente a un total de 1110 personas para quienes este es ausente. El ánimo depresivo es un elemento importante para el diagnóstico de la depresión, aunque por supuesto se debe descartar que el usuario no confunda su sentimiento de tristeza pasajera ante algo que le ocurre, con el estar deprimido clínicamente.

CALIFICACIÓN GLOBAL DE SEVERIDAD	TOTAL	PORCENTAJE
Sujeto totalmente asintomático	401	4.83%
El sujeto se queja de algunas alteraciones emocionales o psicológicas, pero éstas no ameritan tratamiento psicoterapéutico o psiquiátrico	3,453	41.61%
Las quejas presentadas por el sujeto hacen que requiera ayuda en consulta externa	4,136	49.84%
El sujeto necesita forzosamente ayuda psiquiátrica en consulta externa e incluso podría ser que un internamiento lo beneficiara	272	3.28%
El sujeto requiere internamiento psiquiátrico forzosamente	17	0.20%
No especificado	19	0.23%
TOTAL	8,298	100.00%

4136 usuarios fueron calificados por los terapeutas de SAPTEL como candidatos a recibir algún tratamiento, ya sea farmacológico o psicoterapéutico.

Precisamente en este punto, los terapeutas de SAPTEL deben aplicar todo su conocimiento y experiencia, así como la supervisión en aquellos casos donde considere que el paciente puede beneficiarse de la psicoterapia vía telefónica.

Recordemos que en ningún país del mundo existen los recursos económicos y de infraestructura para dar atención cara a cara a todos los que la necesitan. De ahí la necesidad de sopesar con mucho cuidado cuándo se debe canalizar al usuario a un servicio cara a cara (sin tener la plena seguridad que podrá acceder efectivamente a él y en el tiempo requerido) y cuándo se le puede dar un tratamiento formal vía telefónica de manera inmediata. Obviamente la decisión no será sólo del terapeuta y del supervisor clínico, sino principalmente del usuario en cuestión, es ella o él quien tiene la última palabra en esa importante decisión.

RESULTADO DE LA CONSULTA TELEFÓNICA	TOTAL	PORCENTAJE
Se resolvió el motivo de la llamada y la persona reporta sentirse bien	586	7.06%
Se resolvió el estado de crisis y el usuario reporta sentirse bien	1,387	16.71%
Se resolvió el estado de crisis y el usuario estuvo de acuerdo en volver a llamar	2,566	30.92%
Se alivió parte de la crisis del usuario y estuvo de acuerdo en volver a llamarnos	2,953	35.59%
Procedimiento terminado y referencia al usuario a otro tipo de intervención psicoterapéutica mas adecuada para resolver su conflictiva	139	1.68%
Llamadas de seguimiento	14	0.17%
Otro (colgó, se cortó la llamada)	630	7.59%
No especificado	23	0.28%
TOTAL	8,298	100.00%

Esta tabla es importante por el hecho de que una vez resuelta su crisis, 2566 usuarios están de acuerdo en volver a llamar y este es un buen indicio de que hubo rapport y se estableció una buena relación terapeuta-usuario, ambos elementos de mucho peso para que haya compromiso en un tratamiento formal en SAPTEL.

Sin embargo, también está la presencia de 630 usuarios que deciden colgar, haciendo uso del poder y control (superior al del terapeuta) que tienen en un servicio telefónico. De ahí que, como se verá más adelante, entre los criterios más importantes para seleccionar a los usuarios candidatos a la terapia cognitiva de la depresión está tener coeficiente intelectual normal o superior al promedio, un grado de funcionamiento personal-social satisfactorio, capacidad de compromiso y capacidad de auto-reflexión.

La terapia cognitiva de la depresión cara a cara requiere del usuario un alto grado de actividad y cooperación, ya que fomenta la independencia del paciente, y cuando se trata de brindarla por teléfono, estos requisitos se duplican. Por esta razón este enfoque puede funcionar perfectamente a distancia, pero en definitiva no todas las personas que llaman a SAPTEL son candidatos para beneficiarse de ella.

CAPITULO 5

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

El Dr. Aaron Temkin Beck es un psiquiatra norteamericano y profesor emérito del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pennsylvania.

Beck es conocido como el padre de la Terapia Cognitiva y es el creador de muchas escalas e inventarios auto-aplicables ampliamente usados por los profesionales de salud mental en todo el mundo. Entre estos instrumentos están el Inventario de depresión, la Escala de desesperanza, la Escala de Ideación suicida, el inventario de ansiedad, etc.

El Dr. Beck es el Presidente del Instituto para la Terapia e Investigación cognitivas que lleva su nombre y es Presidente Honorario de la Academia de Terapia Cognitiva que otorga certificación internacional a terapeutas de todo el mundo.

El Dr. Aaron Beck es distinguido por su labor de investigación en psicoterapia, psicopatología, suicidio y psicometría, todo lo cual le condujo a la creación de la terapia cognitiva, por lo que en 2006, recibió el premio de la Fundación Lasker a la Investigación Clínica. Su Inventario de Depresión es uno de los instrumentos más ampliamente usados para medir la severidad de ese trastorno.

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

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

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

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

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

Desarrollo histórico de la Terapia Cognitiva

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

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

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

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

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

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

para Beck la necesidad de un "reajuste de emergencia" en su sistema de creencias.

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

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

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

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

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

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

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

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

La utilidad de la terapia cognitiva de la depresión.

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

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

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

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

¿Cómo funciona la terapia cognitiva?

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

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

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

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

Lo anterior se lleva a cabo a través de una amplia variedad de técnicas cognitivas y conductuales con las cuales se delimitan y se ponen a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. Estas técnicas son muy específicas y están diseñadas para enseñar las siguientes operaciones al paciente deprimido: **(1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados; (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar las experiencias.**

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

Al emprender esa tarea terapéutica de aprendizaje, el fenómeno más contundente para la recuperación del paciente es que incorpore gradualmente en su vida diaria las técnicas que él y su terapeuta llevan a cabo durante el tratamiento: por ejemplo, **el paciente comienza a preguntarse cosas como: ¿A partir de qué evidencia extraigo esta conclusión? ¿Existen otras explicaciones a mi problemática? ¿Realmente es tan grave la pérdida que experimento? ¿Me daña que un extraño piense mal de mí? ¿Qué puedo perder por intentar ser más asertivo?**

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

Las estrategias conductuales, por naturaleza más activas, son también muy importantes y muy utilizadas en esta modalidad de terapia, ya que al principio del tratamiento, o con pacientes gravemente deprimidos se usan con éxito para que éstos generen cogniciones asociadas a conductas específicas y sometan a prueba los supuestos y cogniciones desadaptativos que les mantienen en un estado de apatía e inacción. Algunas de estas técnicas son: el **Cuestionario de Actividades Semanales** (Beck, 1983) en el que el paciente tiene que registrar sus actividades cada hora. Un **Cuestionario de Dominio y Agrado** (Beck, 1983) en el que el paciente evalúa su desempeño y actitud

hacia las actividades listadas en el cuestionario anterior; y la **Asignación de Tareas Graduales** en la que el paciente comienza a romper el círculo vicioso de la depresión-inactividad-depresión y emprende una serie de tareas que le llevarán a alcanzar una meta que consideraba más difícil, o incluso imposible.

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

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

El modelo cognitivo de la depresión

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

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

La tríada cognitiva

Los esquemas cognitivos

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

Concepto de la Tríada Cognitiva

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

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

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

El resto de los signos y síntomas cognitivos de la depresión son considerados por la terapia cognitiva como una consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado reaccionará con el mismo afecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real.

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

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

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

Organización estructural del pensamiento depresivo

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

Lo anterior cobra sentido cuando se entiende que cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos y cada persona atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza dicha situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar de maneras diferentes una situación, una persona determinada tiende a ser consistente en

sus respuestas hacia tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables (“esquemas”) constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones.

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

Cada individuo emplea determinados tipos de esquemas que le harán estructurar sus distintas experiencias de un modo muy particular. **Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por estímulos (inputs) ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad).** Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En estados psicopatológicos tales como la depresión, **las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan con la finalidad de ajustarse a los esquemas inadecuados precedentes.** El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto **se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos.** A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos, contaminan a una serie de estímulos cada vez mayor aunque haya una escasa relación lógica con ellos. Es así como el paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

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

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

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

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

1. *Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta)*: este es un proceso que el sujeto lleva a cabo cuando adelanta una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que lo apoye, o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
2. *Abstracción selectiva (relativo al estímulo)*: consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia con base a ese fragmento.
3. *Generalización excesiva (relativo a la respuesta)*: se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
4. *Maximización y minimización (relativo a la respuesta)*: quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento. Son errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
5. *Personalización (relativo a la respuesta)*: se refiere a la tendencia y facilidad del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
6. *Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta)*: se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

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

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

PENSAMIENTO "PRIMITIVO"

No dimensional y global: Soy un miedoso.

Absolutista y moralista: Soy un despreciable cobarde.

Invariable: Siempre fui y siempre seré cobarde.

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

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

PENSAMIENTO "MADURO"

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

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

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

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

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

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

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

Predisposición y Desencadenamiento de la Depresión

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

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

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

Un Modelo de la Interacción Recíproca

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

Es muy importante saber que cuando una persona comienza a enfermar de depresión tiene una tendencia al aislamiento y suele alejarse de las personas que le rodean y le son significativas. Si aquellos que le rodean reaccionan a este alejamiento de manera hostil, el cuadro depresivo del paciente se agrava hasta el punto en que cuando al fin comprenden que era necesario apoyar y comprender al enfermo y comienzan a hacerlo ya no se logra efecto positivo en éste último. **En cambio, si ante una depresión incipiente el sistema de apoyo social es sólido y ofrece al individuo muestras de aceptación, respeto y afecto que neutralicen la tendencia del paciente a subestimarse esto sirve como un amortiguador o parachoques de cara al desarrollo de la depresión.** Es más, el tratamiento del paciente depresivo suele verse beneficiado en gran medida si se cuenta con un familiar o amigo que **sirva como una representación de la realidad social para ayudar al paciente a someter a prueba la validez de sus pensamientos negativos.** Se da el caso de que existan interacciones contraproducentes con personas significativas que contribuyen al mantenimiento de la depresión y para estos casos puede incluirse la terapia de pareja, el asesoramiento matrimonial o la terapia familiar.

Primacía de los Factores Cognitivos en la Depresión

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

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

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

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

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

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

Para el modelo cognitivo el tema de la predisposición a la depresión se centra en determinar cómo contribuyen a ella y a su desencadenamiento algunas

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO 6

EL MODELO CONSTRUCTIVISTA COMO FUNDAMENTO DE LA TERAPIA COGNITIVA

Los especialistas de un centro de Psicoterapia Cognitiva en Roma, Vittorio F. Guidano y Gianni Liotti aportan un excelente análisis del Modelo de Organización Cognitiva en los seres humanos en el libro titulado Cognición y Psicoterapia (Mahonney y Freeman, comps., 1988). Este análisis brinda un fundamento teórico integrativo que incluye las contribuciones básicas de la psicología evolutiva, experimental y clínica en el quehacer del psicoterapeuta cognitivo y que por lo tanto ofrece un sólido soporte epistemológico al enfoque cognitivo en psicología.

El Marco Constructivista

Existe un grupo de supuestos básicos en el contexto de la epistemología evolutiva que permiten la elaboración de un marco constructivista (véase (Campbell, 1974; Lorenz, 1973; Popper, 1972 y Eccles, 1977, citados por Guidano y Liotti, 1988) que se expone a continuación.

El conocimiento como un resultado evolutivo. Cuando el proceso de conocer del ser humano se concibe desde la Biología, pasa a ser un campo específico de la ciencia natural, al cual se le puede delimitar claramente de los campos de la filosofía o de la metafísica, y por lo tanto se le traslada a un plano donde es posible estudiarlo e investigarlo utilizando el mismo procedimiento aplicado para la metodología científica moderna.

Otra implicación importante del estudio del conocimiento humano desde lo biológico, es que el concepto de **“estructuras de conocimiento”** es considerado como una serie de patrones evolutivos de la información que se recoge y se procesa, moldeándose progresivamente en respuesta a las desafiantes presiones ambientales, implicando esto a su vez que **la actividad del organismo es la característica clave de su interacción con el mundo** (Popper, 1975; citado por Guidano y Liotti, 1988). Es así como la evolución del conocimiento en el organismo aparece como un proceso continuo que se despliega en la elaboración progresiva de sus planes modelados por el ambiente y que es capaz de **ordenar** y **decodificar** la experiencia entrante, **ya que el orden y la decodificación son dispositivos esenciales para una supervivencia efectiva. Así pues, el organismo en términos de Weimer (1975) (Citado por Guidano y Liotti, 1988) es en efecto una teoría de su ambiente.**

El conocimiento como un proceso de interacción: El conocimiento está muy lejos de ser una simple copia sensorial de la realidad (empirismo), o un simple despliegue de los esquemas ya preformados en el individuo (innatismo). Por el contrario, **el conocimiento es una construcción progresiva y jerárquica de los modelos de la realidad, donde paso a paso se alimenta de la experiencia y se amolda dentro de las estructuras del conocimiento al ordenar la actividad que lleva a cabo el sujeto cognoscente. Los modelos estructurados de la realidad determinan, en verdad, los patrones con los que**

un individuo puede ver y concebir el mundo, contribuyendo sustancialmente a definir la forma que la realidad asume en cada experiencia.

El desarrollo del conocimiento sesgado por las habilidades auto-organizadoras del procesamiento mental humano. El conocimiento humano no es de ninguna manera una construcción impersonal, ya que está saturado y sesgado por todos los aspectos invariantes (límites evolutivos y culturales) que definen la naturaleza humana y determinan, en consecuencia, la forma humana en que se conoce la realidad.

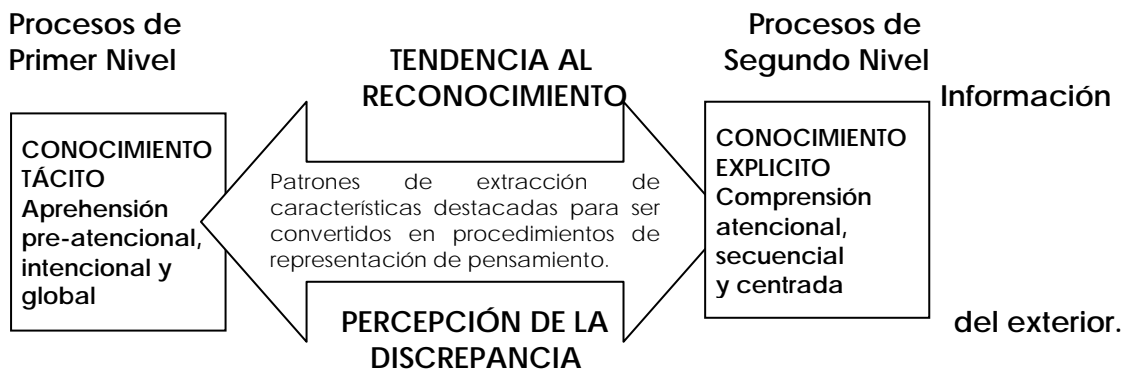
La aparición de la auto-identidad coincide con la adquisición de las habilidades cognitivas para poder cambiar desde una individuación biológica a otra psicológica, siguiendo el surgimiento paralelo de los procesos corticales más elevados. La perspectiva evolutiva nos permite contemplar cómo se construyen paulatina y progresivamente las estructuras de la identidad personal junto a los niveles de conocimiento (aquí el sí-mismo no se mira como un auto-concepto –es decir, como una entidad que conecta experiencia y conducta—sino como un proceso de identidad remoldándose y reestructurándose continuamente; es decir, como un proceso que se explica por la característica básica del conocimiento humano: su naturaleza refleja).

Un esbozo constructivista de los procesos de conocimiento

Teorías motrices de la mente. La característica básica de la interacción humana con el mundo es la construcción de modelos de realidad que pueden ser capaces de ordenar y regular la realidad misma. Así, la mente humana ya no es un mero recolector de sensaciones, sino un sistema activo, constructivo, capaz de producir no sólo las salidas, sino también las entradas que recibe, incluyendo las sensaciones básicas que subyacen a la construcción del mismo.

¹En este orden de ideas, la mente es un sistema de reglas de abstracción, que realiza un orden relacional de los hechos, para poder producir la experiencia y la conducta (Weimer, 1981, citado por Guidano y Liotti, 1988)

Figura 1



¹ Diagrama tomado de Mahoney y Freeman, (comps.)1988, p 127.

Como se puede apreciar en la figura 1, para esbozar un modelo de los procesos de conocimiento, deben tomarse en consideración dos aspectos esenciales:

a) El carácter central de los **procesos inconscientes** para **organizar nuestra experiencia cotidiana** o procesos profundos, tácitos de la actividad mental que abstraen las características clave de la interacción continua con la realidad, mientras que simultáneamente elaboran un marco de aprehensión capaz de procesar lo que entra y construir la experiencia de acuerdo a él y que fue denominado por Bartlett, en 1932 "esquemas": estructuras cognitivas, preconscientes y anticipatorias (citado por Guidano y Liotti, 1988)

b) La distinción profundo-superficial. Aunque el marco de aprehensión es esencial para la producción de experiencias, nunca se da dentro de él. En consecuencia es obvio que existe otro nivel básico en los procesos de conocimiento en el que las reglas de ordenamiento ofrecidas por el marco tácito se convierten y manipulan en conocimiento explícito (por ejemplo, expectativas, procedimientos de pensamiento, etc.) Estos dos procesos profundo-superficiales del procesamiento mental (el conocimiento tácito y el explícito) están estrechamente interconectados. Ambos dan estabilidad y consistencia a los procesos de comprensión llevados a cabo en la experiencia cotidiana y a los procesos organizacionales que estructuran el conocimiento durante su evolución temporal.

Según el modelo representado en la Figura 1, **la cognición se da cuando surge el emparejamiento continuo entre la información que llega y los esquemas contextuales que resultan de la interacción del primer y segundo nivel (relación de conocimiento tácito-explícito).**

El conocimiento tácito explícito es, por su estructura, una relación de realimentación positiva dirigida al reconocimiento de la información que llega por medio de los esquemas contextuales seleccionados para ello y dotada con sistemas de realimentación negativa de control capaces de mantener el nivel de discrepancias que aparecen durante el procedimiento por debajo de un punto crítico. Comienza, más allá de ese punto la elaboración de los esquemas contextuales revisados que permiten llevar a cabo nuestros intentos de reconocimiento.

La relación tácito-explícito se mueve hacia adelante en el tiempo y en este movimiento se elabora un sistema de conocimiento explícito cada vez más complejo e integrado, al margen de la modulación proveniente de marcos contextuales dados por los procesos tácitos de ordenamiento, y haciendo paralela la variabilidad de la interacción continua con el mundo.

¿Cómo convierte un ser humano su conocimiento tácito en explícito? (en términos de Aaron T. Beck la pregunta sería: ¿Cómo interpreta el individuo las informaciones que le llegan del exterior?) La conversión de conocimiento tácito a explícito es **un proceso constructivo y generativo**, es más que un simple mapeo paso a paso (Reber y Lewis, 1977, citado por Guidano y Liotti, 1988). **Las relaciones abstractas tácitas son obtenidas a través de procedimientos de pensamiento analítico-lógico, ocasionando la estructuración de un conjunto de relaciones explícitas (por ejemplo, creencias, procedimientos de solución de problemas, etc.), a través de los cuales la**

persona organiza la experiencia en patrones específicos de comprensión. Este proceso generativo tiene estas características esenciales:

La búsqueda de coherencia parece ser el principal regulador de todo el proceso. Cuando llega a la persona una información, el procedimiento de ajuste está sesgado, primeramente, por la tendencia a reconocer y modelar la información que llega a las estructuras de conocimiento disponibles y preexistentes, mientras que la posibilidad de modificar las estructuras de decodificación disponibles se descubre principalmente, por la percepción de discrepancias que surgen de la refutación de los ensayos de reconocimiento. **El sujeto trata de acomodar a sus espacios estructurales la nueva información con el objeto de eliminar el "ruido" o discrepancia que pudiera existir. Trata de hacer coherente para si mismo aquello que está captando del mundo.** El desarrollo de estas capacidades de refutación—y el desarrollo de las capacidades lingüísticas—es una característica emergente de los niveles corticales más elevados, logrados recientemente en el proceso evolutivo. Por lo tanto, **la característica esencial del conocimiento humano es lograr el orden a través del contraste, alcanzando así, poco a poco, patrones de reconocimiento más integrados y comprensivos, al aprender a seleccionar y asimilar los nuevos datos que llegan; el ser humano remodela continuamente su habilidad para percibir el rango de discrepancias y elabora con posterioridad las estructuras de conocimiento preexistentes.** Así, las habilidades constructivas son el punto clave que caracteriza la interacción de una mente activa con la realidad, la coherencia (o tendencia hacia el reconocimiento) y la discrepancia sobre los campos de intercambio en los que tiene lugar la interacción.

Es este proceso el que se puede ver trastocado en la patología depresiva y en otras neurosis. El sujeto enfermo bien puede llevar a cabo estos procedimientos de construcción pero sobre una base de conocimiento tácito alterada y que evidentemente al construir algo sobre esa alteración los resultados van a ser una interacción con la realidad distorsionada (en términos de que no habrá correspondencia alguna entre la información entrante y lo que el sujeto experimenta internamente hacia dicha información, con la subsiguiente alteración en la conducta).

Aspectos sincrónicos de la relación conocimiento tácito-explicito.

La cognición puede explicarse como un producto continuo que surge de la realimentación positiva del conocimiento tácito-explicito, controlada por el balance dinámico coherencia-discrepancia, donde la tendencia hacia el reconocimiento es el procedimiento básico para asimilar nuevos detalles y ampliar el conocimiento (procesos de comprensión), y donde la percepción de discrepancia es el principal regulador que permite **la reestructuración de las esquematizaciones preexistentes, junto a la producción de otras más integradas (procesos de descubrimiento).** Los procesos de descubrimiento son esenciales para la producción de los nuevos aspectos del conocimiento conceptual explícito en el sentido de que ocasionan una elaboración posterior de los dominios de coherencia-discrepancia a lo largo de los cuales pueden proceder con posterioridad los procesos de comprensión.

La evolución temporal de la relación tácito–explícito.

La estructura y nivel de las concepciones sobre **la identidad personal** que se logran durante la evolución temporal del conocimiento, pueden tomarse como resultados que surgen de las relaciones de realimentación positiva entre el auto-conocimiento tácito y sus modelos representacionales a partir del emparejamiento continuo con los datos experimentales procedentes del exterior.

La búsqueda de coherencia (**procesos de mantenimiento**) es el procedimiento básico para estructurar y estabilizar los niveles disponibles de auto-identidad y auto-conciencia; a su vez, las perturbaciones emocionales activadas por la percepción de las discrepancias **son los reguladores principales que provocan una reestructuración de los niveles más integrados de auto-identidad y autoconciencia (procesos de cambio).**

La organización de los procesos de desarrollo

Las habilidades de auto-organización de los procesos de conocimiento humano son la fibra continua principal alrededor de la cual las estructuras del conocimiento asumen, a lo largo del tiempo, una organización general y coherente. Es decir, **la estructura del auto-conocimiento que surge progresivamente durante el desarrollo, se debe considerar como un elemento integrador del proceso total.** El ser humano va estructurando gradualmente su conocimiento y en este proceso, los procesos orgánicos inherentes al desarrollo (**crecimiento cognitivo y diferenciación emocional**) y **las condiciones ambientales (patrones de interacción familiar y características de la red social)**, que modelan y regulan el aprendizaje individual, asumen formas idiosincrásicas y relaciones definidas, permitiendo de esta forma al ser humano—niño en desarrollo—lograr cambios sin perder la continuidad funcional.

¿Cómo surge un sí-mismo?

Cuando un niño nace, a pesar de poseer un complejo repertorio que le predispone para organizar la información que le llega de una forma propia, aún no es un "sí-mismo".

Para llegar a serlo (es decir, para auto-conocerse) necesita exponerse a todo un proceso de aprendizaje activo que surge de una serie específica de límites evolutivos. Por ello, "aprender a ser un sí-mismo" (Popper y Eccles, 1977, citado por Guidano y Liotti, 1988) **es el proceso básico a través del cual el organismo aprende a reconocerse, unifica progresivamente su conocimiento sobre él mismo en una auto-identidad definida y sitúa eventualmente su auto-identidad en el centro de la realidad, esto es, en el centro de su conocimiento.**

Existe una serie de reglas esenciales para el logro del aprendizaje del sí-mismo o auto-proceso:

1. Naturaleza refleja del conocimiento.

El ser humano adquiere el auto-conocimiento a través de la interacción con los otros. Un niño pequeño aprende a conocer explorando e interactuando activamente con su ambiente y, sin lugar a dudas, las personas son los objetos más importantes de esa interacción.

El niño a partir de los aspectos cualitativos de las interacciones continuas con los que le rodean llega a ser capaz progresivamente de reconocer los aspectos invariantes por los cuales se distingue y se evalúa como persona. En este orden de ideas es necesario exponer la siguiente definición del efecto "espejo" proporcionada por Popper en 1977: *"Aunque consideramos absolutamente fundamental para la adquisición del auto-conocimiento el efecto de espejo, no estamos de acuerdo con la formulación ambientalista en la que la construcción del sí-mismo se ve esencialmente como una "adquisición social".* Eso querría decir que las personas somos lo que la sociedad nos hace creer que somos.

Como Hamlyn en 1977 lo hace notar (citado por Giundano y Liotti, 1988), **"con esta definición se confunde el contenido del conocimiento con las condiciones necesarias para su desarrollo.** Por ello no podemos olvidar que **en la adquisición del auto-conocimiento es también una piedra angular la propia actividad del sujeto en la selección y moldeamiento del contenido de su conocimiento".** Al ser de este modo, el ser humano tiene la capacidad de modificarse a sí mismo en cuanto a actitudes y sensaciones que le enfermen o bien a afianzar su auto-confianza. Para ello, el individuo hace uso de las propiedades bidireccionales de su conciencia, según las cuales se procesa toda la información simultáneamente a lo largo de dos niveles diferentes a saber: **conciencia (tener una experiencia) y conciencia refleja (ser conciente de que se tiene una experiencia).** En consecuencia, **existe un mecanismo reflexivo-interactivo que es básico en el desarrollo y organización del conocimiento** (Bickhard, 1980, citado por Giundano y Liotti, 1988).

2. La estructura del conocimiento del sí-mismo y del mundo como un proceso unitario.

A pesar de que la percepción del mundo y la auto-percepción pertenecen a diferentes niveles, el ser humano los procesa activamente de manera simultánea. **De tal modo que cualquier información sobre el mundo externo corresponde siempre, e inevitablemente, a la información sobre el sí mismo. El sí-mismo y el mundo como dos polaridades interactúan dinámicamente en un proceso unitario para producir conocimiento.** Podríamos hacer la siguiente analogía: Si tenemos una moneda, el auto-conocimiento del sujeto (que es una cara de la misma) siempre incluye su concepción de la realidad, (la otra cara de esa moneda) y, por su parte, cada concepción de la realidad está conectada directamente con el punto de vista del sujeto sobre sí -mismo.

La teoría del apego como paradigma integrador del desarrollo humano

No podemos soslayar esta teoría propuesta por Bolwby en 1969 (citado por Giundano y Liotti, 1988) si deseamos tener una visión coherente del desarrollo de un individuo.

Existe el supuesto de que **el conocimiento humano está saturado de propiedades reflexivas interactivas,** y como consecuencia lógica se atribuye **un papel crucial a los aspectos interpersonales y relacionales en el desarrollo del auto-conocimiento.**

El niño estructura su auto-conocimiento principalmente mediante el efecto de espejo y tomando en cuenta los aspectos cualitativos de los patrones de apego. **Es decir que si los padres o cuidadores como espejo, ofrecen al niño una imagen de él mismo, ésta no permanece como un simple dato sensorial, sino que más bien dirige y coordina los patrones de auto-reconocimiento hasta que el niño puede percibirse a sí mismo coherentemente con esa imagen.**

En la infancia y la niñez se formarán patrones de auto-reconocimiento que funcionan como una serie de reglas básicas que permiten al niño elaborar los aspectos invariantes sobre los cuales recaerá la percepción del sí-mismo y de los otros. La estructuración gradual del auto-conocimiento sesga desde el principio y de forma constante la percepción continua del niño de la información que le llega **a través de la selección de los campos específicos de intercambio, en su interacción con la experiencia. Por tanto, la calidad del apego temprano es obviamente fundamental para un desarrollo sano** (Sroufe, 1979, Bowlby, 1977, Giundano y Liotti, 1983, citados por Guidano y Liotti, 1988).

El apego y la proximidad de los padres es un proceso que se continúa por una gran cantidad de años (a menudo hasta la adolescencia). La calidad de apego se hace más compleja porque involucra no solo proximidad física, sino que ese primer apego se encamina hacia una relación estructurada, compleja y articulada que involucra una serie de emociones intensas que se convierten en uno de los medios esenciales para moldear las auto-concepciones, a las que siguen la aparición gradual de las habilidades cognitivas (por ejemplo, procesos de modelado e identificación). **Por ello, el apego es el vehículo altamente estructurado a través de cual se hace disponible una información cada vez más compleja e ilimitada sobre uno mismo y la realidad circundante. El apego es un constructo que organiza y su valor descansa en su poder integrador** (Sroufe y Waters, 1977, citado por Guidano y Liotti, 1988).

Desarrollo cognitivo.

Consiste en transitar la secuencia invariante de los estadios de desarrollo propuestos por Jean Piaget. Estableciendo un paralelismo entre los logros en los estadios y los niveles semánticos más elevados del procesamiento de la información, la dimensión refleja de la conciencia se organiza en niveles cada vez más complejos, con la formación de estructuras de identidad personal cada vez más comprensivas e integradoras a lo largo de la adolescencia y la juventud.

La cúspide de los logros cognitivos consiste en la liberación progresiva de la persona de la situación "aquí y ahora", así como la inmediatez de sus experiencias del sí-mismo. Con este desarrollo meta-cognitivo se produce un distanciamiento y un descentramiento en la relación entre el sujeto en desarrollo y el mundo, permitiendo un cambio gradual desde una concepción inmediata y absoluta de la realidad hasta una representación del mundo inferida y relativista.

A partir del auto-conocimiento estructurado se integra la totalidad del crecimiento cognitivo a partir de dos niveles a) se seleccionan los esquemas a los que entrarán las experiencias b) una vez dentro de los esquemas o campos de experiencias específicamente seleccionados, el auto-conocimiento estructurado sigue sesgando aspectos invariantes del significado, coordinando los procesos de comprensión y los procesos de descubrimiento y regulando de esta manera la estructura y el contenido que asumirá el conocimiento progresivamente.

Diferenciación emocional.

Es probable que los seres humanos desde las primeras fases de desarrollo estén equipados con la cualidad primaria de los sentimientos y con la habilidad de expresarlos a través de los mecanismos motores de expresión. Las emociones son una mezcla constante, comenzando por los sentimientos básicos intensos, indiferenciados y bastante incontrolables, hasta llegar a ser cada vez más sutiles y articuladas, con abundancia de significados específicos y sujetos progresivamente al control cognitivo.

Al llevarse a cabo esa diferenciación en el curso del desarrollo, se incrementa el rango de experiencias emocionales, permitiendo a cada persona reaccionar a situaciones ambientales diferentes y multiformes con una variedad de tonos emocionales que proporcionan una modulación continua de información sobre su contenido interno.

Según el concepto de **esquemas emocionales** propuesto por Leventhal en 1979 (citado por Guidano y Liotti, 1988) es un modelo integrador que puede explicar las correlaciones entre los variados componentes de la experiencia emocional (percepción, imaginación, memoria, etc.). En este modelo la **memoria emocional es muy importante ya que permanece activa durante todo el proceso emocional**. Es una memoria relativamente concreta de naturaleza analógica, es decir, que tiene dos niveles lógicos diferentes, un almacenamiento semántico y uno episódico.

Esta memoria contiene imágenes que incluyen características perceptuales básicas de situaciones desencadenantes de emociones, representación de fenómenos de expresión y reacciones motoras y viscerales que acompañan a estas situaciones.

Un modelo como este nos permite explicar la integración progresiva que ocurre en el curso del desarrollo de los patrones innatos de reacciones emocionales y la diferenciación emocional adquirida. Además nos permite contemplar a la diferenciación emocional como un proceso continuo de emparejamiento entre esquemas emocionales preformados y los sentimientos procedentes de fuera. La búsqueda de congruencia (patrones de reconocimiento) podría actuar como el regulador principal, dando continuidad funcional a la progresión temporal de todo el proceso, mientras que la percepción de la discrepancia actúa como el principal acicate para diferenciar nuevos campos emocionales y **la estructuración del auto-conocimiento** de nuevo actúa como el elemento integrador de todo el proceso, en el sentido de que determina todos los aspectos cualitativos de los

patrones de reconocimiento-discrepancia incluidos en la diferenciación emocional, es decir, **selecciona el tipo de esquemas emocionales que actuarán como "imágenes criterio" en la construcción de patrones más integrados para la diferenciación y el reconocimiento de los estados emocionales propios y los de los sentimientos expresados por otros.**

Interrelación entre cognición y emoción.

Existe un paralelismo funcional entre ambas entidades que se basa en un proceso complejo, bidireccional e interactivo (Yarrow, 1979, citado por Guidano y Liotti, 1988). Lo más relevante a destacar es que el contenido y la estructura del nivel cognitivo alcanzado influyen en gran medida, en la calidad del rango emocional decodificable y, en consecuencia, sobre la capacidad para etiquetar y decodificar los propios sentimientos y los de los otros.

Para ampliar la explicación del papel de las emociones en la terapia cognitiva debe señalarse que los sentimientos influyen, en buena medida, en la fase global de comprensión de los procesos de conocimiento en el primer nivel (percepción sesgada, atención, etc.) y de forma más indirecta, en los procesos de segundo nivel explícitos, al influir en las modalidades de representación del pensamiento y en la dirección de los procedimientos de solución de problemas. Para terminar, ya que las emociones se activan, de forma similar, por estímulos intensos o incongruentes, se pueden tomar las experiencias emocionales como un detector preferente de discrepancias en el desarrollo y la organización total del conocimiento.

El desarrollo como una serie de pasos progresivos en la reorganización del conocimiento.

En la adquisición por etapas del auto-conocimiento cada concepción emergente del sí-mismo depende, en su estructuración, del nivel alcanzado previamente y determina, por su parte, la dirección posible en la que se puede desarrollar el próximo nivel. Por ello, cada concepción surgida es nueva en su forma o estructura, y no sólo en su contenido.

Los principales estadios del desarrollo del auto-conocimiento expuestos por Giundano y Liotti, 1983, citado por Guidano y Liotti, 1988) se pueden esquematizar de la siguiente manera:

Infancia y edad preescolar (desde alrededor de los 2 ½ años hasta los 5 años).

En este estadio se elabora el núcleo primordial del auto-conocimiento; es decir la estructuración de un conjunto básico de relaciones estructurales profundas, proporcionando los patrones invariantes del reconocimiento del auto-mundo y sesgando el desarrollo posterior del auto-conocimiento al seleccionar un grupo específico de campos de significado.

Niñez. En este nivel, alcanzando el logro de las operaciones concretas de Piaget, se da paso al desarrollo de un ordenamiento creciente, en forma de representación de la experiencia externa, caracterizado por su cualidad concreta, "inmediata". Por ello este estado está marcado por una

comprensión “realista” de la realidad, en la que la aparición de las auto-concepciones desemboca esencialmente en el descubrimiento del sí mismo como “objeto”.

Adolescencia y juventud (desde alrededor de los 12 hasta los 18 años). El nivel disponible de crecimiento cognitivo (operaciones formales de Piaget) nos permite considerar al sí-mismo, por una parte, como un mecanismo ya existente y, por otra, como algo para ser descubierto a través de un proceso de autorreflexión. En otras palabras, la madurez comienza con una comprensión epistemológica de la realidad, en la que el sí-mismo surge como “un conocedor”, dotado con un sentido total de identidad personal y estructurando activamente la planeación de vida.

Organización del conocimiento: un modelo descriptivo

1. Se supone que el sistema cognitivo humano es análogo a una teoría del mundo, considerado como una estructura abierta capaz de proporcionar una representación heurística del sí-mismo y de la realidad y, en consecuencia, un “programa de investigación” para ser seguido.
2. Separar el conocimiento en aspectos tácitos y explícitos—algo que actualmente se ha convertido en tema central tanto para la ciencia cognitiva como para la terapia cognitiva—da lugar a asumir que existe un núcleo metafísico central de estructuras tácitas profundas) y de modelos representacionales del sí mismo y de la realidad (estructuras superficiales) que se derivan de él.
3. En un modelo como este se reduce relativamente el énfasis en la realidad y se acentúan aspectos metafísicos o dogmáticos (procesos de orden tácito), señalando la tendencia a buscar confirmaciones como procedimiento básico para posteriores adquisiciones de conocimiento.

Aspectos funcionales y estructurales de la organización del conocimiento

Núcleo metafísico central. Este es el primer nivel tácito de elaboración de conocimiento de un sistema cognitivo humano y funciona como grupos de reglas profundas, a través de las cuales se le ofrecen a una persona, tácita y directamente, marcos de referencia. En esos marcos de referencia descansan los patrones invariantes de auto-percepción que estructuran el sí-mismo y los patrones invariantes de extracción de características, que se emplean para detectar regularidades mediante las que se percibe el mundo de forma coherente.

La característica principal de este núcleo metafísico central es quizá su habilidad para elaborar progresivamente nuevos marcos de referencia (es decir, reglas tácitas cada vez más abstractas) para la inserción y manipulación subsiguiente de los modelos representacionales de realidad. **La inserción de un conjunto de reglas profundas en los modelos representacionales es siempre un proceso constructivo** en el que los procedimientos de pensamiento analítico y analógico, realimentados positivamente por el nivel tácito, ofrecen andamiajes para nutrir la experiencia en relación a los modelos representacionales emergentes del sí-mismo y de la realidad. Por esa razón, **las**

posibilidades heurísticas del núcleo metafísico central específico dependen de sus aspectos estructurales y determinan el conjunto de mundos posibles para ese individuo en particular.

Las estructuras profundas de auto-conocimiento, a través de las modulaciones de los sentimientos y de las memorias de sentimiento (esquemas emocionales) procesadas durante el curso del desarrollo, dirigen y coordinan la mayor parte de la vida emocional e imaginativa del individuo. Como en el nivel metafísico central, los mecanismos de realimentación positiva que regulan la estructuración progresiva de los patrones específicos utilizados para decodificar los propios sentimientos, limitan la naturaleza y el rango de todas las experiencias subjetivas posibles.

Aún a pesar de los anteriores planteamientos se considera que todavía no surge una teoría completa del auto-conocimiento (Hamlyn, 1977, citado por Guidano y Liotti, 1988) que dé cuenta de un modelo conceptual de los "reguladores" que presiden el desarrollo y organización de las experiencias emocionales.

Modelos de representación

Existe un conjunto de modelos explícitos del sí-mismo y de la realidad derivados de los esquemas centrales y producidos por procedimientos de pensamiento imaginativos y verbales. A diferencia del núcleo metafísico central, estos son modelos de representación más incompleta y limitada del sí-mismo y del mundo. **No todo el conocimiento contenido en el núcleo metafísico central se utiliza para construir modelos explícitos, ni está representado el contenido del conocimiento perteneciente a los modelos continuos del sí-mismo y de la realidad en el flujo de la conciencia, con todos sus detalles y en todo momento.** El conocimiento explícito dependiendo de las necesidades del individuo y de los hechos que esté experimentando realmente, se ajusta generalmente, con incongruencias mínimas, al nivel del conocimiento tácito del que depende.

Identidad personal.

Esta estructura cognitiva es la polaridad emergente conceptualizada de la relación continua entre el nivel individual de la autoconciencia explícita y el núcleo metafísico central tácito. **Consiste, principalmente, en una totalidad de creencias, memorias y procesos de pensamiento sobre el sí mismo que produce una auto-imagen coherente y un sentido de la unidad personal y de la continuidad en el tiempo.**

La identidad personal aunque es una teoría inferida y sesgada por el propio auto-conocimiento representa el marco de referencia básico que puede manejar cada sujeto de forma constante, mientras que se evalúa a sí mismo en relación a la experiencia externa. El grado de congruencia existente entre las creencias sobre el propio valor personal por un lado, y la estima de la propia conducta y las emociones por otro, corresponde al grado de auto-aceptación y auto-estima. Esta última implica la teoría de las emociones a la

que se adhieren las personas en la relación que establecen consigo mismas, y define también el rango de emociones que pueden reconocer como propias, la forma en que las etiquetan, las controlan, y las circunstancias y formas en que pueden expresarlas.

Modelos de realidad.

Son estructuras cognitivas que forman sustancialmente los modelos representacionales del mundo externo. **Es importante tener en cuenta que los modelos de la realidad son la única posibilidad que tiene el individuo de establecer una relación con el mundo de afuera.** En otras palabras, el sistema de conocimiento humano no puede discriminar entre hechos externos y sus representaciones internas, y este hecho tiene consecuencias epistemológicas que generan implicaciones provechosas tanto para la psicología cognitiva (Liotti y Reda, 1981; Shaw y Bransford, 1977; Weimer y Palermo, 1974, 1981, citados en Mahoney y Freeman, 1988, capítulo 4) como para la terapia cognitiva (Beck, 1976; Giundano y Liotti, 1983; Mahoney, 1981, citados en Guidano y Liotti, 1988). Es importante resaltar que los modelos de la realidad representan no sólo el mundo percibido, sino también cualquier mundo imaginado posible, puesto que cualquier procedimiento imaginativo funciona a través de los datos que son coherentes con las estructuras profundas.

La construcción de la realidad está constantemente regulada por las estructuras de la identidad personal, de tal modo que construyen aspectos representacionales del mundo externo coherentes con actitudes interactivas hacia la realidad definidos por la auto-imagen. Esta actividad reguladora se lleva a cabo, principalmente controlando los procedimientos ejecutivos del conjunto de reglas básico sobre el que descansa la coherencia y estabilidad de los modelos de realidad:

- a) Reglas que coordinan la asimilación de la experiencia.
Determinan que campos de la experiencia se mantienen como significativos, y los patrones de integración de esas experiencias dentro de las estructuras de conocimiento preformadas.
- b) Reglas que coordinan los procedimientos de solución de problemas: se emplean diferentes tipos de procedimientos lógicos de solución de problemas para definir tanto la naturaleza de los problemas significativos como las estrategias de su manejo.

Aspectos funcionales de la organización del conocimiento

Hasta este punto se contempla que existen diferentes niveles estructurales del conocimiento organizados en una relación general, realimentada positivamente y teniendo sistemas de control de realimentación negativa.

Mientras el auto-conocimiento tácito sesga constantemente la progresión temporal de los procesos de conocimiento, la identidad personal estructurada parece ser el regulador principal de todo el proceso. **En realidad, cualquier conjunto nuevo de relaciones profundas se puede insertar y manipular en**

modelos de realidad convirtiéndose, por tanto, en una forma efectiva de interactuar con el mundo: sólo *a través de la identidad personal*. Así, el nivel de autoconciencia alcanzado es una variable esencial que regula las posibilidades de representar estructuras profundas más abstractas y desafiantes, e influye en gran medida, sobre la calidad de los niveles de conocimiento puestos de manifiesto en procesos oscilantes hacia adelante.

La función de control ejercida por la identidad personal se lleva a cabo a través de dos relaciones estructurales básicas:

Actitud hacia uno mismo. Define la relación continua entre la auto-imagen explícita y el conocimiento tácito. **Aunque las estructuras profundas corresponden a “todo lo que se ha hecho” y a la forma de ser esencial e inevitable del sujeto, él formaliza su existencia de forma definida a través de la estructuración de una identidad personal específica: “todo lo que uno hace de sí mismo”.** Esta relación dinámica entre los elementos de las estructuras profundas (reglas tácitas invariantes, esquemas emocionales) y las habilidades cognitivas emergentes (formación de conceptos, descentramiento y distanciamiento) da lugar a la formalización que el sujeto hace de su existencia.

La identidad personal estructurada, que es la polaridad emergente conceptualizada de esta relación, está regulada en gran medida por las características de la auto-conciencia, tal y como ellas se manifiestan en los patrones estructurados de actitud hacia uno mismo. Cuando una persona está pensando acerca de su auto-imagen está mostrando la existencia de formas selectivas de procesamiento de la información interna, más que del auto-conocimiento tácito que le afecta directamente. Por esta razón, no se puede esperar que la introspección ofrezca una ventana abierta sobre los procesos de estructura profunda, sino más bien un modelo sesgado de dichas estructuras.

Actitud hacia la realidad. La calidad de la actitud hacia sí mismo depende de cada persona. **La estructuración de una actitud hacia la realidad depende, jerárquicamente de la estructura alcanzada por la actitud hacia uno mismo; es decir, nuestra forma de ver la realidad—y a nosotros mismos dentro de ella—depende esencialmente de cómo nos vemos y nos concebimos.**

Mediante la actitud hacia la realidad se define la relación estructural continua que hace posible que la identidad personal lleve a cabo su función reguladora en interacción con la experiencia externa, haciendo coherentes los planes y conductas de los sujetos con la calidad de la actitud hacia uno mismo.

Organización del conocimiento:

Procesos de mantenimiento y procesos de cambio

La evolución temporal del conocimiento no es un proceso regular, sino discontinuo y en etapas. El paso de una etapa a la siguiente es un proceso relativamente impredecible, tanto en su forma como en el momento en que se da. Hay por lo tanto, cierto patrón de incertidumbre que caracteriza el procedimiento de los procesos de cambio humanos.

El mecanismo básico que subyace al despliegue de los procesos de conocimiento consiste en una estructuración discontinua de conjuntos más integrados de reglas invariantes, resultantes del ordenamiento continuo de la experiencia externa.

Los intentos subsecuentes para convertir esquemas centrales emergentes en creencias y procedimientos de pensamiento—procesos de cambio—son regulados y modelados, paso a paso, por los procesos de mantenimiento, dirigidos a preservar la continuidad funcional y el sentido de unicidad perteneciente a las estructuras de la identidad personal.

Para permitir cualquier grado coherente de modificación en los conceptos del sí-mismo y de la realidad, el individuo debe elaborar gradualmente una autoimagen alternativa sin experimentar interrupciones en su sentido estructurado de continuidad subjetiva. Cualquier interrupción podría representar una pérdida de su sentido de la realidad. De esta forma, los procesos de mantenimiento y cambio son considerados como procesos interrelacionados y solapados que, aunque simultáneos, muestran modalidades diferentes durante la evolución temporal del conocimiento: mientras que los procesos de mantenimiento son continuos, los de cambio lo son sólo como desafío o posibilidad, pero discontinuos en su aparición.

Procesos de mantenimiento

Estos procesos son expresiones de las funciones reguladoras controladas por la identidad personal y aunque son muy variados en sus procedimientos, subyace a ellos la característica común de sesgar el balance reconocimiento-discrepancia, que regula el emparejamiento continuo entre el conocimiento preexistente del sujeto y la experiencia entrante, al preformar ensayos de reconocimiento. Estos procesos están esencialmente dirigidos a producir evidencia confirmatoria sobre la fiabilidad de los modelos del sí-mismo y de la realidad empleados al tratar con el mundo. Las actitudes hacia uno mismo y la realidad, a niveles jerárquicos diferentes, representan las relaciones estructuradas que ofrecen un rango completo de confirmaciones para las estructuras de identidad personal.

Actitud hacia uno mismo. Es el nivel más alto de la jerarquía de confirmaciones, que contribuye al mantenimiento de la identidad personal. En el emparejamiento continuo entre el autoconocimiento tácito y la identidad personal percibida, cada sujeto tiene virtualmente un acceso ilimitado a la información pasada, o, cotidianamente disponible sobre sí mismo cuando la intenta buscar, siendo el mismo sujeto quien marca los límites. Así, la actitud hacia uno mismo toma de forma creciente las características de una relación configurada, capaz de ofrecer al sujeto una autoimagen estable y estructurada que permite una autopercepción y una autoevaluación continua y coherente durante la evolución temporal.

Actitud hacia la realidad. En ella se utilizan principalmente confirmaciones de un nivel más bajo, para ofrecer estabilidad y coherencia frente a la realidad cambiante. Las estrategias idiosincráticas de solución de problemas permiten también que el individuo manipule activamente las situaciones ambientales para producir hechos que estén en concordancia con la

autoimagen estructurada. La gente puede crear, a través de tales procesos—tanto en sus propias mentes, como en el ambiente social real—una realidad social que verifique, valide y sostenga las concepciones que inician y guían esos procesos.

Procesos de cambio

En estos procesos operan los mecanismos de realimentación positiva, que caracterizan la direccionalidad de los procesos de conocimiento. **La característica básica, que subyace y unifica la variedad de los factores de cambio, consiste en la reestructuración de los modelos del sí-mismo y de la realidad, al explicar la disponibilidad de las reglas emergentes profundas.**

Las condiciones esenciales que disparan e influyen para el cambio son:

- Ya que cualquier supuesto tácito debe pasar a través de la identidad personal para insertarse en los modelos representacionales, **la conciencia es una condición necesaria para convertir el conocimiento tácito en creencias y procedimientos de pensamiento, Así, la cualidad de autoconciencia—expresada por los patrones correspondientes de actitud hacia uno mismo—influye extensamente en los procedimientos oscilantes y en el resultado final de los procesos de cambio.**
- La tendencia a obtener confirmaciones tiene que ser desaprobada por la percepción de discrepancias **para que así se vuelva capaz de evocar un grado mayor de distanciamiento y descentramiento de los modelos representacionales reales, permitiendo a la persona que los reestructure.** Las discrepancias que surgen de la actitud hacia la realidad tienden principalmente a evocar procedimientos oscilantes para los procesos superficiales de cambio; es decir, cuando se produce un cambio local en los modelos de realidad sin ninguna reestructuración apreciable en la identidad personal. **No obstante, dado que los procesos de cambio son unitarios en su diferenciación, se puede provocar, al menos aparentemente, un cambio profundo con sólo un cambio limitado en los conceptos de uno mismo sobre el mundo. Las discrepancias que surgen de la actitud hacia uno mismo tienden a evocar procedimientos oscilantes para los procesos de cambio profundo; es decir, lo hacen cuando ocurre un cambio local en la identidad personal con la consecuente reestructuración de los modelos de realidad.**

Cambio profundo

Desde esta perspectiva, los procesos de cambio profundo—desde reestructuraciones limitadas de la identidad personal, hasta verdaderas revoluciones personales (Mahoney, 1980, citado en Mahoney y Freeman, 1988)—corresponden a cambios en los patrones de actitudes hacia uno mismo, como resultado de la reconstrucción de conjuntos de reglas profundas que emergen desde el autoconocimiento tácito. **El cambio de actitud hacia uno**

mismo producirá, consecuentemente, una modificación de la identidad personal que dará lugar a una reestructuración de la actitud hacia la realidad, a través de la cual se puede ver y manejar el mundo de diferente forma. El mecanismo esencial que subyace a un cambio profundo, es, por tanto, el paso a un metanivel de representación cognitiva evocada y regulada por la interacción de presiones ambientales y profundas. Un proceso oscilante profundo, cargado siempre de emociones intensas, puede tener efectos diferentes en la evolución temporal de la organización del conocimiento, dependiendo de si tiene una naturaleza progresiva o regresiva.

Cambio progresivo. El cambio hacia un metanivel de representación del conocimiento se logra cuando las posibilidades de procesamiento, determinadas por los patrones de autoconciencia, se ajustan de alguna manera a los profundos desafíos externos. La aparición de una identidad personal más integrada ofrece la posibilidad de a) etiquetar y decodificar la activación de emociones conectadas con el proceso oscilante profundo, con su cambio correspondiente en la autoconciencia; b) manipular modelos de la realidad incluso más sofisticados, también con el correspondiente cambio progresivo en la asimilación de la experiencia.

Cambio regresivo. El fracaso en alcanzar una identidad personal más integrada tiene consecuencias relevantes, especialmente en relación con las posibles aplicaciones clínicas: a) los intentos por etiquetar y controlar la activación de las emociones conectadas con los procesos oscilantes profundos por medio de una proliferación de teorías externas *ad hoc*, ayuda a explicar la hiperemocionalidad sin alterar la propia autoimagen. b) En consecuencia, a pesar de las predicciones y resultados con poco éxito, los modelos de realidad se unen, incluso, más fuertemente, con representaciones imaginativas y procedimientos de solución de problemas estereotipados y repetitivos, a lo que corresponde un cambio regresivo en la asimilación de experiencias.

Consideraciones finales

La primera consideración importante es que desde el punto de vista Constructivista es posible considerar el problema de la relación entre experiencias tempranas anormales y psicopatología adulta desde la perspectiva alternativa al psicoanálisis y a la psicología conductista que dice que las experiencias tempranas anormales influyen en la estructuración del autoconocimiento tácito marcándolo mediante un potencial significativamente alto para un rango de incongruencias. Las incongruencias tácitas pueden hacerse notar sólo mediante la construcción de los modelos correspondientes que las hacen evidentes. Por lo tanto, se puede conceptualizar la influencia de las experiencias tempranas en el desarrollo y organización del conocimiento como un proceso activo, constructivo, cuyas capacidades constructoras se despliegan progresivamente en un procedimiento en etapas que requieren un largo espacio de tiempo, debido al ascenso gradual a niveles de conocimiento más altamente estructurados.

La segunda consideración se refiere a que **es posible, durante la juventud y las fases intermedias de la vida, llevar a cabo una reestructuración coherente de la propia identidad, mientras que disminuyen, por lo general, al final de la madurez las posibilidades de lograr un cambio de identidad significativo.** Por ello se dice que la identidad personal constituye "un tema de vida" en el que se da una unificación dinámica y progresiva del conocimiento y las acciones de un ser humano durante el curso de su vida, la cual incluye la manera en que ha interpretado los hechos y el manejo de sus consecuencias en base a **las consecuencias que se derivan de este proceso.** Por su parte, las consecuencias de elecciones y acciones se convierten con posterioridad en hechos, que unificados en la memoria individual, permiten al individuo construir una imagen más uniforme y comprensiva de sí mismo y de la vida.

CAPITULO 7

EL SISTEMA NACIONAL DE APOYO, CONSEJO PSICOLOGICO E INTERVENCION EN CRISIS POR TELEFONO (SAPTEL) Y SU MODELO DE INTERVENCION CLINICA

La historia de SAPTEL

SAPTEL es un servicio que nació con un propósito fundamental: servir a los mexicanos habitantes de la capital del país en desgracia y dañados psicológicamente a consecuencia de la destrucción de una gran zona de la ciudad de México, causada por los terremotos del 19 de Septiembre de 1985. Dicho servicio comenzó a operar telefónicamente brindando atención a la salud mental a distancia sin ver al usuario ni una sola vez. Los responsables de operar el servicio eran psicólogas y psicólogos voluntarios.

Con el paso de los minutos, las horas, los días, los meses, y 17 años de vida desde su primer día de labores, este servicio ha experimentado distintas etapas de funcionamiento que se expondrán más adelante.

Haciendo un análisis y una reflexión de lo ya recorrido por SAPTEL, se puede observar que un gran número de personas de distintas formaciones profesionales (psicólogos, médicos, trabajadores sociales, antropólogos sociales, enfermeros, etc.) y desde diferentes funciones dentro de SAPTEL (consejeros telefónicos, coordinadores operativos y de guardia, patrocinadores, técnicos en sistemas computacionales, directivos, asesores, supervisores, profesores, secretarías y otros voluntarios), han invertido una gran cantidad de horas de trabajo, en su mayoría voluntario, en la labor cotidiana del servicio.

Esta labor ha consistido respecto a lo clínico, en brindar atención psicológica y apoyo emocional en crisis; en el registro y análisis de los datos que surgen de dicha atención; en la supervisión clínica de los casos de primera vez y seguimiento; en investigación bibliográfica y en cursos-seminarios de especialización. Con respecto al trabajo operativo, ha consistido en trabajo administrativo y de difusión al público, en la gestión de otorgamiento de fondos procedentes del gobierno y de otras instancias para financiar el proyecto y seguir ayudando a la gente; además de la supervisión del buen funcionamiento técnico de las líneas telefónicas de atención al público y en el mantenimiento y la creación de programas de cómputo para obtener información estadística de los casos que atiende.

Todo este trabajo serio y sostenido ya por muchos años, sirve como plataforma sólida para elaborar un sinnúmero de proyectos de investigación, incluyendo esta tesis. Constituye también una gran infraestructura para desarrollar nuevas formas de tratamientos psicológicos a distancia que sean ética y materialmente posibles y útiles para la gente en nuestro país. Más aún, SAPTEL es el servicio más importante en su tipo, así como una referencia obligada a nivel nacional e internacional para todo aquél que desee profundizar en la historia y en la metodología de los servicios de salud mental por teléfono (Tele-Salud) en México.

Primera Etapa:

Esta etapa inicia 48 horas después de ocurridos los terremotos en la ciudad de México, en el año de 1985. Se atendió satisfactoriamente a 700 personas con trauma psicológico por este siniestro. En esta etapa la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Federación Mundial para la Salud Mental (FMSM) tomaron conjuntamente la iniciativa de operar el servicio, mismo que fue suspendido a finales del mismo año con el objeto de evaluar la labor realizada con las víctimas del terremoto. Los principales motivos de consulta de los usuarios en esa etapa fueron los estados de ansiedad, los trastornos depresivos, los sentimientos de soledad, el estrés postraumático y las dificultades en las relaciones interpersonales (Puente y Gaitán, 1993).

Segunda Etapa:

Esta etapa consistió en la continuación del período de evaluación y reestructuración del proyecto a través de seminarios y grupos de estudio. Su duración fue de 18 meses y en ella se creó el "Manual de Procedimientos para el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono". Miembros sobresalientes de SAPTEL durante esta etapa, como la Dra. Lucía Bustos Montes de Oca y el Psicoanalista Andrés Gaitán González, junto con su fundador, el Dr. Federico Puente, elaboraron la estructura básica de la actual Cédula de Registro (historia clínica codificada).

Tercera Etapa:

En Julio de 1987 se reabrió el servicio, nuevamente con el apoyo de la UNAM y la FMSM, y permaneció abierto al público por dos años. Se atendieron cerca de 4,000 casos, de los cuales 1,000 fueron referidos a diversos Hospitales, Instituciones y Organismos no gubernamentales.

Cuarta Etapa:

El 15 de Agosto de 1992 se inicia el primer curso de capacitación formal para esta etapa de SAPTEL. Con un trabajo conjunto de la Cruz Roja Mexicana y el Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de la FMSM, el 12 de Octubre de 1992 empezó la atención al público y el 7 de noviembre del mismo año se llevó a cabo la inauguración oficial con la representación del Gobierno de México, de diversas agencias de la ONU en nuestro país, de las Universidades participantes, y de diversas organizaciones civiles, profesionales y para-profesionales.

SAPTEL hoy:

El año 2001 es de cambios muy importantes para este servicio, ya que el primer día de abril SAPTEL comenzó a operar en un nuevo espacio físico conocido como "Centro Lilas" ubicado en la Delegación Cuajimalpa del D.F. Las nuevas instalaciones, que son otorgadas a SAPTEL por los Directivos de la Benemérita Cruz Roja Mexicana, se convierten en un espacio amplio y adecuado para continuar con el desempeño exitoso de las psicólogas y psicólogos en servicio. El "Centro Lilas" fue acondicionado gracias al esfuerzo y planeación del Titular

de SAPTEL, el Dr. Federico Puente Silva y todo su equipo de colaboradores, para que el 28 de Octubre del mismo año fuera inaugurado oficialmente. Es importante mencionar que durante la transición hacia las instalaciones actuales SAPTEL atendió al público de manera ininterrumpida.

SAPTEL se ha caracterizado siempre por ser un servicio que funciona con excelencia en todos los niveles que lo constituyen, desde la labor académica y terapéutica que desempeñan los consejeros, hasta las acciones operativo-administrativas de los coordinadores (que generalmente son los mismos consejeros al teléfono, pero que han sobresalido por su desempeño y personalidad fuerte, participativa y emprendedora). La administración de SAPTEL ha sido siempre transparente y plena de proyectos aterrizados en la realidad. Es por ello, y por la enorme solidez profesional y perseverancia de sus integrantes que SAPTEL ha recibido el apoyo financiero y en especie de la Cruz Roja Mexicana, el Gobierno Federal, la Federación Mundial de la Salud Mental, la Secretaría de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Consejo Nacional contra las Adicciones, entre muchas otras instancias cuyos nombres aparecen en los reportes clínicos y operativos que quincenalmente se elaboran y distribuyen a un número considerable de funcionarios que apoyan al servicio.

La Fundación TELMEX se sumó a los grupos que apoyan este servicio psicológico por teléfono y el 12 de Diciembre de 2001 se abre la prestación de los servicios de SAPTEL a nivel Nacional a través de un número de Larga Distancia sin costo para el usuario (01 800...).

Durante el cambio de instalaciones, también cambiaron los números telefónicos de atención al público y fue entonces cuando medios de comunicación muy importantes en el país apoyaron para que se dieran a conocer los nuevos.

El 29 de Noviembre se realizó la inauguración oficial del Centro SAPTEL-Lilas con la presencia de diversas personalidades como la Señora Martha Sahagún de Fox, Presidenta Honoraria de la Cruz Roja Mexicana y Don Olegario Vázquez Raña, Presidente Nacional de la Cruz Roja Mexicana (Diario La Jornada, 30 de Noviembre de 2002). Ante la presencia de los medios de comunicación, el Sistema Nacional de Apoyo Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono refrendó su compromiso de continuar brindando un servicio de salud mental gratuito y de gran calidad a la sociedad mexicana.

En esta nueva etapa el equipo de SAPTEL continúa trabajando con excelencia en las instalaciones del Centro Lilas, en donde desde Enero de 2005 se capacita a los consejeros para que proporcionen psicoterapia por teléfono para dos personas en forma simultánea.

SAPTEL y su funcionamiento

Desde su inicio SAPTEL es un modelo de atención para situaciones de urgencia psicológica y/o emergencia emocional que funciona las 24 horas del día, todos los días del año. Ofrece también orientación sobre diversas problemáticas y refiere casos a otras Instituciones mediante un directorio que se actualiza constantemente.

El objetivo principal de este servicio es ser una alternativa real para que las personas—fundamentalmente de escasos recursos económicos o con

dificultades de tiempo para desplazarse a una consulta psicológica—logren bienestar emocional.

Vinculado su proyecto a la benemérita Cruz Roja Mexicana y compartiendo su filosofía, SAPTEL busca ser una alternativa para aliviar el sufrimiento emocional de manera profesional, voluntaria y altruista.

Para cumplir con ese objetivo, SAPTEL funciona de la siguiente manera:

- Los aspirantes a consejeros telefónicos, la mayoría de ellos con un 70% de créditos cubiertos en la carrera de psicología (los coordinadores y supervisores titulados con grados de licenciatura, maestría o doctorado) cursan un programa de capacitación previa que tiene una duración de 56 horas (14 sesiones de 5 ½ horas cada una), una vez por semana (viernes por la tarde) durante tres meses. Tres tercios de estas sesiones se dedican a la capacitación teórica, de acuerdo a un temario que se presentará más adelante. El otro tercio consta de una parte práctica donde psicoterapeutas Senior supervisan ante el pleno de consejeros en servicio los casos seleccionados. Durante estas sesiones prácticas los consejeros aprenden el uso y la prescripción de diferentes herramientas clínicas para optimizar el manejo de sus casos. Una vez son seleccionados como consejeros—previa aprobación de una entrevista clínica, además de previa evaluación del desempeño académico durante el curso que imparte SAPTEL—comienzan a dar atención al público usuario y continúan con un programa de capacitación permanente que incluye la asistencia a los seminarios continuos (a lo largo de 17 años, 47 generaciones se han formado con este modelo y más de 600 pasantes y voluntarios han recibido capacitación especializada sin costo en SAPTEL)
- Una vez el aspirante a consejero ha sido aprobado para dar atención telefónica a los usuarios su estancia en el servicio es de 9 meses como mínimo (ya sea como parte de un voluntariado, como prácticas profesionales, o como servicio social).
- Como ya se mencionó más arriba, parte indispensable de la práctica clínica de los psicólogos de SAPTEL es asistir a un Seminario Clínico Conjunto en el cual exponen sus dudas y experiencias durante la intervención en un caso que se lleva previamente seleccionado. Son supervisados ante el pleno por un Profesor-supervisor clínico invitado cada semana. Este Seminario se lleva a cabo los viernes de 18:30 a 20:00 horas en el Auditorio de la Cruz Roja Mexicana, Sede Nacional.
- La capacitación es una de las piedras angulares de SAPTEL, ya que existe un fuerte compromiso de tener personal adecuadamente entrenado, capacitado y supervisado. Durante el año 2008 se brindaron 1819 horas de capacitación previa y continua de la siguiente forma:

- **76** clases de los cursos de capacitación a las generaciones XLV, XLVI y XLVII = **152** horas de capacitación.
- **10** clases de los cursos especiales para la generación XLVI-bis y la generación XLIV de la UNAM = **15** horas.
- **27** clases especiales para la preparación del libro electrónicos = **40** horas.
- **13** talleres = **32** horas.
- **43** seminarios clínicos = **86** horas de supervisión conjunta.
- **747** supervisiones de grupo pequeño = **1494** horas de supervisión.

Contenido del Curso de Capacitación Previo de SAPTEL

	Bienvenida y presentación del servicio.
Tema 1	El desafío de adaptación positiva a la modernidad.
Tema 2	Modelo SAPTEL de Intervención en Crisis por Teléfono. Primera parte.
Tema 3	Psicopatología. Examen mental y Diagnóstico Psiquiátrico.
Tema 4	Psicopatología. Teoría general y especial de las neurosis y las psicosis.
Tema 5	Técnicas de Intervención en situaciones de emergencia y crisis. Conceptos fundamentales.
Tema 6	Técnicas de intervención en situaciones de emergencia y crisis. Generalidades técnicas.
Tema 7	Técnicas especiales de intervención en crisis: Atención a víctimas de violación.
Tema 8	Técnicas especiales de intervención en crisis: Atención a víctimas de violencia intrafamiliar.
Tema 9	Técnicas especiales de intervención en crisis: Depresión y suicidio.
Tema 10	Técnicas especiales de intervención en crisis: Otras disfunciones del control de la sexualidad y la agresión.
Tema 11	Modelo SAPTEL de intervención en crisis por teléfono. Segunda parte.
	Capacitación Operativa: Normatividad en SAPTEL. (Inicio de la participación en guardias y de la supervisión en grupo pequeño como observadores).
	Dinámica de Integración. (Gaitán, A., SAPTEL Cruz Roja Mexicana, Guía de Capacitación y Manual de Procedimientos, sin año)

Características del Programa de Capacitación Permanente

El período de capacitación permanente se inicia inmediatamente después del curso de capacitación previa y es obligatorio durante todo el tiempo que el consejero permanece activo en el servicio. El acceso a este curso es restringido y solo pueden acceder a él los egresados del curso de capacitación previo que son aceptados dentro del equipo de consejeros al teléfono.

Las primeras sesiones se dedican a profundizar en la técnica adecuada para la elaboración de la historia clínica, con la meta de elaborar expedientes completos. Este proceso incluye la instrucción en el método de llenado de **Cédula de Registro**, ya que de su manejo adecuado se desprenden gran cantidad de derivaciones técnicas específicas.

Todo consejero deberá seguir participando en las sesiones de supervisión clínica conjunta, y habrá de inscribirse y participar en alguno de los grupos de supervisión en grupo pequeño, que le comprometerán dos horas más a la semana. Los consejeros también tienen la opción de la supervisión de emergencia vía telefónica para la atención de casos particularmente difíciles.

En ocasiones, se invita al consejero a participar en sesiones de integración grupal, que pueden ir desde dinámicas de grupo, hasta campamentos fuera de la ciudad.

Cuando las posibilidades de espacio lo permiten, se integran grupos de estudio en los que se profundiza en temas específicos de salud mental, lo cual resulta indispensable para realizar un trabajo clínico de calidad.

Procedimiento técnico de intervención en SAPTEL

Generalidades

En el Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono, se considera un elemento crucial para su buen funcionamiento garantizar que el consejero telefónico obtenga, mediante una metodología eficiente y suficiente, toda la información relevante de cada uno de sus pacientes para que los beneficios de la intervención sean reales. Por esta razón se cuenta con una Cédula de Registro o Historia Clínica Codificada.

Esta unidad de información que debe existir para cada usuario de primera vez y seguimiento se llama **expediente**, que de hecho constituye una **historia clínica** y consta de una carpeta con un número consecutivo previamente asignado, que contiene la(s) hoja(s) de cédula(s) de registro y el resto de la información pertinente de la persona que llama, a través de las notas realizadas por el consejero.

La historia clínica está formada por cuatro grandes secciones:

- “Un corte transversal”
- “Un corte longitudinal”
- Un conjunto de comentarios relacionados con el caso, que se van anexando con el transcurso de las sesiones.
- La sección de seguimiento.

El corte transversal contiene los elementos indispensables y centrales para que el consejero pueda llevar a cabo su labor (que hasta este momento es brindar apoyo psicológico y emocional por teléfono en situaciones de crisis). Esta sección está representada por los datos contenidos en los incisos de la cédula de registro.

En el llamado corte longitudinal han de resumirse los elementos importantes de la historia ontogenética del paciente para entender cómo llegó a la situación que vive, ahora desde los puntos de vista evolutivo y epigenético.

En la tercera parte quedarán incluidos todos los comentarios, cortos o extensos, que se consideren importantes de registrar y que no estén representados o no queden claros durante la investigación de los datos propios de las secciones anteriores, principalmente la primera.

Para el seguimiento se toman en cuenta los días 15, 45 y 90 posteriores a la última llamada de intervención.

Nota importante:

A pesar de que el procedimiento técnico de atención al público ha de seguir un modelo básico, al cual han de intentar apegarse todos los asesores telefónicos, debe ser siempre a la vez lo suficientemente flexible para adaptarse prioritariamente a cada caso particular. Así que se describirán las líneas estructurales que al ser confrontadas con la realidad de cada persona pueden o deben ser alteradas en su orden o prioridad para tener una mejor intervención.

El modelo SAPTEL de apoyo psicológico y de intervención en crisis contempla 5 fases, que se distinguen entre sí, en primera instancia, según la cantidad de llamadas que realice el usuario o usuaria:

Fase I	Primera llamada
Fase II	Segunda llamada
Fase III	Siguientes llamadas, hasta la número 20
Fase IV	De la llamada 21 en adelante
Fase V	Seguimiento. Últimas tres llamadas.

Las primeras dos fases propuestas por el modelo SAPTEL son para dar atención a los dos tipos de crisis que puede experimentar un ser humano: aquellas que son producto de desafíos y retos normales del desarrollo vital, y otras cuyo origen se encuentra directamente en el mundo interno del usuario, tal vez teniendo como base estructuras psicopatológicas.

En una estructura de personalidad predominantemente sana, la intervención en crisis tiende a acelerar el proceso normal de recuperación del equilibrio homeostático. Sobre una personalidad neurótica ayuda a contener descargas impulsivas o producto de diversas relaciones de compromiso, que muy probablemente incrementen el grado de desequilibrio, en vez de tender a eliminarlo.

Si la crisis se presenta acompañada de fallas en las funciones de prueba y juicio de realidad, se le denominará quiebre psicótico, no crisis psicótica. En estos casos el procedimiento de SAPTEL dicta que lo mejor es referir al usuario, después de disminuir la angustia y dar cierto grado de estructura, a una Institución para que se reciba tratamiento psiquiátrico. **Cualquier otra práctica de intervención en crisis en este caso sirve solamente como colaborador secundario de la intervención médica, mientras la etapa psicótica remite.**

El modelo de atención que aquí se presenta ha dado resultados positivos también cuando la crisis requiere además de la aplicación de una terapia breve, o sea, abordar la fase III

Cuando el caso amerita llegar a la fase IV, el grado de efectividad de la Técnica SAPTEL decrece varios puntos, por lo que se hace más o menos necesario, según el caso, contemplar la posibilidad de referir al usuario hacia algún modelo de atención psicoterapéutica cara a cara. **Algunas veces, sin embargo, la única o la mejor alternativa es intentar un modelo de psicoterapia por teléfono.**

Nota importante: En esta tesis se contempla la posibilidad de brindar una psicoterapia por teléfono desde la Fase III.

Siempre, al final de cualquier forma de intervención, será preciso pactar hasta 3 entrevistas de seguimiento con el usuario **(fase V)**.

Al momento de emitir un juicio pronóstico, el consejero de SAPTEL toma en cuenta el tipo de crisis y la estructura de la personalidad del paciente, ambas variables muy importantes durante la intervención.

En algunos casos, los procedimientos de intervención en crisis y terapia breve no bastan para restablecer el equilibrio perdido y ya sea porque el usuario lo decida o porque el consejero telefónico lo recomiende, se hace necesario referirlo a otro servicio de salud mental. Esta referencia marcará el fin de la intervención breve ofrecida inicialmente, sin importar si el motivo de consulta original fue de urgencia psicológica o emergencia emocional. En este momento se recordará al usuario que si en el futuro desea volver a utilizar SAPTEL puede hacerlo teniendo a la mano su número de expediente. Es adecuado recomendarle que lo más conveniente será que intente contactar al mismo consejero telefónico que lo atendió y conoce, por lo tanto su caso.

Cuando el usuario no accede a la referencia y sigue buscando el servicio por teléfono, la terapia breve ofrecida por SAPTEL contempla una prolongación de la intervención destinada específicamente a descubrir y explicar al sujeto las razones que pueda tener—conciente o inconscientemente—para no seguir la sugerencia que se le hace, hasta lograr que acepte lo que se le había sugerido.

FASE I. PRIMERA LLAMADA

La primera fase corresponde comúnmente a la primera llamada, aunque el rango de variabilidad es alto por lo que algunas veces, hacia el final ya empiezan a implementarse elementos técnicos correspondientes a la fase II. En otras ocasiones, en cambio, la exposición del motivo de consulta u otras cuestiones ocupan todo el tiempo de la primera llamada y sólo en el caso de haber llamadas posteriores se puede completar la información.

Durante esta primera fase se sugiere utilizar una técnica de atención universal, ya que es de gran importancia que SAPTEL ofrezca una imagen homogénea al público usuario, y ello solamente puede lograrse si todos los terapeutas ejecutan las mismas acciones más o menos en el mismo orden durante la primera llamada.

Tal técnica consta de las siguientes partes:

1. Presentación.
2. Determinación de la naturaleza de la llamada.
3. Motivo de consulta manifiesto: Exposición del usuario.
4. Investigación con respecto a tratamientos psicoterapéuticos a los que haya acudido o en los que se encuentre actualmente.
5. Ficha de identificación.
6. Motivo de consulta. Semiología de signos y síntomas.
7. Examen mental.
8. Sintomatología específica.
9. Cierre de la primera llamada.

1. Presentación

La forma como se presenta el consejero es muy importante, ya que su voz debe sonar amigable y cálida pero sin afectaciones para que el usuario sienta la suficiente confianza como para comentar sus problemas. Este es el primer paso de una buena alianza de trabajo. Se recomienda decir algo como:

“Gracias por llamar a SAPTEL, le atiende....., o: mi nombre es:....., ¿en qué puedo servirle”.

A continuación se permite que el usuario exprese el motivo de su llamada tan ampliamente como desee.

Nota importante: En cuanto suene el teléfono y se levante el auricular se debe registrar la hora del día o la noche, para determinar la duración de la llamada del usuario.

2. Determinación de la naturaleza de la llamada.

Es necesario escuchar atentamente el discurso del usuario, comprendiendo el universo emocional que lo envuelve, para asegurar a qué grupo pertenece la llamada.

La siguiente decisión del consejero es determinar si la llamada es de alguno de estos tipos:

- Información – Canalización.
- Solicitud de apoyo psicológico.

a. Llamadas de Información-Canalización

Cuando la solicitud de información viene acompañada de una actitud más o menos relajada, sin matices emocionales en la voz o en el discurso del usuario seguramente no se trata de una situación de crisis. Si el usuario formula una pregunta específica y deja claro el motivo de su necesidad, se da respuesta a su pregunta sin investigar ningún otro dato.

Por ejemplo:

“Buenos días, señorita, ¿Me daría por favor el número telefónico de algún centro de planificación familiar?
Quiero saber las opciones que tengo para planificar mi familia.”

Cuando el usuario manifieste un deseo general e inespecífico, o no deje claros sus motivos o necesidades, será necesario investigar las razones de la solicitud y según la información obtenida se deberá iniciar el proceso de decisión para saber si requiere solamente de información/canalización o si necesita consulta.

Una vez confirmado que la llamada es de información y/o canalización, deberá calificarse según estos parámetros:

A Información sobre SAPTEL. Se debe anexar la clasificación con letra mayúscula y número correspondientes, según los siguientes criterios:

A.1 Información sobre SAPTEL

A.2 Se brindó información de SAPTEL a otra Institución.

A.3 Información del Curso de Capacitación para la formación de consejeros telefónicos.

A.4 Solicitud de atención por parte de un usuario hacia su consejero telefónico de primer contacto NO disponible.

A.5 Solicitud de atención por parte de un usuario hacia su consejero telefónico de primer contacto, y éste no asiste a esa guardia.

B Información sobre otros servicios de salud mental. Se debe anexar la clasificación con letra mayúscula y número correspondientes, según los siguientes criterios:

B.1 El deseo del usuario en cuanto al tipo de tratamiento buscado.

B.2 El tipo de problemática que presenta el usuario para saber si existe alguna o varias aproximaciones psicoterapéuticas específicas para su padecimiento.

B.3 La opinión del consejero que recibe la llamada, en función del tipo de aproximación psicoterapéutica que considere adecuada.

En cualquiera de los tres casos (B.1, B.2, ó B.3), deberá seleccionarse alguna de las siguientes opciones indicadas con letra minúscula. El “#” señala el lugar en que debe registrarse cuál de los tres criterios describe mejor el caso.

- B. #.a Servicios de emergencia.
- B. #.b Denuncias ante autoridades del ministerio público.
- B. #.c Centros de atención a víctimas de abuso sexual.
- B. #.d Centros de atención a víctimas de violencia intrafamiliar.
- B. #.e Centros de atención a personas con SIDA.
- B. #.f Centros de atención en terapia de grupo.
- B. #.g Centros de atención en terapia familiar.
- B. #.h Centros de atención en terapia de pareja.
- B. #.i Centros de atención en terapia individual.
- B. #.j Centros de atención para adolescentes.
- B. #.k Centros de atención para niños.
- B. #.l Servicios psiquiátricos privados. Especificar.
- B. #.m Servicios psiquiátricos institucionales. Especificar.
- B. #.n Centro privado de atención a drogodependencias.
- B. #.ñ Centro institucional de atención a fármaco dependientes.
Especificar.
- B. #.o Otro. Especificar en hoja anexa.

C Información sobre otros servicios del Sector Salud. Especificar.

D Información sobre servicios públicos no relacionados con el Sector Salud. Especificar.

En todos los casos anteriormente mencionados, la llamada se registra en el libro correspondiente y no es necesario llenar un expediente.

Llamadas de solicitud de apoyo psicológico.

Cuando el usuario llama y se detecta en su voz o en su discurso algún dato de inestabilidad emocional (por ejemplo, que su tono de voz esté quebrado por el deseo de llorar o que se escuche iracundo, aún cuando sólo esté solicitando información específica, con mucho tacto debe preguntársele si algo le está ocurriendo, ya que en muchas ocasiones, el hacer esa pregunta es la motivación que necesita la persona para atreverse a realizar la consulta.

Cuando la llamada es para solicitar el servicio de SAPTEL, se sigue el paso 3 de la técnica de atención que aquí se describe.

3. Motivo de consulta manifiesto: Exposición del usuario.

En este punto es deseable promover que el usuario verbalice tan extensamente como quiera lo que lo movió a solicitar el servicio de SAPTEL, ya que con ello expone la forma en que ve y afronta su situación. Esa exposición de los hechos por parte del usuario sirve como vía de descarga de tensión emocional, que en sí ya es terapéutico en mayor o menor grado y que puede dejar entrever la forma en la que el sujeto se representa a sí mismo lo que le ocurre; así como las características de "su crisis" y las circunstancias que en su opinión deben concurrir para que tal estado de desequilibrio o amenaza a ese equilibrio se resuelva. Desde el punto de vista psicoanalítico se expone que en la "fantasía de enfermedad" y en la "fantasía de curación", términos acuñados por Armida Aberastury desde su trabajo psicoanalítico con niños, concurren elementos conscientes e inconscientes, y no se debe olvidar que si lo que el usuario nos relata fuera realmente todo lo que hay que considerar, no

habría razón para que el sujeto mismo no pudiera resolver el conflicto que afronta. En términos de la aproximación cognitiva cuando la persona nos expone su situación está mostrándonos una parte importante de su ideología sobre el mundo y sobre sí mismo, está exponiéndonos una especie de guión o trama de su vida.

Cabe mencionar que no todos los usuarios verbalizan fácilmente lo que les ocurre, ya que la crisis que presentan incluye cierto grado de trauma que les impide la verbalización voluntaria. En esos casos, la información se obtiene sólo por medio de preguntas directas, contando para ello con la cédula de registro.

Este aspecto queda registrado en la cédula de registro como Motivo de Consulta I, por lo que este tema debe revisarse en esa sección, incisos 38,39 y 40.

4. Investigación sobre tratamientos psicoterapéuticos a los que haya acudido o en los que se encuentre actualmente.

Después de que el usuario ha verbalizado su situación, es importante verificar si tiene o ha tenido psicoterapia externa y/o si ya había llamado a SAPTEL, dado que ambas circunstancias necesitan su propia técnica específica de atención.

Debe contemplarse la posibilidad de que el usuario esté utilizando el servicio para invadir con un propósito claro de ello, o sin darse cuenta, el trabajo de otro consejero o psicoterapeuta dentro o fuera de SAPTEL, por eso es importante indagar sobre la existencia de tratamientos previos o actuales, ya que lo óptimo es que cuando el paciente llama a SAPTEL no tenga la expectativa de tomar tratamiento con dos consejeros al mismo tiempo. No es deseable que lo anterior suceda ya que cuando dos personas opinan independientemente en relación con un mismo tema, pueden decir en momentos o contextos distintos cosas ciertas, aunque parezcan distintas o hasta contradictorias para el usuario, creando confusión en este último y quizá dándole la justificación para sabotear su proceso psicoterapéutico.

Si el usuario contesta que sí tiene otro tratamiento psicoterapéutico actual, este hecho casi invalida automáticamente la posibilidad de atención y entonces, **la única razón válida para seguir esta consulta será confirmar la presencia de un momento realmente crítico en el usuario y la nula posibilidad de localizar a su consejero telefónico, en caso de que sea usuario de SAPTEL, o a su psicoterapeuta habitual en otro contexto.**

Cuando sea claro que el usuario no ha agotado todas las posibilidades de encuentro con su consejero telefónico o terapeuta habitual, la intervención de SAPTEL consistirá predominantemente en movilizarle para que lo busque y trabaje su problemática con él o ella.

Si la situación no es de emergencia o crisis, se debe ayudar al usuario para que maneje su frustración y tenga capacidad de demora para esperar a la persona que le da tratamiento.

En ningún momento debe decirsele que no se le va a atender o que no recibirá el servicio, ni tampoco se le dirá que lo que haremos es solamente escucharlo sin poder intervenir, ya que los procedimientos técnicos no deben ser informados a los usuarios, sólo deben ser ejecutados.

El consejero SAPTEL debe sentirse plenamente responsable de intervenir acertadamente con los usuarios que atiende, pero no debe asumir la plena responsabilidad de la salud mental y el bienestar emocional de la persona que solicita ayuda.

Si el usuario se resiste o se rebela francamente contra su terapia o consejero telefónico, se le insta para que primeramente resuelva esa situación con su terapeuta o consejero en cuestión para que de ser el caso se cierre ese trabajo terapéutico y así se pueda emprender una nueva relación de trabajo psicológico.

Si el usuario llegara a resistirse a lo anterior y esto parezca insalvable, **solamente en el caso de que haya sido atendido en SAPTEL, el consejero nuevo que está encargándose de este procedimiento podrá fungir como encargado de hacer llegar este mensaje. Esta situación deberá supervisarse en grupo pequeño, de manera obligatoria para que sea adecuada y profesionalmente manejada. El procedimiento anteriormente mencionado no deberá ejecutarse si el usuario cuenta con psicoterapia externa.**

Si en última instancia el paciente ya no quiere o no puede contactar con el consejero SAPTEL previo es viable que comience a ser atendido por otro consejero, siempre manteniendo en mente la forma en que el paciente resolvió sus relaciones terapéuticas previas, ya que no sería extraño que en un momento dado tenga la misma reacción con el nuevo consejero.

La razón de este detallado procedimiento se fundamenta en el hecho real de que si le es negada la atención al usuario por las razones arriba expuestas él o ella se las arreglará para recibir atención de otro u otros consejeros, así tenga que mentir o cambiar de nombre para conseguirlo.

Como resultado de lo anterior, cuando el consejero por teléfono atienda un caso de este tipo, deberá marcar en el apartado correspondiente a la Cédula de Registro el tipo de situación que se presentó al respecto.

Pasando a otra posibilidad, cuando no sea la primera vez que la persona solicita el servicio, se le pide el número de expediente que tuvo que habersele dado cuando fue atendido por primera vez. En caso de que lo haya extraviado deberán preguntársele todos los datos posibles y pedirle que espere un momento mientras se trata de localizar su historial clínico.

Cuando no se encuentre el expediente se le otorga al usuario un número tomado de una numeración especial con la que SAPTEL cuenta para estos casos y que siga reflejando el número de usuarios atendidos en esta instancia.

En resumen: Todo expediente debe contener la Cédula de Registro del usuario, su historia longitudinal, hojas anexas de comentarios que se hayan realizado, y una hoja de registro de llamadas de seguimiento, si las hubo.

Con el expediente a la vista se informa al usuario sobre los horarios del consejero telefónico de primer contacto, proponiendo que lo busque.

Cuando el usuario no quiera seguir esta sugerencia, debe estimularse para que verbalice claramente las razones de su desavenencia, y si se le juzga razonable se le atiende, adjuntando al expediente correspondiente una hoja que contenga los elementos de juicio utilizados para esa decisión.

Por ejemplo, nos dice el usuario: "La primera vez que hablé aquí me atendió una mujer y acepté porque tenía urgencia, pero en realidad yo necesito hablar con un hombre, para sentirme a gusto, porque no puedo hablar con ella sobre todo lo que tengo"; o "En esa ocasión hablé desde la casa de un amigo en circunstancias especiales, pero no puedo llamar comúnmente en este horario", etcétera.

También es válido que un usuario de SAPTEL muestre el deseo de cambiar de consejero telefónico sin que sus razones le sean claras. Se le puede atender siempre y cuando haga un esfuerzo, como ya se señaló por hablar con el consejero anterior informándole la decisión realizada.

Ya con el expediente a la mano—sea nuevo o previamente iniciado—se procede al llenado de la Cédula de Registro.

5. Ficha de identificación.

Una vez el usuario ha relatado al consejero su motivo de llamada y se tiene una Cédula de Registro, debe saberse más de la persona al otro lado de la línea para hacer un cuadro completo y claro de su situación, incluyendo la forma en que la crisis que enfrenta afecta las diversas estructuras de su aparato mental.

En el apartado "ficha de identificación" se obtienen los datos generales de la persona, como nombre, sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, lugar de origen, domicilio actual, número de personas con quien vive, tipo de parentesco, tipo de vivienda, número de habitaciones y nivel de ingresos, así como la fuente de referencia para usar el servicio. Esta recolección de datos es rápida y fácil de investigar y es muy importante porque contiene una gran cantidad de información condensada, útil para intervenir de manera rápida y efectiva ante una crisis.

6. Motivo de consulta. Semiología de signos y síntomas.

Cuando se tienen en mente los datos generales del usuario, el motivo de consulta puede verse dentro de un contexto más amplio. En este apartado, corresponde que el consejero haga un interrogatorio dirigido a obtener las características de los signos y los síntomas relacionados con la crisis: Intensidad, duración, frecuencia, historia, las circunstancias en que aparece y con las que se mitiga o desaparece cada uno de ellos, la carga afectiva con que se asocian, etcétera. El mismo método debe seguirse cuando se encuentre cualquier alteración, corresponda o no a alguno de los incisos siguientes de la cédula de registro.

En el registro del motivo de consulta, es de gran importancia técnica distinguir si los elementos perturbadores del equilibrio homeostático del usuario tienen

más elementos de su mundo interno (emergencias emocionales) o de su mundo externo (urgencias psicológicas).

La **urgencia psicológica** define a aquellas situaciones de crisis en las que el desequilibrio es provocado principalmente por sucesos ocurridos en el mundo externo del usuario. Estos eventos pueden ser de tal magnitud que provoquen incapacidad temporal para enfrentarlos, y por tanto se requiera el apoyo de personal capacitado en terapia de intervención en crisis. Las urgencias producen un efecto traumático en el que principalmente se alteran las funciones del Yo del individuo.

La técnica de intervención en crisis consiste aquí en:

- a) Determinar el grado de desequilibrio causado por el elemento perturbador externo.
- b) Apoyar transitoriamente en el ejercicio de las funciones trastornadas o perdidas, técnica que ha sido denominada "yo auxiliar".
- c) Buscar otras funciones que el sujeto pueda utilizar como "herramientas" para restituir la(s) función(es) disminuida(s).
- d) Contribuir en el restablecimiento del equilibrio perdido, monitoreando la operación de las funciones de angustia (en el yo) y culpa (en el súper-yo), teniendo como meta alcanzar al menos un estado de equilibrio igual al existente antes de que se presentara la crisis.
- e) Guiar en la resolución de los procesos de duelo inherentes a la elaboración del trauma.
- f) Conocer los síntomas y determinar la presencia de estrés post-traumático.

Por **emergencia emocional** se entienden aquellas crisis en las que el sujeto presenta una respuesta sistémica a un desequilibrio psicodinámico íntimamente relacionado con procesos del mundo interno inconsciente del sujeto, donde los impulsos instintivos amenazan romper o de hecho avasallan a la represión.

Técnicamente hablando, lo que se realiza durante la intervención en crisis en un caso así es:

- a) Determinar tanto el tipo (libidinal o agresivo) como las demás características del impulso con que lidia el sujeto.
- b) Detectar el tipo y la eficacia de los mecanismos de defensa a los que recurre en sus intentos de solución del conflicto: una forma de averiguar esto es pedir al sujeto que relate aquellas experiencias previas que asocia con el acontecimiento actual.
- c) Reforzar u optimizar el funcionamiento de estos mecanismos de defensa con la finalidad, al igual que en las urgencias, de reestablecer al menos un estado igual al existente antes de que se presentara la crisis.
- d) Evaluar y coadyuvar en el restablecimiento de la normalidad en funciones tales como la angustia y la culpa.
- e) Determinar el estado de los procesos de duelo, cuando los haya, f) evaluar la naturaleza de las relaciones de objeto, poniendo especial énfasis en las modalidades de solución de la angustia de separación.
- e) Determinar el estado de los procesos de duelo, cuando los haya.
- f) Evaluar la naturaleza de las relaciones de objeto, poniendo especial énfasis en las modalidades de solución de la angustia de separación.

Llegados a este punto, se debe prestar atención a la angustia y poder determinar cuándo ha dejado de ser una señal de alarma para convertirse en otro elemento perturbador más, haciéndose necesario detectar sus fuentes con la finalidad de reducir el monto total de la misma.

En el mismo sentido también se debe investigar la función del Súper-yo, sobre todo en cuanto a la operación del sentimiento de culpa. Se debe averiguar también con respecto a pérdidas y formas de enfrentarlas (procesos de duelo). Es importante también determinar el grado de alcance del proceso secundario del pensar, revisando niveles de tolerancia a la frustración, de capacidad de demora y de flexibilidad suficiente como para integrar descargas parciales y/o sobre objetos vicariantes o sustitutos. Se determinará si para hacerse de objetos proveedores de nutrientes narcisistas, el sujeto utiliza preferentemente modalidades de reunión, o sea, trata de acercarse a los objetos, o si elige modalidades de recuperación, que pretenden movilizar al objeto hacia el sujeto.

Es más común que una urgencia psicológica desencadene un estado de emergencia emocional, que una perturbación interna genere un estado de urgencia, sin embargo, no debe olvidarse que todas las conductas sociopáticas tienen origen en esta última combinación.

El desequilibrio producido por una situación de crisis, de cualquier forma, suele requerir que el apoyo psicológico de primera instancia sea complementado con una intervención de terapia breve que el modelo SAPTEL también contempla en su etapa III.

Las posibilidades de coexistencia de ambas condiciones (urgencia y emergencia) son frecuentemente altas, por lo que siempre debe investigarse todas las variables descritas, tanto las relacionadas con urgencias psicológicas, como las asociadas a emergencia emocionales.

El motivo de consulta ha de registrarse de tres maneras diferentes:

- I. Según la lista clasificatoria de motivos de consulta manifiestos.
- II. En función de si es una urgencia psicológica (A), una emergencia emocional (B) o alguna combinación de ambas (AB o BA).
- III. Textualmente, en pocas palabras, en el renglón asignado en la Cédula de Registro.

Nota importante: el procedimiento específico de calificación puede consultarse en la sección correspondiente del Manual de procedimientos SAPTEL el cual no se incluye en esta tesis por cuestiones de espacio.

7. Examen Mental.

Una vez alcanzado el punto en que el consejero telefónico entiende bien qué palabras escoge el usuario para expresar sus fantasías relacionadas con los síntomas, lo cual se logra después de haber realizado la semiotecnia descrita en el número anterior, debe determinar el grado o la extensión en que la crisis ha afectado el equilibrio homeostático del usuario.

Para ello se siguen al pie de la letra las instrucciones del Manual de Procedimientos de SAPTEL referentes a las preguntas que corresponden a las secciones "examen mental" y "sintomatología específica".

En términos generales, los reactivos contenidos en la primera de tales secciones (examen mental), ayudarán a determinar si la crisis ha afectado funciones básicas para la conservación de las funciones de prueba y juicio de realidad. **En caso de que en alguno de estos incisos el usuario califique con gran alteración, a excepción del de inteligencia, es imperativo considerar la necesidad de referirlo a tratamiento psiquiátrico¹**

Además. Cada una de las preguntas brinda información adicional aún en los casos en que se mantienen las funciones de prueba y de juicio de realidad. Esta información adquiere mayor sentido cuando se observa todo el cúmulo de información contenida en la cédula de registro. **Por ejemplo, un ritmo lento o un discurso con poca espontaneidad pueden corroborar nuestra impresión diagnóstica de depresión, o hacernos sospechar alguna forma de farmacodependencia; una atención o concentración disminuidas tal vez expresen un déficit económico como parte del trastorno provocado por la crisis, etcétera.**

Los temas específicos que se investigan son: espontaneidad, ritmo y alteraciones del discurso; alteraciones en el contenido del pensamiento, en el afecto, en la memoria y/o en la sensorpercepción; trastornos en la orientación o en las funciones de atención y concentración; síntomas de despersonalización; nivel de inteligencia y nivel de reconocimiento del grado o magnitud del problema que afronta.

8. Sintomatología específica.

Este apartado, a diferencia del anterior, refleja alteraciones finas del equilibrio homeostático, más frecuentemente relacionadas con ajustes normales del proceso de adaptación a los cambios, y con trastornos neuróticos de la personalidad en individuos funcionales.

Los temas específicos son: fatiga; aumento de la atención en las funciones corporales; consumo de hipnóticos durante la última semana; alteraciones en el dormir; irritabilidad; ideas obsesivas; duda obsesiva o rituales; ánimo depresivo; disminución de la concentración; ansiedad y fobias.

Al finalizar la resolución de estos incisos de la cédula de registro, el consejero telefónico tiene ya una idea clara de la problemática y es capaz de establecer un **diagnóstico de presunción, que debe estar apoyado por alguna de las dos clasificaciones internacionales aceptadas: el Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders IV (DSM-IV-TR) editado por la Asociación Psiquiátrica Americana, y la 10ª edición de la Clasificación de los Trastornos Mentales de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10)**

¹ Este párrafo muestra fuerte apego de SAPTEL a las consideraciones éticas fundamentales en todo servicio de salud mental.

Además, tiene la información necesaria para elegir una técnica de atención que se adecue a las necesidades específicas del caso.

Al llegar a este punto, el asesor psicológico debe tomar la decisión de si ha de comenzar o no la sección de cierre de llamada, habiendo pasado la situación de crisis y restableciendo el equilibrio perdido; si es necesario concertar una nueva cita para establecer las condiciones de la fase 2 de atención; o si en ese mismo momento es adecuado continuar con los parámetros de la siguiente fase.

9. Cierre de la Primera Llamada.

Antes de terminar la primera llamada, el consejero debe tener la seguridad de que es capaz de responder con exactitud las preguntas correspondientes a esta sección en la cédula de registro (contenida en apéndices). Si ya se realizó esta verificación, es el momento de despedirse. Se le informa al usuario la hora y el número de minutos que duró la intervención; se le repite el nombre del consejero, sus horarios de guardia y la fecha y hora en que hayan acordado la próxima entrevista, incluidas las de seguimiento.

RECORDATORIO:

Antes de colgar, se debe dar al usuario su número de expediente para que, en caso de que vuelva a utilizar el servicio se localice su historia clínica fácilmente.

Como se dijo al principio, el orden de cualquiera de los procedimientos técnicos propuestos aquí puede alterarse al servicio de la atención de la crisis del usuario y/o de su asociación libre, ya que son argumentos prioritarios en la determinación de nuestras intervenciones, y esto es aplicable para cualquiera de las siguientes fases del proceso de trabajo.

Después de terminar esta primera llamada, es necesario llenar adecuadamente los demás incisos de la Cédula de Registro, que son: Numero de expediente; nombre y número de registro del consejero telefónico, presencia o ausencia de rapport y de momentos catárticos o abreactivos durante la intervención; grado de credibilidad de la información recibida; calificación global de severidad; pronóstico y tipo de aproximación terapéutica utilizada en la atención del caso. Cualquiera de las calificaciones puede variar de una llamada a otra. Desde la segunda llamada puede ocurrir que el usuario se sincere completamente, de forma tal que la evaluación que el consejero había hecho de alguno o varios de los incisos cambie. También es posible que durante la primera llamada no haya habido datos que hagan sospechar la alteración de determinada función, como por ejemplo, la memoria o el contenido del pensamiento, y solamente en llamadas consecutivas aparezca y se estructure el trastorno en cuestión. Ocurre también que en la primera llamada se pase por alto la investigación del hábito de dormir, sólo para descubrir en otra llamada que el sujeto padece fuerte insomnio, etcétera.

En todos estos casos lo pertinente es tomar una nueva hoja de cédula de registro no foliada y llenarla en función de la situación actual. En el lugar en el que debe asentarse el número de expediente, se repite el mismo número

contenido en la 1ª cédula, y se le adiciona una diagonal y el número de hojas de cédula de registro que se han realizado. El procedimiento exacto se encuentra en el manual de procedimientos SAPTEL.

FASE II. SEGUNDA LLAMADA

Como ya se dijo, en ocasiones se implementarán procedimientos correspondientes a la fase II desde la primera llamada, y otras veces serán necesarias dos o tres llamadas en total para recopilar toda la información contenida en la Cédula de Registro. Cuando así suceda, será necesario relatar en una hoja de papel una explicación clara y breve tales razones. Por ejemplo:

“Al final de la primera llamada, el o la paciente y yo, no habíamos dejado de hablar del dolor que le producía la muerte de su pareja y la necesidad de reunirse con ella a través del suicidio”.

“Durante la segunda ocasión, este usuario insistió en recordar circunstancias infantiles que pensaba eran el origen de sus problemas”.

“Fue hasta la tercera ocasión que pudimos hablar de su problema para dormir, su gran irritabilidad y las sensaciones de dejar de ser él mismo ante el espejo, pudiendo con ello completar la información de la Cédula de Registro”.

Durante la fase II, que comúnmente corresponde a la segunda llamada, deben establecerse también los parámetros que normen el encuadre de trabajo necesario para realizar la intervención breve que proceda, cuando proceda. Tales parámetros varían en función de la aproximación teórica que sustenta a la técnica, y que es dada por cada supervisor.

Si se adopta un enfoque psicodinámico, después de asegurarse que el material inicial de esta segunda llamada no aparece algún elemento que oriente prioritariamente la intervención, **será necesario sensibilizar al usuario en la necesidad de dedicar un tiempo en realizar un repaso de su vida, con el objeto de poder conocerlo mejor y orientarse ambos, usuario y consejero, hacia una más profunda comprensión de la situación, para alcanzar la mejor solución. Acto seguido se investigará el proceso histórico del sujeto, hasta hilvanar su historia familiar y personal longitudinal que brinde mayor coherencia y congruencia entre los distintos elementos de la situación actual.** Una buena guía para a este respecto es el trabajo de la Dra. Luisa Rossi titulado “Elaboración de Historias Clínicas”, editado por la revista Gradiva de la Sociedad Psicoanalítica de México (citado por Puente y Gaitán, 1993).

Además, han de investigarse detalladamente aquellas capacidades y funciones consideradas como nodulares en la situación de crisis, y que fueron descritas más arriba al hablar de urgencias psicológicas y emergencias emocionales.

FASE III. SIGUIENTES LLAMADAS, HASTA LA VIGÉSIMA.

En lo que respecta al Apoyo Psicológico y la Intervención en Crisis por Teléfono, así como a la terapia breve que a estos se asocia, en SAPTEL se considera un número de 20 llamadas (aproximadamente hasta unas 15- 20 horas netas de atención), como un límite suficiente de tiempo requerido para implementar cualquiera de estas formas de intervención.

Todas las características intrínsecas de estas formas de intervención dependen directamente del marco o modelo teórico técnico que se adopte; por lo mismo, cualquier usuario que sea atendido en fases III o IV, deberá ser supervisado, no importa si ello ocurre en la supervisión de grupo pequeño, en seminario de los viernes o en supervisión de emergencia.

Es importante recordar que en un caso que se supervise en alguna de las modalidades existentes (grupo pequeño, seminario o emergencia) debe ser siempre supervisado en la misma modalidad y por el mismo supervisor, por razones similares a las existentes cuando hay otros tratamientos psicoterapéuticos transcurriendo actualmente.

FASE IV. DE LA VIGÉSIMO PRIMERA LLAMADA EN ADELANTE.

En caso de que un usuario o usuaria requiera o desee un mayor número de sesiones, esta relación terapéutica deberá ser considerada como psicoterapia por teléfono y habrá de ser registrada con parámetros extra para determinar tanto su validez como su efectividad.

Antes de tomar la decisión de pasar a la fase IV del modelo de atención en SAPTEL, es necesario que el consejero telefónico realice un profundo estudio y consulta del caso, incluyendo un verdadero examen de conciencia, para determinar si realmente para el usuario o usuaria esta opción es mejor alternativa que remitirlo a otra intervención psicoterapéutica¹ El referir a un usuario que previamente ha obtenido algún beneficio del consejero puede ser una labor muy difícil, ya que involucra elementos tanto transferenciales como contratransferenciales. El trabajo de las resistencias a la referencia suelen ser un tema común de las últimas sesiones de la terapia breve, sin relación directa con cuantas sesiones se hayan tenido, y debe haberse trabajado en algún momento del proceso.

Todo caso que pretenda manejarse en la fase en la fase IV deberá llevarse a sesiones de supervisión continua, solicitando por escrito un supervisor especial para tal efecto.

Existen casos en los que, a pesar de que el sujeto requiere una forma de intervención psicoterapéutica formal y así se le hace saber, se resiste a seguir la indicación del consejero de ser referido. A pesar de que la labor para abatir estas resistencias sea sistemática, se llega al punto en el que la única alternativa es combinar tal línea interpretativa con trabajo sobre los

¹ Las consideraciones éticas para el trabajo terapéutico son un pilar fundamental en SAPTEL, por ello a lo largo de este documento se señalarán con toda claridad.

contenidos; esto es, trabajo psicoterapéutico formal o psicoterapia por teléfono.

Es importante destacar que una de las hipótesis de trabajo es que existen personas y/o padecimientos susceptibles de obtener un beneficio terapéutico importante a través de modelos de psicoterapia por teléfono.

Si se trata de una intervención psicoterapéutica con orientación psicodinámica, el registro de estos casos deberá contener una clave psicodinámica y un resumen de tratamiento.

La clave psicodinámica habrá de brindar una exposición metapsicológica: del motivo de consulta inconsciente; de las estructuras mentales, tanto en su conjunto como descritas por funciones o áreas; la genética, la dinámica y la economía de los procesos mentales involucrados; el grado de adaptación o maladaptación que el sujeto logra, producto de su propio equilibrio homeostático, el nivel de represión de los procesos mentales, o si se requiere ver de otro modo, la cantidad y calidad de los procesos mentales inconscientes involucrados.

Los contenidos del resumen de tratamiento son: duración y frecuencia de las sesiones; descripción de los procesos de instauración, desarrollo y evolución de la neurosis de transferencia (o de las manifestaciones transferenciales, en su caso); líneas de intervención o interpretativas; puntos de inflexión; contratransferencia. Sesiones particularmente significativas deben aparecer resumidas en el expediente clínico.

FASE V. SEGUIMIENTO. ULTIMAS TRES LLAMADAS

Las sesiones de seguimiento tienen como función principal la vigilancia del curso de los acontecimientos después de la crisis y de la intervención del consejero, además son útiles para orientar con respecto a aquellos casos en que aparecen manifestaciones traumáticas tardías de diversa índole.

Estas sesiones se realizarán con aquellos usuarios que, en las preguntas de cierre, hayan estado de acuerdo en dejar de ser anónimos (nunca dejará de ser confidencial la información, pero puede dejar de ser anónima), y por tanto aceptaron proporcionar datos reales con respecto a su nombre y número telefónico.

Este es el único caso en que el consejero telefónico está autorizado a ser quien marque el número del usuario. Cualquier otra situación debe haber sido consultada y en su caso autorizada en supervisión, o al menos por el coordinador de guardia.

Debe procurarse que el usuario tome la iniciativa al hacer la primera llamada de seguimiento, quince días después de la llamada considerada como última (que muchas veces también fue la primera). El consejero contactará a los 45 y 90 días después de la última llamada. Esta llamada puede hacerla un consejero diferente al del primer contacto o al que siguió el caso la última vez.

Las sesiones de seguimiento suelen ser de corta duración. En realidad la primera llamada de la fase de seguimiento pudiera ser cualquiera a partir de la segunda, según el caso. En efecto, es posible que la intervención en crisis realizada durante la primera llamada sea suficiente para el reestablecimiento del equilibrio, de manera que las tres entrevistas de seguimiento programadas aparezcan junto a los números 2, 3 y 4. De la misma forma, tal situación se puede presentar al término de la segunda sesión, de la intervención breve o de la psicoterapia por teléfono.

De cualquier manera, las últimas tres sesiones con el usuario han de corresponder, siempre que sea posible, a las entrevistas de seguimiento previstas por el modelo SAPTEL.

Durante estas sesiones, la obligación de los consejeros consiste en aclarar interrogantes presentadas en el cuestionario de seguimiento.

SAPTEL Y LA PSICOTERAPIA POR TELÉFONO

“La psicoterapia es una interacción planificada, cargada emocionalmente, y de confianza, entre una persona que cura, entrenada y sancionada socialmente, y otra que sufre. A lo largo de esta interacción el que cura busca aliviar el dolor y el malestar del que sufre a través de comunicaciones simbólicas, fundamentalmente palabras, aunque a veces también a través de actividades corporales. El que cura puede hacer participar o no a los familiares del paciente, o a otros, en sus rituales de cura. La psicoterapia también ayuda al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que se puede utilizar para el crecimiento emocional”¹ (Frank, 1988 P.74)

Esta definición, por considerarse completa, clara y surgida de un análisis sobre los elementos terapéuticos comunes a todas las psicoterapias, es la que se tomará como referencia principal en este trabajo de investigación.

En otro momento el autor de esa definición explica clara y abiertamente la dificultad que representa llevar a cabo investigación científica en el campo de la psicoterapia, principalmente por la naturaleza subjetiva de la misma, y cita a Koch, S., 1981pp. 76-77 como una voz autorizada en el campo de la investigación en psicología diciendo lo siguiente: “la psicología es [...] una colectividad de estudios de diversas inclinaciones, algunas de las cuales se pueden calificar como ciencia, mientras que el resto no puede[...] Extensos e importantes sectores de estudios psicológicos requieren formas de investigación más similares a las de las humanidades que a las de las ciencias”.

La psicoterapia es uno de esos importantes sectores que presentan especiales dificultades al investigador. Estas dificultades sólo permiten pocas esperanzas, en el sentido de que la aplicación del método científico debería producir insight que mejorara las psicoterapias.

Por otro lado, se considera que la psicoterapia es sólo una influencia más que opera breve e intermitentemente sobre el paciente en el contexto de sus

¹ Definición tomada del artículo *Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias*, por Jerome D. Frank, contenido en el libro Cognición y psicoterapia de Michael J. Mahoney y Arthur Freeman (comps)., 1988.

experiencias vitales cotidianas. Es muy complicado, si no es que imposible determinar qué acciones de la psicoterapia influyeron favorablemente en el paciente respecto a sus puntos de vista sobre sí mismo, los demás y su sistema de valores, ya que las entrevistas psicoterapéuticas representan, en el mejor de los casos, sólo contactos personales no muy frecuentes, intermitentes y breves, inmersos entre otros innumerables y lo que ocurre entre sesiones puede ser más importante para determinar el resultado, que lo que ocurre durante sesiones. De la misma manera, la psicoterapia y las experiencias cotidianas pueden interactuar de formas muy complejas porque un cambio en las perspectivas o en la conducta del paciente, logrado por la psicoterapia, afecta inevitablemente las actitudes de los otros hacia él o ella, ya sea para reforzar el tratamiento o para boicotearlo en caso de que esté afectando intereses egoístas de otros que rodean al paciente.

La investigación en psicoterapia tiene muchas dificultades prácticas, tales como la falta de pacientes adecuados y terapeutas experimentados, formas inadecuadas de clasificar a los pacientes y de describir terapias y problemas de medición de resultados. Estas dificultades con frecuencia llevan a los estudiosos de la psicología a elegir problemas de investigación, más con base en su simplicidad metodológica, que a su interés intrínseco o a su relevancia para lograr el bienestar humano.

Compartiendo la impresión personal de Frank, en su apartado sobre los elementos comunes a todas las psicoterapias, este trabajo de investigación documental se fundamenta en que los procedimientos psicoterapéuticos más innovadores se derivan realmente de la experiencia clínica. De esta forma el que descubre dichos procedimientos busca apoyo para ellos en los análogos de laboratorio o en las reflexiones y las experiencias compartidas por otros colegas experimentados. De ahí, la propuesta de adaptar una terapia cara a cara—la terapia cognitiva de la depresión—a una terapia por teléfono, de innovar para servir mejor, porque siempre existe la posibilidad de que haya un grupo de usuarios que requieran ir más allá del apoyo, o el consejo psicológico para beneficiarse de un proceso formal de psicoterapia vía telefónica.

Llegado este punto a continuación sigue la transcripción de una entrevista con el Dr. Federico Puente Silva, médico psiquiatra y psicoterapeuta con una experiencia de más de treinta años atendiendo cara a cara y vía telefónica a pacientes en México y en otras partes del mundo. Como se ha visto en los primeros capítulos de este trabajo el Dr. Puente establece uno de los primeros servicios profesionales de atención psicológica por teléfono en México el cual se ha mantenido trabajando profesionalmente y casi sin pausa desde hace ya 17 años. Este servicio es SAPTEL, cuyo nombre significa Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por teléfono y los profesionales que ahí han prestado sus servicios han atendido a miles de personas en situación de crisis psicológica y/o emergencia emocional. Como ya se ha visto en los reportes estadísticos presentados en este trabajo, un porcentaje de estos usuarios sólo llama una vez, otro porcentaje sigue un proceso de más de una llamada telefónica para continuar resolviendo su problemática hasta sentirse bien. Una de las fuentes principales para que la población conozca el servicio ha sido la propia recomendación personal que los usuarios han hecho a sus familiares y amigos. El servicio mencionado ha

crecido en cuanto a cobertura territorial, infraestructura, número de personal atendiendo a los usuarios y número de usuarios. Sin duda con todos estos cambios el servicio también ha comenzado—hace aproximadamente tres años—un proceso de transformación hacia la modernidad tecnológica, actualizando sus sistemas de captura de datos de usuarios, y de tratamiento estadístico de los mismos, así como una ampliación y especialización de los servicios que ofrece, tal es el caso de la reciente implementación de la psicoterapia formal por teléfono prototipo de la que se llevaría a cabo cara a cara, respecto de lo cual la opinión y experiencia del Dr. Federico Puente constituyen un elemento crucial y de peso para explorar la factibilidad existente en la psicoterapia formal vía telefónica.

Entrevista con el Dr. Federico G. Puente Silva (transcripción de com. pers.):

Pregunta 1

Dr. Puente: ¿Podría platicarnos acerca de los factores que influyeron para que al modelo de Intervención SAPTEL se agregara la modalidad de psicoterapia para dos personas a la vez, vía telefónica?

Respuesta

La experiencia tanto en los pacientes atendidos vía telefónica, como la experiencia clínica que uno tiene y obtiene de la práctica clínica es que hay asuntos que involucran a dos personas y que la solución de estos asuntos frecuentemente es mejor si uno cuenta con la presencia de esas dos personas. En parejas disfuncionales, la disfunción de uno retroalimenta la disfunción del otro y viceversa, por lo que el atender simultáneamente a dos personas puede ser de mucha utilidad.

Quizá podríamos poner el ejemplo del primer caso que atendimos de dos personas a la vez, que se refiere a una pareja de abuelos jóvenes, él de 43 años y ella de 42 y ambos habían presentado varios intentos serios, graves de suicidio, ambos habían terminado respectivamente en unidades de terapia intensiva, o sea que no estaríamos hablando de la condición clínica de un intento de suicidio, sino en este caso, de un intento de suicidio no consumado, y ambos presentaban modelos de desesperanza aprendida, de indefensión aprendida, de poca tolerancia a la frustración, en donde uno retroalimentaba al otro y decidimos atenderlos en forma simultánea, lo cual se hizo con sesiones semanales aproximadamente de 40 minutos. Nos hablaban los días viernes a las 9 de la mañana, durante un año y se logró modificar en ambos su disfunción y ahora están funcionando adecuadamente. Estas personas, esta pareja de abuelos jóvenes son personas de clase baja- alta suburbana, son de un pequeño pueblo de Xochimilco. Ellos viven del trabajo de él, que trabaja como vigilante nocturno de un mercado público. Cuentan con una línea telefónica, y bueno, los dos se motivaron y se comprometieron y hablaban regularmente los dos cada viernes a pedir ayuda. Este sería un ejemplo del modelo de atención psicológica para dos personas en forma simultánea por teléfono.

Pregunta 2

¿Cuántos pacientes han sido atendidos en esta modalidad?

Respuesta

En este momento han sido atendidos, bueno, en el primer año, estamos ahorita en año y medio, pero el primer año se atendieron 120 personas, es decir, 60 parejas.

Pregunta 3

¿Cuál ha sido la respuesta de los usuarios en términos de adherencia terapéutica?

Respuesta

Ha sido muy alta, casi la totalidad, por no decir la totalidad se han mantenido en el programa de psicoterapia. Cada estudiante de postgrado, y tenemos 12 en SAPTEL, se hizo cargo de una pareja y a su vez, cada estudiante de postgrado tiene un profesor supervisor. Entonces cada pareja de pacientes han sido atendidos por una persona con experiencia en SAPTEL de varios años de trabajo y bajo la supervisión de un profesor y **la deserción de estas 120 personas durante un año ha sido de cero.**

Pregunta 4

Podría decirnos Doctor, desde su experiencia como especialista en psicoterapia, si ha encontrado **diferencias**, y de ser así cuales han sido, **entre dar tratamiento psicológico por teléfono y cara a cara:**

Respuesta

Bueno, tienen puntos en común y tienen diferencias, quizá la diferencia más marcada en México se refiere al nivel socioeconómico. La totalidad de la gente que hemos atendido en esta modalidad de dos a la vez, son gente de clase media baja o de clase baja-alta, o sea gente con limitaciones económicas, para quienes SAPTEL constituye realmente su única opción de terapia de dos. Son personas que viven en zonas suburbanas, no cercanas a hospitales o centros universitarios donde podrían obtener una terapia psicológica económica o gratuita. Entonces por el momento sería la característica principal de la gente atendida y la diferencia con la experiencia en otras áreas.

Esto no quiere decir que la terapia para dos en forma simultánea por teléfono no sea útil o no se pueda aplicar a clase media o clase alta, sin embargo, esa no ha sido la experiencia de SAPTEL. Desde mi experiencia personal privada, yo tengo pacientes de clase media-alta que residen en el extranjero principalmente, o fuera de la ciudad de México y se maneja una sesión semanal de pareja en forma simultánea con mucho éxito.

Pregunta 5

El reporte anual 2005 nos informa que en esa nueva modalidad de atención psicológica por teléfono para dos personas, están participando doce alumnos de postgrado del Diplomado Psicoterapia por Teléfono que está usted impartiendo en las Instalaciones del Centro SAPTEL Lilas. A partir de este hecho ¿debemos entender que es posible establecer y mantener con el usuario un tratamiento psicoterapéutico formal que va más allá del apoyo, consejo psicológico e intervención en crisis?

Respuesta

Si, o sea, la experiencia nos indica que si la persona, o sea el terapeuta es un individuo adecuadamente entrenado, capacitado, podrá llevar a cabo vía telefónica una psicoterapia formal. Las psicoterapias, igual que otras intervenciones responden a la realidad, a las necesidades y realidades de los individuos y tenemos que reconocer que a las personas cada vez más en el mundo, les cuesta trabajo desplazarse, de su casa o de su trabajo al consultorio. Este desplazamiento, al que los economistas llaman costo-desplazamiento, ha ido progresivamente en aumento por varios motivos, o sea, el tiempo que tarda uno en desplazarse de un punto a otro cada vez es mayor, la energía que uno gasta para ir y regresar, también es cada vez mayor. Existen ahora en las grandes ciudades problemas importantes para estacionarse, a veces los costos de hacerlo son elevados y a veces, bueno, problemas para transitar resultado de lluvias o de pltones o de manifestaciones o el asunto también de la violencia, ya que cada vez hay mayor inseguridad; es decir, existen toda una serie de factores o de variables que hacen que el sujeto tenga problemas para desplazarse. Vamos a pensar ahora en la gente mayor, ellos pueden entrar a una psicoterapia formal vía telefónica, con el solo hecho de alzar su teléfono. O un niño, una terapia importante para un niño de padres que se están divorciando o que un hermanito tenga cáncer o diabetes juvenil, o que esté paralítico. Bueno, vía telefónica el niño puede acceder a su terapeuta sin dificultades. O personas que están sobrecargadas de trabajo y que también tienen que utilizar su tiempo para cuidar de su salud mental. **La psicoterapia o intervención psicológica formal por teléfono es un hecho, es una realidad y gradualmente cada vez se usa más con éxito, por supuesto se requiere que la persona que la practique tenga una adecuada capacitación y entrenamiento.**

Pregunta 6

¿Nos podría decir, Doctor, para quienes no es adecuada la psicoterapia por teléfono?

Respuesta

Bueno, no sería adecuado para ningún caso agudo, por ejemplo una psicosis, un cuadro agudo de psicosis o esquizofrenia paranoide o de otro tipo, no sería útil para un caso suicida, porque ahí si el apoyo, el consejo psicológico—que es más superficial—ayuda en ese momento. Una persona en crisis no puede recibir psicoterapia porque no está en condiciones de tenerla y puede resultar contraproducente.

Cualquier caso agudo de alcoholismo o de drogodependencia no se va a beneficiar, o personas que tienen por ejemplo ataques de pánico. Sin embargo, **para el resto: personas con fobias, con neurosis de ansiedad, con**

depresiones crónicas, con disfunciones sexuales, con trastornos de la personalidad (gente con una personalidad inadecuada y/o disfuncional) la psicoterapia por teléfono puede ser muy útil.

Pregunta 7

Desde su punto de vista ¿cuáles serían para el profesional que atiende telefónicamente al usuario, los requisitos más importantes para asegurar que está dando sus servicios responsablemente?

Respuesta

El más importante, bueno, son varios establecidos en forma general nacional e internacionalmente. Primero se tiene que evaluar al aspirante a psicoterapeuta en lo personal, de tal manera que, por una parte, se descarte patología en el individuo que pueda interferir con la atención del paciente e inclusive afectarla. **Dentro de esta evaluación el aspirante a terapeuta también tiene que mostrar un perfil que incluye destrezas y habilidades psicoterapéuticas: empatía, capacidad de escuchar, capacidad analítica, capacidad de cuestionamiento crítico y respetuoso.**

Una vez evaluada la persona y que demuestra que tiene los elementos básicos que cualquier psicoterapeuta necesita, el segundo paso es una capacitación y entrenamiento adecuados para que el sujeto obtenga y desarrolle herramientas psicoterapéuticas para serle útil a sus pacientes.

El tercer factor, que es muy importante, es una supervisión clínica continua, por una persona, por un supervisor con experiencia clínica de varios años que cuente con un entrenamiento académico y psicoterapéutico adecuado que le permita asesorar y retroalimentar al psicoterapeuta en formación sobre sus errores y aciertos.

Pregunta 8

Y ¿cuáles serían los requisitos básicos para que el usuario tenga acceso a la psicoterapia vía telefónica?

Respuesta

Por el momento, bueno, sería necesario que cuente con un teléfono, una línea telefónica y privacidad para conversar a través de ella, donde se sienta a gusto para hablar de su persona sin problemas, sin dificultades. **Tiene que ser una persona con capacidad de insight, de reconocer sentimientos y pensamientos que le dificultan funcionar y ser una persona adecuada a los requerimientos del mundo. Se necesita también que presente cierta disciplina, cierto orden en su vida como perfil individual, que asegure que va a tomar la terapia y se va a mantener en ella, bueno, por supuesto, debe tener un coeficiente intelectual adecuado, alrededor de 100 y, bueno..., todo esto originará motivación para trabajar psicoterapéuticamente y salir adelante.**

Pregunta 9

Según su opinión profesional **¿qué elementos hacen a una conversación sostenida vía telefónica una psicoterapia?**

Respuesta

Se requiere de varios elementos. El primero de ellos es una buena relación terapeuta-paciente, una alianza terapéutica entre el paciente-cliente y el terapeuta, de tal manera que el paciente o cliente se sienta en confianza de hablar, revisar asuntos que podrían ser importantes para su vida. Estos asuntos pueden ser dolorosos, son asuntos de cierto elemento confidencial, por lo que se requiere de una muy buena relación terapeuta-paciente.

Se requiere por supuesto de que el consejero telefónico o terapeuta cuente con un buen entrenamiento psicoterapéutico, de tal manera que respete al paciente, le de su espacio y su tiempo para ir planteando los asuntos de acuerdo a su propio ritmo. Cuando el terapeuta tiene experiencia invita al paciente a revisar ciertos temas, lo cual hace con un profundo respeto hacia el paciente.

El que el terapeuta tenga un buen entrenamiento o capacitación también le va a permitir interpretar, es decir, no tomar solamente de manera literal lo que escucha, sino tratar de entender qué significa lo que está diciendo el paciente y en algunos casos cuál es el elemento simbólico del discurso del paciente.

Pregunta 10

¿Es posible obtener vía telefónica una evaluación adecuada de la condición psicológica del usuario?

Respuesta

Si. Aquí también hablaríamos de dos elementos, uno A y uno B. **El psicólogo, el terapeuta primero debe tener un entrenamiento, una capacitación adecuado para evaluar a cualquier paciente, usuario o cliente, tanto en el modelo cara a cara como en el modelo por teléfono, es decir, la persona debe contar con un entrenamiento para evaluar el estado mental del paciente y por supuesto también tener información para poder hacer el diagnóstico o valoración.** El elemento B se refiere a aplicar esa información a través del teléfono, es decir, tomando como unidad y principal elemento el discurso del paciente, su contenido y la forma, en este caso, la voz y esto requiere de un entrenamiento específico.

En la segunda etapa de SAPTEL donde se atendieron a 4000 pacientes durante 24 meses en la Facultad de Psicología, contamos con psicólogos invidentes de los cuales aprendimos que ellos con la voz visualizan al paciente en su mente y ese procedimiento y técnica resulta útil. Ahora bien, queremos subrayar que se requiere de entrenamiento y capacitación.

Pregunta 11

¿Cómo puede evaluarse el progreso del tratamiento en la psicoterapia por teléfono?

Respuesta

Bueno, igual que la terapia cara a cara, es decir, lo que reporta, lo que manifiesta el paciente es uno de los parámetros más importantes. En el caso

del modelo cara a cara, observamos al paciente y eso nos da mucha información. **Ahora bien, en el modelo telefónico la voz del paciente nos indica mejoría, además del contenido del discurso, pero la voz es muy importante como uno de los parámetros de evaluación.**

Pregunta 12

¿Considera que la psicoterapia por teléfono tiene riesgos para el paciente y/o para el terapeuta?

Respuesta

No obligadamente. Cuando uno inicia una psicoterapia en cualquier modalidad, se va evaluando periódicamente el grado de avance y lo mismo ocurre en el modelo cara a cara. En algunas ocasiones el paciente no se encuentra satisfecho del progreso terapéutico y el paciente se retira en ambos modelos, en el cara a cara y en el modelo por teléfono, o en algunos casos, un buen psicoterapeuta se da cuenta de que el plan terapéutico no está funcionando. Lo que se ha visto en algunos casos es que lo que está equivocado es el diagnóstico, entonces el plan de acción no está resolviendo el problema real del paciente, o sea que el diagnóstico por alguna razón está equivocado.

En algunos casos, se presenta la contratransferencia, es decir, la transferencia negativa donde al terapeuta le conflictúa un paciente en particular y esto hace que la terapia no progrese. Si el terapeuta también tiene un buen entrenamiento y en algunos casos, supervisión clínica, podrá identificar o bien el supervisor, que se está dando un proceso de transferencia negativa y entonces en ese momento lo ético, además de lo recomendable es que el terapeuta refiera al paciente a otro terapeuta.

Ahora bien, debemos considerar en qué tipo de pacientes no se debe aplicar psicoterapia, ni cara a cara ni por teléfono. Estos pacientes son aquellos con ideas suicidas, personas con cuadros psicóticos agudos o con crisis agudas de alcoholismo o drogodependencia o con estados depresivos profundos. En todos estos casos, el Yo o ego del paciente no cumple con los requisitos para poder trabajar psicoterapéuticamente, ya que se encuentra débil y no es posible trabajar así con temas psicoterapéuticos. Todos estos pacientes sí son candidatos a una terapia de apoyo, a una intervención en crisis.

FIN DE LA ENTREVISTA

Esta plática con el Dr. Federico Puente es muy importante para poner en contexto esta tesis porque la finalidad de la misma es proponer un modelo efectivo de atención psicoterapéutica por teléfono para usuarias con depresión de leve a moderada, en este caso, el modelo de la terapia cognitiva de la depresión.

Como complemento a esta plática, es digno de consideración el análisis realizado por Jerome D. Frank sobre algunas generalizaciones en cuanto a los resultados de las psicoterapias.

Existen cuatro generalizaciones relativamente bien establecidas con respecto a por qué las psicoterapias son efectivas (dichas generalizaciones explican por

qué es mejor que una persona con un trastorno que amerite una psicoterapia la reciba, sea cara a cara, o a distancia a través del teléfono):

Primera. *Los pacientes que reciben cualquier forma de psicoterapia mejoran más que los controles observados durante el mismo período y que no reciben psicoterapia formal, aunque por supuesto no se excluía el haberse beneficiado de contactos informales de ayudas ofrecidos por otras personas* (Sloane, Staples, Cristol, Yorkston y Whipple, 1975; Smith, Glass y Miller, 1980, citados por Frank, 1988, p. 79)

Segunda. *Los estudios de seguimiento parecen mostrar, de forma coherente, que con independencia del tipo de terapia, la mayoría de los pacientes que muestran una mejoría inicial la mantienen* (Lieberman, 1978b, citado por Frank, 1988). Además, cuando dos terapias alcanzan diferencias en resultado al acabar el tratamiento, con pocas excepciones, esas diferencias desaparecen con el tiempo, y el cierre de la brecha parece depender de los pacientes que reciben la terapia que tuvo menos resultados exitosos, regresando los dos grupos por igual a la media al dejar de recibirla (Gelder, Marks y Wolf, 1967; Lieberman, 1978b, citado por Frank, 1988). En otras palabras, este resultado sugiere que el principal efecto beneficioso de la psicoterapia en muchos pacientes puede consistir en acelerar la mejora que hubiera ocurrido de cualquier otra forma.

Tercera. La mayoría de los determinantes del éxito terapéutico se basan más en las cualidades personales y en la interacción entre el paciente y el terapeuta, que en el método de terapia utilizado.

Cuarta. Hay algunas condiciones en las que el método terapéutico logra una diferencia significativa en el resultado. Parece que las terapias conductistas son más efectivas para fobias, compulsiones, obesidad y problemas sexuales, que otras terapias menos centradas en síntomas.

Es de especial interés desde el punto de vista de la hipótesis que ofrece Frank, el que la terapia cognitiva, que busca combatir cogniciones negativas sobre uno mismo, el futuro y las relaciones con otra gente, parece ser particularmente efectiva con los pacientes depresivos (Rush, Beck, Kovacs y Hollin, 1977, citado por Frank, 1988). Sin embargo la eficacia de todos los procedimientos depende del establecimiento de una buena relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta. Ningún método funciona en ausencia de esta relación.

El refinamiento que se tiene hoy día en la categorización de los pacientes y el conocimiento de sus síntomas, además de una delineación más precisa de las terapias y una diferenciación más clara de la medida de los resultados, sin duda coadyuvan al tratamiento exitoso y al alivio del sufrimiento de los pacientes como meta más importante de toda psicoterapia. No obstante, se puede concluir que las características compartidas por todas las terapias explican una cantidad apreciable de la mejoría observada en la mayoría de los pacientes que responden al tratamiento (Frank, 1973, citado por Frank, 1988)

Como puede apreciarse, los puntos de vista del Dr. Puente y el Dr. Frank coinciden casi por completo y de manera importante sobre los elementos esenciales de toda psicoterapia, sin importar si el modelo de atención es cara a cara o a distancia. Por lo tanto, los puntos fuertes a los que se les concederá mayor interés en la elaboración de este manual de terapia cognitiva de la depresión por teléfono son:

- 1. Hacer un diagnóstico confiable del usuario vía telefónica.**
- 2. Diferenciar cuando sí proponer al usuario recibir una psicoterapia formal breve por teléfono y cuando lo beneficiaría más un tratamiento cara a cara.**
- 3. Desarrollar una sólida alianza terapeuta-paciente.**
- 4. Adaptar y aplicar correctamente por teléfono las técnicas de la Terapia Cognitiva de la depresión.**

CAPITULO 8

ADAPTACIÓN DEL MODELO DE TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN DE AARON BECK AL MODELO DE ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA DE SAPTEL

El manual para la atención psicológica vía telefónica de la depresión para usuarias afectadas por este problema, cuyo tratamiento en SAPTEL esté indicado, será diseñado como un material de consulta escrito que el terapeuta al teléfono tendrá a su disposición para tratar a sus pacientes telefónicos con la Terapia Cognitiva de la depresión.

A continuación se proporcionará un esquema detallado de los contenidos del mismo:

SECCION I

La psicoterapia por teléfono

- ¿Qué es y cómo funciona la Psicoterapia por teléfono?
- Ventajas y desventajas del contacto telefónico en el tratamiento psicológico.
- El terapeuta telefónico
- El paciente por teléfono
- Consideraciones éticas de la psicoterapia por teléfono

SECCION II

Terapia cognitiva, terapia conductual, psicoanálisis y farmacoterapia, un continuo cognitivo

- La complementariedad de la terapia cognitiva, la terapia conductual, el psicoanálisis y la farmacoterapia para el entendimiento y tratamiento de los trastornos emocionales
- La terapia cognitiva de los trastornos emocionales. Panorama General.

SECCION III

El modelo cognitivo de los trastornos emocionales

- Exposición del modelo cognitivo de los trastornos emocionales.
- Descubriendo los pensamientos automáticos
- La naturaleza de los pensamientos automáticos
- Auto-monitoreo y auto-instrucciones
- Las anticipaciones
- Reglas y señales internas
- Significado y emociones
- La ruta hacia la emoción
- El dominio personal
- Tristeza
- Ansiedad

- Enojo
- Transgresiones con y sin intención
- Transgresiones indirectas
- Transgresiones hipotéticas
 - El contenido cognitivo de los trastornos emocionales.
 - Depresión
- Naturaleza de los trastornos del pensamiento
- La ley de las reglas
- Las paradojas de la depresión
- El sentido de pérdida
- Desarrollo de la depresión
- Autoestima baja y autocrítica
- Pesimismo
- El efecto "bola de nieve" de la tristeza y la apatía
- Cambios en la motivación
- Conducta suicida
- Estudios experimentales de la depresión
- Una síntesis de la depresión

SECCION IV

Requisitos fundamentales para la práctica de la Terapia Cognitiva de la Depresión en SAPTEL.

- Requisitos del terapeuta para conducir una terapia cognitiva de la depresión (cara a cara, o por teléfono).
- Requisitos del paciente SAPTEL para ser candidato a la Terapia Cognitiva de la Depresión.
- El primer contacto telefónico con el usuario solicitando apoyo psicológico para la aplicación potencial de la terapia cognitiva de la depresión en SAPTEL.
- Primera llamada telefónica: información relevante para la toma de decisiones respecto de la aplicación de la Terapia Cognitiva de la Depresión por teléfono.

SECCION V

La práctica de la Terapia Cognitiva de la Depresión por teléfono en SAPTEL

- La relación terapéutica desde la terapia cognitiva
- La interacción terapéutica
- La colaboración terapéutica
- Reacciones de transferencia y contratransferencia
- Estructura de la sesión terapéutica
- Pautas específicas para el terapeuta
- Estructura formal de la terapia cognitiva de la depresión por teléfono (TCDpT)

SECCION VI

La Entrevista inicial

- Recogiendo la información relevante
- Transformando las "quejas principales" en "síntomas objetivo"
- Objetivos terapéuticos de la entrevista inicial
- Seleccionar los síntomas objetivo
- La queja principal
- Manifestaciones emocionales en la depresión
- Manifestaciones cognitivas de la depresión
- Manifestaciones motivacionales
- Manifestaciones físicas y vegetativas
- Delirios
- Alucinaciones
- Examen Clínico
- Contrarrestar los síntomas objetivo
- Énfasis en el procesamiento de información inadecuado
- Feedback en la entrevista inicial

SECCIÓN VII

Evaluación y calificación de la severidad de la depresión del paciente, sesión por sesión

- El uso por teléfono del Inventario de Depresión de Aaron T. Beck.
- **Inventario de Depresión de Aaron T. Beck** (Beck, 1983).
- El uso por teléfono de la Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton (www.grupoaulamedica.com)
- **Escala de depresión de Evaluación de la depresión de Hamilton**

SECCIÓN VIII

Técnicas conductuales para el tratamiento de pacientes con depresión

- La modificación cognitiva a través de la modificación conductual.
- Programación de actividades para superar la inactividad física y social
- Programa semanal de actividades
- Técnicas de dominio y agrado
- Pleasant events schedule
- Asignación de tareas graduales
- Pautas importantes para el terapeuta:
- Práctica cognitiva
- Entrenamiento en asertividad y role-playing
- Conclusiones sobre las técnicas conductuales

SECCIÓN IX

Técnicas Cognitivas para el tratamiento de pacientes con depresión

- Fundamento teórico de las técnicas cognitivas.
- Explicar el fundamento teórico al paciente
- Técnicas de re-atribución
- Búsqueda de soluciones alternativas
- Registro de pensamientos inadecuados.

SECCIÓN X

Seleccionando los síntomas objetivo y conociendo las técnicas específicas para contrarrestarlos.

- Selección de objetivos y técnicas
- **Síntomas afectivos:** tristeza.
- Técnica de la Cólera Inducida para hacerle frente a la tristeza.
- Distracción.
- Humor.
- Limitando las Expresiones de Disforia.
- "Construir un Piso" bajo la Tristeza.
- Períodos de Llanto "incontrolable".
- Sentimientos de culpabilidad.
- Vergüenza.
- Cólera.
- Ansiedad.
- **Síntomas motivacionales:** Pérdida de la Motivación Positiva e Incremento de la Tendencia a la Evitación.
- Dependencia.
- **Síntomas cognitivos.**
- Indecisión.
- Percepción de los Problemas como Abrumadores.
- Autocrítica (El uso del Role-Playing).
- Pensamiento Absolutista (Todo o Nada).
 - Buscando Ganancias Parciales ("Plus") en los Contratiempos.
 - Empleo de la Preguntas Dirigidas a Uno Mismo.
- Problemas de Memoria y Dificultad para Concentrarse.
- **Síntomas conductuales.**
- Pasividad, Evitación e Inercia.
 - Programas de Actividades.
 - Asignación de Tareas Graduales.
 - Haciendo Frente a los "Problemas Prácticos".
 - Problemas de Habilidades Sociales.
 - Problemas en las Relaciones Interpersonales.
- **Síntomas fisiológicos**
 - Alteraciones del Sueño.
 - Alteraciones Sexuales y del Apetito.
 - Consumo de alcohol y drogas asociado a la depresión.
- **Contexto social de los síntomas.**

SECCIÓN XI

Técnicas específicas para el paciente deprimido suicida

- Primera parte: preguntas para elicitación de la información esencial
- Segunda parte: ampliar las perspectivas del paciente
- Tercera parte: "terapia basada en las alternativas"
- Cuarta parte: obtener datos más precisos
- Quinta parte: conclusión
- Escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler

Sección XII

Modificación de los Supuestos Depresógenos

- ¿Qué son los Supuestos subyacentes?
- Identificación de los supuestos inadecuados
- Modificación de los supuestos
- Los supuestos como objetivos
- Modificación de los "debería"
- Los supuestos como contratos personales
- Los supuestos como profecias auto-cumplidas
- Supuestos que subyacen a los errores cognitivos
- Errores cognitivos y los supuestos de los que derivan
- Listar las ventajas e inconvenientes de los supuestos inadecuados
- El papel de la acción en la modificación de los supuestos inadecuados
- Neutralizar los supuestos relacionados con la autoestima
- Exponer la arbitrariedad de los supuestos
- Utilidad de los supuestos a largo plazo Vs. Los supuestos a corto plazo

SECCIÓN XIII

El tratamiento sesión por sesión. Curso típico de la terapia

- De la sesión 1 a la 20.
- Sesiones de seguimiento a 1, 2, y 6 meses.

CAPITULO 9

MANUAL DE TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN POR TELEFONO

PREFACIO

A los terapeutas al teléfono:

Este documento le ofrece una orientación clínica para un sistema de tratamiento cognitivo conductual vía telefónica de los trastornos depresivos leve y moderado en la mujer. Ha sido diseñado para que los psicólogos clínicos del Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por teléfono, SAPTEL se familiaricen con este tipo de terapia o refuercen sus conocimientos sobre la misma.

Constituye una guía completa para que intervenga telefónicamente haciendo uso se la Terapia cognitiva de la depresión desarrollada por Aaron Beck y colaboradores (Beck et al., 1983).

Aún cuando el manual es para atender a mujeres que padecen algún trastorno depresivo, de grado leve a moderado, usted puede usar sus lineamientos y técnicas para atender también a varones, teniendo en cuenta la importancia de adaptar las técnicas propuestas al género y edad de sus pacientes.

La primera sección consiste en detallar qué es y como funciona la Psicoterapia por teléfono, qué características debe reunir el psicólogo para aplicarla con éxito, para qué tipo de pacientes es útil y las consideraciones éticas a las que deberá ceñirse si desea hacer uso de este modelo de tratamiento.

La segunda sección explora las características de la terapia cognitiva, la terapia conductual, el psicoanálisis y la farmacoterapia como un continuo importante y complementario para entender los trastornos emocionales.

En la tercera sección usted estudiará el modelo cognitivo de los trastornos emocionales de una manera general y tal y como fue desarrollado por el Dr. Beck. Además, se sugiere bibliografía para que adquiera conocimiento teórico sólido al respecto, el cual es muy importante para su desenvolvimiento como terapeuta cognitivo.

La sección cuarta es una amplia exposición del modelo cognitivo de la depresión de Beck. También se delimitan los requisitos para llevarlo a cabo, sus limitaciones y cómo se maximizan sus efectos. Se explora el papel de las emociones en este enfoque y la importancia de que usted desarrolle una positiva y beneficiosa relación terapéutica con sus pacientes para trabajar con ellos la terapia cognitiva por teléfono.

La quinta sección es sobre cómo aplicará la terapia cognitiva de la depresión por teléfono. Los lineamientos para usted como terapeuta y la preparación que debe dar a sus pacientes para este tipo de tratamiento.

La sexta sección es la exposición en detalle de cómo debe llevar a cabo la entrevista inicial con sus pacientes y la información que será de vital importancia para comenzar el tratamiento.

En la séptima sección se encuentra el uso y manejo telefónico que usted hará del Inventario de Depresión de Beck y de la Escala de depresión de Hamilton para evaluar el grado de avance de la terapia y para detectar el riesgo suicida de sus pacientes sesión por sesión.

La octava sección es una recopilación de las técnicas conductuales implementadas para la modificación cognitiva y para reestablecer sobre todo el nivel de actividad de los pacientes y sacarlos del círculo vicioso que característico de la depresión: tristeza-inactividad-deseesperanza-tristeza.

La novena sección le muestra—mediante algunas técnicas—como capacitar a su paciente para que use a su favor los contenidos de su pensamiento y le sea posible entender la influencia de las cogniciones (pensamientos) sobre sus afectos y su conducta, y la importancia de esta relación como determinante del estado de ánimo. Además muestra cómo transmitir al paciente el origen y fundamento de las técnicas cognitivas para que éste entienda de dónde surgen, para qué sirven y cómo aplicarlas en su vida cotidiana al servicio de su salud mental y con resultados duraderos.

En la décima sección se le explica cómo determinará junto con su paciente los síntomas “objetivo” cognitivos, conductuales y fisiológicos y las técnicas para comenzar a eliminarlos uno a uno, así como la manera de enfrentar problemas como la pérdida de la motivación positiva y las conductas de evitación características de la resistencia al cambio. El contexto social de los síntomas es también estudiado en esta sección que es fundamental porque, como ya se ha mencionado, el paciente se mantendrá motivado para el tratamiento si experimenta una mejoría en sus síntomas desde la primera sesión.

Asimismo, se incluye la importancia de evaluar el riesgo suicida de un paciente y de la detección de la intencionalidad suicida en el momento del tratamiento en el que pudiera presentarse. Las técnicas específicas para el paciente suicida también se encontrarán en esta sección.

La onceava sección explica de manera muy amplia el tema de los Supuestos que maneja el paciente, y que obviamente están contribuyendo a su trastorno depresivo. Estos supuestos deberán ser modificados mediante diversas técnicas que el terapeuta enseñará al paciente, comenzando con la capacitación de éste último para que los detecte, los registre y los cambie por otros que sean antidepresión.

La doceava sección es una exposición de cómo usted estructurará cada una de las sesiones, de la número uno hasta la veintidós, y cómo deberán ser las sesiones de seguimiento a uno, dos y seis meses del tratamiento, las cuales constituyen la finalización del mismo.

INDICE

Pág.

SECCIÓN I: LA PSICOTERAPIA POR TELEFONO.....	149
¿Qué es y cómo funciona la Psicoterapia por Teléfono?.....	149
Ventajas y Desventajas del contacto telefónico en el tratamiento psicológico.....	150
El terapeuta telefónico.....	152
El paciente por teléfono.....	152
Consideraciones éticas de la Psicoterapia por Teléfono.....	152
 SECCION II: TERAPIA COGNITIVA, TERAPIA CONDUCTUAL, PSICOANALISIS Y FARMACOTERAPIA (UN CONTINUO COGNITIVO).....	155
La terapia Cognitiva de los Trastornos emocionales Panorama general.....	159
 SECCIÓN III	
EL MODELO COGNITIVO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES.....	164
Descubriendo los pensamientos automáticos.....	166
La naturaleza de los pensamientos automáticos.....	168
Auto-monitoreo y auto-instrucciones.....	169
Las anticipaciones.....	171
Reglas y señales internas.....	171
Significado y emociones.....	174
La ruta hacia la emoción.....	176
El dominio personal.....	177
La tristeza.....	178
La ansiedad.....	179
El enojo.....	180
El contenido cognitivo de los Trastornos Emocionales.....	184
Depresión.....	187
Naturaleza de los trastornos del pensamiento.....	188
La ley de las reglas.....	189
Las paradojas de la depresión.....	193
El sentido de pérdida.....	194
Desarrollo la Depresión.....	196
Autoestima baja y Autocrítica.....	199
Pesimismo.....	202
El efecto “bola de nieve” de la tristeza y la apatía.....	203
Cambios en la motivación.....	205
Conducta suicida.....	206
Estudios experimentales de la depresión.....	207
Una síntesis de la depresión.....	209

SECCION IV

REQUISITOS FUNDAMENTALES PARA LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN EN SAPTEL.....	212
Requisitos del terapeuta para conducir una terapia cognitiva de la depresión (cara a cara o por teléfono).....	212
Requisitos del paciente SAPTEL para ser candidato a la Terapia Cognitiva de la Depresión.....	216
El primer contacto telefónico con el usuario solicitando apoyo psicológico para la aplicación potencial de la terapia cognitiva de la depresión por teléfono.....	219
Primera llamada telefónica: información relevante para la toma de decisiones respecto de la aplicación de la Terapia Cognitiva de la Depresión por teléfono.....	220

SECCION V

LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN POR TELÉFONO EN SAPTEL.....	227
La relación terapéutica desde la terapia cognitiva.....	227
La aceptación, la empatía y la autenticidad.....	227
La interacción terapéutica.....	230
Confianza básica.....	230
Importancia del Rapport.....	230
La colaboración terapéutica Recogida de "Datos brutos".....	232
Autenticidad de los datos introspectivos.....	233
Investigación de los supuestos subyacentes.....	234
Diseño de experimentos.....	234
Asignación de tareas para casa.....	235
Técnicas terapéuticas "no colaborativas".....	235
Reacciones de "transferencia" y "contratransferencia".....	236
Estructura de la sesión terapéutica Pautas específicas para el terapeuta.....	238
Evitar "etiquetar" al paciente y hacer juicios de valor.....	239
No traducir la Conducta Contraproducente a "Deseos Inconscientes".....	240
Ajustar el nivel de actividad y estructurarlo según las necesidades del paciente.....	240
Emplear las preguntas como Instrumento terapéutico.....	241
Emplear el método de hacer preguntas en vez de discutir o sermonear.....	243
Emplear el humor con prudencia y sensatez.....	244
Estructura formal de la terapia cognitiva de la depresión por teléfono (TCDpT).....	244
Fluctuaciones en la Intensidad de los Síntomas; Recaídas.....	247
Formular un Plan de Terapia para cada sesión.....	247
Establecer la Agenda al Comienzo de la Sesión.....	249
Formular y Comprobar Hipótesis Concretas.....	250
Hacer que el Paciente nos retroalimente.....	252

Resúmenes Intercalados.....	253
Contar con la Participación de Personas Significativas.....	254
SECCIÓN VI	
LA ENTREVISTA INICIAL.....	256
Recogiendo la información relevante.....	257
Información para el Diagnóstico.....	258
Exploración del Estado Mental.....	259
Trasformando las “quejas principales” en “síntomas objetivo”	260
Objetivos terapéuticos de la entrevista inicial.....	261
Seleccionar los síntomas objetivo.....	262
La queja principal.....	262
Manifestaciones emocionales en la depresión.....	264
Manifestaciones cognitivas de la depresión.....	266
Manifestaciones motivacionales.....	268
Manifestaciones físicas y vegetativas.....	272
Delirios.....	274
Alucinaciones.....	276
EXAMEN CLINICO.....	276
Contrarrestar los síntomas objetivo.....	279
Énfasis en el procesamiento de información inadecuado.....	281
Feedback en la entrevista inicial.....	281
SECCIÓN VII	
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA DEPRESIÓN DEL PACIENTE.....	285
El uso por teléfono del Inventario de Depresión de Aaron T. Beck.....	285
El uso por teléfono de la Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton.....	286
SECCIÓN VIII	
TÉCNICAS CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN.....	288
Programación de actividades para superar la inactividad física y social.....	288
Programa Semanal de Actividades.....	292
Programa Semanal de Actividades con evaluación de Dominio y Agrado.....	293
Pleasant Events Schedule.....	298
Asignación de tareas graduales.....	300
Características de la Asignación de Tareas Graduales.....	299
Pautas importantes para el terapeuta.....	301
Práctica cognitiva.....	302
Entrenamiento en Asertividad y Role-playing.....	302
Conclusiones sobre las técnicas conductuales.....	303

SECCIÓN IX

TÉCNICAS COGNITIVAS PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN	305
Fundamento teórico de las técnicas cognitivas.....	305
Explicar el fundamento teórico al paciente.....	306
Definición de "Cognición" para el Paciente.....	309
Influencia de las Cogniciones sobre los Afectos y la Conducta....	310
Cognición y Experiencias Recientes.....	311
Detección de los Pensamientos Automáticos.....	312
Examinar y someter a una Prueba de Realidad las Imágenes y los Pensamientos Automáticos.....	315
Técnicas de re-atribución.....	318
Búsqueda de soluciones alternativas.....	321
Registro de pensamientos inadecuados.....	326

SECCIÓN X

SELECCIONANDO LOS SÍNTOMAS OBJETIVO Y CONOCIENDO LAS TÉCNICAS ESPECÍFICAS PARA CONTRARESTARLOS	330
Selección de objetivos y técnicas.....	331
Técnicas específicas para algunos síntomas objetivo.....	332
Tristeza	332
Técnica de la Cólera Inducida.....	333
Técnica de la distracción.....	333
Técnica del Humor.....	334
Técnica de la Limitación de Expresiones de Disforia.....	334
Técnica de construir un "Piso" bajo la Tristeza.....	335
Períodos de llanto "incontrolable".....	336
Sentimientos de Culpabilidad.....	336
Vergüenza	337
Cólera	338
Ansiedad.....	338
Síntomas motivacionales.....	339
Pérdida de la motivación positiva e incremento de la tendencia a la evitación.....	339
Dependencia.....	340
Síntomas cognitivos.....	341
Indecisión.....	341
Percibir los problemas como abrumadores.....	342
Autocrítica.....	343
Pensamiento Absolutista (Todo o Nada).....	344
Problemas de memoria y dificultad para concentrarse.....	345
Síntomas conductuales.....	345
Pasividad, evitación e inercia.....	345
Programa de actividades.....	346
Haciendo frente a los "Problemas Prácticos".....	348
Problemas de Habilidades Sociales.....	349
Síntomas fisiológicos.....	349

Alteraciones del Sueño.....	349
Alteraciones Sexuales y Apetito.....	350
Contexto social de los síntomas.....	350
SECCIÓN XI	
TÉCNICAS ESPECÍFICAS PARA EL PACIENTE DEPRIMIDO SUICIDA....	351
Primera parte: preguntas para elicitación de la información esencial.....	352
Segunda parte: ampliar las perspectivas del paciente.....	353
Tercera parte: "terapia basada en las alternativas"	353
Cuarta parte: obtener datos más precisos.....	354
Quinta parte: conclusión.....	354
SECCIÓN XII	
MODIFICACIÓN DE LOS SUPUESTOS DEPRESÓGENOS.....	355
Identificación de los supuestos inadecuados.....	357
Modificación de los supuestos.....	361
Los supuestos como "objetivos"	362
Modificación de los "debería"	362
Los supuestos como "contratos personales"	363
Los supuestos como profecías auto-cumplidas.....	364
Supuestos que subyacen a los errores cognitivos.....	364
Tabla de errores cognitivos y supuestos de los que derivan.....	365
Listar las ventajas e inconvenientes de los supuestos inadecuados	366
El papel de la acción en la modificación de los supuestos.....	366
Neutralizar los supuestos relacionados con la auto-estima.....	367
Exponer la arbitrariedad de los supuestos.....	367
Utilidad de los supuestos a corto plazo Vs. a largo plazo.....	368
SECCIÓN XIII	
EL TRATAMIENTO SESIÓN POR SESIÓN CURSO TÍPICO DE LA TERAPIA	370
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	374
APÉNDICES.....	377

SECCION I

LA PSICOTERAPIA POR TELEFONO

¿Qué es y cómo funciona la Psicoterapia por Teléfono?

La Psicoterapia por teléfono es un tratamiento formal que se vale de métodos psicológicos para dar tratamiento a diferentes trastornos mentales y/o emocionales y que se brinda a distancia, mediante una línea telefónica y teniendo como herramienta fundamental y única el intercambio verbal entre paciente y terapeuta. Comparte las características comunes a todas las psicoterapias y el grado de formalidad y profesionalismo con el que se practique depende, por un lado de que el psicólogo o psiquiatra sea una persona adecuadamente entrenada y capacitada para dar este tipo de tratamiento, así como que posea experiencia en el tratamiento de pacientes cara a cara y por el otro, que el paciente posea una personalidad caracterizada por cierta constancia y formalidad en la vida para que le sea posible mantenerse en el tratamiento.

El teléfono ha sido durante mucho tiempo un canal ampliamente usado por profesionales de todo el mundo para la prestación de servicios psicológicos tales como la intervención en crisis, la orientación y referencia a instituciones de salud mental y por supuesto la psicoterapia cuando ya se comenzó el tratamiento cara a cara pero por alguna razón hay inaccesibilidad física temporal del paciente o del terapeuta. Sin embargo, el uso del teléfono como único medio para establecer y mantener un tratamiento psicoterapéutico, sin que paciente y terapeuta tengan nunca contacto cara a cara es bastante reciente. Aunque la literatura que reporta estos trabajos es muy escasa, se tienen registrados resultados de estas intervenciones desde 1986. McNamee trabajando con pacientes agorafóbicos. O'Sullivan, Lliot y Marks, 1989. Shepherd, 1987, habla de un par de pacientes atendidos por un trabajador social. Evans, Smith, Werkhoven, Fox y Pritzel, 1987 trabajando con pacientes homosexuales masculinos ceropositivos (citados por Haas, et al. 1996).

Cuando en Estados Unidos un grupo de psicoterapeutas comenzó a dar psicoterapia por teléfono con cobro al recibo telefónico (servicios de pago por llamada ó sistemas 900-número), un sector de la comunidad de psicólogos y psiquiatras protestó enérgicamente hacia esta práctica. Otro grupo decidió someter a estudio el asunto, llevándolo a "The Practise Directorate of the American Psychological Association" (APA) para delimitar lo adecuado o inadecuado de su ejercicio y las implicaciones que esta práctica presentaría para el campo de la salud mental. Como resultado de esto, la APA Board of Proffesional Affaires (BPA) nombró a una comisión formada por sus propios miembros, como fuerza de tarea para estudiar formalmente la práctica de la psicoterapia por teléfono con costo y obtener información sobre sus riesgos y beneficios. Para ello consultaron a practicantes de gran prestigio y experiencia y revisaron cuestiones legales y literatura pertinente al tema. Como resultado de esto surgió un documento preliminar para informar a la comunidad de trabajadores de la salud mental los resultados de este análisis en tan novedoso campo. Finalmente, después de la revisión de la BPA y de la retroalimentación

de otros grupos rectores de la APA como The Ethics Comitee, The telephone Therapy Task Force preparó un reporte final en 1993 que establece lo siguiente:

Ventajas y Desventajas del contacto telefónico en el tratamiento Psicológico

- Se ha declarado que el contacto telefónico, a diferencia de la interacción directa, provee a los participantes, en especial al consultante, de fácil acceso, control, privacidad y anonimato.
- Se plantea que los participantes en la terapia telefónica no tienen acceso a la valiosa información no verbal, diagnóstica, y del curso del tratamiento (visual, olfativa, o táctil—al saludar de mano—) que provee una aproximación cara a cara. Sin embargo, las personas con experiencia en el trabajo clínico vía telefónica opinan que a través de las entrevistas telefónicas—mediante la voz del paciente y sus innumerables matices—se puede percibir el contenido del discurso y los factores emocionales que lo acompañan. También consideran posible que la evaluación clínica pueda llevarse a cabo sin tener acceso a la información visual (Tausing and Freeman, 1988, citado por Hass et al., 1996, p.148) **Algunos autores sugieren que este hecho es especialmente cierto cuando se da tratamiento a pacientes deprimidos (Aneshensel, Frerichs, Clark and Yokopenic, 1982, citados por Hass et al., 1996).** Por otro lado, otros autores (Mermelstein y Holland, 1991, citados por Hass et al. 1996) han encontrado que otro tipo de padecimientos emocionales que no sean depresión, requieren no solo de información auditiva, sino también de la información que brinda la conducta no verbal y a la que solo puede accederse con una aproximación cara a cara.
- Se piensa que el uso del teléfono para tratar problemas emocionales puede afectar la calidad y el grado de atención que el paciente o el terapeuta involucran durante el tratamiento. Mientras están en sesión, pueden realizar otras actividades que resten atención y concentración al trabajo terapéutico.
- Otra consideración se refiere a que es una línea delgada la que divide el trabajo terapéutico y una conversación como la que se tendría con un amigo. En la psicoterapia telefónica debe involucrarse el doble de atención para que el trabajo psicoterapéutico no se convierta en una charla de dos amigos. Es bien sabido que el riesgo de no mantener la diligencia profesional, cuyo único objetivo debe ser el de ayudar a resolver los conflictos emocionales de los pacientes, puede estar presente también en la interacción cara a cara.
- Puede decirse que el uso del teléfono permite superar barreras geográficas y de otros tipos, además del hecho de que el paciente puede llamar desde su casa, la de un amigo, o desde un lugar muy lejano, evitando así difíciles desplazamientos. Esto sin duda incrementa la probabilidad de que las personas reciban tratamiento cuando lo necesitan (Tausing and Freeman, 1988 citado por Hass et al. 1996)

- Se considera que para la seguridad del paciente es mucho mejor si éste tiene acceso al ambiente definido y protegido que representa el consultorio del terapeuta. En el consultorio generalmente el terapeuta muestra los diplomas, reconocimientos y calificaciones que le confieren el derecho de desempeñar su trabajo.

Aquí cabe la aclaración de que siempre y cuando la terapia telefónica sea un proyecto profesional, serio, reglamentado y respaldado por años de experiencia—como es el caso de SAPTEL—el paciente no corre riesgo alguno de ser atendido por gente incompetente o impostora.

- Se aclara que los pacientes con alguna discapacidad auditiva están descartados para el uso del teléfono como vía para recibir psicoterapia. También se menciona que las consideraciones raciales o étnicas e incluso socioeconómicas podrían ser una limitante para que los usuarios se acerquen, o se acostumbren a la modalidad psicoterapéutica vía telefónica. En Estados Unidos se reporta que las personas de raza blanca son más susceptibles a usar esta modalidad. En México—en la experiencia de SAPTEL—se podría decir que las personas más jóvenes, independientemente de su status socioeconómico o étnico, tienen más facilidad para acercarse y adherirse a este tipo de servicios.
- Es un hecho que el paciente puede interrumpir la comunicación telefónica simplemente colgando y esto le confiere un mayor poder en el encuentro, lo cual no representará problema si el paciente está realmente involucrado en su contrato terapéutico y desea resolver lo que le llevó a usar el servicio. Además, el terapeuta puede usar la conducta de suspender la comunicación del paciente (en caso de que vuelva a llamar) como un elemento interpretativo y devolverle importante información sobre sí mismo.
- Un punto importante es preguntar al paciente si contará con un espacio y tiempo privados para que se lleven a cabo las sesiones terapéuticas sin estar expuesto a interrupciones o a ser escuchados por terceros sin darse cuenta.
- El terapeuta nunca conocerá físicamente al paciente que está del otro lado de la línea y viceversa (anonimato), y esto puede ser de alivio para ciertos pacientes para quienes es incómodo relatar su problemática a alguien que está frente a ellos.

Nota importante:

Para que un paciente comience a recibir terapia cognitiva de la depresión por teléfono, deberá aceptar el hecho de proporcionar su nombre real y un número telefónico para localizarle en caso necesario, con la aclaración de que la confidencialidad de su caso será siempre protegida.

El terapeuta telefónico tiene un fuerte compromiso con el paciente y debe ser un profesional competente en todo momento. Debe tener amplio y claro conocimiento sobre qué pacientes son candidatos a la psicoterapia por teléfono y cuales no.

Debe también estar conciente de la importancia de atender a sus pacientes vía telefónica sin distracciones.

Sus conversaciones telefónicas deberán tener siempre un sentido de trabajo formal y de productividad, y su compromiso para proteger la seguridad de su paciente será una parte crucial en sus intervenciones.

El **terapeuta telefónico** deberá aplicar su criterio profesional para determinar si la atención psicoterapéutica por teléfono es la mejor opción para el paciente y si realmente no es posible que se beneficiara más de la modalidad cara a cara, en caso de que ésta sea accesible.

El paciente por teléfono deberá cumplir con dos requisitos muy importantes para ser tratado en esta modalidad:

- Tener un padecimiento emocional que pueda ser tratado vía telefónica (Decisión que tomarán el terapeuta y su supervisor clínico)
- Una vez que se ha informado al paciente con detalle qué puede esperar del tratamiento, éste deberá decir si acepta o no recibirlo.
- Para aquellas personas a quienes se les dificulta caminar, ya sea por enfermedad, discapacidad o vejez, la psicoterapia por teléfono puede resultarles magnífica. Los padres y madres que no cuentan con alguien que cuide a sus hijos en su ausencia, o aquellas personas que reciben su sueldo por la cantidad de horas que trabajan y no se pueden permitir dejar de ganar las tres, cuatro o más horas que generalmente tomaría su psicoterapia, incluyendo tiempos de desplazamiento, son también candidatos a la atención vía telefónica exclusivamente.
- Personas que sufren de agorafobia o paranoia se sentirán cómodas al recibir tratamiento desde los lugares donde se sienten protegidos (Mermelstein y Holland, citados por Hass et al. 1996).

Consideraciones éticas de la Psicoterapia por Teléfono

El Código de Ética de la Asociación Psicológica Americana (APA, 1992) (Hass et al. 1996) establece que los lineamientos éticos del tratamiento únicamente por teléfono serán los mismos que en otras modalidades de tratamiento. Dichos lineamientos son:

- La obligación de brindar un servicio competente.
- La obligación de evitar lastimar al usuario.
- La obligación de—siendo el caso de servicios con costo—hacer arreglos financieros explícitos.
- La obligación de evitar la deshonestidad en el trato con los pacientes.
- La obligación de obtener consentimiento informado de los pacientes sobre los procedimientos que se aplicarán.
- La obligación de proteger la confidencialidad del paciente (excepto bajo ciertas circunstancias en las que la vida del usuario, o de otros esté en peligro).

Ninguno de esos lineamientos deberá faltar o alterarse con el uso del teléfono como único medio para dar psicoterapia.

La fuerza de tarea del Comité de Ética para la terapia telefónica concluye que las sesiones por teléfono deben ser idealmente un método ocasional y adjunto al modelo tradicional cara a cara, pero cuando no existe otra alternativa para el usuario, el psicoterapeuta que proporcione psicoterapia por teléfono debe ser una persona con sólida formación académica y por supuesto experiencia clínica en ambas modalidades, cara a cara y telefónica.

Los siguientes son algunos cuestionamientos importantes previos al inicio del trabajo por teléfono sugeridos por el Comité de Ética para todos los profesionales de la psicología.

1. La elección de la psicoterapia por teléfono ¿Beneficiará al paciente o debería recomendársele terapia cara a cara, asumiendo que es accesible a él?
2. ¿Es posible obtener una evaluación adecuada de la condición del paciente vía telefónica exclusivamente? Como terapeuta ¿se está conciente de los límites en cuanto a diagnóstico, juicio o predicción que representan una evaluación conducida por teléfono?
3. Tanto paciente como terapeuta al momento de su interacción ¿poseen un ambiente libre de distracciones y de interrupciones o interferencias en la comunicación para la atención que presten a lo que se dicen uno a otro? ¿Se tiene la seguridad de que se está protegiendo la privacidad y confidencialidad del paciente?
4. ¿Cómo psicoterapeuta se tiene el entrenamiento, la experiencia y el temperamento apropiados y necesarios para ofrecer servicios profesionales por teléfono? Es decir, ¿se es por naturaleza una persona con facilidad para establecer, mantener y estrechar el contacto humano sin estar físicamente con el otro?
5. ¿Existe en donde se labora un sistema para guardar y mantener los datos que se registran del paciente?
6. ¿Existe una cuidadosa planeación de quien retomará un caso cuando el terapeuta a cargo tenga que dejar el servicio? ¿Existe algún acuerdo formal y un sistema para que los usuarios puedan obtener una copia de sus expedientes en caso de así requerirlo?

A partir de la exposición de la información anterior, contenida en el artículo escrito por Hass et al., (1996) se da a conocer el punto de vista de la psicología norteamericana sobre la psicoterapia únicamente vía telefónica. Se concluye que sí es posible su práctica, dependiendo de la patología que se desee tratar, del grado de habilidad del psicoterapeuta para conducir el tratamiento sólo por teléfono, del apego estricto a los principios éticos que rigen cualquier psicoterapia y por supuesto de la aceptación y formalidad del paciente para recibir tratamiento.

En el Artículo titulado *The Internet versus the Telephone: What is Telehealth, Anyway?* (VandenBos, R. y Williams, S., 2000), están citados los resultados de una muestra de 596 psicólogos encuestados sobre el uso del teléfono, la Internet, el satélite y el circuito cerrado de televisión en su práctica profesional cotidiana. En resumen, se reportó que 79% había brindado atención en emergencias por teléfono, 71% había dado servicios de consulta y educación vía telefónica; 69% había hecho psicoterapia individual por teléfono y el 58% había hecho supervisión clínica por este medio. Algunos de ellos (30%), incluso realizan procedimientos de diagnóstico y tratamiento complejos (como admisión a tratamiento o evaluaciones psicodiagnósticas) vía telefónica. 23% reportaron haber conducido psicoterapia familiar o de grupo, y 11% reportaron hacer evaluaciones psicológicas por teléfono.

El uso de la Internet y la Telesalud a través de las comunicaciones satelitales son todavía, según este artículo, menos usuales. Esto es cierto para transmisión de datos de audio y video, así como para los mensajes de texto intercambiados en las salas de conversación, mejor conocidas en Inglés como 'chat-rooms'. Sin embargo, existe la plena certeza de que así como el uso de las tecnologías de la información es ya parte de la realidad cotidiana de las personas, y que incluso algunos empresarios de tan diversos ramos como la industria del entretenimiento o las compañías de aviación, la incentivan ofreciendo descuentos y promociones atractivas a quienes realicen transacciones por medios electrónicos, dichas tecnologías (como el uso de la Internet) se extenderán al campo de los servicios de salud en general y de salud mental en particular en un tiempo increíblemente rápido en todos los lugares del mundo.

Como consecuencia, es importante insistir en la necesidad de plantearse la pregunta de cómo se implementará la práctica de los profesionales psicólogos, psiquiatras, etc. dentro de los nuevos recursos tecnológicos cada vez más disponibles y menos costosos. Por lo tanto, la cuestión a resolver no es si usar o no medios diferentes a la aproximación cara a cara en psicoterapia, sino cómo hacer psicoterapia con todo el rigor metodológico y ético a través de las tecnologías de comunicación a distancia.

SECCION II

TERAPIA COGNITIVA, TERAPIA CONDUCTUAL, PSICOANALISIS Y FARMACOTERAPIA (UN CONTINUO COGNITIVO)

Esta sección es la exposición de un capítulo contenido en el libro Cognición y Psicoterapia (Mahoney, M. y Freeman, A., 1988), cuyo autor es **Aaron Beck** y es referencia obligada para quienes desean tener un **amplio panorama sobre los recursos terapéuticos ofrecidos por el modelo cognitivo para el tratamiento de los trastornos emocionales y la forma en que se complementan unos con otros**. El título de dicho capítulo es *Terapia cognitiva, terapia conductual y farmacoterapia, un continuo cognitivo*, y constituye un buen comienzo para dimensionar el trabajo realizado en la terapia cognitiva de la depresión. **Su importancia radica en que expone lógicamente y claramente cómo es que los psicólogos nos beneficiamos más y beneficiamos más a nuestros pacientes cuando integramos las teorías más importantes del comportamiento humano en nuestras intervenciones y reconocemos que ningún paradigma por separado, a pesar de su riqueza explicativa, es suficiente por sí solo para explicar en su totalidad un fenómeno tan complejo y de aparentes contradicciones como lo es la depresión.**

En la cotidianidad del trabajo con pacientes sí es importante el sistema filosófico que enmarca la interacción con ellos. A continuación se expondrá el sistema de terapia que Beck postuló y que es aquél que sirve como base de esta tesis:

1. Los fenómenos no materiales y no espaciales son tan reales como los fenómenos que se pueden medir y cuantificar (materiales y espaciales). No espacial significa que un proceso en concreto no puede localizarse en el espacio. No material significa que los fenómenos o procesos no consisten en algo que podamos tocar, ver o degustar. **Esos fenómenos no espaciales y no materiales son privados y dependientes del informe introspectivo del individuo que los está experimentando y, por tanto, no pueden ser directamente validados por otro individuo.**
2. Un fenómeno como la depresión se puede interpretar de manera alternativa, tanto desde una perspectiva bioquímica, una perspectiva psicológica, una perspectiva conductual, o desde otras perspectivas. Las perspectivas conductual y bioquímica son similares, ya que buscan estímulos públicos especiales para explicarla. Las perspectivas cognitiva y psicoanalítica se refieren a datos fundamentalmente privados, no materiales y no espaciales.

Importante aclarar que ninguna de estas perspectivas es más correcta o real que las otras.

3. Las distintas perspectivas tienen distintos grados de fuerza explicativa. Relacionándolas podemos intentar construir un modelo integrado que tenga un poder explicativo más fuerte que las perspectivas individuales.

Los pensamientos y las creencias del paciente no constituyen más en sus procesos cognitivos de lo que lo hacen los cambios neuroquímicos. Ambos—cambios químicos y cogniciones—son los mismos procesos examinados desde perspectivas diferentes. De modo tal que cuando ayudamos al paciente a modificar sus pensamientos y su conducta, su química cerebral se transforma al mismo tiempo, ya que la información que le damos tiene un impacto en su aparato de procesamiento de información. Beck explica que al momento de darse modificaciones en la cognición podríamos ver, si hubiera una biopsia cerebral en ese momento, a las neuronas funcionando de otra manera y observaríamos cambios químicos en las sinápsis.

Si conceptualizamos a la depresión como un fenómeno anormal o disfuncional, entonces los procesos cognitivos y neuroquímicos del deprimido son también anormales y disfuncionales. El enfoque cognitivo expresado en términos de conducta verbal y no verbal del terapeuta produce cambios cognitivo-neuroquímicos. De la misma manera, el enfoque farmacológico, es especialmente capaz de producir esos mismos cambios mediante la ingesta de una droga antidepresiva.

Las intervenciones bioquímicas poseen el mismo tipo de impacto cognitivo que la terapia cognitiva. Tomando el caso del síntoma de la anhedonia en la depresión, tras una intervención psicológica se dan cambios biológicos. Esto se explica porque se modifican las ideas rígidas del paciente sobre su incapacidad para sentir placer y se le enseña a experimentarlo. Mediante una intervención farmacológica adecuada se invierte la reacción química en cadena que desemboca en la disforia, y por lo tanto se da la modificación de la tendencia cognitiva (Simons, 1982, citado por Beck, 1998).

La depresión es explicada por el psicoanálisis como la consecuencia psíquica ante la pérdida de un objeto amado y valorado por la persona, un objeto que definía aspectos importantes de su Yo. Ante esta pérdida el paciente experimenta mucho enojo, el cual luego se volcará hacia el si mismo y se transformará en un afecto depresivo.

La terapia conductual explica que la depresión surge en respuesta a una pérdida del reforzamiento positivo, ya que esto conduce a la disminución de la conducta espontánea. (Lewinson, 1995, citado por Beck, 1988) el modelo de autocontrol de Rehm (1977) indica que el

paciente se deprime cuando se termina el auto-refuerzo ante el logro. El modelo de Selligman (1975) del desamparo aprendido dice que la conducta depresiva se debe a que el individuo pierde el control sobre el refuerzo positivo y atribuye la responsabilidad de esto a sí mismo. Según estos modelos, el terapeuta podrá llenar el vacío proporcionado refuerzo positivo ante la conducta constructiva del paciente, y de esa forma la conducta constructiva se incrementará, o bien enseñando al paciente a retomar el auto-refuerzo (Rehm) y ayudándole a retomar el control sobre sus reforzamientos positivos (Selligman).

Para el modelo cognitivo en la depresión hay un déficit semejante al planteado por el Psicoanálisis y el Conductismo, es decir, ante una pérdida real el paciente comienza a interpretar excesivamente sus experiencias como pérdidas, se borran o pierden importancia las construcciones o experiencias positivas usuales del diario vivir y se hacen dominantes las construcciones negativas.

Ya que se supone que las construcciones negativas están unidas al afecto negativo, la persona no sólo hará estimaciones negativas sobre sí misma y sus experiencias presentes, pasadas y futuras, **sino que también experimentará un afecto desagradable, la pérdida de la motivación constructiva y en algunos casos, deseará el suicidio.**

Según el modelo cognitivo, el déficit en los sentimientos positivos se soluciona enseñando al paciente a interpretar la realidad como un todo y con construcciones más positivas.

Desde la perspectiva farmacológica estos déficits para experimentar lo positivo de la vida se arreglarían con la administración de un inhibidor de la monoaminoxidasa o de un componente tricíclico que contrarreste los defectos en las transmisiones sinápticas.

A pesar de las diferencias filosóficas, teóricas y técnicas que existen entre el psicoanálisis, la terapia conductual y la farmacoterapia, hay similitudes importantes, como los conceptos de pérdida y el de la "caja negra", que en todos ellos se refiere a esa estructura que no se puede ver, en la que se procesa la información externa e interna que llega al individuo. Esas similitudes justifican los intentos de construir un modelo que abarque dichos sistemas terapéuticos para abordar de una manera más completa la problemática emocional humana.

El mecanismo por el cual la terapia específica produce resultados terapéuticos es otro punto en común entre los sistemas de psicoterapia. **Hay una evidencia de que cada una de las terapias efectivas tiene un impacto sobre los procesos cognitivos. Cuando se miden esos procesos cognitivos a través de instrumentos diseñados para ello, como los inventarios de depresión y se nota un cambio de lo negativo a lo positivo, se nota también una mejoría ante el estado depresivo y ante la ansiedad.** En un estudio de Eaves y Rush (Citado por Beck, 1988) se

encontró que en las depresiones endógenas y en las no endógenas hay el mismo grado de distorsión cognitiva. Dicho resultado apoya la tesis de que **los procesos cognitivos son un componente intrínseco de las depresiones, incluso de las que se supone, por parte de algunos autores, tienen un origen biológico, y los procesos cognitivos, nombrados de diferente manera según el paradigma que los plantea son un punto de interés compartido y estudiado por cada uno.**

Aunque se usen términos diferentes, hay otras similitudes en la teoría y en la terapia. **Estructuralmente, en un trastorno como la depresión, el núcleo del problema que se puede localizar en un proceso primario, o en el inconsciente (en el psicoanálisis), en la "caja negra" del conductismo, o en la organización cognitiva primitiva (cognoscitivismo), la clave para la terapia consiste en la corrección del balance negativo a través del insight, del reestablecimiento de refuerzos positivos, del cambio de la tendencia cognitiva negativa, o del incremento de la disposición de las catecolaminas o de la serotonina.**

La adscripción de los mecanismos cognitivos al proceso de cambio terapéutico es un denominador común de varios sistemas. La investigación ha indicado que la mejoría en la condición clínica se ve asociada a los cambios en la estructura cognitiva de la experiencia, sin tener en cuenta el tipo de terapia. Esto sugiere que los cambios en los procesos cognitivos juegan un papel esencial en cada tipo de tratamiento.

Bibliografía recomendada para el terapeuta cognitivo:

Mahoney, M. y Freeman, A. (comps) Cognición y Psicoterapia. Barcelona, Paidós, 1988.

La terapia Cognitiva de los Trastornos emocionales

Panorama general

En el campo de la salud mental y en muchos otros de la esfera humana resulta de mayor beneficio concebir al individuo como un ser activo y dotado con la capacidad de resolver su problemática y aliviar su sufrimiento.

La neuropsiquiatría tradicional, el psicoanálisis y la terapia conductual han compartido un supuesto básico que sostiene que la persona trastornada emocionalmente es victimizada por fuerzas ocultas sobre las cuales no tiene ningún control. La terapia cognitiva surge de un activo cuestionamiento a ese supuesto y en su método terapéutico expone que cada persona tiene las herramientas para entender y resolver su problemática psicológica dentro del ámbito de su propia conciencia. La persona es capaz de corregir las concepciones erróneas de la realidad que producen su malestar emocional con el mismo aparato de solución de problemas que ha usado a lo largo de su vida.

La terapia cognitiva, que remonta su supuesto fundamental a los tiempos de los Estoicos, **quienes consideraban que las concepciones, y en específico, las concepciones erróneas de los eventos que tenía una persona, más que los eventos en sí mismos, eran la causa de los trastornos emocionales**, sugiere que los problemas de un individuo se derivan en gran medida de ciertas distorsiones de la realidad basadas en **premisas o supuestos**.

Estas premisas y supuestos erróneos son aprendizajes defectuosos o malentendidos que fueron adquiridos tempranamente, generalmente en la niñez y adolescencia, y que se repitieron tantas veces que el individuo los incorporó como plataforma desde la cual interpreta la realidad y cuya validez le parece incuestionable. El método de tratamiento, independientemente del origen de esos supuestos erróneos, consistirá el que **el terapeuta ayude al paciente a desenmarañar sus distorsiones en el pensamiento, es decir, juntos analizan cuidadosamente esos supuestos y le enseña aprendizajes nuevos y alternativos, además de más realistas a la hora de interpretar sus experiencias.**

La terapia cognitiva ofrece el entendimiento y tratamiento de los trastornos emocionales desde las experiencias diarias del paciente. El paciente es enseñado a identificar cuándo ha sido capaz de corregir algunas interpretaciones erróneas haciendo uso de más y mejor información o dándose cuenta de lo lógicamente incorrecto de sus interpretaciones. En la terapia cognitiva, a través del establecimiento de una buena alianza terapéutica se le estimula al paciente a adquirir auto-confianza en su capacidad de aprender y enfrentar las premisas o

supuestos erróneos que en el aquí y el ahora le producen síntomas dolorosos. Se le enseña también a desaprender o a corregir sus procesos de pensamiento para lograr una vida más satisfactoria para sí mismo.

En la terapia cognitiva de los trastornos emocionales se trabaja con el mundo privado del paciente a través de su discurso, cuya riqueza es enorme, ya que con la expresión oral la persona expresa sus ideas concientes, su razonamiento y sus juicios, además de su sentido común cuando nos define sus problemas psicológicos y nos dice la forma en la que trata de resolverlos.

La terapia cognitiva parte de la base de que así como la persona, a lo largo de su desarrollo es capaz de aprender una serie de complejas, intrincadas y altamente refinadas operaciones psicológicas para interactuar con los demás en un variadísimo número de contextos, también será capaz de manejar sus problemas psicológicos haciendo uso de ese equipamiento mental, ya sea para aproximarse a nuevos problemas de un modo sistemático, analizarlos por partes y considerar soluciones alternativas a los mismos; o para corregir sus juicios en fracción de segundos, juzgar una situación, interpretarla o predecir qué ocurrirá.

En su aproximación a los problemas externos, la persona es como un científico práctico. Aún sin ser consciente de ello, utiliza un prototipo del método experimental, ya que él o ella hacen observaciones, establecen hipótesis, definen si son válidas o no hasta llegar a formar generalizaciones que más tarde le servirán como guía para hacer juicios rápidos de las situaciones.

A través del proceso de socialización la persona recibe una rica infusión de sabiduría popular: axiomas sobre la conducta humana y principios fundamentales de lógica. Mediante su experiencia personal, la estimulación de otros y la educación formal aprende a usar las herramientas del sentido común tales como la prueba de las "corazonadas" o primeras impresiones, llevar a cabo discriminaciones y razonar.

Es popular y científicamente reconocida la importancia del sentido común en la adquisición de conocimientos más complejos. Es además obvio su valor como la estructura desde la que se da el entendimiento y el cambio de actitud y de conducta. Los primeros conocimientos de la física y la química, tales como las leyes de gravedad o la propiedad de los líquidos de transformarse en sólidos o gaseosos, provienen de observaciones desde el sentido común. Se puede decir que observando la conciencia (eventos psicológicos internos) desde el sentido común se tienen los materiales en bruto para el estudio sistemático de la conducta humana.

La psicología del sentido común incluye las operaciones psicológicas, las reflexiones, las observaciones y las introspecciones que ayudan a

una persona a determinar porqué está molesta, o qué la tiene preocupada e incómoda, y qué puede hacer para aliviar esa tensión. A través de la introspección la persona puede determinar el tema de su ideación y relacionarlo con sus sentimientos displacenteros (tensión, tristeza, irritación) y más aún, puede tomar medidas para sentirse mejor.

Puede afirmarse que el sentido común es un tipo ordinario de auto-ayuda que todos usamos frecuentemente para entender y ayudar a otros o a nosotros mismos. Por ejemplo, cuando alguien a nuestro alrededor está triste o molesto, generalmente le pedimos que nos platique qué es lo que le pasó para sentirse de ese modo y después le sugerimos que trate de tener una actitud más práctica o más realista ante el problema. En la mayoría de las personas, es muy útil este procedimiento aclarador de un problema, o recibir consejo práctico, y aunque algunas veces no es suficiente para resolver un problema, ayuda a que las personas mantengan su equilibrio la mayor parte del tiempo. **Más allá de esto, los insights del sentido común y las estrategias interpersonales desembocan en el desarrollo de una psicoterapia sistemática y compleja.**

En trastornos tan complejos como la depresión, en los cuales el 1+1= 2, es decir, la lógica o el sentido común de la conducta son difíciles de encontrar, se hace necesario entrar al mundo interno de la persona para conocer su sistema conceptual haciendo uso del análisis cuidadoso de su discurso y logrando "ver el mundo a través de sus ojos". **Con un paciente deprimido nunca deben usarse las preconcepciones de la conducta que se usan para tratar a alguien que no esté deprimido. Una vez nos familiarizamos con las perspectivas del paciente con depresión, su conducta comienza a cobrar sentido.**

Lo anterior se enmarca con un proceso de empatía e identificación con el paciente. Es así como él o ella nos dará los significados que liga a sus experiencias y **es entonces cuando podemos ofrecer explicaciones plausibles para su marco de referencia.**

A través de la entrevista, en una cuidadosa charla, donde se le pregunta al paciente sobre sus pensamientos y sus intenciones nos daremos cuenta de que éste generalmente está controlado por ideas erróneas acerca de si mismo y del mundo que lo rodea sin importar que en su mundo externo haya suficiente evidencia para contradecir esas ideas erróneas.

Ante la idea del paciente de que es inadecuado, e incapaz de hacer algo al respecto, surgen inevitablemente su deseo de aislarse, su anhedonia y su pérdida de motivación. Los sentimientos de tristeza abrumadora tienen su raíz en las continuas auto-críticas y en la creencia de que no hay esperanza para su presente y su futuro.

Por ello, **una vez precisado el exacto contenido de las creencias erróneas del paciente, se es capaz de usar una variedad de métodos para corregirlas y para inducir al paciente a examinar las premisas irreales de su sistema de creencias.**

El sentido común no aplica cuando se trata de entender cómo una mujer que ha demostrado en los hechos ser una madre suficientemente buena y capaz de proveer a sus hijos con el cariño y cuidados necesarios, puede desear suicidarse y matar a sus hijos; o cómo una mujer que es inteligente, independiente y bella cae en una profunda depresión al ser abandonada por un hombre que evidentemente no la quiere. La clarificación de estas emociones y conductas tiene que seguir un proceso diferente. ¿Por qué ocurre esto?, ocurre porque falta información crucial proveniente del mundo interno del paciente (puede faltar por ejemplo la detección de una visión distorsionada del sí mismo, del mundo y del futuro). Una vez el terapeuta obtiene la información faltante y ésta se acomoda a la información ya existente—como en un rompecabezas—emerge un patrón comprensible y pleno de significado al que se podrán aplicar herramientas del sentido común para resolver problemas.

Para saber si se está frente a un paciente deprimido es necesario localizar ese patrón que es común entre todas las personas con depresión y el cual se revisará ampliamente más adelante: una visión negativa de sí mismo, del mundo y una visión poco esperanzadora del futuro, así como un elevado umbral para reconocer los eventos positivos de su vida.

Como conclusión, **se considera que los problemas psicológicos se pueden manejar adecuadamente si el paciente aprende a analizar aguda y críticamente la información de la realidad, si aprende a corregir sus concepciones erróneas, y si aprende cómo desarrollar actitudes más adaptativas.**

Ya que la introspección, la prueba de realidad y el aprendizaje son básicamente procesos cognitivos, a la terapia que trata con los diferentes tipos de neurosis mediante métodos cognitivos será designada como **Terapia cognitiva.**

El terapeuta cognitivo ayudará al paciente a identificar su pensamiento deformado y le inducirá a aplicar las técnicas de solución de problemas que ha venido usando desde siempre para corregir sus conceptos erróneos. También le enseñará a cómo hacerse de formas más realistas para la formulación (interpretación) de sus experiencias. Todo ello hace que ya desde la primera sesión el terapeuta comience realmente a ayudar al paciente.

Carece de importancia si un terapeuta psicoanalista o conductual desea tratar a sus pacientes con algún tipo de neurosis, mediante la terapia cognitiva. Esto no es negativo y sí enriquecedor, ya que en el

campo del psicoanálisis y la psicología conductual se ha dado testimonio de que problemas legítimos e importantes que se encuentran en los pacientes se dejan de resolver porque no se reconoce el dominio cognitivo de los mismos. Por eso, desde sus inicios y su declaración como “la tercera fuerza”, la terapia cognitiva es un lugar común para los demás paradigmas y es declarada como un enfoque que posee un gran interés y deseo de aceptar como incuestionable la existencia del pensamiento consciente, de los objetivos y las actitudes de las personas, así como de centrarse en las ideas, las introspecciones y las observaciones que las personas en general y los pacientes en particular hacen de si mismos y la forma en la que intentan solucionar sus problemas.

Arieti, un psicoanalista que en 1968 (Beck, 1976 p.22) declaró que la cognición era la “Cenicienta” en el campo de la psiquiatría, resume el párrafo anterior en las siguientes líneas, **“Mucho de la vida humana tiene que ver con los constructos conceptuales. Es imposible entender al ser humano sin la presencia de importantísimos constructos cognitivos tales como la auto-imagen, la autoestima, la auto-identidad, la identificación, la esperanza y la proyección del sí mismo en el futuro.**

Bibliografía recomendada

Beck, A. T.: Cognitive therapy and the emocional disorders. Nueva York, International Universities Press, 1976.

SECCIÓN III

EL MODELO COGNITIVO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES

Para comprender los trastornos emocionales, el modelo cognitivo parte de la base de que si una persona es capaz de descubrir la secuencia de pensamientos que se da entre un evento activador y las consecuencias emocionales del mismo, la reacción emocional que puede ser en apariencia desconcertante se vuelve completamente entendible. Por lo tanto, una pieza clave del tratamiento de los trastornos emocionales es entrenar a los pacientes para que puedan contar y reconocer pensamientos e imágenes rápidas o automáticas que ocurren entre el evento y la respuesta emocional.

Pongamos el ejemplo de una mujer que sufría ataques de pánico cada vez que se alejaba tres o cuatro cuadras de su casa. Desde el psicoanálisis a esta sensación de perder el control, de desfallecer y perder la conciencia se le da un significado inconsciente de deseo reprimido de ser seducida e incluso violada, el cual llega a la conciencia cada que la mujer sale de casa. Tal sentimiento al ser un tabú generará tal monto de ansiedad (Fenichel, 1945, citado por Beck, 1976). Los conductistas, usando el modelo de condicionamiento de emociones para explicar la ansiedad ofrecen una explicación diferente. Ellos asumen que en algún momento de su vida, esa mujer enfrentó una situación de peligro real, mientras simultáneamente estaba expuesta a una situación inocua (tal como estar lejos de casa). Esa cercanía del estímulo inocuo con el peligro real hizo que la mujer desarrollara una respuesta condicionada ante estímulos no peligrosos tan parecida en intensidad a aquello que experimentó durante el peligro real (Wolpe, 1969 citado por Beck, 1976).

Tanto los psicoanalistas como los conductistas dejan fuera los datos relevantes del problema de ansiedad de la mujer. Estos datos corresponden a la secuencia de pensamientos intervinientes entre el evento y la reacción emocional displacentera.

Dicha mujer se detuvo a revisar el contenido de sus ideas intervinientes y observó la siguiente cadena de ideas. Tan pronto como ella tomaba conciencia de que se encontraba varias cuadras lejos de su casa, empezaba a pensar, "Estoy realmente lejos de casa. Si algo me pasara ahorita, no podría regresar por ayuda a tiempo. Si me cayera en la calle la gente sólo pasaría a mi lado y como nadie me conoce, nadie me ayudaría." Esta cadena de eventos mentales la conducía inmediatamente a la ansiedad.

Haciendo uso de otro ejemplo, ¿cómo podríamos explicar cuando un destacado autor de novelas se siente triste y tiene accesos incontrolables de llanto cuando la crítica elogia su trabajo? Dentro de

una terapia cognitiva, el novelista, quien estaba cursando un episodio depresivo, pudo identificar una procesión de pensamientos que él tenía cada vez que alguien elogiaba su obra, "La gente no es honesta conmigo. Ellos saben que yo soy un mediocre y simplemente no me aceptan como realmente soy. Lo único que hacen es darme cumplidos falsos." Cuando esta persona pudo reconocer estos pensamientos en sí mismo, su reacción adversa ante el reconocimiento se volvió clara y entendible: Ya que él consideraba su trabajo inferior, interpretaba todos los elogios como insinceros. Además, sus conclusiones erróneas acerca de que nunca sería capaz de establecer relaciones genuinas con los demás le hacían sentir más aislado, vacío y deprimido.

Desde el modelo cognitivo, **entrenar a los pacientes a enfocarse en sus introspecciones en situaciones diferentes es un principio básico para tratar sus trastornos emocionales. El sujeto en cuestión tiene que saber acudir al contenido de sus ideas para desmenuzarlas y verificar su validez en contraste con la realidad.**

Cuando la persona es capaz de observar que un pensamiento es la liga entre un estímulo externo y la respuesta emocional tiene mucho a su favor para alcanzar la salud emocional.

¿Qué se puede decir cuando una persona experimenta una emoción sin que haya un evento externo que la desencadene? Cuando esto ocurre, explorando los pensamientos del paciente, nos damos cuenta que hubo un evento cognitivo que desencadenó la emoción. Ese evento pudo ser un pensamiento, una reminiscencia o una imagen que de repente aparece en la conciencia. En casos como la depresión o la ansiedad esto es muy frecuente y esos eventos cognitivos suelen ser responsables del persistente malestar emocional que se da en ambos casos. Aunque muchos psicólogos conductistas se niegan a reconocer la importancia de la ideación en la conformación de la respuesta emocional y consideran que ésta es desencadenada solamente por un evento externo, y que además la evaluación cognitiva sólo se da en retrospectiva, está bien estudiado, a través del registro de pensamientos de los pacientes, que **la interpretación que ellos hacen de una situación precede a su respuesta emocional.** Por ejemplo, si una persona mira un carro dirigiéndose hacia ella, piensa que la atropellará y sentirá ansiedad. Lo más interesante de esto es que **cuando una persona cambia su evaluación de la situación, su reacción emocional también cambia.**

La importancia de evocar las cogniciones de las personas se puede apreciar cuando intentamos entender reacciones emocionales incongruentes. Podemos encontrar que la aparentemente no realista o exagerada ira, ansiedad o tristeza está basada en la manera peculiar de la persona de valorar los eventos. **Estas maneras muy personales de evaluar los eventos son importantísimas en los trastornos emocionales.**

Descubriendo los pensamientos automáticos

Como se ha expuesto ya en capítulos anteriores de este trabajo, el creador de la terapia cognitiva de los trastornos emocionales, Aaron T. Beck en un principio trabajaba con sus pacientes desde el modelo psicoanalítico y como tal, utilizaba como herramienta de trabajo muy importante desde esa perspectiva, la técnica de la libre asociación.

En una ocasión, tuvo a un paciente que durante una sesión se dedicó a criticarlo con palabras cargadas de agresión. Después de una pausa, Beck le preguntó qué era lo que estaba sintiendo al decirle todas esas cosas y el paciente le respondió que sentía una tremenda culpa por ello. Desde el psicoanálisis se diría que después de que somos hostiles tendemos a sentirnos culpables y aquí quedaría la explicación del fenómeno. Sin embargo, el terapeuta en cuestión consideró por un momento que podía haber más eslabones en esa cadena hostilidad-culpa, y de repente, el paciente voluntariamente le brindó valiosa información que respaldó ese hecho. El paciente le dijo que mientras estaba expresando esas críticas tan duras, al mismo tiempo había tenido pensamientos continuos de naturaleza auto-crítica. Él describió dos corrientes de pensamiento ocurriendo muy cerca la una de la otra; una de las corrientes tenía que ver con la hostilidad y las críticas, la cual había logrado expresar durante la libre asociación, pero la segunda corriente no fue expresada. Él entonces reportó la segunda corriente de pensamientos: "Yo dije cosas inadecuadas....No debí decir eso.....Estoy mal por criticarlo.... Soy malo....Ya no voy a caerle bien...Soy malo....No tengo ninguna excusa por ser tan grosero".

Este caso sirvió como un primer ejemplo muy claro de que existe un tren de pensamientos que corre paralelo al reporte del contenido del pensamiento. Beck se dio cuenta de que había una serie de pensamientos que se ligaban a la expresión de los sentimientos de hostilidad siguiendo a ellos los de culpa. **No solamente se pudo identificar con claridad la ideación intermedia, sino que se pudo considerar como directamente responsable del sentimiento de culpa: El paciente se sintió culpable porque se había estado auto-criticando por sus expresiones de rabia hacia el terapeuta.**

Es hasta que el paciente aprende a enfocarse en esta corriente de pensamiento cuando logra identificarla plenamente. **Los pensamientos que aparecen en ese momento son automáticos y extremadamente rápidos, por ello se le debe decir que apenas sea consciente de ellos los reporte verbalmente o los escriba. Ese procedimiento se ha constituido como parte importante de la terapia cognitiva.**

Cada emoción que surja durante las sesiones, en relación al terapeuta o a los contenidos del paciente, o cada vez que durante una sesión parezca incongruente una emoción expresada por el paciente, el proceso se aclarará y enriquecerá si se pone en práctica la técnica de

enfocarse en la corriente de la conciencia, registrando los pensamientos "automáticos" y dándose cuenta de cómo esos pensamientos tienen mucho que ver con lo que siente en determinado momento.

Es muy probable que el paciente que experimenta ciertos pensamientos automáticos hacia el terapeuta que le llevan a determinada emoción, experimente esos mismos pensamientos fuera de la terapia, con el resto de sus relaciones interpersonales. Esto contribuye a "sintonizarnos" con el paciente y obtener una definición más precisa de sus problemas claves.

Esos pensamientos que preceden a las emociones, que parecen emerger automáticamente y son extremadamente rápidos, son los materiales en bruto para el entendimiento de los estados emocionales y sus disturbios.

El discurso que un paciente en psicoanálisis tiene es el típico del método de la libre asociación, superando la censura e interpretando las resistencias. Cuando Beck era supervisado por sus compañeros psicoanalistas, haciendo uso de reportes textuales de los pacientes, se daban cuenta que había todo menos el reporte de lo que él llamaba "pensamientos automáticos". Más tarde, reflexionando sobre ello Beck concluyó que sus pacientes no estaban enfocándose agudamente en la corriente de su conciencia, más bien, habían estado presentando material que tenía que ver con sus problemas actuales, sus sueños y sus memorias; o estaban narrando sus experiencias; o bien saltando de una idea a otra en una cadena de asociaciones. Pero ninguno, a excepción del citado en el ejemplo de arriba, se concentró en observar y reportar sus pensamientos. Finalmente, quedaba claro que mucho de lo que ellos decían en sus sesiones estaba basado en sus conjeturas sobre lo que "debían estar pensando" más que una verdadera focalización en lo que ellos estaban pensando.

La pregunta obligada es entonces ¿Por qué la asociación libre convencional no sirve para descubrir los pensamientos automáticos?

Una posible explicación es que la gente está acostumbrada a hablarse a sí misma de una manera totalmente diferente a cuando habla con los demás. **Incluso cuando esa interacción interna ejerce una poderosa influencia sobre el individuo, el paciente lleva toda la vida no poniendo atención a ello. La persona está en un constante intercambio simbólico y en una comunicación consigo misma, e incesantemente interpreta (ó malinterpreta) eventos, monitorea su propia conducta, hace predicciones y hace generalizaciones de si misma. La vergüenza o la ansiedad no le disuaden de expresarlos, más bien no está acostumbrada a ser consciente de ello y ni siquiera piensa que valga la pena pensar en ellos. Solamente hasta que el paciente es preparado**

por el terapeuta para identificar esos pensamientos, será capaz de reportarlos.

En casos como una severa depresión, cuando el paciente está más alterado, esos pensamientos automáticos son más prominentes. De hecho, Beck detectó la presencia más aguda de ellos cuando entrevistaba a pacientes severamente deprimidos. También observó que son más apremiantes en la ideación de los pacientes obsesivos.

La naturaleza de los pensamientos automáticos

Estos pensamientos automáticos, que se observan más en la fase aguda de la enfermedad y que disminuyen de intensidad cuando el paciente mejora, tienen las siguientes características:

- Generalmente no son vagos o desestructurados, más bien tienden a ser específicos y separados.
- Ocurren como en un estilo telegráfico, solo hay palabras claves del enunciado.
- No surgen como resultado de deliberación, razonamiento o reflexión acerca de un evento o un tópico.
- No existe una secuencia de pasos lógicos tal como ocurre en los procesos orientados a metas o de solución de problemas.
- Estos pensamientos sólo ocurren, como si fueran reflejos.
- En apariencia son relativamente autónomos con respecto a que el paciente no se esfuerza para que comiencen, y especialmente en los casos más severos de patología emocional, son difíciles de "apagar".
- El paciente tiende a considerarlos plausibles o razonables aunque a otras personas les parezcan poco válidos o difíciles de creer.
- Los pacientes los validan sin cuestionarlos o someterlos a prueba de realidad o a la lógica.
- Esta validación de los pensamientos automáticos como verdaderos o correctos tiende a persistir aún cuando el paciente los ha analizado a la luz de la lógica y ha concluido que son inválidos.
- Los pensamientos automáticos tienden a ser fraseados de distinta forma de acuerdo a las circunstancias, pero generalmente tienen el mismo contenido en pacientes con la misma patología. Por ejemplo, en pacientes deprimidos se encontró coincidencia en el tipo de pensamientos que presentaron. Éstos eran generalmente sobre una actitud de crítica o desprecio de los demás hacia ellos. Estos pensamientos negativos persistieron durante la depresión sin importar que el paciente no encontrara un respaldo de los mismos en la realidad. Los pacientes dejaron de tenerlos cuando se repusieron de la depresión.
- **Estos pensamientos son altamente idiosincrásicos, es decir, su contenido tiende a ser repetitivo y altamente poderoso. No sólo**

los presenta el paciente individualmente, sino los demás pacientes con su mismo diagnóstico.

- Finalmente, estos pensamientos implican mucho más distorsión de la realidad que otros tipos de pensamiento.

En trabajo terapéutico posterior Beck observó que esas señales internas, en una forma ya sea visual o lingüística, juegan un papel significativo en la conducta. La forma en que una persona se auto-monitorea (se auto-observa), se da instrucciones a sí misma, se alaba o se critica, interpreta eventos y hace predicciones, no solo ilumina su conducta normal, sino también arroja luz en la dinámica interna de los trastornos emocionales.

Auto-monitoreo y auto-instrucciones

Todas las personas tienen lo que Platón denominó un “diálogo interno” que consiste en todo lo que ellas monitorean (observan o revisan) en sí mismas, es decir, sus pensamientos, deseos, sentimientos y acciones. A veces, cuando el individuo toma decisiones o sopesa alternativas y cursos de acción se da un debate interno.

El uso inadecuado del auto-monitoreo puede generar reacciones no adaptativas. Por ejemplo, el monitoreo exagerado o sobre-monitoreo puede conducir a que la persona se convierta en alguien hiper-preocupado por su apariencia, o por lo que los demás piensen de él o ella. La sobre-regulación, tiende a conducir a la inhibición y a bloquear la espontaneidad. Un claro ejemplo de ello es el pánico escénico que bloquea al actor debido a que hay un exceso de señales de precaución y hay una inhibición en la auto-instrucción.

El déficit de auto-monitoreo del pensamiento y el impulso puede observarse en los fumadores o los comedores compulsivos. En estos casos, el individuo bloquea su conciencia de las consecuencias de sus acciones. Algunos casos son tan severos que el alcohólico o el comedor compulsivo apenas si se dan cuenta cuando empiezan a beber o a comer.

La secuencia de escanear una situación, debatir entre una y otra alternativa y tomar decisiones conduce lógicamente al proceso de darse instrucciones a uno mismo o auto-instrucciones, que son mensajes verbales que dirigen la conducta.

En la vida cotidiana las personas se dan instrucciones a sí mismas con el objeto de lograr objetivos concretos y específicos. Un estudiante se dirá cuándo debe comenzar a estudiar para aprobar sus exámenes finales o un corredor se indicará cuando debe correr más rápido o más despacio para ganar la carrera.

Las instrucciones y evaluaciones de uno mismo son también para lograr objetivos más amplios y complejos, como por ejemplo, ser un buen padre, adquirir bienestar económico o poder, volverse popular, etc. Cuando una persona está seriamente involucrada en el logro de un objetivo las instrucciones que se da a sí misma toman forma de auto-motivación, darse órdenes a uno mismo y auto-reprocharse cuando las cosas no van como se esperan. Este proceso puede convertirse en algo desgastante aún cuando la persona esté sana.

En un gran número de condiciones clínicas el proceso de instrucción también se va a los extremos. A veces, la auto-instrucción es tanta que la persona no puede parar de auto-dirigirse. Esto lo podemos ver en el caso de personas que compulsivamente se están imponiendo metas y frenéticamente buscan el logro de las mismas; también puede verse cuando hay una depresión incipiente o se está a la mitad de la misma. Las personas indecisas o los neuróticos obsesivos se dan a sí mismos instrucciones contradictorias.

Otro estilo de auto-instrucción gira alrededor del tema de la **evitación y de la inhibición de la acción**. Cada que la persona se enfrenta a una situación que evalúa como aburrida o muy difícil o peligrosa, reacciona con pensamientos de evitación como: "No lo hagas". Este caso es el típico de la ideación de pacientes ansiosos y deprimidos. **La persona ansiosa** se percibe en peligro e incapaz de hacer algo para manejar la situación; sus pensamientos y deseos giran en torno a escapar hacia una situación que les haga sentirse seguros.

El paciente deprimido piensa y siente que no puede enfrentar las labores cotidianas de la vida. Las percibe como algo abrumador que necesita de gran esfuerzo y por lo tanto hace todo lo posible por apartarse y se retira de lo que considera displacentero, volcándose a la inmovilidad o a la pasividad.

Las auto-instrucciones de un paciente paranoico agresivo son el resultado de ofensas imaginarias y son del tono de: "Hazle lo mismo que él te hizo a ti", "Regáñalo", "No lo dejes salirse con la suya".

Los auto-castigos y las auto-recompensas tienen relación con las auto-instrucciones. Si la persona al evaluarse a sí misma percibe o cree que su conducta o ejecución en algo son deficientes, puede reaccionar muy negativamente con lamentos, críticas y auto-reproches. Incluso puede llegar a hacer evaluaciones generales de sí misma como mala, inefectiva e indigna. Esto generará que se sienta culpable o triste. Este tipo de reacciones pueden convertirse gradualmente en un trastorno depresivo, en el cual los auto-reproches y las autocríticas son de suma importancia.

Cuando la persona se auto-recompensa, piensa cosas positivas de sí misma y se siente orgullosa de haber logrado algo importante. Se considera merecedora de lo bueno.

Las anticipaciones

Las anticipaciones son las expectativas que cada persona tiene sobre lo que pasará ante tal o cual circunstancia y son muy importantes porque influyen en los sentimientos. Esas expectativas le dan significado a las experiencias. Si alguien está estudiando, hablando o trabajando, las motivaciones y el estado de ánimo serán elevados por expectativas placenteras o debilitadas por las displacenteras.

Las anticipaciones pueden tomar una forma visual, de modo que la persona "soñando despierta" puede generar en sí misma un determinado estado de ánimo.

En situaciones sociales las personas guardan un registro de cómo los demás reaccionan ante ellas. Se preguntan cómo lo percibirán los demás y la propensión natural será a considerar la reacción inmediata de los otros como una actitud duradera. La evaluación de la imagen social está basada en mayor medida en la percepción del impacto que se tiene de otros. La noción de la imagen social puede invadir el propio auto-concepto.

Reglas y señales internas

Las personas poseen señales internas particulares que las hacen reaccionar de forma distinta a como reaccionarían los demás ante una misma situación. Estas señales internas particulares les hacen tener auto-instrucciones también específicas. Más aún, mediante la observación de los pacientes se encontró que en cada persona se dan ciertas regularidades en sus reacciones a muchas situaciones que son similares en ciertos aspectos cruciales. Las respuestas de cada persona se pueden volver tan predecibles que frecuentemente se ligan a su carácter y se suele decir: "Ella es tímida" o "Él es agresivo".

Al observar esa consistencia en las respuestas de cada persona, se puede concluir que **cada una tiene un conjunto de reglas generales que le guían en cómo reaccionar ante ciertas situaciones. Estas reglas además de guiar sus reacciones observables, son la base de sus interpretaciones específicas, sus expectativas y sus auto-instrucciones.** Estas reglas además proveen los estándares para juzgar la eficacia y conveniencia de sus acciones y para evaluar su valor y atractivo. **La persona usa esas reglas para lograr sus objetivos, para auto-protegerse de daño físico o psicológico y para mantener relaciones estables con los otros.**

Es como si cada persona tuviera un "libro de reglas mental" que usa cómo brújula para guiar sus acciones y evaluar a los demás y a sí misma; para juzgar quién está bien y quién mal; para evaluar su grado de éxito en una acción específica, etc. Con esas reglas, que son estándares y principios, la persona se da instrucciones sobre cómo debe comportarse y cómo deben comportarse los demás ante una situación determinada. Después de todo esto con su catálogo de reglas puede evaluar la retroalimentación de sus acciones, hacer las correcciones necesarias y bien, premiarse o reprocharse a sí misma por su ejecución.

Los seres humanos usamos reglas no sólo para guiar nuestra conducta, sino para entender las situaciones de la vida. "El libro de reglas mental" contiene un código que determina los significados de estímulos y eventos. Las reglas, en términos concretos, le permiten al sujeto "hacer sus cuentas" sobre la realidad y consisten de ecuaciones, fórmulas y premisas que le permiten clasificar y sintetizar sus observaciones de la realidad para que pueda llegar a conclusiones significativas.

Dichas reglas también nos permiten hacer abstracciones complejas de lo que los demás nos dicen. Por ejemplo, cuando alguien nos dice algo, no sólo tratamos de descifrar el mensaje, sino que **extraemos un significado altamente personal** de esa comunicación y juzgamos si la persona está siendo ofensiva o si nosotros la estamos ofendiendo y así, defendernos o retirarnos. **De acuerdo a las reglas que aplicamos, experimentaremos una emoción u otra y generaremos conducta de acuerdo a esas emociones.**

Para ilustrar lo anterior, tenemos el ejemplo de cómo reaccionaron dos chicas jóvenes que tomaban juntas un seminario en la universidad. Cierta clase estaban comentando las dos algo mientras el profesor hablaba. Él se dio cuenta y les dijo que si era algo interesante podían compartirlo con el resto de la clase, y si no, que guardaran silencio.

La señorita A ante este comentario se dedicó a oponerse a los puntos de vista del profesor y a criticar insistentemente sus puntos de vista, mientras que la señorita B, quien estaba acostumbrada a participar mucho en la clase se tornó quieta, inhibida y callada. Se puede decir que estas dos personas aplicaron diferentes reglas para interpretar la situación y por lo tanto guiar sus repuestas externas.

La señorita A interpretó el comentario del profesor de la siguiente manera: "Él está tratando de controlarme", "Me trata como a una niña". Su respuesta emocional fue de rabia y la regla general que comandó a su interpretación fue: "Corrección procedente de figuras de autoridad= dominio y menosprecio". Su auto-instrucción fue: "No te dejes, contéstale". La regla detrás de su revancha fue: "Yo debo regresar a la gente lo malo que me hace", "debo desquitarme".

La interpretación de la señorita B fue: "Él me sorprendió haciendo algo equivocado. Le disgustaré de ahora en adelante". Su emoción: tristeza

y vergüenza. Regla: "La corrección por parte de una autoridad= quedar expuesta y avergonzada ante los demás y ser considerada como débil, culpable e inferior. Ser corregida=desaprobación". Auto-instrucción: "Debo mantener la boca cerrada." Regla: "Si soy callada e inhibida no ofendo." También, "Estándome quieta mostrará que siento haber ofendido".

Este ejemplo ilustra la fórmula de que cada quien opera bajo sus propias reglas. Cada chica aplicó una regla diferente para evaluar el comentario del maestro y de ahí derivaron diferentes interpretaciones.

Al aplicar deferentes reglas, se dieron diferentes instrucciones a sí mismas con respecto a futuras interpretaciones con el instructor y llegaron a conclusiones distintas. **Su conducta abierta representó simplemente un producto final de las auto-señales internas.**

Resumiendo, estas reglas pueden servir como estándar para evaluar, dirigir e inhibir conductas; se aplican a otros para juzgar qué tan propia, justificada o razonable es su conducta. Mediante la aplicación de estas reglas, estándares o principios, la persona evalúa el significado de las acciones de los demás e interpreta como los demás interpretan sus acciones.

¿Cómo se originan estas reglas?

Sabemos que antes de que la gente comience a escribir (aprender las reglas formales de la gramática) se le enseña a hablar gramaticalmente. A los niños muy pequeños no se les dice que deben seguir la secuencia sujeto, verbo y complemento (por ejemplo, "Yo quiero ese juguete). Ellos **derivan las reglas generales por medio de las experiencias y aprenden a comportarse de acuerdo a un contexto social circundante antes de articular las reglas generales de la conducta.**

Considerando que las reglas son parte de la herencia social, éstas son probablemente absorbidas en gran medida **a través de observar a los demás, así como a través de las propias experiencias.** Es relativamente fácil observar cómo reglas como: "Sé cortés y educado" o "No te dejes, defiéndete" son aplicadas a situaciones específicas para producir conducta específica. De manera similar se puede observar cómo una regla determina la interpretación de una situación.

La operación de esas reglas se puede comparar con los silogismos a los que se refieren los estudiosos de la lógica. Por ejemplo, la señorita A y la señorita B del ejemplo anterior **tienen una premisa mayor que es la regla:** "Todas las correcciones hechas por una persona en autoridad son críticas o evaluaciones negativas a mi persona." La premisa menor es, **"El maestro me está corrigiendo."** **"Por lo tanto,"** ellas concluyen, **"el maestro me está criticando, me está evaluando negativamente".** De hecho, la persona no se plantea conscientemente la premisa inicial, **esa premisa ya forma parte de su organización cognitiva, de la misma forma**

que lo hacen las reglas gramaticales para construir oraciones o las reglas para distinguir animales de plantas. Dependiendo de las circunstancias, la persona puede o no tener un pensamiento concreto para un caso en particular. De cualquier manera la persona es conciente de la conclusión, la cual puede asumir una posición central o puede, como los pensamientos automáticos, durar muy poco tiempo.

Las reglas y los silogismos basados en el "libro de reglas mental" de cada persona, son de particular interés para el clínico porque le ayudan a explicar la conducta impredecible o ilógica así como las respuestas emocionales anormales.

Más adelante se verá que cuando esas reglas son discordantes con la realidad o son aplicadas excesiva o arbitrariamente pueden producir problemas psicológicos o interpersonales.

Significado y emociones

El **significado** es la riqueza de la vida y es en sí la vida psicológica de una persona. Los psicoanalistas clásicos buscan ese significado muy, pero muy lejos del sentido común e interpretan la conducta humana haciendo uso de explicaciones que pudieran parecer esotéricas y oscuras, difíciles de entender. En absoluto toman textualmente para entender al individuo las ideas que éste expresa concientemente durante una sesión.

Los conductistas, por otro lado, dicen que los pensamientos son conceptos mentalistas faltos de utilidad, porque sólo es útil lo que se puede medir y cuantificar.

En contraste con esos paradigmas, la aproximación cognitiva es acerca de los significados concientes, así como de los eventos externos. Las ideas, sentimientos y deseos que una persona reporta sesión por sesión son la materia prima del terapeuta para aprehender el mundo interno del paciente, formular explicaciones para sus comportamientos y malestares y dar solución a sus problemas.

Las interpretaciones que hace la persona son aceptadas como plataforma o cimiento de los significados y no como pantalla superficial que esconde los profundos y verdaderos significados del individuo.

En ocasiones será importante examinar los pensamientos automáticos y otros datos introspectivos para delinear el intrincado patrón de significados y connotaciones. Las formulaciones resultantes deberán probarse y comprobarse con la retroalimentación del paciente hasta que se esté seguro de la particular percepción de la realidad de cada paciente.

Para entender las reacciones emocionales a un evento es importante distinguir entre el **significado público y el significado privado de lo que ocurre**. El significado público es la definición objetiva y formal de un evento y carece totalmente de la significancia personal o connotación. Por ejemplo, cuando un niño es molestado por sus compañeros, el significado público es que los compañeros lo están tratando de hacer enojar para ver hasta cuando reacciona. El significado privado que tiene el niño es más complejo: "les caigo mal", "soy un debilucho y por eso me están molestando". Aunque el niño esté conciente plenamente de su significado privado va a tender a guardarlo para sí mismo porque sabe que si admite abiertamente sus reacciones privadas se expone a ser más molestado por sus compañeros. **Los significados especiales y privados son evocados cuando un evento toca una parte importante de la vida de una persona, por ejemplo, la aceptación entre pares, pero generalmente son privados y no se expresan a los demás.**

En la vida cotidiana las personas no reflexionan sobre la validez de esos significados privados, no se checa su autenticidad. Generalmente una psicoterapia es la primera oportunidad que la persona promedio tiene para expresarlos y validarlos.

Ante un evento determinado, la reacción emocional de la persona se verá determinada en mayor medida por sus significados privados. A veces observamos que dichas reacciones son completamente inapropiadas o excesivas hasta el punto de parecer anormales. Cuando interrogamos a la persona sobre el particular, frecuentemente encontramos que está malinterpretando la situación. Esta malinterpretación está formada de una red de significados incorrectos asociados a la situación. **Las interpretaciones que se alejan constantemente de la realidad (y que no están basadas simplemente en información incorrecta) pueden ser consideradas en pleno derecho como desviadas. Esos significados desviados constituyen las distorsiones cognitivas que son el corazón de los trastornos emocionales.**

La "realidad interna" está constituida por los significados, las significancias y la imaginaria. Los psicoanalistas reacios a aceptar como válidos los contenidos del mundo interno de los pacientes, siguen una teoría de complejos constructos a la luz de la cual buscan el significado "real, profundo y no distorsionado" de lo que dice el paciente. Por otro lado, para la teoría cognitiva, aún cuando los significados sean difíciles de encontrar, la cuidadosa introspección y el reporte de las experiencias internas ayudan a expandir la capacidad de la persona de empalmar concientemente la continua corriente de imágenes y pensamientos con las emociones que experimenta.

La ruta hacia la emoción

Las emociones se derivan de la interpretación privada que la persona da a los eventos. Una interpretación ante un mismo evento lleva a diferentes personas a experimentar diferentes emociones. Una puede reaccionar complacida y contenta, otra triste, otra asustada y otra enojada. Los tan diversos significados personales de un evento no sólo sirven para predecir o entender la reacción emocional, también son útiles y directamente aplicables para entender los problemas emocionales, por ejemplo, una persona que liga un significado no realista o extravagante a un evento tiene la probabilidad de experimentar una excesiva o inapropiada respuesta emocional. Un hombre acostado en su cama que imagina que cada ruido es un ladrón entrando a su casa sentirá ansiedad excesiva. Si constantemente interpreta estímulos inocuos como señales de peligro desarrollará neurosis de ansiedad.

La declaración de que el significado especial de los eventos determina la respuesta emocional, constituye el corazón del modelo cognitivo de las emociones y de los trastornos emocionales.

El significado está guardado en una cognición, que es un pensamiento o una imagen. A veces, la cognición consiste solamente de una connotación o juicio de valor como "horrible" o "maravilloso". Es una observación compartida por todos que una emoción particular a veces no tiene conexión con las circunstancias externas de ese momento. Si estamos soñando despiertos o rumiando, nuestra emoción es generada por el contenido placentero o desagradable de nuestras ideas (**más que por un estímulo externo**). Finalmente, si distorsionamos extremadamente una situación, nuestra respuesta emocional es consistente con dicha distorsión, más que con lo que de hecho está ocurriendo.

El modelo cognitivo de las emociones se deriva inicialmente de reportes de observaciones introspectivas de pensamientos y sentimientos. En segundo lugar, se determina la relación que existe entre un pensamiento y un sentimiento. Por último, se hacen generalizaciones considerando qué tipo de pensamientos (o significados) llevan a determinadas emociones.

La aproximación cognitiva analiza el surgimiento de la emoción mediante el uso del sentido común para observar esa ruta. A través de delinear muy bien el significado específico de los eventos, la teoría cognitiva hace que confluyan muchas situaciones diversas o diferentes que llevan a una misma respuesta emocional. Aunque a veces las condiciones específicas que despiertan cierta emoción pueden parecer muy obvias para garantizar un análisis muy detallado, son cruciales para

el desarrollo de las generalizaciones. Estas generalizaciones sirven a su vez como base para entender los trastornos emocionales tales como la depresión, la manía, la neurosis de ansiedad y los estados paranoicos.

El dominio personal

Una persona otorga significados especiales y es movida por objetos que juzga particularmente relevantes para ella. Estos objetos, tangibles o intangibles, en los cuales hay mucho involucramiento, constituyen el dominio personal.

En el centro de ese dominio está el concepto de sí mismo, los atributos físicos y las características personales, así como los objetivos y los valores. Agrupándose alrededor del auto-concepto están los objetos animados e inanimados en los cuales la persona tiene un involucramiento importante. Estos objetos incluyen típicamente a la familia, los amigos y las posesiones materiales. Los otros componentes del dominio personal varían en grado de abstracción y van desde los de la escuela, los del grupo social y los de la nacionalidad, hasta valores intangibles concernientes a la libertad, la justicia o la moralidad.

El concepto de dominio personal ayuda a explicar cómo una persona puede verse fuertemente afectada cuando alguna otra, o institución, aunque geográficamente remota, se ve afectada por una tragedia. Por ejemplo, una persona puede estar eufórica si un miembro de su misma raza o grupo étnico recibe honores, o puede sentirse terriblemente ultrajada si tal persona es maltratada. La persona reacciona como si fuera ella misma la que recibe el premio o el maltrato.

Al analizar las circunstancias relevantes a las emociones y a los trastornos emocionales, **la importancia del concepto de dominio personal se vuelve obvia. La naturaleza de la reacción o del trastorno emocional de cada persona, depende de si ésta percibe que los eventos se asocian, o se quitan, o ponen en peligro, o tienen un efecto negativo en el dominio personal.**

Arnold (1960, citado por Beck, 1976), uno de los primeros teóricos en reflexionar sobre el rol central de la cognición en la producción de emociones, asegura: "La emoción es el proceso que comienza cuando algo es percibido y juzgado. Nosotros decidimos si es bueno o malo para nuestra persona." Dependiendo de si alguien evalúa un estímulo como beneficioso o perjudicial para su dominio personal, la persona experimentará una reacción "positiva" o "negativa". "Algo bueno para mí" lleva a sentir emociones de alegría, placer y felicidad. Algo evaluado como malo induce tristeza, ansiedad o rabia.

La contribución de la teoría cognitiva en torno a las emociones consiste en que Aaron Beck delineó los tipos particulares de evaluaciones que llevan a emociones específicas, es decir, qué contenidos ideacionales

en respuesta a eventos nocivos o amenazas producen, respectivamente, tristeza, ansiedad o enojo, etc. La interpretación única de los individuos ante los eventos nocivos determinará la respuesta emocional.

En el libro "terapia cognitiva y los trastornos emocionales" (1976), Beck analiza cada una de las emociones pero para fines de este trabajo se incluirán en esta sección sólo aquellas concernientes a la depresión.

La tristeza

Es una emoción muy común entre los seres humanos, pero puede ser también la más desconcertante, ya que en ocasiones parece incongruente dada la condición de vida de la persona. Por ejemplo, el caso de una mujer a quien se le casa su hija con un hombre muy adecuado y cuando la hija se va, la madre se siente profundamente triste. O bien un empleado que debido a su alto desempeño es promovido a un puesto de mayor jerarquía y en vez de sentirse feliz por esto, se entristece.

Si exploramos las cogniciones de casos desconcertantes como estos podemos ver que la madre que casó bien a su hija se siente triste porque su significado privado del hecho es que se le ha ido su "nena" para siempre; o el hombre que fue promovido se sentía triste porque su promoción le exigía cambiar de lugar de residencia y alejarse de lo familiar y de los vínculos sociales que ya tenía.

Aunque esas personas tenían muy bien integrados estos logros en su dominio personal, la interpretación de los hechos fue la opuesta: "Algo que tiene valor está perdiéndose".

El significado que cada persona otorga a la pérdida, determina si ésta se sentirá triste o no. En otras palabras, si la persona concibe la pérdida como algo muy importante que está siendo sustraído de su dominio, sentirá una emoción de tristeza. Si la persona no valora lo que se está yendo de su dominio personal entonces no sentirá pesar.

Es fácil observar cuantas situaciones de la vida pueden interpretarse como pérdidas, o pueden hacer que la persona vea reducido el valor de su dominio personal. La siguiente es una lista que clasifica los diferentes tipos de eventos que pueden llevar a experimentar tristeza:

1. La pérdida de un objeto tangible que la persona considera una fuente de gratificación, o que es valorado por alguna otra razón. El dinero o una casa son un ejemplo de ésta categoría.
2. Una pérdida intangible tal como una disminución en la autoestima producida porque recibimos un insulto o alguien nos menospreció, ejemplo: cuando perdemos el afecto de alguien importante.
3. Una reversión en el valor de un componente del dominio personal; por ejemplo, algo que primero se consideró una ventaja

y que luego es juzgado negativamente. Por ejemplo, alguien que siempre se consideró chistoso y de repente piensa que sólo es visto como un bufón para los demás.

4. Ante la decepción, es decir, cuando hay una discrepancia entre lo que se espera y lo que realmente se recibe.
5. Una fantasía o expectativa de que en el futuro se perderá algo: la persona tiende a vivir a través de la anticipación de la pérdida como si estuviera sucediendo en el presente, y por lo tanto, experimenta tristeza antes de que la pérdida real ocurra.
6. Pérdida hipotética: No se ha perdido algo pero esto “podría” suceder.
7. Pseudo-pérdida: La persona percibe incorrectamente un evento como algo que sustrae algo importante de su dominio personal.

La intensidad del sentido de pérdida es proporcional al monto de la depreciación en el valor del atributo, más que a su “valor absoluto.” Por ejemplo, una chica, quien previamente se había considerado a sí misma como hermosa determina, después de examinarse y compararse, que la gente la considera bonita, “a secas”—su sentido de pérdida corresponde al grado en que ella se considera menos deseable en el presente que lo que ella pensaba que era en el pasado.

También puede producirse tristeza cuando una persona espera recibir un premio o un honor y se ilusiona y se vive como si ya esa recompensa fuera parte de su dominio personal, entonces, llegado el momento, no lo recibe y se siente decepcionada y triste. Aquí podemos ver cómo una intensa decepción puede despertarse aún cuando la expectativa estaba muy alejada de la realidad.

La ansiedad

Cuando una persona se considera a sí misma como en inminente peligro es probable que se sienta ansiosa. Las situaciones que típicamente son generadoras de ansiedad son: amenazas de daño físico, presencia de una enfermedad seria, desastre económico o rechazo social. La persona puede experimentar ansiedad también cuando alguien importante dentro de su dominio personal es percibida en riesgo físico o psicológico.

La posibilidad de perder un objeto importante, animado o inanimado, al ser parte del dominio personal, se convierte en una amenaza para el mismo. La posibilidad de separación geográfica o por fallecimiento de un amigo o ser querido es una fuente de ansiedad. La ansiedad como respuesta a amenazas psicosociales, como la anticipación de una crítica, humillación o abandono es tan estresante como las amenazas a la integridad física o a la salud.

Si la persona confía en su capacidad para resolver o repeler los eventos amenazantes, entonces la ansiedad disminuirá. Si la probabilidad, la

inminencia y el grado de daño resultante son importantes, la ansiedad se incrementará y esto será también así ante la presencia de la incertidumbre.

De acuerdo a Richard Lazarus (1966, citado por Beck, 1976), la persona elabora una evaluación primaria de la situación ansiógena, en términos de la probabilidad de que ocurra, qué tan cerca se encuentra de ocurrir, y el grado en el que afectará la vida. Enseguida elaborará una evaluación secundaria –sus recursos para el contraataque (su habilidad para neutralizar o manejar el peligro)—La razón directa entre los factores negativos de la primera evaluación, y los factores positivos de la segunda es lo que determina el riesgo percibido.

El significado privado o idiosincrásico vuelve a cobrar importancia para esas evaluaciones y la subsecuente reacción de ansiedad. Una persona que es muy sensible a la desaprobación social cuando está dando un discurso reaccionará con más ansiedad que una que le da poca importancia a las evaluaciones que los demás hacen de ella.

El enojo

Una persona puede sentirse enojada por un sinnúmero de situaciones. El enojo es un prototipo de la reacción primitiva de algunos organismos de destruir o repeler al agente nocivo. Cuando una persona es atacada (física o verbalmente), es probable que se enoje y contraataque.

Aunque la fórmula “ataque conduce a ira” satisface algunas de las más obvias condiciones generadoras de enojo, no siempre aplica. Hay casos en que la persona que es atacada se siente ansiosa o triste después del ataque.

Otra situación muy común que genera ira es la frustración de un deseo o un impulso.

Ellis (1962) y Pastor (1950,1952) (citados por Beck, 1976), señalaron y experimentaron respectivamente que es poco probable que la gente responda con enojo si juzga que el agente frustrante es justificado, no arbitrario o razonable. Por ejemplo, un esposo que regularmente se enoja cuando la cena no está lista cuando llega de trabajar no estallará en ira si ve que su esposa no preparó la comida porque estaba muy enferma esa tarde.

Sería muy complicado exponer todas las situaciones generadoras de ira, en lugar de ello se expondrán categorías de afinidad en estos eventos.

Transgresiones con y sin intención

En estas situaciones generadoras de ira y que son un asalto directo al dominio personal, la persona está sujeta a una experiencia desagradable (una ofensa) por parte de uno o más adversarios. Puede tratarse de un ataque físico deliberado, una crítica, coerción, frustrarle alguna intención o deseo, ser rechazada, sufrir deprivación u oponerse constantemente a lo que dice o hace. Lo que hace nocivas estas

situaciones es que trastornan los límites de seguridad, autoestima o deseos del afectado y son percibidas como una amenaza directa al dominio personal. Incluso cuando la ofensa no es motivada por la maldad de alguien, ésta se percibe de ese modo por el afectado.

Otro grupo de situaciones generadoras de enojo es cuando la persona recibe órdenes o restricciones que interpreta como una violación a sus derechos. Una restricción por parte de alguien en autoridad puede generar en la persona una sensación de enojo aunque la actividad en cuestión no le interesara previamente.

Esos derechos que la persona considera tener, pueden incluir no sólo autonomía, libertad de acción o de expresión, sino también expectativas de respeto, cortesía, consideración y lealtad por parte de los demás. El status social o profesional puede dar lugar a la expectativa de un trato especial privilegiado que de no darse puede causar ofensa. Puede causar enojo que una persona con bajo status solicite privilegios a los cuales no tiene derecho.

Transgresiones indirectas

A simple vista las situaciones generadoras de ira no justifican que una persona se enoje. Por ejemplo, cuando un hombre se molesta ante el hecho de que otro hombre está presumiendo su conocimiento a otros durante una fiesta, o un marido que se enoja ante su esposa, quien sólo le da un leve cumplido por lo que él considera un triunfo de negocios excepcional, o cuando un hombre se molesta cuando su novia está platicando animadamente con otro hombre.

En estas transgresiones el ataque es a la autoestima. La conducta del que ofende expone indirectamente la auto-devaluación del ofendido. La envidia y los celos están detrás del enfado causado por ciertos eventos. En la persona insegura de si misma el que otro u otra estén "atrayendo" más atención que él o ella, le hace compararse y evaluarse como inferior, es decir, le hace cuestionar su propia importancia. La reacción de "aparente desinterés o poco entusiasmo" por parte de la esposa es percibida por el marido como una devaluación a su logro.

Pero ya que las "ofensas" representan un tipo de pérdida, ¿por qué ante una nos sentimos enojados y no tristes? Nos enojamos porque tratamos de defendernos de una devaluación poniendo énfasis en los atributos del que nos ofendió, considerándolo como un presumido, indigno, cabeza hueca, injusto, etc. Pero, si la persona interpreta la imaginada pérdida del estatus como razonable, justa o merecida, entonces se sentirá triste. Si la persona fluctúa entre culpar a quien lo ofendió y lamentarse por la pérdida, entonces su ánimo fluctuará entre la ira y la tristeza.

Transgresiones hipotéticas

Hay otro tipo de situaciones que no producen ningún perjuicio al dominio de lo personal. Por ejemplo, cuando una persona con una alta valoración de la ley se enfurece cuando escucha que a muchas millas de donde vive se cometió un crimen o por ejemplo, cuando un peatón se molesta cuando algún automovilista se pasa el alto, o cuando un padre se irrita mucho ante las malas maneras de su hijo en la mesa. En estos casos, la persona puede reaccionar tan fuerte como si fuera un asalto directo. La persona reconocerá que en ninguna forma se atacó su dominio personal, entonces ¿por qué está furiosa? El común denominador en ese tipo de incidentes es que el que ofende ha violado una regla altamente valorada por el ofendido. Esto es, produce ira porque esta violación hace que el ofendido se considere a sí mismo como vulnerable y la trasgresión se percibe como potencial o hipotética. El peatón explica su ira ante el automovilista pensando "Yo pude haber estado cruzando la calle en ese momento" o la mamá puede decir, "me enojé con mi hijo porque me imagino lo que hubiera dicho alguna de mis amistades de mí se lo ven actuar de sea forma en la mesa".

En los ataques hipotéticos, la noción de "lo que pudo haber pasado" tiene tanto peso como si de hecho hubiera sucedido.

Las violaciones hipotéticas, aunque sutiles, tienen gran presencia como generadoras de tensión y desencuentro entre las personas y, como ya se dijo, son vistas como una violación a reglas de conducta generalmente aceptadas o, en algunos casos como reglas o estándares idiosincrásicos. Esto nos hace pensar que existe un código implícito de leyes, reglas, principios y estándares y que su aplicación protege a las personas de daño físico o psicológico, aún cuando la persona y su dominio no hayan estado involucradas con el que ofendió y su trasgresión. Por lo tanto, lo arbitrario, lo inmerecido o lo injusto siempre despertará la ira incluso cuando no se dirija a nosotros o a algún ser querido por el simple hecho de que es una amenaza hacia nuestro muro protector conformado por nociones de jugar limpio, la justicia y la racionalidad.

Cuando se violan concesiones y acuerdos sociales las interacciones humanas sufren intensamente. Esto lo podemos ver ante amargos reclamos como: "Ellos no tienen ningún derecho de actuar así" o "él no debió haber hecho eso" o "la gente debería comportarse mejor", etc.

Las formas de conducta socialmente aceptadas están ancladas al dominio individual. Un rompimiento del código produce la misma reacción que un ataque personal. El código varía ampliamente de una cultura a otra y puede ser idiosincrásico, sin embargo, una violación a los estándares personales es considerada un ataque al dominio personal. Las convenciones sociales son más importantes de lo que se cree al momento de especificar las condiciones bajo las cuales la ira se considera una reacción justificada, esperada o incluso demandada, y también establecen límites para decir hasta dónde la ira es considerada

como excesiva o inapropiada. Tales límites están implícitos en declaraciones como: "Estás sobre-reaccionando" o "¿porqué haces ese súper berrinche?"

Seguramente hemos pasado por momentos en los que reaccionamos con mucho enojo a diferencia de un amigo que nos acompaña, o bien alguien nos ha dicho, "yo en tu lugar me hubiera encendido" o "yo le hubiera hecho pagar". **Cuando una persona exhibe un fuerte acceso de rabia ante algo que es generalmente considerado como un accidente trivial debemos sospechar que la situación tiene un significado idiosincrásico para ella.** Aunque el grado de ira es generalmente proporcional a cuán injustificada, arbitraria o impropia es la ofensa para el que la sufre.

En resumen, el factor común que despierta el enojo o la ira en las personas es evaluar al suceso como un asalto al dominio personal, incluyendo sus valores, su código moral y sus reglas de auto-conservación. Pero este factor, aunque es una condición necesaria para despertar la ira, no es suficiente en sí mismo para ello. Para producir enojo o ira, deben estar presentes otras situaciones. En primer lugar, la persona debe tomar la infracción como algo muy serio y negativo. En segundo lugar, la situación no es considerada por el individuo como un peligro inminente. Si la situación es considerada como una amenaza para la propia seguridad la emoción presente será la ansiedad y no el enojo. El individuo se centrará primeramente en lo malo e injusto de la ofensa y del ofensor.

Cuando una persona considera que la ofensa no hace peligrar su seguridad entonces sentirá ira hacia el agente ofensivo, pero cuando percibe peligro, entonces la emoción cambiará hacia la ansiedad.

Se sabe, a través de observar a las personas y los pacientes, que las mismas condiciones externas pueden producir tristeza en una persona, ansiedad en otra y enojo en una tercera. Más aún, ante circunstancias básicamente parecidas una persona puede experimentar diferentes emociones en diferentes momentos **y si sabemos los significados asociados al evento, generalmente podemos predecir qué emoción se despertará. Los significados más importantes están determinados por los patrones habituales de conceptualización de tipos particulares de situaciones de vida que tiene una persona determinada y también por su estado psicológico al momento de ocurrir la situación. Si la principal preocupación es el peligro, se sentirá ansiosa; si está preocupada por la pérdida, se sentirá triste; y si se centra en lo inaceptable de la conducta de alguien que le ofende, se sentirá enojada.**

Existe un trasfondo ideacional detrás de cada emoción que se experimenta. Este contexto de ideas puede conducir a la ansiedad, la tristeza, la euforia o el enojo y tiene su contraparte en la ideación característica de las reacciones de ansiedad, depresión, manía y estados paranoides, respectivamente. **Una diferencia significativa entre**

los trastornos psicológicos y respuestas emocionales normales es que el contenido ideacional de los desórdenes posee una distorsión consistente de la realidad. Mientras que la respuesta emocional normal está basada en una evaluación razonable de la situación, las respuestas en los trastornos psicológicos están determinadas enormemente por factores internos (es decir psicológicos) que confunden al momento de evaluar la realidad.

El contenido cognitivo de los Trastornos Emocionales

Este capítulo del libro *Cognitive Therapy and the emotional disorders*, de Aaron Beck comienza con una cita de Abraham Maslow que dice: *"El neurótico no sólo está emocionalmente enfermo- él está cognitivamente equivocado-*" Beck, 1976, p.76)

El ser humano sin duda posee cualidades superiores que le posibilitan el manejo del sinnúmero de informaciones que llegan a su persona desde el mundo externo y desde el interno, ante lo cual emite una respuesta determinada. No obstante esta brillante cualidad, las personas también están expuestas a los "dramas internos", muy personales, que se filtran a sus experiencias.

La capacidad de imaginación del ser humano le ayuda a sopesar los hechos con la realidad, con la consecuente reacción ante estos hechos. Cuando esa capacidad de imaginación está colmada de luchas internas entre fuerzas positivas y negativas, coexistiendo dentro de cada quien, y esta lucha se convierte en algo dramático, es cuando la persona tiende a sobre-reaccionar y esta excesiva respuesta inunda las evaluaciones racionales, por lo tanto la persona experimentará reacciones emocionales excesivas o inapropiadas.

Algunas personas están tan "engolfadas" dentro de esas fantasías generadas internamente, que su conducta y emociones están controladas por tales fantasías.

Cuando esas reacciones excesivas o inapropiadas prosperan más allá de ciertos límites de distrés o invalidez, entonces se puede considerar que la persona tiene un "trastorno emocional", "neurosis", "trastorno psicológico", o enfermedad psiquiátrica". **Estos desordenes asumen frecuentemente una forma característica que permite reconocerlos como depresión, estado de ansiedad, o estado paranoide.** En estos desórdenes los pacientes experimentan las emociones de tristeza, ansiedad o ira (anteriormente mencionados), la diferencia es que en estas disfunciones hay una intrusión de pensamiento no realista relacionado con cuestiones clave en la vida del paciente.

Entidades clínicas como la reacción neurótica aguda, durante la cual el paciente experimenta una aterradora e incómoda extrañeza ante su realidad cotidiana y ante sí mismo, hay una clara fijación en la atención a estímulos específicos internos y externos y esto le incapacita para movilizar su atención hacia otras áreas de experiencia. En ésta reacción el pensamiento está trastornado y el paciente realmente tiene que hacer brutales esfuerzos para mantener control sobre su capacidad de concentración, atención y enfoque. Le cuesta trabajo también estructurar sus pensamientos o seguir con una línea consistente de pensamiento. Su conciencia de sí mismo y sus alrededores además de estar alterada está disminuida ya que tiene dificultad para percibir muchos detalles en su ambiente. Sin embargo, paradójicamente, puede estar detalladamente conciente de tales estímulos como un tono de voz, o ciertas sensaciones internas. Durante este estado, la persona puede presentar lo que se llama "reacción catastrófica" y se siente como si estuviera perdiendo el control, como si no estuviera realmente donde se encuentra, como si se estuviera yendo fuera de su mente, como si estuviera a punto de morir, de perder la conciencia o de volverse loco y aunque el paciente interpreta estos sentimientos como altamente desestructurantes (como un síntoma de estarse volviendo loco) tienen que ver más con una reacción neurótica aguda que con una psicosis.

Además de experimentar esos extraños sentimientos y esa disrupción en los procesos psicológicos ordinarios, el paciente puede estar engolfado por intensa ansiedad, tristeza o ira. Incluso cuando la emoción es una magnificación de un sentimiento placentero, tal como la euforia de las reacciones maniacas, su intensidad las hace displacenteras.

Este padecimiento tiene sentido si se entiende que un componente notable del mismo es una auto-conciencia intensa. El paciente se vuelve extremadamente conciente de sus procesos internos. Su atención está fija en sus percepciones, pensamientos y sentimientos y como resultado esos procesos psicológicos se vuelven extremadamente vívidos. Además, la persona está sobre-atenta hacia ciertas señales en su ambiente, e inconsciente hacia otras, lo que comúnmente se denomina "visión de túnel". Con esa atención obligada hacia estímulos específicos internos y externos, el paciente tiene gran dificultad para movilizar suficiente atención a otras áreas de experiencia.

En casos tales como la neurosis de ansiedad, el paciente tiende a evaluar correctamente los estímulos, pero los malinterpreta constantemente, por ejemplo, cuando oye una alarma de fuego, inmediatamente piensa que su casa se está quemando, o cuando siente un dolor en la nuca, inmediatamente piensa que le está dando un ataque cerebral. El efecto acumulativo de interpretar indiscriminadamente los eventos como señales de peligro es tener una visión distorsionada del mundo real y producirá una escalada de ansiedad. **Esta malinterpretación de las situaciones constituye una**

distorsión cognitiva que va desde una imprecisión no severa, hasta una malinterpretación gruesa.

La atención forzada, la constricción de la conciencia, la abstracción selectiva y la distorsión no sólo ocurren en las neurosis agudas de ansiedad, sino también en otras neurosis como la depresión, la hipomanía y el estado paranoide. Estos estados difieren en cuanto al tipo de emoción experimentada: tristeza, euforia o ira. La diferencia en la emoción puede contar para las diferencias en los significados desviados o los contenidos de pensamiento de cada uno. En cada neurosis la realidad es "torcida" para adecuarse a los conceptos que dominan el pensamiento del paciente. Los desordenes del pensamiento también están en el núcleo de neurosis como la histérica, la fóbica y la obsesivo-compulsiva.

La exposición anterior del trastorno emocional agudo—con sus floridas características—aunque no es encontrado muy frecuentemente por los clínicos sirve muy bien para exponer con claridad las más sutiles dificultades encontradas en las formas más comunes de reacción neurótica.

En las formas menos dramáticas de neurosis, el trastorno de pensamiento puede ocurrir sólo en ciertas situaciones o en relación a problemas específicos que influyen notablemente en las vulnerabilidades de cada paciente o bien, puede ocurrir que el pensamiento esté a tono con la realidad.

Ya que el pensamiento canalizado, la fijación en la atención y las distorsiones de la realidad que ocurren en el trastorno emocional agudo pueden ocurrir en todas las neurosis, las diferencias claves entre ellas son reveladas en el contenido del pensamiento aberrante más que en su forma.

Finalmente, en las neurosis caracterizadas por reacciones emocionales excesivas, el estado emocional típico de cada trastorno es despertado por el contenido específico del pensamiento aberrante. La tristeza (emoción típica de la depresión) se origina de la tendencia del paciente a interpretar sus experiencias en términos de privación, deficiencia o derrota. El paciente ansioso experimenta sus sentimientos de distrés a través de la sobreinterpretación que hace en términos de peligro.

Se recomienda leer por completo el libro de donde se han tomado todas estas ideas, ya que al hacerlo, el terapeuta al teléfono tiene un amplio conocimiento sobre la dinámica de las emociones generadas por los pensamientos aberrantes en cada tipo de neurosis, lo cual le dará importantes puntos de referencia para conocer y tratar a sus pacientes.

En esta sección del manual sólo se expondrá el contenido cognitivo de la neurosis depresiva o depresión.

Es necesario mencionar que la clasificación del desorden de pensamiento de cada neurosis fue elaborada por Aaron Beck con base en observaciones clínicas y estudios sistemáticos, haciendo uso de reportes verbales textuales de pacientes durante sesiones de psicoterapia o psicoanálisis, y haciendo uso también de observaciones hechas por su equipo de investigación y por otros clínicos como Ellis, 1962 o Velten, 1967 (Citados por Beck, 1976). Asimismo, Beck explica que sus observaciones no pudieron estar influenciadas por su marco teórico porque al momento de analizar la información de sus pacientes tuvo que cuestionar y cambiar muchos de los supuestos que él había aprendido como psicoanalista porque no cobraban sentido en la explicación de los problemas de los pacientes. Tales conceptos fueron, entre otros, aquel que dice que la depresión es una hostilidad volcada hacia sí mismo, o que la ansiedad surge cuando un tema tabú del inconsciente amenaza con emerger a la conciencia.

Con esos estudios fue posible distinguir entre los trastornos neuróticos comunes de acuerdo a sus diferencias en el contenido de la ideación.

Depresión

El contenido idiosincrásico de la depresión consiste en una devaluación del dominio personal—todo aquello tangible o intangible y todos aquellos que dan significado, valor y sentido a la vida de una persona.

El contenido de pensamiento de los pacientes deprimidos se centra en una pérdida significativa. El paciente considera que ha perdido algo que es esencial para su felicidad o tranquilidad; además, anticipa resultados negativos de cualquier cosa que emprenda; se considera a sí mismo como deficiente en los atributos necesarios para el logro de objetivos importantes. Este tema, o ideación, o contenido cognitivo puede formularse en términos de la tríada cognitiva: un concepto negativo de sí mismo, una interpretación negativa de las experiencias de la vida, y una visión nihilista del futuro (en donde todo carece de valor, especialmente los principios morales y religiosos).

El sentido de pérdida irreversible y las expectativas negativas conduce a las emociones típicas experimentadas durante la depresión: tristeza, decepción y apatía. Además, al mismo ritmo en el que el sentido de estar atrapado en una situación desagradable o de estar atrapado en problemas “sin solución” surge o aumenta, la motivación constructiva espontánea decrece hasta desaparecer (de ahí los diferentes grados de depresión) y el paciente, en los casos más graves, se sentirá impelido a escapar de la aparentemente intolerable situación vía el suicidio.

Naturaleza de los trastornos del pensamiento

Un trastorno del pensamiento, en ausencia de patología orgánica, generalmente ha sido considerado como una característica de la esquizofrenia. En contraste, la depresión, la manía y la ansiedad—con sus floridas manifestaciones emocionales—han sido consideradas, esencialmente, como trastornos “afectivos” o emocionales. **Sin embargo, hay considerable evidencia de que un trastorno de pensamiento, menos grueso y más circunscrito, que el visto en la esquizofrenia es una característica muy importante de los síndromes psiquiátricos comunes.**

En un estudio de larga duración realizado por Beck, 1963, (Citado por Beck, 1976) se encontró que cada paciente estudiado **malinterpreta tipos específicos de experiencias**. Estas distorsiones de la realidad fueron desde imprecisiones sutiles en los neuróticos leves, hasta las típicas y grotescas malinterpretaciones y delirios de los psicóticos. La peculiar ideación de los pacientes mostró desviaciones sistemáticas de la realidad y la lógica, incluyendo inferencias arbitrarias, abstracciones selectivas y sobregeneralizaciones. Estas distorsiones ocurrieron en la ideación sobre lo que era importante para el problema específico de cada paciente. Por ejemplo, el paciente deprimido mostró aberraciones al pensar en su valor como persona; el paciente ansioso las mostró cuando estaba preocupado por la noción de peligro.

Las ideas distorsionadas tienen la característica de ser “pensamientos automáticos” que parecen emerger como si fueran arcos reflejo y sin una aparente reflexión o razonamiento previos. Además, parecen muy plausibles para el paciente, aunque no es así para los que le rodean. Finalmente, esos pensamientos se mostraron menos susceptibles al cambio usando la razón o la evidencia contradictoria, que otras formas de ideación no asociadas con la forma específica de patología. Beck observó también la existencia de una gradación de pensamiento dañado entre el neurótico leve y el psicótico severo. Mientras más se intensifica la enfermedad el paciente progresivamente muestra un grado mayor de distorsión, repetición incrementada de ideas distorsionadas y una progresiva fijación de esas distorsiones.

Dichos trastornos del pensamiento se explicarán con más detalle en un capítulo subsecuente, ya que son muy importantes para visualizar al mundo a través de los ojos de los pacientes. Por el momento, sólo se mencionarán algunos como la *personalización* (la persona piensa que todo lo que los demás hacen, o lo que ocurre en el exterior está directamente relacionado con ella misma, “ella o él tiene la culpa de todo” y el *pensamiento polarizado*, “*pensamiento dicotómico*” o “*pensamiento bipolar*”, que consiste en que el paciente observa su realidad en términos de todo o nada, negro-blanco, bueno-malo,

maravilloso u horrible, siempre o nunca; sin tomar en cuenta las gradaciones intermedias tan necesarios para entender y experimentar sanamente la vida.

Otros trastornos de pensamiento en donde el paciente hace juicios globales extremos que conducen a distorsiones o malinterpretaciones son la *abstracción selectiva* que se refiere a abstraer sólo un detalle del contexto, perdiendo la significancia de la situación total. La inferencia arbitraria se da cuando una persona salta a conclusiones sin la evidencia necesaria, o siendo de hecho contraria a la conclusión. La sobregeneralización se refiere a generalizaciones injustificadas en las bases de un único incidente. Por ejemplo, un niño comete un error simple y piensa, "nunca hago nada bien". Estos ejemplos muestran como se despierta el pensamiento aberrante en situaciones que influyen negativamente en vulnerabilidades específicas tales como aceptación- rechazo, éxito-fracaso, salud-enfermedad, o ganancia-pérdida.

Habiendo expuesto durante esta sección la relación de los significados y la emoción, cómo la cognición se entrelaza con la emoción en una persona, y cómo es que durante este proceso puede gestarse un trastorno emocional como la depresión, así como el contenido cognitivo de los trastornos emocionales, entre otras cosas, es momento de introducir un concepto cuyo dominio y excelente manejo por parte del terapeuta en general, y del terapeuta telefónico en particular, es vital durante cada sesión de trabajo clínico para devolver la salud mental a los pacientes:

La ley de las reglas

Cada persona desde etapas muy tempranas de la vida recibe continuamente información de su medio circundante y esta información la va estructurando en un **programa o sistema de reglas** con el cual descifra y evalúa sus experiencias y regula su conducta y la de otros. **Este sistema de reglas se convierte en "el libro de las reglas" y cada persona posee uno, pero este "libro" opera sin que la persona esté conciente de ello. Cada individuo cuando recibe un flujo de estímulos, los proyecta selectivamente, los integra y los clasifica u organiza para formar sus propias respuestas sin explicarse a sí misma las reglas y conceptos que dictan sus interpretaciones y reacciones.** Por supuesto, la operación de este aparato de entrada y salida está lejos de ser perfecto.

Cuando el terapeuta observa como el paciente entiende la conducta de los que le rodean observa problemas que surgen inevitablemente. Estos problemas se dan porque esa persona ha sido inadecuada o inapropiadamente preparada por sus experiencias previas, y por lo

tanto puede inferir significados incorrectos de la conducta o actitudes de los demás hacia ella, de la intención de esa conducta, o de la conducta futura probable que los demás tendrán hacia ella.

En su interacción con los demás, la persona tiende a hacerse un número importante de preguntas para tratar de interpretar dicha interacción y como hay un amplio rango de posibles inferencias de una interacción específica, no es de sorprenderse que algunas personas malinterpreten la forma en que los demás interactúan con ellas. A veces, por ejemplo, la persona puede “leer” más aspereza o severidad en el comentario que le dirige otro que la que realmente lleva. **Si las exageraciones o distorsiones de la persona son sin importancia y pasajeras, entonces podrá mantener su equilibrio psicológico.** Por el contrario, si una persona, dadas sus particulares susceptibilidades o sensibilidades está predispuesta a malinterpretar ciertas conductas de los demás, acumulará esas malinterpretaciones y se volverá crecientemente más susceptible de etiquetar subsecuentes reacciones de la misma forma. Después presentará una generalización de esas ideas a las actitudes de todos los demás. Más aún, la persona comenzará a rumiar sobre esos pensamientos cuando está sola y será tanta su concentración en ellos que se le dificultará prestar atención a otros aspectos o experiencias de su vida. Esto le hará equivocarse de hecho, y es probable que deje de ser exitosa o productiva, lo cual le conducirá al círculo vicioso de pensar que eran ciertas sus ideas erróneas sobre ella misma con el consecuente deterioro de su estado de ánimo y con esto dará comienzo un trastorno psiquiátrico, ya sea depresión, ansiedad, neurosis de tipo paranoide o hipomanía.

Pongamos un ejemplo de cómo una persona aplica una serie de operaciones “lógicas” y cómo la conclusión de una operación constituye una premisa para la siguiente conclusión:

Un estudiante, que como cualquier persona tiene su “libro de reglas”, durante cada interacción en el salón de clases aplica reglas en relación a las evaluaciones que sus maestros hacen de él. Ese estudiante usa las siguientes reglas: “Una crítica significa que el maestro piensa que soy estúpido. Si una autoridad piensa que yo soy estúpido, esto significa que sí lo soy. Ya que soy estúpido, no conseguiré nada bueno en el futuro”. Entonces, aplica una fórmula a su deficiente ejecución: “Mi ineficiencia prueba que soy estúpido.” El estudiante incluso tiene una regla para su consecuente infelicidad y preocupación: “Si estoy triste, esto significa que me va a ir mal.”

Cada uno de los trastornos psiquiátricos vistos previamente tiene su propio paquete de reglas. En la neurosis de ansiedad, las reglas tienen que ver con el concepto de peligro y el cálculo del paciente de si puede o no manejar ese peligro. Las conclusiones derivadas de la aplicación de las reglas toman la forma de predicciones como: “Estoy

en peligro inminente de perder mis atributos más valorados" (salud, vida, amigo, pareja, trabajo, etc.) "No tengo los medios para defenderme de este peligro". Las reglas específicas que llevan a esas conclusiones son aplicadas (o mal aplicadas) a eventos específicos: "Mi latido acelerado del corazón significa que estoy teniendo un ataque cardíaco, y moriré si no consigo ayuda". "Si estoy lejos de casa, me ocurrirán desgracias que no podré manejar". "Si me equivoco, pondré en mi contra a mi jefe y me despedirá".

En la ansiedad, las reglas son generalmente condicionales: "Si determinada cosa ocurre, esto tendrá consecuencias desastrosas". Por lo tanto, cuando el evento ocurre, resulta que el evento puede ser inocuo. **En contraste, las reglas en la depresión son absolutas y no condicionales: "Mis deficiencias actuales significan que siempre seré un fracaso"**.

En fobias, las reglas son también condicionales; aplican a situaciones que el paciente puede evitar con éxito: "Si paso por un túnel, puedo ahogarme". "Si voy a un lugar desconocido, me puedo perder". En esos casos el paciente también opera bajo la regla de: "No podré lidiar con esa situación por mi mismo". Como en la ansiedad, estas reglas adjuntan una alta probabilidad de que ocurra un desastre. Sin embargo, el paciente está fortificado con el supuesto, "Si una persona útil está conmigo, puede salvarme." Con esta idea muchos pacientes fóbicos pueden entrar a la situación fóbica si alguien está ahí para ayudarles.

En la depresión, las reglas tal y como las formula el paciente, derivan en significados y predicciones negativas de una circunstancia presente o pasada. No hay una "cláusula de escape" como en la ansiedad o en las fobias. Algunos ejemplos de estas reglas son: "No ser exitoso en mi carrera significa que soy un fracaso total". "Ya que ahora estoy triste, significa que siempre lo estaré". "Cuando algo va mal, es siempre mi culpa". "Perder el amor de mi esposa significa que no valgo nada". "No ser admirado significa que soy antipático"

En condiciones maníacas, el contenido de los supuestos es opuesto a aquellos en la depresión. Las reglas se estructuran de tal forma que se logre exagerar la ganancia y elevar la autoestima: "Cuando la gente me mira, ellos me están admirando". "Si tengo un trabajo que hacer, haré una obra maestra". "Cada éxito es una prueba de lo superior que soy".

Las reglas del paciente paranoico son probablemente no condicionales y absolutas. El contenido de esas reglas "apesta" a conspiraciones, abuso injustificado, discriminación, etc. "Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, ellos tratan deliberadamente de oponerseme". "Cuando no consigo lo que quiero, significa que alguien me ha

saboteado". " Cuando las cosas no van bien es por la interferencia de la gente".

Cuando cuestionamos al paciente sobre sus ideas, por lo general no verbaliza voluntariamente la regla que da forma a su interpretación de los eventos. En lugar de esto, la persona nos da su conclusión. Por ejemplo, un paciente con neurosis de ansiedad declara, "Estoy por morirme"; uno con depresión dice: "He perdido todo aquello que me interesa...No valgo nada"; con manía, "Soy supremo"; con reacción paranoide, "Todos están en contra mía."

El terapeuta, debe trabajar "hacia atrás", desde la conclusión para derivar la regla (supuesto, premisa). A veces el paciente es capaz de articular la regla sin dificultad. Una mujer deprimida que había tenido una ruptura con su pareja dijo, "No valgo nada." Cuando el terapeuta le pregunta porqué, ella declara, como si se tratara de una verdad universal, "Si no tengo amor, no valgo nada, no soy nadie." Pero mucho más frecuentemente tiene que hacerse una secuencia de preguntas para hacer que surjan las reglas:

Paciente ansioso: "Pienso que me estoy muriendo"

Terapeuta: "¿Qué te hace pensar esto?"

Paciente: "Mi corazón está latiendo muy rápido. Estoy viendo borroso". "Me cuesta trabajo respirar" "Estoy bañado en sudor"

Terapeuta: "¿Porqué eso significa que te estás muriendo?"

Paciente: "Porque a sí se siente cuando te estás muriendo"

Terapeuta: ¿Cómo lo sabes?

Paciente: [después de reflexionar un poco] "Creo que no sé." Pero pienso que esos son signos de cuando se está muriendo"

La regla del paciente (premisas) es que esa combinación de síntomas equivale a muerte inminente. En realidad, sin embargo, esos síntomas (palpitaciones, dificultad en enfocar, respiración entrecortada) son signos típicos de un ataque agudo de ansiedad. La ideación y ansiedad del paciente se involucra en un círculo vicioso. Los pensamientos de muerte conducen al incremento de la ansiedad, tal y como se manifiesta con los síntomas fisiológicos; estos síntomas son interpretados como signos de muerte inminente.

¿Cómo es que esas reglas desembocan en un trastorno emocional? Ya que las reglas tienden a ser formuladas usando palabras extremas, ellas por lo tanto conducen a conclusiones también extremas. Las reglas son aplicadas en la forma de un silogismo.

Premisa mayor: "Si no tengo amor, no valgo nada"

Caso especial: "Luis no me ama"

Conclusión: "No valgo nada"

Por supuesto que el paciente no reporta sus secuencias de pensamiento en la forma de un silogismo. **La premisa mayor (regla) ya es parte de su organización cognitiva y es aplicada a las circunstancias dadas. El paciente puede rumiar sobre la premisa menor (el caso especial o situación específica) y está ciertamente conciente de la conclusión.**

El trastorno de pensamiento característico del trastorno psicológico puede analizarse en términos de operación de las reglas. Aberraciones de pensamiento tan características como la exageración, la sobregeneralización y el pensamiento absolutista se construyen dentro de la estructura de la regla y, como consecuencia presiona a la persona para que haga una conclusión exagerada, sobre-generalizada y absoluta. Por supuesto que en estados normales hay reglas más flexibles, las cuales tienden a mitigar las reglas más extremas que predominan en estados patológicos. Cuando el tema de preocupación del paciente está relacionado a sus puntos débiles específicos, las reglas más primitivas tienden a desplazar los conceptos más maduros. Una vez que un paciente acepta como válida una conclusión extrema, será mucho más susceptible a un incremento o expansión aún mayor de las reglas primitivas.

Si, por ejemplo, el paciente sucumbe a la noción, "Ya que mis amigos no me llamaron hoy que es mi cumpleaños, ellos no me quieren ni me valoran". El paciente puede ser empujado a aceptar esa conclusión como la premisa de una de mayor alcance: "Ya que no valgo nada, nunca voy a gustarle a nadie". Esta premisa pone el escenario para la siguiente conclusión: "Sin amor, la vida no es digna de vivirse. Por lo tanto no hay razón para que yo continúe viviendo."

Las paradojas de la depresión

Las personas deprimidas pueden emitir conducta que parece extraña, ilógica y completamente inconsistente con la conducta y valores que tenían previos a la enfermedad. Debido a esto, no es de extrañarse que una persona que acaba de recibir un ascenso importante en su carrera de repente exprese deseos de convertirse en un tipo de viajero vagabundo y trabajar como peón o albañil para mantenerse durante el viaje. Tampoco sería raro encontrar que una mujer que ha sido una muy buena madre de repente considere que ella es la persona que más daño les está haciendo a sus hijos y que es mejor matarlos y luego suicidarse.

Se sabe que en la depresión los instintos de auto-conservación y el maternal parecen desaparecer. Los impulsos biológicos básicos como el hambre o el apetito sexual se extinguen; el dormir se hace imposible o se duerme en exceso. Los instintos sociales, como la atracción hacia las personas, el amor o el afecto prácticamente se evaporan. Los principios

de placer y de realidad, así como el objetivo de maximizar el placer y minimizar el dolor están volteados de revés.

En la seria enfermedad que es la depresión, no solo está suprimida la capacidad de gozo, sino que la persona parece hacer cosas para aumentar o mantener su nivel de sufrimiento. La persona ya no ríe o se enoja ante lo que solía provocarle esas reacciones; se vuelve evasiva y desertora. Finalmente, el deseo de vivir se apaga y es reemplazado por el deseo de morir.

Los hechos anteriores están en contra de los supuestos más importantes que se tienen sobre la naturaleza humana, pero, paradójicamente, son esos hechos los que nos permitirán entender esta enfermedad.

A lo largo de los años, los estudiosos de la mente han propuesto diferentes orígenes para todos esos síntomas desconcertantes que hacen que se modifique totalmente y para mal la visión previa de uno mismo, del mundo circundante y del futuro. Algunos plantean que es la tristeza la emoción causante de este mal, otros la atribuyen a un deseo atávico del ser humano de hibernar; otros piensan que se debe a deseos auto-destructivos o a alteraciones psicológicas.

Desde la perspectiva de la terapia cognitiva la pista fundamental para entender la depresión es profundizar con el paciente sobre el sentido de la pérdida.

El sentido de pérdida

Para que un terapeuta pueda tomarle sentido a la depresión de un paciente resulta muy útil preguntarle **cuáles son aquellas cosas que le hacen sentirse triste y estimularlo a que exprese sus ideas repetitivas, es decir, lo que se dice constantemente acerca de si mismo y de su mundo.**

Los pacientes deprimidos generalmente proveen información esencial en verbalizaciones espontáneas tales como: "Estoy triste porque no valgo nada "; "no tengo futuro"; "he perdido todo"; "mi familia se ha ido"; "no tengo a nadie"; "la vida no tiene nada para mí". Es relativamente fácil detectar el **tema dominante** mediante los enunciados formulados por pacientes moderada o severamente deprimidos. **El paciente deprimido se considera a si mismo en falta de algún elemento o atributo que considera indispensable para su felicidad: falta de competencia para lograr sus objetivos, falta de atractivo para gustarle a las demás personas, cercanía a su familia o amigos, posesiones materiales, buena salud, estatus o posición.** Estas auto-evaluaciones reflejan el modo en que el paciente deprimido percibe su situación de vida.

Explorando el tema de la pérdida es muy claro que el desorden psicológico gira en torno a un problema cognitivo. El paciente deprimido muestra distorsiones de la realidad muy específicas. Tiene una visión negativa de su mundo, un concepto negativo de sí mismo y una evaluación negativa de su futuro: la tríada cognitiva.

Las evaluaciones distorsionadas del paciente deprimido son acerca del "encogimiento" de su dominio, lo cual le conduce a la tristeza. La manera en que concibe sus atributos de valor, sus relaciones significativas y sus logros están saturados con la noción de pérdida, ya sea en el pasado, en el presente, o en el futuro. Cuando mira hacia su posición en el presente lo único que capta es un mundo infértil; se siente sobrepasado por las demandas del mundo externo y mira sus recursos como pobres e ineficientes para lograr sus objetivos.

La palabra "perdedor" resume muy bien la esencia de como se piensa y se experimenta a sí mismo el deprimido. Siente también que "no encaja", y si emprende algo o busca fuentes de gratificación piensa que va a quedar decepcionado. No descansa de estos pensamientos tormentosos ni durante el sueño, ya que incluso el contenido de sus sueños es igual al de sus contenidos en la vigilia.

Al considerar el concepto de pérdida es importante tomar en cuenta **la importancia crucial de los significados y las connotaciones.** Lo que una persona considera como una pérdida dolorosa, para otra puede ser trivial. **Es importante reconocer que el paciente deprimido tiene pensamientos repetitivos y perseverantes sobre pérdidas hipotéticas y pseudo-pérdidas. Más aún, cuando piensa en una pérdida potencial, considera esa posibilidad como si fuera un hecho consumado.**

Dado que la percepción de pérdida produce sentimientos de tristeza, ¿cómo es que esta sensación de haber perdido algo genera otros síntomas de la depresión como el pesimismo, la auto-crítica, las conductas de escape-evitación, el derrotismo, los deseos suicidas y los trastornos psicológicos?

Para contestar esta pregunta, sería útil explorar **la cronología de la depresión, desde su comienzo hasta el desarrollo completo de los síntomas.** La secuencia que se presentará es más común en la depresión reactiva, en la cual hay un claro evento desencadenante. Otros casos, en los cuales el comienzo es muy insidioso, muestran patrones muy similares, aunque más sutiles.

Desarrollo la Depresión

En el curso de su desarrollo, la persona en riesgo de deprimirse puede verse sensibilizada por ciertas situaciones de vida desfavorables, tales como la pérdida de uno de los padres, o el rechazo crónico de los pares. Otras condiciones desfavorables de una naturaleza menos evidente pueden producir depresión de igual manera. Estas experiencias traumáticas predisponen a la persona a sobre-reaccionar ante situaciones análogas en el futuro. La persona tendrá la tendencia a hacer juicios absolutos cuando surgen esos eventos, entonces una pérdida—cualquiera que sea—es vista como irrevocable, o la indiferencia de los demás será percibida como rechazo total.

Otro tipo de personas proclives a la depresión aprenden en la infancia a imponerse objetivos casi rígidos o perfeccionistas y por lo tanto su universo se colapsa cuando más tarde se dan cuenta de que no pueden conseguirlos.

Existen seres humanos adultos con vulnerabilidades específicas y los estreses de la vida, o eventos precipitantes tales como: relaciones personales significativas que se vuelvan problemáticas; el fracaso en el logro de algún objetivo; la pérdida del trabajo; reveses financieros; discapacidad física inesperada y la pérdida del estatus social o de la reputación le afectarán mucho más que a una persona que ha crecido aprendiendo a ser fuerte y a tener la esperanza de que se puede seguir adelante aún cuando las situaciones sean adversas. Cuando una persona siente que su dominio personal (aquello que considera como importante y significativo dentro y fuera de si misma) está siendo severamente reducido y la persona percibe esa reducción como irrevocable, es cuando la depresión aparecerá.

La depresión puede también instalarse cuando una persona se provoca a sí misma estreses insidiosos, como por ejemplo, cuando está esperando recibir resultados grandiosos de los diferentes roles que tiene en la vida. Se puede pensar, por ejemplo, en una persona que está esperando recibir un hermoso, pasional y romántico amor de una pareja que es poco conciente de esas necesidades y por lo tanto le trata con cierta frialdad y rutina. O bien, aquel estudiante que está esperando graduarse con altos honores y resulta que las notas de sus exámenes son pobres. El sentido de pérdida puede deberse a esta **discrepancia crónica** entre objetivos y logros que puede debilitar o destruir gradualmente el dominio personal a tal grado, que la persona entre en depresión clínica.

No todas las personas reaccionan deprimiéndose ante los eventos precipitantes en sus vidas. Aquellos vulnerables a esa enfermedad y los que difícilmente la padecerían, son muy diferentes en cuanto a la

manera en que **interpretan una carencia determinada**. Generalmente, los primeros asignan significados sobre-generalizados y extravagantes a sus pérdidas. Un ejemplo clarificador en este caso es el de un esposo que es inesperadamente abandonado por su esposa. Ante el abandono piensa que puede seguir adelante y buscar nuevos horizontes en su vida de pareja, y mientras, puede refugiarse en otros familiares y amigos para recibir apoyo y afecto sin caer en una depresión clínica. O bien, si es un ser humano vulnerable a la depresión, presentará profundos disturbios psicológicos ante el abandono de la pareja. El impacto de la pérdida de esa esposa depende, en parte, del tipo y la intensidad de significados asignados a esa persona. La esposa abandonadora ha sido una figura importante en las experiencias compartidas, **en las fantasías y en las expectativas**. Puede ser que el esposo abandonado construyera una red de ideas positivas acerca de su esposa, tales como: "ella es parte de mí"; "ella es todo para mí"; "yo disfruto la vida sólo por ella"; "ella es mi sostén"; "ella me reconforta cuando me siento derrotado". Estas asociaciones positivas van desde lo genuinamente realista, hasta lo extremadamente irreal o imaginario.

Entre más extremos y rígidos sean estos conceptos positivos será más grande el impacto de la pérdida en el dominio.

Si el daño al dominio es suficientemente grande, éste comienza una reacción en cadena. Las valoraciones positivas representadas en la esposa son derribadas totalmente. La carencia de tales atributos altamente valorados como "ella es la única persona que puede hacerme feliz" o "ella es la esencia de mi vida" magnifica el impacto de la pérdida y genera la tristeza posteriormente. Consecuentemente, el esposo abandonado saca conclusiones negativas extremas paralelas a las asociaciones positivas extremas sobre la esposa. Él interpreta las consecuencias de la pérdida como: "no soy nada sin ella"; "nunca podré ser feliz de nuevo"; "no puedo continuar sin ella".

Los subsecuentes efectos negativos del abandono conducen al esposo a cuestionar su propio valor: "Si yo hubiera sido una mejor persona, ella no me habría dejado". Y va más lejos prediciendo otras consecuencias negativas del rompimiento del matrimonio: "Todos nuestros amigos se pondrán de su lado"; "Los niños querrán vivir con ella y no conmigo"; "Iré a la quiebra tratando de mantener dos casas".

En tanto, la reacción en cadena se hace progresiva hasta llegar a una depresión totalmente instalada. **La duda personal y las predicciones negras impregnan todo de generalizaciones negativas sobre sí-mismo, el mundo y el futuro.** El esposo abandonado comienza a verse a sí mismo como alguien permanentemente empobrecido en términos de satisfacciones emocionales y financieras. Además, exacerbará su sufrimiento mediante la dramatización excesiva del evento: "esto es más de lo que una persona puede soportar" o "esto es un desastre

terrible". **Teniendo estas ideas lo único que hace es socavar su habilidad y motivación para amortiguar el impacto.**

El esposo abandonado también se "divorciará" de actividades y objetivos que anteriormente le daban satisfacción. Hasta puede abortar los proyectos en su carrera que ya llevaban un buen avance ("porque ellos no tienen sentido sin mi esposa"). Ya no siente motivación para trabajar o cuidar su aseo personal ("porque el esfuerzo no vale la pena"). Su sinsabor se agrava por los concomitantes fisiológicos de la depresión, tales como la pérdida o exceso del apetito o del sueño. Finalmente, piensa en el suicidio como una forma de escapar ("porque mi vida es demasiado dolorosa").

Ya que la reacción en cadena es circular, la depresión será cada vez más severa. Sus numerosos síntomas--tristeza, disminución en la actividad física, trastornos del sueño—influyen en el sistema psicológico. De ahí que cuando él experimenta tristeza, su pesimismo le lleva a concluir: "siempre voy a estar triste". Esta ideación conduce a más tristeza, la cual será posteriormente interpretada en términos negativos: "no seré capaz de comer o de dormir otra vez" y concluye que físicamente se está deteriorando. Cuando observa las diversas manifestaciones del trastorno depresivo (disminución de la productividad, evitación de la responsabilidad, evitación del contacto social), se vuelve más auto-crítico y esas constantes críticas le llevan a más tristeza, convirtiéndose todo el proceso en círculo vicioso.

El caso anterior del esposo abandonado ilustra claramente cómo pueden afectar a una persona vulnerable los efectos negativos de una pérdida. Partiendo de este ejemplo se pueden establecer generalizaciones acerca del desarrollo de la depresión.

La reacción en cadena de la depresión puede dispararse por otro tipo de pérdidas tales como un fracaso escolar, o laboral, o también por un trastorno importante en las relaciones interpersonales con personas significativas.

El concepto de **reacción en cadena** es de gran utilidad para dar respuesta a las siguientes interrogantes sobre la depresión:

- ¿Por qué el paciente deprimido tiene tan baja auto-estima?
- ¿Por qué le domina un pesimismo generalizado?
- ¿Por qué se regaña a sí mismo de forma tan insidiosa?
- ¿Por qué se da por vencido?
- ¿Por qué cree que nadie puede ayudarlo?

Autoestima baja y Autocrítica

La persona deprimida ante lo adverso que le sucede inmediatamente se pone a pensar con detalle qué relación tiene cada evento negativo con partes de sí mismo, y es probable que asigne la causa de lo malo que le ocurre a un defecto atroz en su persona.

El esposo abandonado concluye: "La perdí porque soy desagradable y antipático". Claro que ésta conclusión pudiese tener elementos de verdad, aunque en realidad pueden existir un sinnúmero de causas por las que alguien abandona o es abandonado, y que no necesariamente están en este último. Pudo haber sido, por ejemplo, que ellos tenían una incompatibilidad marcada entre sus personalidades, o que la esposa tenía su propia problemática o incluso, su propia patología, o por el deseo de ella por tener una aventura, más relacionada con una búsqueda frenética de novedad y excitación, que por un cambio en sus sentimientos hacia el esposo.

Cuando un paciente atribuye la causa de su pérdida a sí mismo, la grieta que se hace en su dominio personal se convierte en un abismo, y el sufrimiento se duplica porque no solo sufre por haber perdido algo, o a alguien, sino por "descubrir" una deficiencia en sí mismo. Esa presunta deficiencia es percibida por él mismo en términos muy exagerados.

Una mujer que fue abandonada por su pareja reaccionó con el siguiente pensamiento: "Me estoy poniendo vieja y fea...debe ser repulsivo mirarme". Un hombre que perdió su trabajo debido a que hubo una desaceleración económica general en su país, reaccionó de inmediato con el pensamiento: "Soy un inepto...y soy demasiado débil como para ganarme la vida"

Cuando el paciente atribuye su pérdida a presuntos defectos en su persona experimentará sintomatología adicional, ya que su convicción de que hay un problema con él mismo se vuelve imperativa y comienza a impregnar cada uno de sus pensamientos sobre sí mismo, hasta que se apodera completamente de su auto-imagen. Cuando se le pide que se describa a sí mismo, solo puede pensar en sus "malos" rasgos y le cuesta un esfuerzo tremendo dirigir su atención hacia sus habilidades y logros, y evita hablar en detalle, o le resta importancia a lo que alguna vez consideró de gran valor sobre sí mismo.

La preocupación por esa presunta deficiencia asume varias formas en el paciente y cada nueva experiencia que llega es evaluada a la luz de la supuesta deficiencia. El paciente interpretará experiencias ligeramente negativas o ambiguas como evidencia de esas deficiencias. Por ejemplo, una paciente medianamente deprimida tuvo una discusión con su hermano y ella de inmediato llegó a la conclusión de que era una persona incapaz de ser amada o de dar amor y este solo pensamiento bastó para agravar su depresión. Lo paradójico es

que en el mundo real ella tenía varios amigos íntimos y un esposo e hijos que la adoraban. Si una amiga le decía que estaba muy ocupada y que no podían conversar en ese momento, ella pensaba esto de inmediato: "Ella ya no quiere hablarme, ya no le caigo bien". Si su esposo llegaba tarde de la oficina, ella decidía que la causa era que él estaba tratando de evitarla. Cuando sus niños estaban malhumorados u hoscos a la hora de la cena, ella pensaba: "están así porque les he fallado". En realidad había muchas más explicaciones plausibles para esos eventos, pero esa paciente tenía gran dificultad en incluso considerar alternativas que no reflejaran "lo mal" que ella estaba o "lo mala" que ella era.

La tendencia a compararse con los demás contribuye en gran medida a la baja auto-estima, pero en el paciente deprimido esto se da en un grado superlativo. Cada encuentro con el otro puede convertirse en una cadena de auto-evaluaciones negativas. Así, cuando la persona habla con alguien, inmediatamente piensa que él no es tan buen conversador, o que no es tan interesante como los demás. Cuando va caminando por la calle piensa que los otros sí son bonitos o atractivos y que él es feo y tiene mala postura, o mal aliento. Cuando una paciente deprimida ve a una madre con su hijo piensa que esa mujer es mejor madre que ella. Cuando va a la clínica y ve trabajar duro al personal piensa: "esas personas son muy trabajadoras y yo soy una floja sin remedio".

Lo inapropiado y rudo de esos auto-reproches durante un episodio de depresión ha sido ignorado o ha estimulado en algunos teóricos muchas especulaciones abstractas acerca de su origen y características. Por ejemplo, para Sigmund Freud el paciente deprimido que ha perdido algo o a alguien amado está inconscientemente lleno de ira o resentimiento hacia ese objeto, y ya que socialmente no le es permitido experimentar esa hostilidad, la dirige hacia sí mismo y se atribuye todos los defectos que eran propios de quien perdió. Este concepto de hostilidad vuelta hacia uno mismo ha permanecido firmemente arraigado en muchas teorías de la depresión.

Ese complicado camino para entender la depresión propuesto por Freud está tan lejos de haber sido tomado de la información proporcionada por los pacientes, que es muy difícil probar su existencia.

Por otro lado, mediante una cuidadosa exploración de las declaraciones dadas por los pacientes, se tiene una explicación más parsimoniosa del origen de los auto-reproches.

Una pista para encontrar la génesis de las auto-críticas se tiene al observar cómo el paciente deprimido comienza a criticar todo aquello que valoraba mucho de sí mismo en el pasado. Por ejemplo, una mujer que apreciaba mucho su capacidad de ser una buena conversadora y

mantener a la gente muy entretenida con su conversación, al deprimirse lo primero con lo que se atormenta es diciéndose que ha perdido esa capacidad y que ya no es capaz ni de mantener una conversación decente. El origen de este síntoma es, en muchos casos, una relación interpersonal valorada que se lastima o deteriora.

Revisando las historias de muchos pacientes deprimidos se ha encontrado que esas personas cuando estaban sanas contaban con habilidad para resolver problemas, contrarrestar los estreses de la vida, dominar la solución de nuevos problemas y lograr objetivos importantes. Todos estos atributos son devaluados por el paciente deprimido porque con frecuencia erróneamente piensa que los ha perdido.

Después, ya que esas capacidades parecen desaparecer, el paciente deprimido comienza a pensar que ya no puede obtener satisfacción de la vida y que lo único que puede esperar es pena y sufrimiento. De esa forma pasa de la decepción al auto-reproche, y de ahí al pesimismo.

El paciente deprimido se auto-castiga porque piensa que es deficiente y hace de sí mismo el objeto de sus ataques. Actúa hacia sí mismo como lo haría para defenderse de alguien que la ha causado un severo daño.

Ese considerarse a sí mismo como lleno de defectos y merecedor de castigo es como un cáncer que comienza muy localizado y luego, poco a poco, va extendiéndose hasta que invade el cuerpo. En el caso de la depresión, se comienza con los auto-reproches o auto-críticas, se emiten juicios morales como "soy malo", "soy deficiente", "no sirvo para nada", "nadie querría estar conmigo" "soy un fracaso". Esa condenación moral paulatinamente impregnará todo el auto-concepto hasta que el paciente sienta auto-repulsión, auto-rechazo, y comience con los síntomas conductuales y cognitivos de la enfermedad ya propiamente instalada.

Considerando los efectos de violentos auto-ataques en forma de auto-reproches, auto-condenación y auto-rechazo, el paciente comienza a reaccionar ante ellos como si otra persona se los estuviera dando. Ante esto se siente herido, triste y humillado. La tristeza (síntoma característico de la depresión) es el resultado de una disminución en la autoestima auto-provocada insidiosamente. El paciente degrada su sentido de valía mediante sus evaluaciones y auto-evaluaciones negativas.

Cuando un paciente deprimido hace una evaluación negativa de sí mismo, generalmente no se siente enojado, porque en su marco de referencia él está simplemente haciendo un juicio objetivo. De manera similar, reaccionará con tristeza cuando cree que alguien más lo está devaluando.

Pesimismo

El pesimismo impregna como una gran ola los pensamientos del paciente deprimido, quien además tiene una inclinación marcada a esperar del futuro solamente adversidades y a experimentarlas como si realmente estuvieran sucediendo o ya hubieran sucedido. Por ejemplo, un hombre de negocios quien acababa de sufrir un mediano revés financiero, empezó a pensar como si estuviera en la inminente bancarrota. Como consecuencia, comenzó a sentir el mismo grado de tristeza que hubiera experimentado si realmente hubiera quebrado su negocio.

Las predicciones de los pacientes deprimidos tienden a ser sobre generalizadas y extremas. Ellos consideran al futuro como una extensión del presente y esperan que la privación y la derrota lleguen para quedarse.

Si un paciente se siente miserable ahora, piensa que se sentirá de ese modo para siempre. El pensamiento pesimista global y absoluto tiende a mostrarse en enunciados como estos: "las cosas nunca van a funcionar para mí", el paciente piensa que como algo no está funcionando para él en este momento nunca lo hará. No puede ver la posibilidad de sustituir un objetivo no logrado por otros que también sean compensatorios. Más aún, si un problema le parece irresoluble ahora, el paciente asume que nunca encontrará la forma de resolverlo o de evitarlo.

Otra corriente que conduce al pesimismo es el auto-concepto negativo. Se ha visto en los pacientes que el trauma de una pérdida es especialmente dañino porque para ellos implica que de algún modo eso ocurrió porque son defectuosos, y ya que consideran esa presunta deficiencia como parte integral de sí mismos, tienden a considerarla como permanente. El paciente se cree que nadie, absolutamente nadie, puede ayudarle a restaurar un talento o un atributo perdido y lo que es peor, su visión pesimista le lleva a esperar que ese "defecto, falta o error" se vuelva progresivamente peor.

Este pesimismo golpeará más a la persona que generalmente se considera a sí misma parte instrumental o activa en la consecución de los objetivos importantes en la vida y que como característica esencial confía en su propia habilidad, en su atractivo personal o en su vigor para lograr objetivos.

El paciente deprimido ante un fracaso no severo tiende a considerar que no volverá a ser bueno en lo que intentó lograr y que la pérdida de la habilidad, o las herramientas para los logros es irreversible.

Cuando se está deprimido se piensa en términos extremos, aunque los conceptos extremos pueden conducir a una persona sana a la depresión. Por ejemplo, un excelente estudiante que esperaba ganar un premio, que finalmente fue otorgado a otra persona, enfermó de depresión porque él siempre había pensado que no ganar era exactamente lo mismo que fracasar totalmente, entonces comenzó a considerar que por esa ocasión en la que el premio no fue para él, su vida pasada, su presente, y su futuro eran un rotundo fracaso y el pesimismo (síntoma muy importante en la depresión) fue invadiéndole completamente.

La orientación "fracaso total" del paciente le lleva al pesimismo y sus pensamientos consisten en lo siguiente: "El juego terminó....No hay una segunda oportunidad", "La vida ha pasado de largo ante mí...y es demasiado tarde para que yo haga algo al respecto". Sus pérdidas parecen irrevocables y sus problemas irresolubles.

El problema y la peligrosidad del pesimismo es que no solo engolfa la percepción del futuro a largo plazo, **sino que permea en cada deseo y cada tarea que el paciente emprende.** Una paciente deprimida que estaba haciendo una lista de sus deberes en casa para ese día, mucho antes de terminarla pensó que sería incapaz de llevarla a cabo.

Las expectativas negativas son tan, pero tan poderosas, que incluso si el paciente lleva a cabo sus labores con éxito seguirá persistentemente pensando que fallará la siguiente vez que intente hacerlo de nuevo. Evidentemente el paciente tiene una deficiencia para integrar sus experiencias exitosas o positivas que contradigan sus creencias negativas sobre sí mismo.

El efecto "bola de nieve" de la tristeza y la apatía

Aunque el comienzo de la depresión puede ser repentino, su completo desarrollo se da en un período de días o semanas. El paciente experimenta un incremento gradual en la intensidad de su tristeza y otros síntomas, hasta que "toca fondo".

Cada repetición de la idea de pérdida es tan fuerte que constituye una experiencia fresca de pérdida que se agrega al inventario previo de pérdidas percibidas. Con cada "pérdida" sucesiva se genera más tristeza.

Como ya se revisó, cualquier condición psicopatológica se caracteriza por la susceptibilidad ante cierto tipo de experiencias. La persona deprimida tiende a extraer de todas sus experiencias elementos de pérdida y a restar importancia a aquellos fragmentos que no sean consonantes o contradigan su idea de falta o carencia. Como resultado

de esa "abstracción selectiva", el paciente sobre-interpreta los eventos diarios en términos de pérdida y es incapaz de darse cuenta de interpretaciones alternativas y más positivas de porqué le sucede lo que le sucede. El paciente es hipersensible a estímulos que sugieran pérdida y es ciego a los que representan ganancia. Esto le sucede también cuando mira hacia su pasado. Hay una memoria selectiva que se inclina hacia lo negativo y olvida totalmente lo bueno y positivo (Lishman, 1972, citado por Beck, 1976).

Como resultado de esta "visión de túnel" el paciente se vuelve impermeable a estímulos que puedan aumentar emociones placenteras. Aunque sea capaz de reconocer que ciertos eventos son favorables, sus actitudes bloquean cualquier sentimiento de alegría: "Yo no merezco ser feliz". "Soy diferente de otras personas y yo no puedo sentirme feliz por las cosas que a ellos les hacen felices". "¿Cómo puedo sentirme feliz por esto si todo lo demás está mal?". Las bromas no le parecen divertidas por la negatividad de su escenario y su tendencia hacia la auto-referencia. Se le dificulta experimentar rabia porque se visualiza a si mismo como responsable y merecedor de cualesquiera rudas o insultantes acciones de otra gente hacia él.

La tendencia a pensar en términos absolutos contribuye a la escalada de tristeza. La persona deprimida tiende a rumiar acumulativamente ideas extremas como: "la vida no significa nada para mí"; "nadie me ama"; "soy totalmente inadecuado"; "no tengo nada que ofrecer".

El deprimido va restándole valor a las cualidades íntimamente ligadas a la gratificación por ello la aleja activamente de si mismo. Cuando desprecia su atractivo un paciente deprimido está en efecto diciendo: "No puedo disfrutar más de mi apariencia física, o de los cumplidos que recibo por ella. La pérdida de gratificación evidentemente activa un mecanismo que hace que toda la gratificación se convierta en tristeza. La corriente continua de pesimismo mantiene el estado continuo de tristeza.

Mientras que la consecuencia usual de la pérdida es la tristeza, la resignación pasiva mostrada por algunos deprimidos puede conducir a un estado emocional diferente. Cuando el paciente se considera a si mismo como totalmente derrotado y consecuentemente deja de perseguir todas sus metas está listo para sentirse invadido por la apatía. Ya que la apatía es frecuentemente experimentada como la ausencia de sentimiento, los pacientes pueden interpretar este estado como un signo de que son incapaces de sentir emociones y se describen como si estuvieran "muertos por dentro".

Cambios en la motivación

El cambio de rumbo en los objetivos más importantes que pueda tener una persona está entre las características más desconcertantes del paciente severamente deprimido. No sólo quiere evitar las experiencias que le gratificaban en el pasado, o representaban la tendencia más significativa en su vida, sino que es "jalado" hacia un estado de inactividad, hasta que eventualmente busca escapar completamente de la vida mediante el suicidio.

Para entender la relación entre los cambios en la motivación y el sentido de pérdida, es muy importante analizar las formas en las que el paciente se da por vencido. En primer lugar, el paciente ya no se siente atraído por emprender aquellas cosas que ordinariamente emprendería en el pasado. De hecho, se siente incluso sin fuerza para llevar a cabo sus actividades cotidianas. La persona sigue adelante porque sabe que así debe ser, o que eso es lo mejor, o porque otros le fuerzan a continuar, pero no porque realmente quiera hacerlo. La persona deprimida sabe que tiene que luchar contra una poderosa resistencia interna, como si tuviera que manejar un coche con el freno puesto, o nadar en el mar contra la corriente.

En el más severo de los casos, el paciente experimenta una "parálisis de la voluntad". Sufre de una completa falta de deseo espontáneo de hacer cosas que no sean permanecer en un estado de inercia. Tampoco puede movilizar su "fuerza de voluntad" para hacer lo que él sabe que debiera hacer.

Con esta descripción de los cambios en la motivación se podría pensar que el paciente ha sido abrumado por alguna enfermedad físicamente agotadora que le deja sin la fortaleza o los recursos necesarios para hacer cualquier esfuerzo físico o mental (como lo sería la neumonía o el cáncer avanzado). Sin embargo, la evidencia, a través de los testimonios de los pacientes deprimidos, es que sólo sienten ese cansancio cuando van a emprender cualquier actividad productiva o normal. Esa tendencia hacia la inactividad se diferencia de la persona que está realmente enferma físicamente del que está deprimido, en que el primero desearía hacer cosas y se le tiene incluso que forzar para que permanezca en cama, sin embargo, el deprimido desea evitar toda actividad que le parezca displacentera, e incluso el sólo pensamiento de salir de la cama, bañarse, vestirse y prepararse para el día le hace sumergirse inmediatamente bajo las sábanas.

El deseo de evitar la actividad y de escapar de su ambiente actual hace que el paciente deprimido muestre gran peculiaridad en cuanto a sus construcciones cognitivas: su visión negativa del futuro, de su ambiente y de sí mismo.

La motivación del paciente deprimido se extingue poco a poco porque él o ella piensa que no tendrá éxito en cualquier tarea que emprenda, por eso se rinde y adopta la actitud de: "no tiene ningún sentido tratar" Ese sólo pensamiento anula el impulso necesario para hacer cualquier cosa. Además, tiene la creencia de que cualquier tarea es un sinsentido, y que incluso tener éxito en alguna de ellas no tiene la menor importancia.

El paciente deprimido percibe casi todas las situaciones y sus resultados como abrumadoras, aburridas y dolorosas, por lo tanto sus deseos de evitación son tan poderosos que invalidan cualquier tendencia hacia la actividad constructiva y orientada a metas.

El contexto cognitivo que enmarca el poderoso deseo del paciente de buscar un estado de pasividad está ilustrado por la siguiente secuencia de pensamientos:

"Estoy muy triste y cansado como para hacer algo. Si me pongo activo sólo lograré sentirme peor. Pero si me acuesto puedo conservar mi fortaleza y todo lo malo que estoy sintiendo se irá."

Desafortunadamente, el intento de escapar de un sentimiento displacentero convirtiéndose en una persona pasiva NO FUNCIONA; si es que hace algo, es INCREMENTAR Y FORTALECER LA DISFORIA. Con la actitud pasiva el paciente entrará a un círculo vicioso de malestar-inactividad-malestar por la inactividad-más malestar-inactividad.

Conducta suicida

Los deseos e intentos suicidas pueden ser considerados como la expresión última del deseo de escapar. Una vez que el paciente considera la muerte como más deseable que la vida se sentirá atraído por el suicidio. Lo anterior es lógicamente esperable si se tiene en cuenta que ese paciente visualiza su futuro como una fuente inagotable de sufrimiento y se ve a sí mismo como incapaz de mejorar "su suerte"; simplemente no cree que le irá mejor. Hay una proporción directa entre la percepción de una vida dolorosa y sin esperanza y la fuerza con la que el paciente desee terminar con su vida.

Una paciente suicida a causa de una ruptura amorosa tenía la siguiente corriente de pensamiento: "Sin mi pareja no soy nadie, sin amor mi vida no tiene ningún objetivo y, por lo tanto, es un sinsentido seguir viviendo". Esta mujer tenía la firme idea de que el amor de pareja es absolutamente indispensable para vivir, tanto como lo es el aire, el agua, o el alimento.

Otro paciente que expresaba su vida como una futilidad completa pensaba que deseaba el suicidio porque encontraba totalmente sin sentido vivir la vida un día tras otro, sin nada excitante, o satisfactorio.

Otra premisa que subyace al deseo de suicidarse es aquella en la que el paciente piensa que todos estarían mejor sin él, ya que se considera a sí mismo como indigno, o como carga. Cualquier argumentación en contra de esa idea, como el sufrimiento que causaría a sus seres queridos su muerte, le parecerá vacía y perseverará en la idea de que todos estarán mejor sin alguien que se siente mal continuamente y que les hace gastar dinero para llevarle a terapias o comprarle medicinas.

Estudios experimentales de la depresión

La totalidad de hallazgos referentes a los patrones de pensamiento en los pacientes deprimidos se derivó de observaciones clínicas y reportes verbales de dichos pacientes que Beck en conjunción con sus colaboradores, solo, o en estudios independientes de sus colaboradores, realizó para formar las bases de lo que es su modelo de la depresión.

Entre estos estudios presenta algunos muy interesantes, como el estudio comparativo entre el contenido onírico de los pacientes psiquiátricos deprimidos y el de los pacientes psiquiátricos libres de depresión. Es interesante encontrar que en los sueños de los pacientes deprimidos aparece consistentemente el tema de las pérdidas, la deprivación, el verse a sí mismos como feo, indeseable, defectuoso, o discapacitado.

Otras aproximaciones al patrón de pensamiento en la depresión se basó en la administración del Test enfocado en la fantasía, en el cual los materiales consistían de un conjunto de tarjetas, cada una conteniendo cuatro elementos de una secuencia de eventos que le ocurrían a dos gemelos idénticos. Uno de los paquetes muestra a uno de los gemelos en una situación de pérdida, de rechazo o castigo. Los pacientes deprimidos mostraron una fuerte tendencia a identificarse con el gemelo que personificaba al "perdedor" de cada secuencia.

En un estudio longitudinal, Beck, 1963 (citado por Beck, 1976, p. 126) se analizó el contenido verbal textual de las producciones de 81 pacientes deprimidos y no deprimidos durante la psicoterapia. Se encontró que los pacientes deprimidos distorsionan sus experiencias de un modo muy idiosincrásico. Ellos malinterpretan eventos en términos de deprivación, fracaso personal o rechazo; o exageran las implicaciones de eventos que parecen perjudicarles o hacerles ver como malas personas. También perseveran en hacer predicciones negativas indiscriminadamente y las evaluaciones distorsionadas de la realidad son muy similares al contenido temático de pérdida, deprivación, fracaso o castigo durante sus sueños.

El equipo de investigación de Beck diseñó y condujo una serie de estudios correlacionales para respaldar esos hallazgos clínicos. Ellos encontraron correlaciones significativas entre la profundidad de la depresión y el grado de pesimismo y auto-evaluaciones negativas en el paciente. Después de recobrase de la depresión, los pacientes mostraron una mejora notable en su perspectiva de la vida y en sus auto-evaluaciones (Beck, 1972b, citado en Beck, 1976, p. 126). **Esos hallazgos sirvieron de fuerte soporte para la tesis de que la depresión está asociada con una visión negativa del sí mismo y del futuro.** La alta correlación entre las medidas de visión negativa del futuro y visión negativa del sí mismo fundamentan el concepto de **la tríada cognitiva en la depresión.**

La relación entre la visión negativa del futuro y los deseos suicidas ha sido demostrada por varios estudios, de los cuales el más crucial intentó determinar qué factor psicológico contribuye más poderosamente a la seriedad de un intento de suicidio. Se encontró que la **desesperanza** fue el mejor indicador de qué tan seriamente la persona estaba considerando terminar con su vida (Minkoff, Bergman, Beck, and Beck, 1973; Beck, Kovacs, and Weissman, 1975, citados por Beck, 1976, p. 127). Otra forma de probar la **primacia de las actitudes negativas en la depresión**, es intentar modificarlas y observar los efectos. Si los terapeutas logran mejorar en el paciente el poco realista concepto bajo de sus capacidades y de su futuro, entonces se espera que los síntomas secundarios de la depresión—como estado de ánimo bajo y pérdida de la motivación constructiva—mejoren como consecuencia.

Un estudio muy importante se realizó con un grupo control y uno experimental y consistió de un simple juego de ordenación de cartas. Se le pidió a pacientes deprimidos que participaran y éstos mostraron mucho más pesimismo ante sus oportunidades de éxito que aquellos pacientes no deprimidos, en una clínica psiquiátrica. Sin embargo, los pacientes deprimidos jugaron tan bien, como los no afectados por esa enfermedad. Los pacientes deprimidos que ganaban y alcanzaban los objetivos que se les había pedido se mostraron mucho más optimistas para emprender su siguiente tarea. Más aún, su ejecución fue mejor que la del grupo control (Loeb, Beck, and Diggory, 1971, citados por Beck, 1976, p. 127). Beck repitió ese estudio con pacientes deprimidos y no deprimidos que habían estado hospitalizados a causa de su enfermedad y encontró que después de una experiencia exitosa al realizar una tarea **los pacientes deprimidos mostraban un incremento en su auto-estima y optimismo que impregnaba los atributos fuera de la tarea establecida. Así, se vio como eran más positivos al momento de juzgar su grado de atractivo personal, su habilidad para comunicar y su interés por los demás; también visualizaban su futuro con más luz y brillo y tuvieron expectativas de logro de objetivos en la vida más elevadas.**

Este cambio en las auto-evaluaciones fue paralelo a la mejoría en el estado de ánimo.

Un estudio similar de 15 pacientes deprimidos internados se enfocó en la dificultad que experimentan algunos para expresarse verbalmente. Se les dio una serie de tareas asignadas de dificultad creciente (desde leer un párrafo sencillo en voz alta hasta uno más difícil. La tarea final asignada—susceptible de realizarse con éxito por todos los pacientes—consistió en improvisar una plática corta sobre un tema de su elección y tratar de convencer al experimentador de su punto de vista. De nuevo se encontró que completar exitosamente esas tareas conduce a mejorías significativas en las auto-evaluaciones y expectativas del futuro de los pacientes. Su estado de ánimo también mejoró notablemente.

El hallazgo de Beck y colaboradores de que el paciente deprimido es especialmente sensible a la evidencia tangible de una ejecución exitosa tiene implicaciones muy importantes para la psicoterapia. La situación experimental en la cual el paciente recibe retroalimentación positiva por parte del experimentador tiene un efecto poderoso en el paciente deprimido.

Esa tendencia a exagerar el elemento evaluador de las situaciones y de sobre-generalizar una posición positiva después de una experiencia de éxito proporciona lineamientos para el manejo terapéutico de la depresión.

Una síntesis de la depresión

Hasta aquí el terapeuta al teléfono debe tener un esquema muy claro del paciente deprimido desde la perspectiva de la terapia cognitiva de los trastornos emocionales.

La totalidad de la sección anterior “Las paradojas de la depresión” sirve como un modelo desde el cual el terapeuta contextualizará todos los contenidos que su paciente le exprese por teléfono para darles sentido y trabajar con ellos en la cura. En ese mismo capítulo es bastante explícito que la parte más importante del tratamiento de la depresión es incidir en el círculo vicioso de la apatía-inacción-malestar-inacción-apatía-deseesperanza-suicidio.

Llegado a este punto el terapeuta ha analizado el desarrollo de la depresión como una reacción en cadena iniciada por una experiencia que implica pérdida para el paciente. Debe haber notado también cómo el sentido de pérdida impregna la visión que el paciente tiene sobre sí mismo, su mundo y su futuro, y la repetición, la generalización e intensificación de esos pensamientos conduce hacia otro fenómeno: el de la depresión.

Las pérdidas típicas que desencadenan la depresión pueden ser obvias y dramáticas, como la pérdida de un hijo, pero pueden ser también una serie de experiencias que el paciente interpreta como significativamente socavadoras y amenazantes de su sí mismo.

Algunos tipos más sutiles de privación resultan del fracaso del paciente en la negociación que lleva a cabo para un balance razonable entre lo que invierte emocionalmente y lo que recibe a cambio en sus interacciones cotidianas. El desequilibrio suele ser resultado de una deficiencia relativa entre las gratificaciones recibidas a cambio de lo que da a otros; o de una discrepancia entre las demandas que se hace a sí mismo y los logros que obtiene al respecto. O sea que experimenta un malestar resultado de su balance dar-recibir.

Después de experimentar la pérdida (tanto si ésta es el resultado de un evento tangible, o de privaciones insidiosas subjetivas del paciente) la persona susceptible de deprimirse comienza a evaluar sus experiencias de una manera negativa y sobre-interpretará las experiencias en términos de derrota o privación (falta o carencia); se considerará a sí misma como deficiente, inadecuada, indigna y culpable de los eventos desagradables que le ocurren.

Si mira al futuro, sólo puede ver dificultades y tragedias esperándole hasta el fin de sus días, y ya que atribuye esas dificultades a sus propios defectos, se culpa a sí misma de lo que le ocurre y se vuelve peligrosamente auto-crítica. Es de esta manera como las experiencias cotidianas del paciente activan los patrones cognitivos que giran alrededor del tema de pérdida. Los numerosos patrones emocionales, motivacionales, conductuales y los fenómenos vegetativos emanan de esas auto-evaluaciones negativas.

El síntoma de la tristeza es una consecuencia inevitable del sentido de privación, pesimismo y voraz auto-crítica que tiene el paciente. La apatía es el resultado de darse completamente por vencido. La pérdida de la espontaneidad, las tendencias escapistas, la anulación de los deseos y los deseos suicidas provienen de la manera en que el paciente evalúa su vida.

Su desesperanza conduce a la pérdida de la motivación, porque ya que espera un resultado negativo de cada acción que emprenda, pierde el estímulo interno tan necesario para comprometerse con cualquier actividad constructiva. A consecuencia de esto llega el pesimismo, que eventualmente, conduce a los deseos suicidas.

Las numerosas manifestaciones conductuales de la depresión, tales como la inercia, la tendencia a la fatiga y la agitación son, de la misma forma, resultado de las cogniciones negativas. La inercia y la pasividad

son expresiones de la pérdida de la motivación espontánea del paciente. El fatigarse fácilmente resulta de sus continuas expectativas de que todo le salga mal. De manera parecida, la agitación está relacionada con el contenido del pensamiento. A diferencia del paciente retardado, quien pasivamente se resigna a su "destino", el paciente agitado lucha desesperadamente por encontrar una salida a su sufrimiento, pero ya que es incapaz de solucionar su conflicto, entra en un estado de actividad motora frenética, como andar de un lado para otro, o rasguñarse varias partes de su cuerpo.

Los signos vegetativos de la depresión—pérdida del apetito, disminución, o pérdida de la libido, dificultades de sueño—parecen ser concomitantes lógicos de un trastorno psicológico peculiar de la depresión. Estos signos fisiológicos pueden considerarse como análogos a las manifestaciones de ansiedad del sistema nervioso autónomo. La alteración psicológica que se da en la depresión afecta, en particular, el apetito, el sueño y el impulso sexual.

El curso continuo descendente de la depresión se puede explicar en términos del modelo de la retroalimentación. Como resultado de sus actitudes negativas, el paciente interpreta su disforia, sentido de pérdida y síntomas físicos de una forma muy negativa. Su conclusión de que es defectuoso y que no puede mejorar refuerza sus expectativas y auto-imagen negativa. A consecuencia de esto se siente cada vez más triste y más compelido a evitar las "demandas" de su ambiente y es así como es perpetrado el círculo vicioso del trastorno depresivo.

Los estudios experimentales de la depresión ofrecen pistas para la intervención terapéutica. **Ayudando al paciente a reconocer cuan consistente es para distorsionar sus experiencias, el terapeuta le estará ayudando a aliviar el pesimismo y la auto-critica malsana. Cuando estas llaves clave del círculo vicioso se zafan, se interrumpe el inexorable círculo de la depresión, y los sentimientos y deseos normales emergen nuevamente. Por ello, la clave para que el paciente deprimido recupere su salud mental consiste en remodelar o reformar sus creencias erróneas.**

Sección IV

REQUISITOS FUNDAMENTALES PARA LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN EN SAPTEL

- **Requisitos del terapeuta para conducir una terapia cognitiva de la depresión (cara a cara o por teléfono)**

1. El terapeuta dedicado al tratamiento de pacientes depresivos debe tener un conocimiento amplio y sólido del síndrome clínico de la depresión. Debe tener experiencia en el manejo de pacientes vía telefónica y es preferible que haya concluido su educación y entrenamiento formales como psicólogo. Debe manejar perfectamente la entrevista clínica y estar familiarizado con la amplia variedad de manifestaciones del síndrome depresivo (revisar la sección III de las paradojas de la depresión) y con las vicisitudes del proceso clínico. Estas vicisitudes incluyen el conocimiento de las remisiones espontáneas, la tasa de recaídas y **el riesgo de suicidio**.

En el momento en el que el paciente en SAPTEL refiera ideación, deseo o intención suicida, el terapeuta deberá solicitarle que complete la escala de desesperanza de Beck y utilice el correo electrónico de SAPTEL para hacerla llegar al terapeuta y que éste a su vez evalúe el grado de riesgo del paciente y tome la decisión supervisada de seguir atendiéndole vía telefónica para tratar la desesperanza, y/o de referirlo a un servicio de psiquiatría cara a cara para ser medicado o incluso internado. Si se decide que el paciente (si ya se estaba interviniendo con la terapia cognitiva de la depresión) puede seguir siendo atendido en SAPTEL, el proceso psicoterapéutico cambiará un poco su curso para centrarse por un tiempo en explorar las razones que tiene para vivir y las que tiene para morir y para la exploración de nuevas formas de visualizar y enfrentar su problemática.

El terapeuta debe tener un conocimiento general de todos los enfoques terapéuticos que se ocupan de dar tratamiento a la depresión, ya que cada uno tiene una importancia considerable y valiosas contribuciones para entender mejor esta enfermedad. Además, es de suma importancia que siempre tenga como referencia la nomenclatura oficial de este padecimiento, la cual se encuentra contenida en Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-R y, por supuesto, en este manual.

El enfoque cognitivo de la depresión propuesto por Aaron Beck desde los años sesenta es considerado como la tercera fuerza en psicoterapia y su validez y utilidad son reconocidas en todo el mundo. Por ello este

manual se propone como una herramienta clínica complementaria para los terapeutas telefónicos de SAPTEL.

El terapeuta debe manejar con soltura la teoría general de las neurosis y las psicosis, ya que deberá elaborar un diagnóstico correcto de sus pacientes para poder aplicarles tratamientos adecuados. **La depresión, por ejemplo, presenta varias características diferenciales:**

Primera, **presenta un conjunto de síntomas y conductas peculiares que la hacen diferente de otras neurosis.**

Segunda, **tiende a seguir un desarrollo determinado.** La depresión típica suele comenzar con un grado medio de intensidad, alcanza un punto álgido y, a continuación, disminuye generalmente de intensidad, de tal modo que sus características temporales y las "remisiones espontáneas" han sido repetidamente observadas en la práctica clínica. La depresión suele ser episódica, con períodos en que se da una ausencia de los síntomas. La naturaleza temporal de la depresión diferencia este síndrome de otros tales como las fobias, la neurosis obsesivo-compulsiva e incluso la ansiedad crónica, las cuales pueden estar presentes durante toda la vida de la persona sin mostrar cambios sustanciales.

Tercera, **en la depresión existe una complicación letal que es el suicidio, por ello su diagnóstico es particularmente importante.**

Cuarta, **algunos tratamientos somáticos han sido aplicados con éxito a la depresión.** Los antidepresivos tricíclicos son de gran uso en el tratamiento médico de este síndrome y los psicólogos podemos canalizar a nuestros pacientes para que se beneficien de esta forma de tratamiento, además de seguir con su tratamiento en SAPTEL.

Quinta, **existe un creciente cuerpo de evidencia que indica la presencia de un tipo de alteración biológica en la depresión que puede ser resultado de un tipo agotamiento o fatiga de los neurotransmisores.**

Sexta, **existe evidencia de que ciertos tipos de depresión (por ejemplo, la depresión bipolar) tienen un fuerte componente hereditario.**

Séptima, **en las investigaciones realizadas por Beck y colaboradores (que se han ido citando en diferentes secciones de este manual), se ha encontrado que el contenido específico de las distorsiones cognitivas y de los supuestos subyacentes es diferente del que se da en otros trastornos neuróticos.**

Por último, **el tipo de factores desencadenantes (cuando los hay) pueden ser diferentes en cada una de las neurosis.** Los factores desencadenantes de la depresión surgen de una pérdida percibida o real; en otros síntomas, como la ansiedad, los factores desencadenantes están más relacionados con una amenaza o un peligro.

2. Dado que el suicidio es la complicación letal en la depresión, el terapeuta necesita tener una serie de destrezas para reconocer al

paciente suicida y para determinar el riesgo de suicidio. **Incluso un paciente con una depresión moderada puede suicidarse; es más, no son infrecuentes los intentos de suicidio durante el mismo proceso de la terapia.**

Atender a un paciente con el enfoque cognitivo de la depresión en SAPTEL que comience a manifestar ideación suicida hace casi necesario que salga de su anonimato y proporcione los datos de un familiar con el que se pueda entrar en contacto cuando el terapeuta detecte cualquier peligro de cometer suicidio o sea importante prescribir atención psiquiátrica para medicación o un período de hospitalización.

3. El aspirante a convertirse en un terapeuta cognitivo cara a cara o vía telefónica debe ser, en primer lugar, un buen terapeuta en términos de poseer habilidad para prosperar en las relaciones interpersonales. Debe tener la capacidad de proporcionar tratamiento a un paciente en una atmósfera de relación humana con interés, aceptación y empatía.

En el Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania se ha visto que terapeutas de muy distintas orientaciones y grados de experiencia pueden llevar a cabo satisfactoriamente una terapia cognitiva y pueden enriquecer muy bien su práctica incluyendo aquellos aprendizajes propios de su orientación, por ejemplo, un terapeuta que ha practicado la terapia psicoanalítica suele ser empático y sensible, además de que maneja con facilidad las reacciones transferenciales. Los terapeutas de la conducta, por su parte, suelen estar calificados para aplicar las distintas técnicas terapéuticas en este enfoque.

4. En su monografía sobre la depresión Aaron T. Beck (Beck, et al., 1983) sugiere que ser un buen terapeuta cognitivo significa más que estar bien preparado y tener una actitud cálida. El terapeuta debe satisfacer los siguientes tres requisitos previos:

a. Un sólido conocimiento del modelo cognitivo de la depresión, tal como se describe en las lecturas: *Depresión: Causes and Treatment* (Capítulos 15, 17, 18) (Beck, 1972). Este libro también se puede encontrar en la siguiente dirección electrónica: www.books.google.com.mx y el capítulo 5 de *Cognitive Therapy and the emotional disorders*, (Beck, 1976).

b. Un conocimiento del marco conceptual de la terapia cognitiva, también del último libro citado (Capítulos 2, 3, 4, 9, 10 y 12), así como su aplicación específica al tratamiento de la depresión (Capítulo 11)

c. **Entrenamiento formal en un centro de terapia cognitiva, ya que es muy importante un entrenamiento intensivo en esta materia y un**

largo período de supervisión. Beck sugiere un entrenamiento intensivo de seis meses a dos años en el que se incluya la supervisión de dos, tres o más pacientes para alcanzar el nivel de dominio y competencia en la práctica de la terapia cognitiva.

En este inciso "c" es muy importante mencionar que la presencia de este Manual dentro del modelo de atención de SAPTEL puede ser un primer y muy importante paso para profundizar en el entrenamiento de certificación como terapeuta cognitivo y no se descarta que en el futuro SAPTEL cuente con un centro de entrenamiento intensivo en esta materia, ya que está plenamente justificado por la utilidad probada de la terapia cognitiva para tratar con éxito y bajos índices de recaídas a pacientes con depresión que no respondan al tratamiento con fármacos, o que su depresión esté clara y profundamente ligada a sus esquemas cognitivos desadaptativos, o que tengan tan pobre adherencia al tratamiento farmacológico que recaigan frecuentemente.

d. Entrenamiento en talleres, realización de tareas de monitor de grupo, y utilización de cintas de audio y libretas de anotaciones. Todo este trabajo supervisado por un instructor cualificado hasta que se satisfagan los criterios de competencia.

5. El terapeuta debe estar conciente de que su estancia en SAPTEL, cuando se dispone a tratar a un paciente con la Terapia Cognitiva de la Depresión por teléfono, debe ser no menor de seis meses y estar plenamente dispuesto a extender su período en caso de que el paciente así lo requiera.

- **Requisitos del paciente SAPTEL para ser candidato a la Terapia Cognitiva de la Depresión.**

1. Se debe descartar total y exhaustivamente la posibilidad del paciente de recibir terapia cara a cara para el tratamiento de la depresión. Si el paciente no puede acudir a psicoterapia, ya sea por invalidez, dificultad para desplazarse o falta de tiempo es un buen candidato para recibir este tratamiento en SAPTEL.

2. El paciente deberá tener el deseo, el compromiso y los medios materiales (una línea telefónica, cuarenta minutos dos veces por semana y un lugar privado donde se sienta libre de hablar sobre sí mismo y sin interrupciones) para recibir terapia vía telefónica.

3. La terapia cognitiva es la terapia del insight. Por ello, el paciente tiene que ser una persona con capacidad para reconocer sentimientos y pensamientos que le dificultan funcionar y ser una persona adecuada a los requerimientos del mundo. Así mismo, debe ser una persona con cierta disciplina y orden en la vida como perfil que asegure que va a tomar la terapia y que se va a mantener en ella y por supuesto un coeficiente intelectual de alrededor de 100 para trabajar psicoterapeuticamente y salir adelante (Puente, F. entrevista, 2006).

4. La estructura superyoica del usuario debe haber alcanzado el desarrollo suficiente como para poder funcionar en términos de límites internos de la conducta, en lugar de que el comportamiento dependa de la coerción externa, ya que solamente así será factible el establecimiento de un encuadre técnico que incluya un contrato terapéutico que es una condición imprescindible para llevar a cabo la psicoterapia. Además, el paciente deberá estar dispuesto a renunciar a su anonimato para establecer un contrato terapéutico telefónico y proporcionar datos reales de sí mismo y de algún familiar o amigo al que se le pueda contactar y se haga responsable en caso de requerir hospitalización o supervisión por riesgo suicida.

5. El paciente depresivo crónico se beneficiará de la terapia cognitiva de la depresión por teléfono, en especial si en algún momento de su vida ha recibido terapia cognitiva y está familiarizado con ella.

Aunque en este manual se propone usar la terapia cognitiva de la depresión por teléfono en el curso de una depresión leve o moderada, la aplicación de este enfoque es especialmente importante y fructífera en el período post-depresión, ya que es durante este período, cuando aún a pesar de que el paciente tenga períodos intermitentes de tristeza, funciona suficientemente bien la mayor parte del tiempo como para tener la capacidad de analizar objetivamente sus patrones de vida, sus pensamientos automáticos y sus esquemas cognoscitivos inadecuados

que le llevan a concebir erróneamente partes de su vida, de su ambiente y de su futuro (Beck, 1973).

Durante la depresión, la terapia cognitiva puede usarse para que el paciente gane objetividad hacia sus reacciones automáticas y así pueda contrarrestarlas y obtener mejoría de sus síntomas.

6. Se ha encontrado que la terapia cognitiva es efectiva en cierto tipo de pacientes deprimidos; estos son los casos que generalmente podrían ser clasificados como **depresiones reactivas**, más que endógenas. Las características de estos pacientes son:

a) No son pacientes severamente enfermos.

b) La precipitación de la depresión está relacionado con un evento ambiental significativo como el deterioro de alguna relación interpersonal significativa o un fuerte revés financiero.

c) La enfermedad no sigue el típico patrón "U" con una caída progresiva, un estancamiento y después una mejoría continua. Los pacientes que son susceptibles de mejoría con la terapia cognitiva son aquellos que generalmente muestran una amplia gama de fluctuaciones durante un día y también de un día a otro. Esas fluctuaciones sin embargo, están relacionadas con eventos ambientales específicos donde las experiencias positivas disminuyen el grado de la depresión y las negativas lo incrementan.

7. El diagnóstico realizado al paciente en SAPTEL o por otro médico o psicólogo que haya tratado al paciente debe ser **depresión unipolar NO PSICOTICA**.

8. Si el paciente refiere haber tenido efectos secundarios severos al recibir quimioterapia antidepresiva y por lo tanto el médico de cabecera le recomendó otro tipo de tratamiento para la depresión. O si está interesado en un método psicológico con la expectativa de que de su aprendizaje durante el proceso reduzca su propensión a la depresión, la terapia cognitiva es lo indicado.

9. Los pacientes pueden comportarse de diversas maneras o manifestar una amplia variedad de actitudes que entorpecen el curso de la terapia y representan problemas técnicos (los pacientes que no son puntuales para sus sesiones, aquellos que no llaman si se les indica o los que llaman demasiado, los que hablan mucho, o los que permanecen en silencio durante las sesiones, los que se resisten a finalizarlas o los que se quieren ir muy rápido, los que sólo escuchan pero no llevan a cabo las sugerencias del terapeuta.)

Todo paciente puede situarse en un punto determinado de un continuo con respecto al número de problemas técnicos que presenta. En uno de

los extremos del continuo estaría el paciente que aparte de los síntomas y conductas inadecuadas relacionadas con la depresión llevan una vida medianamente bien ajustada con pocos problemas de personalidad. Dada su cooperatividad general y su repertorio de conductas adaptativas presentan pocos o ningún problema técnico para que la terapia se desarrolle sin grandes dificultades. En este caso terapeuta y paciente pueden centrarse en los problemas específicos relevantes para la depresión y colaborar en la selección y la aplicación de las estrategias adecuadas.

En el otro extremo, están aquellos pacientes que presentan muchos problemas técnicos, generalmente con una gran intensidad y rigidez. Estos pacientes suelen haber pasado por varios intentos previos de terapia sin ningún resultado, suelen haber estado hospitalizados, presentan unas relaciones sociales inexistentes o deficientes, así como un rango de patrones desadaptativos de conducta interpersonal que afectan la relación y el trabajo con el terapeuta. Estos pacientes suelen venir etiquetados como "neuróticos crónicos", "límites", sujetos con trastornos de carácter, pasivos-agresivos, negativistas, "histéricos" e inestables. **Tales términos no facilitan la comprensión del paciente por parte del terapeuta, pero indican que el primero tiene problemas de personalidad que harán difícil trabajar con él. Con el ánimo de encontrar un término adecuado, en terapia cognitiva se suele emplear la etiqueta de "paciente difícil" para designar a los miembros de este grupo.** Si estos pacientes siguen el tratamiento, la terapia cognitiva puede ayudarles a llevar una vida más cómoda y adaptada. No obstante, el tratamiento de esta población requiere más tiempo y además la mejoría general suele ser menos estable que la de otros. Dado que en ellos son más frecuentes las recaídas, necesitan un mayor número de sesiones de apoyo. Es más, una gran parte de cada sesión habrá de dedicarse a las reacciones negativas del paciente hacia el terapeuta, a su resistencia a realizar las tareas para casa, a sus frecuentes crisis y a la repetición de las directrices de la terapia. **Para conseguir el éxito con los pacientes difíciles, el terapeuta debe estar preparado para invertir más tiempo, más energía y más ingenio en ellos.**

10. La terapia cognitiva de la depresión puede ser un método profiláctico bastante útil para aquellos pacientes que acaban de concluir, o por alguna razón interrumpen un tratamiento farmacológico para la depresión. Los clínicos tienden cada vez más a mantener a los pacientes con depresión tanto unipolar como bipolar permanentemente bajo medicación, igual que a los diabéticos se les mantiene con insulina (Davis, 1976; Klerman *et al.*, 1974; Schou, 1968 (citados por Beck, 1983).

Aunque se estima que en un 55% de los casos no hay episodios posteriores (Robins y Guze, 1972, citados por Beck, 1983), la depresión siempre se ha considerado un fenómeno episódico. En un estudio

realizado en Boston/New Haven (Klerman *et al*, 1974 citado por Beck, 1983), el 36% de los pacientes que habían respondido a los fármacos y que no recibieron tratamiento durante el período de seguimiento recayeron antes de 8 meses después de concluido el tratamiento. En este sentido, parece que confiar en el uso profiláctico de la medicación como única forma de terapia no es lo más adecuado en el tratamiento de muchos casos de depresión. **Como ya se sabe, la terapia cognitiva está especialmente diseñada para modificar los patrones de pensamiento inadecuados y distorsionados que son la principal causa de los síntomas anímicos y conductuales de los pacientes deprimidos y desde esta perspectiva teórica mientras esos patrones de pensamiento continúen actuando el paciente estará predispuesto a las recaídas.**

A manera de conclusión, es muy importante insistir dentro de este manual que los pacientes con trastornos afectivos menores son mejores candidatos a la terapia cognitiva como tratamiento único, mientras que los que presentan trastornos afectivos mayores necesitarán medicación o ambos métodos combinados.

De lo anterior puede desprenderse que en el caso de la terapia cognitiva de la depresión por teléfono el terapeuta tendrá que hacer un cuidadoso estudio de la persona que tiene en la línea para determinar si se trata de alguien con un trastorno afectivo menor, que tenga una personalidad y un estilo de vida aceptablemente ajustados y que además no presente problemas graves para llevar a cabo pruebas de realidad.

- El primer contacto telefónico con el usuario solicitando apoyo psicológico para la aplicación potencial de la terapia cognitiva de la depresión por teléfono.

Existen dos elementos muy importantes para saber a que pacientes se les puede proponer recibir tratamiento cognitivo para la depresión por teléfono y a cuales se les atenderá con otro tipo de psicoterapia: la primera llamada del usuario y el motivo de consulta verbalizado.

Durante la primera llamada es muy prematuro evaluar si el usuario es un buen candidato o no para este tipo de terapia por teléfono. Esa decisión se tomará si la persona ha solicitado apoyo psicológico y ella, con el terapeuta telefónico, han trabajado durante tres sesiones de terapia breve dentro del horario convenido (es decir, han pasado por las fase I, II y principios de la III del modelo de atención SAPTEL) y tanto el deseo del usuario, como la opinión del consejero-terapeuta coinciden en el sentido de que la psicoterapia por teléfono es una verdadera opción.

Que un usuario vuelva a contactar sistemáticamente y en los horarios y días indicados por el terapeuta de primer contacto puede ser la primera señal importante de que es posible establecer un contrato y una alianza

terapéutica formales, éste último es un requisito indispensable para aplicar el manual que esta tesis propone.

Como el modelo de atención SAPTEL incluido en secciones anteriores de este trabajo lo establece, el primer contacto y las primeras palabras, silencios y entonaciones de voz del usuario nos están dando una base sólida para introducirnos en su paradigma personal.

Asimismo, es crucial el llenado completo o casi completo de la Historia Clínica Codificada (Cédula de Registro SAPTEL) y las notas adicionales del terapeuta, ya sea de frases textuales o procesadas, cuya fuente es obviamente el usuario.

Lo anterior constituye la primera fase de selección de las pacientes (o los pacientes hombres) que tengan el perfil para la terapia cognitiva de la depresión por teléfono¹.

Una vez el paciente ha recibido atención, se ha citado para una próxima sesión, se ha despedido y ha colgado, es el momento más importante para analizar y darse una impresión fresca y global de la persona que acabamos de atender y, de ser el caso, determinar qué tan útil puede resultarle la terapia cognitiva de la depresión por teléfono.

Por ello es preciso tomarnos 10 o 15 minutos después de colgar para redondear nuestras notas y haciendo uso de ellas, más los datos de la historia clínica tener un expediente muy completo y llegar a una primera impresión diagnóstica para ubicarlo en alguna categoría del DSM-IV-TR o el CIE-10, ambas clasificaciones aprobadas y utilizadas en SAPTEL, para diagnosticar a los usuarios, y así, obtener el diagnóstico de presunción para que en la tercera sesión se pueda establecer un diagnóstico preciso y elegir pautas para la atención, o en su caso el tratamiento.

- **Primera llamada telefónica: información relevante para la toma de decisiones respecto de la aplicación de la Terapia Cognitiva de la Depresión por teléfono.**

La primera llamada del usuario suele constituir la primera fase de atención en la cual se debe tratar de seguir la siguiente secuencia de información clave sobre éste, de acuerdo con lo estipulado en el Manual de Procedimientos SAPTEL:

1. Presentación.
2. Determinación de la naturaleza de la llamada.

¹ Este procedimiento de atención deberá hacerse para cualquier llamada en donde el usuario solicite apoyo psicológico y desee recibirlo por teléfono en SAPTEL y no sólo para aquellos usuarios que directa o indirectamente verbalicen que se sienten deprimidos.

3. **Motivo de consulta manifiesto: exposición del usuario.**
4. **Investigación con respecto a tratamientos psicoterapéuticos a los que haya acudido o en los que se encuentre actualmente.**
5. Ficha de identificación.
6. **Motivo de consulta. Semiología de signos y síntomas.**
7. **Examen mental.**
8. **Sintomatología específica.**
9. Cierre de la primera llamada.

*La información **resaltada** es de especial importancia para que el terapeuta se guíe con respecto a considerar la Terapia Cognitiva de la Depresión por teléfono como una opción viable para su paciente.

1. Presentación

La misma estipulada en el Manual de Procedimientos SAPTEL (en adelante MPS).

2. Determinación de la naturaleza de la llamada: Primer filtro

Una llamada de solicitud de información o de canalización puede convertirse en una llamada de solicitud de apoyo psicológico. Cuando el usuario esté pidiendo ayuda psicológica para él mismo o para otra persona, éste el primer filtro para la toma de decisiones.

Escuchar cuidadosamente la manera en la que el paciente solicita ayuda posibilita el hecho de hacer un diagnóstico, pronóstico y elección de tratamiento acertados. De modo que la información proveniente del oído y del lenguaje usado—únicas herramientas a nuestro servicio en SAPTEL—deberá ser minuciosamente analizada, ya que a falta de la información no verbal, lo clara y expresiva que puede llegar a ser la comunicación al teléfono puede compensarse.

Las palabras que el paciente selecciona, el orden que les da, los párrafos que forma, etc. son un reflejo de su mundo interno, que está siendo expuesto para que el terapeuta lo conozca y comprenda. Cada alteración en el tono de voz, la intensidad, el volumen, la velocidad, la cadencia, la intención, y por supuesto, los silencios son todo un sistema de decodificación que el terapeuta de SAPTEL debe dominar.

3. Motivo de consulta manifiesto: exposición del usuario: Segundo filtro.

Si al conversar con el usuario nos damos cuenta que expresa su problemática en términos de pérdidas o procesos de duelo que le llevan a experimentar sentimientos de tristeza, enojo, pesimismo desesperanza y apatía y que a su vez se derivan de situaciones reales o subjetivas o subjetivas, es posible contar con la segunda condición para aplicar la terapia cognitiva de la depresión por teléfono, no sin antes llevar a cabo estrictamente la aplicación de todas las consideraciones éticas y técnicas a las que se ha hecho referencia amplia en secciones anteriores de este trabajo.

Cuando el usuario refiera verbalmente estar experimentando o haber experimentado una pérdida concreta y tangible para los demás, como el empleo, la salud, la posición económica favorable, una relación interpersonal importante, la muerte de un ser querido, etc. O una pérdida subjetiva, como la pérdida del atractivo físico, de la independencia, de la juventud, de alguna habilidad especial, o de cualquier rasgo valorado altamente, estamos ante lo que en Terapia Cognitiva se llama: la percepción subjetiva o el daño real en el "dominio personal del paciente" que traerá como consecuencia la mayor parte de la sintomatología física y emocional típica de la depresión.

4. Investigación con respecto a tratamientos psicoterapéuticos a los que haya acudido o en los que se encuentre actualmente: Tercer filtro.

Si el usuario refiere que antes ha tenido tratamientos, ya sea médico o psicológico para la depresión que no han funcionado, y ya hizo cierto vínculo con el terapeuta telefónico al llamarlo ordenadamente durante al menos tres sesiones, se deberá explorar las causas de estos "intentos fallidos". Si se determina que la falla ha estado en no aplicar el tratamiento correcto para ese tipo de paciente y el tipo de depresión que presenta, y se determina que pudiera responder bien a la terapia cognitiva, puede referirse a un centro que maneje este enfoque cara a cara y si no es posible, se le puede explicar que puede recibir esa atención en SAPTEL vía telefónica, explicándole detalladamente las características de la atención y las normas que deberá seguir para recibirla.

La terapia cognitiva de la depresión por teléfono, en adelante (TCDpT), no deberá ser por ningún motivo usada en caso de que el paciente esté en otro tratamiento psicoterapéutico, pero puede ser muy útil cuando éste reporta estar tomando medicación antidepresiva y presenta poca adherencia terapéutica o efectos secundarios realmente severos ante la ingesta de los psicofármacos.

En este punto se les sugiere a los médicos que no sólo prescriban el uso de fármacos, sino que enseñen a sus pacientes técnicas de adherencia al tratamiento, y si carecen de esta información los canalicen a un proceso psicoterapéutico cara a cara o a distancia (telefónico) como SAPTEL en donde se le permita aprender formas de aumentar la observancia de sus tratamientos.

Mediante las técnicas cognitivo conductuales se ayuda a la persona con problemas en la observancia a los tratamientos a identificar y modificar sus supuestos subyacentes sobre la ingesta ordenada y hasta el final de sus medicamentos. Así mismo, se le enseñan diversas técnicas de auto-registro y auto-monitoreo que le serán útiles para modificar conductas saboteadoras que fortalecen el círculo vicioso de la depresión y obstaculizan la remisión de la misma.

5. Ficha de identificación

Esta sección en la cédula de registro nos dará información sobre las características socio-demográficas del usuario.

Aunque se sabe que la depresión es un padecimiento complejo y lleno de paradojas, que puede darse a cualquier edad y dentro de cualquier estilo de vida, existen algunos perfiles de riesgo para desarrollarla.

El objetivo de esta tesis es proporcionar una forma de tratamiento por teléfono para mujeres con depresión y los datos que nos guiarán para decidir quién se podría beneficiar de la TCDpT son los siguientes:

- Mujeres
- De entre 20 y 50 años
- Sean o no profesionistas
- Casadas o solteras
- Amas de casa o con otra ocupación
- Que vivan con esposo o no, que tengan dos hijos en promedio
- Que sean dependientes económicamente

6. Motivo de consulta. Semiología de signos y síntomas

Para obtener esta información se hará uso de la clasificación del Manual de Procedimientos SAPTEL (MPS) en forma de preguntas específicas que el usuario responda y con base en esa información y los conocimientos del terapeuta, éste “traducirá” el reporte verbal del usuario a categorías clínicas indispensables para su tratamiento.

Cuando se tiene la sospecha de estar ante un caso de depresión grave, o que dos de los motivos de la llamada se asocien al síndrome depresivo, deberá investigarse el proceso suicida para determinar el riesgo suicida. Esto debe hacerse conforme a los lineamientos del MPS¹ y a las técnicas específicas para el paciente suicida de la terapia cognitiva de la depresión.

El balance total del análisis del motivo de consulta principal, de los motivos secundarios, de la evaluación del riesgo suicida y de la verbalización del usuario nos debe dar un caso de depresión unipolar, reactiva, leve o moderada.

¹ Una persona con una crisis suicida deberá recibir apoyo psicológico y emocional además de tratamiento contra la desesperanza. Una vez estando seguros de que la crisis suicida ha pasado se puede pensar en proponer al usuario una psicoterapia cara a cara, en primera instancia, o telefónica cuando no existe otra posibilidad de atención.

7. Examen mental

Esta sección junto con la sección de sintomatología específica son fuentes de información imprescindibles para determinar si se puede atender al usuario en SAPTEL o si se hace necesario referirle a un tratamiento psiquiátrico.

Estas secciones de la historia clínica son también muy importantes para decidir si pasadas las sesiones dedicadas a estabilizar la crisis que hizo llamar al usuario es viable ofrecerle ser atendido con la TCDpT.

Esta evaluación nos dice si el usuario está más o menos íntegro o si su situación ha afectado su equilibrio homeostático. Si la respuesta es sí, lo más seguro es que las funciones de prueba y juicio de realidad se encuentren dañadas y en ese caso, la psicoterapia telefónica no prosperará y muy al contrario, puede resultar perjudicial para el paciente.

La espontaneidad, ritmo y alteraciones del discurso; alteraciones en el contenido del pensamiento, en el afecto, en la memoria y/o en la sensoropercepción; trastornos en la orientación o en las funciones de atención y concentración; síntomas de despersonalización; nivel de inteligencia y nivel de reconocimiento del grado o magnitud del problema que afronta, son datos fundamentales para completar y dar sentido al rompecabezas que puede constituir todo usuario y para establecer parámetros de congruencia o consistencia entre lo que el sujeto expresa sobre su problemática y su condición real.

8. Sintomatología específica.

Este apartado refleja alteraciones finas del equilibrio homeostático de la persona que llama. Evalúa la presencia de todos los síntomas que constituyen el síndrome depresivo, de modo que si estamos ante un caso de depresión, lo más seguro es que la persona presente síntomas somáticos moderados o severos, que le sea muy difícil conciliar el sueño o que duerma mucho; que esté irritable y malhumorada; que presente ánimo depresivo. Puede ser que se encuentre en una etapa agitada del episodio depresivo y que por lo tanto se sienta muy ansiosa. La fatiga es un síntoma representativo del deprimido, siempre y cuando se descarte la presencia de alguna enfermedad física; también lo es la disminución en la concentración e incluso la presencia de fobias.

Cada uno de esos síntomas se convertirá en síntoma-objetivo si el usuario recibe TCDpT.

A partir de este momento el terapeuta-consejero tiene la información necesaria para hacer una reflexión de 15 minutos sobre el caso y adjudicarle un diagnóstico de acuerdo al DSM-IV o al CIE-10, así como la forma de tratamiento que más convenga en ese momento.

Es también en este momento cuando el terapeuta puede ver qué clase de relación terapéutica logró con ese usuario en términos de si hubo rapport, catarsis, abreacción; si la información del usuario es creíble y el grado de severidad de su estado.

9. Cierre de la primera llamada

Si se obtuvo la totalidad de los incisos de la historia clínica codificada (Cédula de Registro SAPTEL) y si el usuario y el terapeuta cubren todos los requisitos para la Terapia Cognitiva de la depresión, unos minutos antes del cierre de la primer llamada es el tiempo de decidir si se agenda con el usuario una plática durante la segunda y tercer llamada, sobre la posibilidad de recibir TCDpT y una explicación general, pero al mismo tiempo precisa, sobre esta forma de tratamiento en SAPTEL. Esta situación puede frasearse de la siguiente manera:

Terapeuta: “Hasta aquí podemos ver que Usted presenta algunos síntomas importantes de depresión y éstos le llevan a sentirse como lo ha relatado a lo largo de esta primera llamada: triste, con pocas esperanzas en el futuro y apático para realizar sus tareas cotidianas. Existe una forma de tratamiento muy efectiva que puede usarse por teléfono, ya que hemos llegado a la conclusión de que usted no puede acudir a una terapia cara a cara por falta de tiempo y de alguien que cuide a sus hijos. ¿Usted ha escuchado sobre la terapia cognitiva de la depresión?”

Paciente: No, es la primera vez que sé de ella.

T: Bueno, la Terapia cognitiva de la depresión es una forma de psicoterapia que surgió y se desarrolló en los Estados Unidos de Norteamérica para tratar pacientes con depresión en la década de los sesenta. Mediante muchas investigaciones se encontró que este método es muy efectivo para tratar la depresión en un plazo relativamente breve y evitar las recaídas, ya que con sus técnicas se le enseña a la persona a deshacerse poco a poco de los síntomas producidos por este trastorno emocional y se le proporciona herramientas de pensamiento lógico y realista para evaluar sus experiencias y potencialidades a la luz de la objetividad.

Además, se ha visto que cuando una persona experimenta este tipo de tratamiento reduce significativamente el trastorno de pensamiento producido por la depresión y por lo tanto detiene la aparición de los síntomas emocionales y conductuales que hacen de la depresión una enfermedad incapacitante y un círculo vicioso del que es difícil salir sin ayuda.

Al aprender un nuevo método de razonamiento la persona es capaz de prevenir por sí misma, sin estar en terapia constantemente, futuros episodios depresivos.

¿Qué le parece si usted comienza un tratamiento con esta terapia y empezamos a intervenir con algunos de los síntomas que más problemas le estén causando?

P: Está bien, creo que podría intentar sentirme mejor con esta terapia.

Durante el cierre de la llamada se le pregunta al usuario qué le pareció la atención recibida en SAPTEL y la opinión espontánea también se registra. Se pacta la siguiente llamada y se registra la reacción del usuario ante la propuesta. Se toma el nombre y teléfono (en caso de querer proporcionarlo, ya que aquí aún no es obligatorio tener datos verdaderos para hacer contacto con el usuario). Cuando eso sea necesario se le dirá al paciente directa y abiertamente. Así mismo, se proporciona nuestro nombre y apellido y se dan nuestros horarios de trabajo como terapeutas de SAPTEL.

Cuando una llamada de primera vez se convierta en un caso clínico tratado en SAPTEL con la Terapia Cognitiva de la depresión es muy importante que se supervise con un supervisor adscrito al servicio y que tenga formación como terapeuta cognitivo-conductual.

Si la TCDpT es el tratamiento de elección del terapeuta y el usuario, el primero intentará reforzar una relación terapéutica personal y relajada con el segundo, sin perder por ello de vista las evidentes diferencias de rol (persona que acude en busca de ayuda y experto entrenado para brindar esa ayuda).

Ya establecida la relación, cuyo comienzo es en sí desde el primer contacto telefónico, debe pasarse a la recogida de la información relevante y al establecimiento de las técnicas cognitivas que se usarán para tratar los "síntomas objetivo".

SECCION V

LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN POR TELÉFONO EN SAPTEL

La relación terapéutica desde la terapia cognitiva

La relación terapéutica es un elemento de suma importancia para el éxito o fracaso de cualquier tratamiento cara a cara o a distancia (por teléfono). Dicha relación es el terreno donde se intentará producir un cambio constructivo en la vida del paciente y aliviar su sufrimiento, y es a través de ella que el paciente aprenderá cosas nuevas sobre sí mismo y la vida y donde idealmente se convertirá en una persona con más información, más fuerte y apta para permanecer tranquila y funcional en la vida.

Cuando paciente y terapeuta nunca llegan a conocerse físicamente, como es el caso de SAPTEL, en donde la modalidad de tratamiento es únicamente telefónica **sí es posible establecer y construir una relación terapéutica, sin embargo, los cuidados y esfuerzos que se prodiguen a dicha relación deben revisarse y reforzarse constantemente según las necesidades del momento terapéutico y más aún de lo que se requiere en la terapia cara a cara.**

Como el término lo indica, una **relación implica a dos individuos** que participan y contribuyen, o frenan y deterioran lo construido. De este hecho se desprende que para que esa relación funcione, el terapeuta, pero también el paciente, deben contar con una serie de características o requisitos.

Esa relación que es vital para comenzar cualquier tratamiento no podrá prosperar si por parte de paciente o terapeuta existen elementos de informalidad, poca seriedad en el tratamiento y escasa disciplina personal para cumplir lo pactado.

Teniendo esto en mente, además de los requisitos terapeuta-paciente expuestos en la sección IV, podrá comenzarse (o no) la Terapia Cognitiva de la depresión por Teléfono en SAPTEL (TCDpT).

En el terapeuta telefónico deben existir ciertas características que pueden facilitar la aplicación de las diversas técnicas cognitivas a sus pacientes. Estas características son un punto de referencia para que el terapeuta auto-evalúe sus propias aptitudes.

La aceptación, la empatía y la autenticidad son las principales características de las que se habla. El terapeuta efectivo sabrá valorarlas pero no se preocupará excesivamente por su estricta

observancia en el tratamiento, muy al contrario, las sabrá desplegar con naturalidad, equilibrio y oportunamente.

Es importante advertir al terapeuta telefónico que con frecuencia las técnicas cognitivas parecen engañosamente simples y el terapeuta neófito comienza a aplicarlas como seguir una receta de cocina, sin tomar en cuenta los aspectos humanos de la relación terapeuta-paciente. Así pues, las técnicas cognitivas y conductuales de este tratamiento deberán ser aplicadas de un modo discreto, terapéutico y humano por una persona fiable—el terapeuta—.

Aceptación

Mostrar una preocupación e interés sinceros por el paciente sin afectaciones, exageraciones o efusividad es una actitud profesional al teléfono y cara a cara.

Recordemos que el paciente deprimido puede tener bastantes cogniciones distorsionadas del tipo: “No le intereso a nadie” o “este terapeuta es frío y distante, le soy indiferente” y una actitud de interés y aceptación ayudan a contrarrestar y modificar esas cogniciones. Sin embargo, cualquier exageración podría tener el efecto contrario, es decir, el paciente puede pensar “este terapeuta no está siendo sincero, porque ¿cómo puede caerle bien una inútil como yo?”

De cuando en cuando se sugiere explorar con el paciente cuál es su percepción de nosotros, es decir, del terapeuta. Puede ser la respuesta: “despótico, distante, demasiado implicado emocionalmente con él, etc.” Esta respuesta nos dará pautas para ajustar nuestra relación con él o ella, y nos dará información concreta sobre determinados aspectos hacia los cuales el paciente está especialmente sensibilizado, y también información relativa a la presencia de posibles distorsiones cognitivas.

En general, es al principio de la terapia cuando la aceptación y el interés deben desplegarse con cierta intensidad y frecuencia para dar seguridad al paciente de que está siendo cuidado, y posteriormente, en estadios avanzados del tratamiento el paciente tenga implícito que le interesa al terapeuta sin necesitar constantes muestras de interés.

Empatía

Cuando el terapeuta es capaz de adentrarse en el mundo del paciente a través de lo que éste le relata verbalmente, y es capaz asimismo de percibir la constelación de su guión de la vida, está siendo empático y estará facilitando el camino para entender y contrarrestar los patrones de pensamiento distorsionados y desadaptativos que le han llevado a la situación depresiva en la que se encuentra.

Mediante la empatía –paradójicamente- será más sencillo que el terapeuta tome distancia en aquellos momentos en los que el paciente está muy desconfiado o nihilista, pudiendo así comprenderle cabalmente al saber que ese negativismo es causado por una serie de

cogniciones que le dicen que siempre ha sido un fracaso y que todo lo que intente para cambiar su situación será en vano. O que el paciente "cínico" o muy defensivo está así porque lleva muchos tratamientos sin lograr que su depresión mejore y ya se siente tan defraudado que tiene que mostrarse excesivamente defensivo o resistente. **Este proceso distancia-entendimiento profundo hace que el terapeuta no se enganche y sortee con éxito estos puntos decisivos, conflictivos y aparentes "obstáculos" que suelen surgir en toda terapia.**

Más aún, "ensayando" las actitudes y cogniciones negativas del paciente, el terapeuta empático puede comenzar a desarrollar antidotos o contraargumentos para esas ideas negativas.

Adentrándose en el mundo interno del paciente, el terapeuta será capaz de verificar su grado de entendimiento, el cual será alto si al pensar como éste experimenta sus mismos sentimientos.

El peligro de ser erróneamente empáticos está en no dejar que el paciente exprese todas sus emociones o puntos de vista ante algún evento determinado por el simple hecho de que el terapeuta mezcla sus propios sentimientos y forma de pensar ante lo que el paciente le relata. Por ejemplo, ante la muerte de la madre, desde la visión del terapeuta será un evento fuerte y entristecedor, pero desde el punto de vista del paciente será motivo de alivio, ya que en vida la madre era una persona muy nociva.

El otro problema que puede presentarse es que el terapeuta "se crea" la representación negativa automática del paciente acerca de sí mismo y del mundo y afirme, sin haber hecho las pruebas necesarias, que el paciente sí tiene razones muy justificadas para sentirse como se siente y entonces, en vez de seguir indagando más para tener más elementos de juicio, deja su actitud crítica y cuestionadora y comienza a sentir lástima por el paciente y a pensar que en verdad no se puede hacer nada para mejorar su estado de ánimo.

El terapeuta que usa adecuadamente la empatía se valdrá del elemento intelectual y no sólo emocional de la misma, ya que de esa forma le es posible tener acceso a la base cognitiva de los sentimientos del paciente y al mismo tiempo a mantenerse independiente de los mismos a fin de preservar la objetividad. **Aunque empático, el terapeuta puede darse cuenta de cómo el pensamiento del paciente le lleva a un determinado sentimiento y puede pensar que ese pensamiento es erróneo, ilógico y acentuador del problema sin que esto signifique una actitud de rechazo o invalidación de los pensamientos o sentimientos del paciente.**

Autenticidad

El terapeuta nunca debe verse limitado o perjudicado a causa de su franqueza. En vista de la tendencia del depresivo a atender selectivamente a lo negativo y a extraer evidencia de sus propias deficiencias, el terapeuta debe combinar la honestidad con la diplomacia.

Para que el terapeuta transmita una imagen realista al paciente de sí mismo es importante que valiéndose de la empatía logre introducirse en el sistema de distorsiones del paciente y nunca le de expectativas poco realistas sobre su mejoría, sino que por el contrario, le diga que es posible (y no seguro) que corrigiendo sus ideas poco realistas y sus conductas contraproducentes salga adelante de su depresión.

Todo comentario evaluativo del terapeuta hacia el paciente debe ser acompañado de una invitación para que el segundo lo cuestione activamente y así sea posible probar su validez.

La interacción terapéutica

Cuando paciente y terapeuta comienzan a interactuar debe haber un clima terapéutico de confianza, rapport (acuerdo mutuo) y colaboración.

Confianza básica

Un paciente con confianza básica tomará una actitud de respeto, tolerancia y aprecio por el terapeuta, porque confía en que no está solo y alguien profesional está ayudándole de buena fe a poner en orden su vida. El que haya confianza básica implica que el paciente hará progresos con mayor facilidad, a diferencia de cuando hay pseudo confianza básica o desconfianza básica, las cuales deberán resolverse antes que cualquier otra cosa en la terapia para que el tratamiento comience a funcionar.

Para despertar la confianza básica en el paciente, el terapeuta cognitivo sabrá mantener un muy buen balance entre la autonomía (dejar que el paciente hable, haga planes, etc.), la necesidad de estructuración (dirigiendo, tomando la iniciativa, etc.), la formalidad y el interés (ser puntual, responder a las llamadas telefónicas, etc.) y la importancia de poner límites a la situación (saber decir no y no hacerle al paciente lo que éste puede hacer solo), ser una "persona real" (cordial y con cualidades humanas) y ser objetivo y discreto.

Para establecer la confianza básica, el terapeuta se implica mucho más en la terapia al principio de la misma, y es en la segunda mitad cuando va dejando que el paciente "vuele" más libre y tenga mayor iniciativa en el proceso.

Importancia del Rapport

El Rapport es un elemento crucial en el tratamiento de los pacientes depresivos. El término Rapport, se refiere en general, a un acuerdo armonioso entre varias personas. En la relación terapéutica el Rapport consiste en una combinación de componentes emocionales e intelectuales.

Cuando hay Rapport, el paciente percibe al terapeuta como alguien:

- a) que sintoniza con sus sentimientos y actitudes,
- b) que es simpático, empático y comprensivo
- c) que le acepta con todos sus "defectos",
- d) con quien puede comunicarse fácilmente.

Cuando el Rapport es óptimo, paciente y terapeuta se sienten cómodos uno con otro. Ninguno de ellos se muestra a la defensiva, excesivamente precavido, desconfiado o inhibido.

El paciente debe sentirse libre de expresar todos sus sentimientos y esto ocurrirá si percibe que el terapeuta es alguien que acepta, es decir, alguien que no juzga. Así mismo, el terapeuta debe sentirse libre de expresar sus ideas sin temor de que estas sean malinterpretadas.

Suele ser positivo para el tratamiento que el terapeuta exprese atinadamente sentimientos de interés, aprecio, aprobación y ánimo. Es más, también es positivo que, en ocasiones, el terapeuta reconozca sus propios sentimientos "negativos", tales como decepciones, frustraciones e irritaciones. Aunque debe poner especial cuidado con el paciente depresivo cuando hace esto, ya que el paciente puede malinterpretar esa información en detrimento del tratamiento. Mucho aprecio puede ser interpretado como signos de amor o insinuaciones sexuales y la expresión de sentimientos "negativos" pueden hacer sentir al paciente más desesperanzado al pensar que el terapeuta es "demasiado débil" para ayudarle.

Debe tratarse de percibir si el paciente se siente cómodo con actitudes de objetividad y seriedad, o bien, con más expresiones cordiales y cálidas.

El estar en la misma "longitud de onda" del paciente se refleja en la colaboración terapeuta-paciente e influye sobre ella. El Rapport puede usarse para reforzar las conductas adaptativas del paciente, le mantendrá motivado en el tratamiento y le animará a hacer las tareas propias de las técnicas cognitivas, por ejemplo, las tareas para casa. También estimula la libre expresión de las ideas y sentimientos y se podrán sobrellevar exitosamente las ideas o pensamientos "negativos" del paciente.

El Rapport es una capacidad que se da con naturalidad solo en ciertos terapeutas, sin embargo, para desarrollarlo existen las siguientes técnicas:

- Comenzar sobre una buena base de cortesía: no hacer esperar al paciente, recordarle hechos importantes acerca de él y recibirle con sincera (pero no efusiva) aprobación.
- Mantener siempre la atención hacia su conversación al teléfono (lo equivalente a mantener el contacto visual en la terapia cara a cara)
- Seguir con atención el contenido de lo que paciente nos está diciendo.
- Tratar de inferir y reflejar los sentimientos del paciente.
- Formular con diplomacia preguntas y comentarios.
- Cuidar la forma de hablar y expresarse. Esta debe ser respetuosa y apropiada. Un tono suave y tranquilo es lo mejor.
- Saber cuando hablar y cuando escuchar. Las interrupciones no deben ser muy frecuentes, ni faltas de tacto.
- Los silencios no deben ser muy prolongados, **mucho menos cuando se trata de terapia telefónica.**
- La actitud cognitiva del paciente y del terapeuta son muy importantes para el progreso del tratamiento. Algunos terapeutas suelen sentirse frustrados y molestos cuando perciben al depresivo como pasivo o con una gran "resistencia". En estos casos, la actitud del terapeuta genera directamente sentimientos negativos que debilitan el rapport.

Al principio de la terapia se puede facilitar el Rapport haciendo que el paciente exprese sus expectativas con respecto a la misma e informándole sobre lo que debe esperar durante el proceso de tratamiento. **Se aconseja que el terapeuta discuta con el paciente la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, los objetivos de cada fase de tratamiento y la posibilidad de que haya "días malos" tras una mejoría.**

La colaboración terapéutica

Recogida de "Datos brutos"

A diferencia de la terapia "de apoyo" o "de relación" En la terapia cognitiva la relación terapéutica no solo se emplea como instrumento para aliviar el sufrimiento, sino como un vehículo para facilitar el esfuerzo común para alcanzar determinados objetivos. Al principio de la terapia, paciente y terapeuta enfocan su interés en los pensamientos, sentimientos, deseos y conductas del primero; trabajan juntos para determinar cómo y qué piensa el paciente, la base de sus pensamientos y las ventajas o inconvenientes prácticos que conllevan tales pensamientos. La única colaboración del paciente en esta etapa es proporcionar "datos brutos"—es decir, manifestar sus pensamientos,

sentimientos y deseos. La aportación específica del terapeuta consiste en indicar al paciente qué datos recoger y cómo utilizarlos en el marco de la terapia.

- **Al principio el terapeuta debe guiar y estimular al paciente para que aprenda a reconocer y registrar las interpretaciones negativas automáticas que hace de sus experiencias.**
- **A partir de ese punto, el equipo terapeuta-paciente comienza a analizar estos datos y busca patrones específicos de pensamiento automático. ¿Qué tipo de eventos ambientales estimulan los pensamientos negativos? ¿Qué grado de certeza posee el paciente de que estos pensamientos describen correctamente el hecho real? ¿Qué tipo de errores de lógica comete el paciente en la visión de sí mismo, del futuro y del mundo que le rodea. Por ejemplo, ¿generaliza excesivamente a partir de los eventos negativos, pasando por alto los positivos?, ¿Existen temas recurrentes en el contenido de estas cogniciones? Por ejemplo, ¿está el paciente evaluando continuamente su grado de competencia, o si los demás lo aprueban o no? Y también el modo en el que surgen los pensamientos y creencias del paciente y el modo en que se validan o refutan.**

Autenticidad de los datos introspectivos

El terapeuta anima al paciente a identificar, observar, y evaluar sus pensamientos de una manera objetiva. Cuando el paciente expresa sus pensamientos (cogniciones) trata de reflejar sus circunstancias o situaciones reales. A veces, puede hacerlo con exactitud, pero en ocasiones puede haber errores o imprecisiones. El terapeuta, al ser objetivo, se convertirá en un parámetro para determinar en qué medida las inferencias y conclusiones del paciente coinciden entre ambos. De este modo, **terapeuta y paciente tratan de poner a prueba las inferencias y conclusiones de este último. El terapeuta hace preguntas para averiguar si el paciente está atribuyendo un significado idiosincrásico a ciertos eventos o si, por el contrario, está haciendo inferencias racionales.**

Cuando el paciente esté hablando, el terapeuta deberá poner atención a aquellas afirmaciones que éste hace de sí mismo o de lo que le rodea. Por ejemplo, si en varias ocasiones dice “no puedo hacer nada bien” además de estar reflejando el negativismo característico de la depresión, está generalizando excesivamente y si el terapeuta, con mucho tacto le hace notar la presencia de esas auto-críticas y le pide recordar los días en los que no se sentía deprimido y las experiencias exitosas que estuvieron ahí, como conseguir empleo o tener citas románticas. En este caso, el supuesto subyacente puede ser que el paciente piense que si no tiene logros constantemente es un fracasado. De este modo, se le estará enseñando a identificar supuestos que

subyacen a la idea de fracaso. Dichos supuestos son parte inherente de cada una de las afirmaciones o convicciones que tenemos en la vida y generalmente se encuentran a un nivel muy profundo y lejos del reconocimiento conciente; de ahí la gran importancia de tenerlos bien identificados.

Investigación de los supuestos subyacentes

Cada vez que se identifique un supuesto subyacente, el terapeuta debe pedir al paciente que busque en sus experiencias recientes evidencia en a favor o en contra de los mismos. Otra forma de hacer esto es pedirle que intente aplicar esos supuestos a otras personas, con el fin de determinar si está aplicando a sí mismo un conjunto especial de reglas que no aplicaría a los demás. Cuando se discuten las creencias del paciente, de ninguna manera el terapeuta se precipita a etiquetar algunas de ellas como “obviamente ilógica” o “claramente ridícula”. **Lo indicado es siempre un comportamiento diplomático, gentil, empático, objetivo y lógico.**

Diseño de experimentos

Para probar empíricamente la validez de los supuestos subyacentes, se pueden diseñar (entre los dos, paciente y terapeuta) diferentes experimentos.

¿Cómo se hace esto? Paciente y terapeuta son como detectives buscando una pista. Primero que nada se especifica el supuesto que va a ponerse a prueba. Por ejemplo, el supuesto es: “Si le pido más afecto a las personas y más tiempo para convivir, seguramente se sentirán agobiadas y ya no se acercarán a mí”. **El terapeuta expone una hipótesis concreta a partir de esa regla general. La hipótesis se formulará en términos operativos y terapeuta y paciente diseñarán un experimento para probar la predicción hecha a partir de la regla general.**

Una hipótesis derivada de la regla general arriba expuesta sería: **“Si le pido a mi esposo que sea más afectuoso y que pasemos más tiempo en pareja, saliendo a cenar o bailar, seguramente se molestará y se alejará más de mí”.** Terapeuta y paciente pueden llegar a la conclusión de que la prueba para esta hipótesis concreta puede consistir en que la paciente hable realmente con su esposo en el momento y las condiciones apropiadas para ello. Una vez lo haya hecho, la paciente tomará nota de los resultados del experimento, tanto de lo que el marido le respondió, como de las ideas e inferencias que ella desarrolló a partir de lo ocurrido. Terapeuta y paciente se centrarán en esos datos para evaluar los resultados del experimento, considerando varias interpretaciones de los mismos. **Por último, el equipo comparará los resultados reales con las predicciones del paciente en base a la hipótesis original.**

Asignación de tareas para casa

La manera en la que el terapeuta solicita al paciente llevar a cabo las diversas técnicas de la terapia cognitiva, determinará que exista o no la colaboración y el rapport. A mayor colaboración y rapport, mayor observancia de lo solicitado al paciente (registro de pensamientos automáticos, asignación de tareas para casa, pruebas para determinar la validez de los pensamientos y supuestos, etc.)

El terapeuta puede fomentar la colaboración terapéutica animando al paciente a planificar por sí mismo las tareas para casa. Cada tarea se presenta como un experimento—una oportunidad para averiguar algo más acerca de las situaciones con las que el paciente se enfrenta normalmente.

También se consigue la colaboración terapéutica explicando al paciente los objetivos y fundamento teórico de cada tarea. Si los pacientes saben cómo hacer las tareas para casa y por qué hacerlas, esto puede ayudarles y probablemente estarán mucho más motivados para llevarlas a cabo.

Es muy importante que el terapeuta anime a su paciente a expresar los pensamientos y sentimientos que experimentan antes y después de haber realizado las tareas para casa para así ser capaces de detectar distorsiones y actitudes antiterapéuticas y corregirlas de inmediato. Por ejemplo, un paciente que llevó a cabo una tarea exitosamente puede interpretar ese éxito como un fracaso, ya que piensa que cualquiera podría hacer eso. El terapeuta deberá explicar sin rodeos, “lo que se pretende es que usted intente realizar determinadas tareas y no que lo haga tan bien como lo hacía antes de la depresión”.

Técnicas terapéuticas “no colaborativas”

Existen muchas técnicas para el tratamiento de la depresión, sin embargo, dentro del marco conceptual y terapéutico de la terapia cognitiva, se renunciará al uso de aquellas en las que no pueda decirse para que son y porqué se aplicarán y en las que no se tenga el consentimiento del paciente para aplicarlas, ya que se considera que el tratamiento es una empresa 100% *colaborativa*. Aún más, existe el supuesto de que los cambios operados en el pensamiento y la conducta del paciente serán más duraderos si éste comprende y conoce el fundamento de las técnicas aplicadas.

Reacciones de “transferencia” y “contratransferencia”

El que un terapeuta perciba al paciente deprimido como una persona “deliberadamente” pasiva, indecisa y manipuladora y el paciente perciba a su vez estas críticas, son reacciones transferenciales y contratransferenciales en el marco del psicoanálisis. Estas reacciones pueden ser tan nocivas que por su causa el paciente abandone el tratamiento.

Desde la teoría cognitiva, el terapeuta debe afrontar directamente las reacciones negativas que surjan en el ámbito de la terapia. Él tratará de identificar y corregir las distorsiones cognitivas del paciente que contribuyen a hacerlo negativo, falto de iniciativa y “oposicionista”. Haciendo esto, terapeuta y paciente caminan seguros hacia la solución de diversos problemas que de otro modo les llevaría a la frustración y el enojo.

De hecho, los pensamientos inadecuados que llevan a la pasividad, la indecisión, a la falta de motivación, etc., son en sí uno de los objetivos específicos del tratamiento. Como sucede con otras distorsiones cognitivas, el terapeuta emplea el razonamiento lógico y el método empírico para corregir los errores existentes en ese tipo de pensamientos.

Las reacciones de transferencia positiva también pueden entorpecer el curso de la terapia. Cuando el paciente idealiza demasiado al terapeuta y lo considera como su salvador, está haciendo una distorsión, aunque ésta sea en sentido positivo, al no considerar que ninguna persona puede ser, por sí sola y en sí misma, salvadora de otra. **Ante esta situación se le explicará al paciente lo crucial que es el enfoque colaborativo en su proceso**, que el equipo que están haciendo es un medio y no un fin en la terapia y que las cosas no funcionarán si ambos—paciente y terapeuta—no llevan a cabo lo que les corresponde.

En esta forma de terapia activa y estructurada, el paciente puede considerar muchas de las técnicas como hostiles, coercitivas, controladoras.

Algunos comportamientos del terapeuta como el sermoneo, las exigencias, las amenazas, las discusiones, los interrogatorios, culpabilizar, moralizar y enjuiciar, o si el terapeuta constantemente se sale del tema que el paciente quiere seguir tratando, o utiliza el humor inadecuadamente para ridiculizarlo a él (ella) o a sus pensamientos pueden tener un efecto devastador en la terapia, ya que el paciente seguramente se sentirá manipulado y despreciado y la abandonará.

Dos situaciones son especialmente nocivas para la **colaboración terapéutica**. La primera es aquella en la que el terapeuta se deja llevar por las cogniciones negativas del paciente hacia sí mismo, su ambiente y el futuro sin confrontación alguna con la realidad. Le considera entonces como un caso con depresión realista o un “perdedor nato” o como a alguien destinado a la fatalidad. Deja de ser un observador objetivo que a una distancia prudente cuestiona lo que el paciente le dice y deja de considerar que los puntos de vista negativos de éste son solamente cogniciones y creencias que para ser confirmados o refutadas deben someterse a prueba.

La segunda situación se da especialmente en las fases finales del tratamiento, cuando el paciente experimenta algunos problemas normales en la vida y comienza a sentirse deprimido de nuevo y por este hecho comienza a considerarse como incurable. Esto sucede porque pierde de vista lo que se le explicó al principio de la terapia en cuanto a la posibilidad de recaídas y que estas fluctuaciones negativas le mantienen “en forma” para enfrentar los problemas que irremediablemente tendrá que enfrentar en la vida. Con ese miedo o frustración ante la recaída, se olvida de aplicar las técnicas y herramientas que ha aprendido durante su terapia para evaluar sus experiencias y las cogniciones que de ellas surgen, entre otras cosas. El paciente comienza a pensar que de nada sirvió la terapia y está decepcionado del terapeuta, comienza a faltar a sus citas o incluso no vuelve más. Lo indicado en este caso es contactarle inmediatamente y trabajar hasta que queden claras todas las ideas que estén interfiriendo en la colaboración terapéutica.

Estructura de la sesión terapéutica

Pautas específicas para el terapeuta

Conocer el "Paradigma Personal" del Paciente

Al estar en contacto con un paciente depresivo, éste hace evidente su visión negativa de sí mismo, de su entorno y de su porvenir. El paciente cree que es un fracasado, un inútil, que no le cae bien a nadie, etc. Todas estas creencias le parecen razonables y plausibles aún cuando no haya evidencia externa que las respalde, incluyendo el punto de vista del terapeuta. Esto es así porque las observaciones e interpretaciones del paciente acerca de la realidad están moduladas por su marco conceptual, es decir, son un paradigma. Este paradigma o sistema de reglas o hechos tienen dos fuentes de datos: determinados eventos del pasado que apoyan sus ideas negativas y la interpretación negativa que hace de los hechos actuales apoyada por aquellas ideas negativas del pasado.

La terapia se centra más en los eventos actuales, ya que el paciente puede reunir datos recientes y registrar sus interpretaciones (sus cogniciones) acerca de dichos eventos. Por supuesto, no se descarta que el paciente nos relate experiencias del pasado que para él son muy significativas en relación a lo que le pasa en el aquí y el ahora.

Una vez tenemos al paciente en la línea telefónica debemos concederle el tiempo necesario para expresar **su paradigma personal, su caso**, es decir, de lo que se trata su vida, el guión de su vida, **y es crucial no exponer evidencia contraria, aunque esta sea válida y evidente para refutar algo que el paciente cree sobre su persona**. Por ejemplo, si una paciente nos relata que ella es muy torpe, que no sabe conducir su vida y que es un fracaso como madre por que alguno de sus hijos ha reprobado, aunque como terapeutas tengamos evidencia contraria, no debemos ofrecérsela a destiempo (prematuramente), porque con esto sólo conseguiremos que el paciente nos tome como un adversario que apoya la idea depresógena de que pase lo que pase (así sea una persona muy responsable y dedicada) no podrá salir de la depresión.

Lo que sí está justificado y debe hacerse, es elaborar preguntas al paciente para clarificar e ir conduciéndole hacia temas que saquen a la luz sus cogniciones referentes a síntomas cruciales que le mantienen triste, pesimista y apático.

Una vez el paciente ha expresado tan claro y completo como sea posible su caso y se sienta comprendido por el terapeuta, **estará más dispuesto a considerar los datos en contra de sus ideas y a someter a prueba la validez externa de sus creencias.**

Evitar "etiquetar" al paciente y hacer juicios de valor

Como terapeutas, debemos tener siempre en mente, aún en los momentos más frustrantes con un paciente, que él o ella es una persona que tiene problemas específicos o que mantiene creencias irracionales, nunca como una persona irracional o anormal.

Las etiquetas de "neurótico, pasivo, histérico, agresivo, masoquista, etc. (que son todas peyorativas), influyen negativamente en la actitud del terapeuta hacia el paciente **y del paciente hacia sí mismo**. Además, etiquetar a un paciente es como decirle que es intrínsecamente anormal y relativamente incapaz de cambiar. Más aún, esta conducta adversa de etiquetar **impedirá la consideración y definición de los problemas específicos y la prescripción de soluciones también específicas.**

El paciente depresivo es competente en muchas áreas de funcionamiento y en una amplia variedad de situaciones, lo que pasa es que sus capacidades para resolver problemas tienden a fallar en condiciones específicas. Esa es la correcta mentalización que un buen terapeuta cognitivo tiene de un paciente deprimido.

Los pensamientos negativos crónicos de los pacientes depresivos pueden convertirse fácilmente en fuente de irritación para el terapeuta. Ante un paciente que tiene "recitales de síntomas crónicos" o que no tiene ganas de hacer nada, el terapeuta suele verse tentado a culparle de esto y a juzgarle como quejumbroso, pasivo, dependiente o resistente. Estas construcciones negativas en el terapeuta hacen que se frustre **en vez de ser lo suficientemente objetivo hacia las cogniciones y creencias negativas del paciente como para comprender que la conducta de éste es completamente consistente con su pensamiento distorsionado.**

Siempre es mejor suponer que si por el paciente fuera, sería menos desvalido, más independiente y menos pasivo. El terapeuta le ayudará poco a poco a darse cuenta de que sí posee esas capacidades en sí mismo.

Si el paciente no hace alguna tarea para casa, olvida sus citas o minusvalora sus capacidades, el terapeuta competente buscará las cogniciones o actitudes que puedan estar generando esta conducta regresiva. * El terapeuta debe tomar las cogniciones negativas como un

componente típico de la depresión, nunca como una característica inherente al paciente.

No traducir la Conducta Contraproducente a "Deseos Inconscientes"

El terapeuta jamás debe explicar al paciente su conducta contraproducente en base a los "deseos infantiles". **En la terapia cognitiva, el terapeuta supone que el factor dominante de la conducta es la visión que el paciente tiene de sí mismo, de su vida y de sus expectativas sobre el futuro.**

Si, al más puro sentido psicoanalítico clásico, decimos al paciente que sus conductas oposicionistas y contraproducentes se deben a sus deseos infantiles inconscientes de satisfacer deseos de alimentación, venganza, simpatía etc., los pacientes suelen tomar este insight para confirmar su visión negativa de sí mismos como "malos" o "indignos", sintiéndose con esto más deprimidos.

Ajustar el nivel de actividad y estructurarlo según las necesidades del paciente

A la mayoría de los pacientes deprimidos se les dificulta concentrarse y fijar su atención, por ello a veces son incapaces de definir sus problemas, y más aún, de resolverlos. Como consecuencia, el terapeuta cognitivo tiene un rol más activo y estructurante que el terapeuta tradicional.

En una sesión telefónica o cara a cara de terapia cognitiva, el terapeuta no solicitará al paciente que hable y hable y hable y hable libremente mientras él escucha, reflexiona y toma notas en silencio. Por el contrario, siempre le llevará **a discutir aquellas áreas que se han fijado como objetivos terapéuticos.**

Además, para un paciente deprimido los silencios suelen ser difíciles de manejar, ya que ante éstos refuerza sus cogniciones sobre lo antipático que seguramente es para el terapeuta, o lo patéticos que le deben parecer sus relatos.

Al principio de la terapia, cuando los pacientes generalmente se sienten más desestructurados, el papel del terapeuta es más activo y directivo y para ello utiliza **afirmaciones breves, sencillas, directas y concretas y trata de que el paciente emita respuestas muy concretas a las preguntas que formule.**

Cuando la depresión remite, el terapeuta cognitivo cede las riendas del tratamiento al paciente para que comience a ser más activo en identificar el contenido de sus cogniciones, o para que trate de detectar los supuestos subyacentes a una determinada situación. Sin embargo, en ninguna fase del tratamiento el terapeuta deja de ser

activo y siempre se comporta como un experimentador, un guía y un educador al estilo socrático.

Cuando el terapeuta formule una pregunta o haga un comentario al paciente, debe esperar un tiempo prudente para que éste último elabore y emita su respuesta. Ese lapso de tiempo dependerá de cada paciente pero generalmente no debe ser demasiado largo que comience a angustiarse, sobre todo, al paciente deprimido.

Para determinar el grado de actividad y estructuración más adecuado, el terapeuta debe ser especialmente sensible a las necesidades y reacciones de cada uno de sus pacientes.

Ningún punto es tan crítico y riesgoso en la terapia cognitiva como encontrar el justo medio en cuanto a cuándo mostrarse más activo y directivo. Este conocimiento sólo se logra con la experiencia y sobre la marcha, pero con seguridad, en el caso de los pacientes deprimidos, las intervenciones estructuradas tienden a mitigar la dificultad para concentrarse y poner atención, pero nunca deben ser tan frecuentes que el paciente piense que el único interés del terapeuta no es ayudarlo a salir de la depresión, sino practicar sus técnicas tanto como le sea posible.

Las cogniciones (pensamientos) del paciente acerca de la terapia impregnan cada etapa del tratamiento. El terapeuta activo y experimentado hará que el paciente exponga su visión de la terapia, tratando de corregir y dejar clara esa percepción a intervalos regulares.

Emplear las preguntas como Instrumento terapéutico

En la TCDpT, la mayor parte de las verbalizaciones del terapeuta se expresan en forma de preguntas.

Hacer una pregunta al paciente puede servir para dirigir la atención del paciente a un área concreta, evaluar sus respuestas ante un contenido nuevo, obtener información directa sobre un problema, generar métodos de solución de problemas que se interpretaban como irresolubles y, por último, suscitar dudas en el paciente sobre conclusiones distorsionadas anteriores.

Mediante las preguntas:

1. Se obtienen datos biográficos, de la historia previa, etc., relevantes para el diagnóstico.
2. Se forma una idea general de la naturaleza del problema psicológico del paciente.

3. Se obtiene una visión general de su forma de vida, de los factores específicos generadores de ansiedad y del sistema social en el que se desenvuelve.
4. Se evalúan los mecanismos y habilidades de que dispone para manejar diversas situaciones, su tolerancia al estrés y su nivel de funcionamiento y capacidad para la introspección y la objetividad consigo mismo.
5. **Se convierten las quejas abstractas y vagas en problemas más concretos.**

Por ejemplo, una paciente que se ha deprimido porque ya tiene 30 años y no sabe qué debe hacer con su vida y el terapeuta para hacer más específico el problema le pregunta: ¿Qué problema específico ha estado usted tratando de resolver? Entonces la paciente responde: Mi problema es que no me decido terminar con mi novio de hace 7 años o si casarme él y formar una familia, o hacer un doctorado en el extranjero y estar con otros hombres.

6. Se provoca la toma de decisiones presentando diversas alternativas a un problema.
7. Se hace que el paciente seleccione una alternativa determinada. Uno de los métodos consiste en sopesar los pros y los contras de cada opción y así, ir eliminando las menos adecuadas.
8. Se anima al paciente a examinar las consecuencias de su conducta desadaptativa: Preguntando, por ejemplo ¿Qué consigue usted con quedarse en la cama?
9. Se evalúa la importancia de una conducta más adaptativa ¿Qué tiene usted que perder? ¿Cuáles son las ventajas de mostrarse asertiva, aún exponiéndose a ser criticada ¿Cuáles son los inconvenientes?
10. Se elicitan las cogniciones específicas del paciente, relacionadas con afectos desagradables y conductas inadecuadas.
11. Se determina el significado que el paciente atribuye a una circunstancia o circunstancias concretas.
12. Se induce al paciente a examinar los criterios que definen su autoestima negativa (por ejemplo, qué es ser inútil, débil o incompetente.)

El terapeuta plantea una serie de cuestiones como las siguientes:

¿Cómo definiría usted la inutilidad?

¿Qué características o acciones deberían observarse necesariamente en una persona para saber que es un o una inútil?

¿Cuáles se aplica usted a sí mismo?

¿En qué se basaría usted para considerar a alguien como un inútil?

¿Es posible que esté usted aplicando un criterio extremadamente severo y rígido para sí mismo y otro distinto, mucho más suave, para los demás?

Se le puede pedir también que elabore una lista con sus criterios de "inutilidad" y, a continuación, preguntarle si él satisface alguno de los criterios que aparecen en la lista.

Este tipo de preguntas suele permitir al paciente reconocer la naturaleza arbitraria de sus autoevaluaciones y la falta de congruencia con cualquier definición sensata de los calificativos que se aplica a sí mismo.

13. Se demuestra la abstracción selectiva de datos negativos que hace el paciente cuando elabora sus inferencias.

14. Se ilustra su tendencia a negar o quitar importancia indiscriminadamente a las experiencias positivas.

15. Se descubren y exploran ciertas áreas problemáticas que había evitado previamente.

El paciente deprimido tiene la tendencia a no querer tratar ciertos tópicos (creencias erróneas) y los trata de esconder, aunque haciendo esto sigue viéndose influido por ellos y no los saca a colación para analizarlos, corregirlos si es necesario, y si no son buenos para él o ella, entonces sí borrarlos.

Emplear el método de hacer preguntas en vez de discutir o sermonear

Una oportuna y cuidada serie de preguntas puede ayudar al paciente a aislar y considerar en profundidad un determinado tema, decisión o idea. Mediante hacer preguntas, el paciente puede abrir más sus pensamientos y tener en cuenta otras informaciones del pasado o el presente. Se puede despertar su curiosidad mediante una buena serie de preguntas y esto ayudará a que convierta en hipótesis de trabajo sus aparentemente rígidos puntos de vista. **En este sentido, las preguntas se usan para eliminar los pensamientos depresivos.**

Es importante hacer que el paciente exprese lo que él piensa, en lugar de decirle lo que uno como terapeuta cree que está pensando. Nos sorprenderíamos al ver las diferencias que hay entre lo que aquel piensa y lo que los terapeutas creemos que piensa.

Para practicar el método de elaborar buenas preguntas, ya sea una sola o una serie de ellas, el terapeuta puede ensayar con alguna declaración hecha por el paciente y luego explorarla a la luz de cada pregunta que se elabore. Excelentes ejemplos de este tipo de ejercicios están en el libro base para este Manual *Terapia cognitiva de la depresión* (Beck et al. 1983).

El terapeuta cognitivo profundiza en los temas mediante las preguntas. Casi todas sus intervenciones están formuladas a manera de interrogaciones, es por ello que debe ser un experto en este método, ya que la serie de preguntas que le hace a un paciente sobre un cierto tema se convierten en un diálogo interno que puede emplearse para

explorar todos los temas que el paciente quiera, sin depender del terapeuta. De hecho, el terapeuta le enseñará a elaborar sus preguntas y a utilizar este método de solución de problemas cada vez que lo desee. Incluso se le puede animar a que grabe en una audiocinta esos diálogos internos para que después pueda escucharlos de nuevo.

Las preguntas constituyen un instrumento importante y muy potente para identificar, considerar y corregir las cogniciones y creencias. Si se abusa de este método o se usa erróneamente, puede tener efectos adversos ya que el paciente sentirá las sesiones como francos interrogatorios, o en otras ocasiones estará anticipándose para contestarle al terapeuta lo que éste quisiera oír, más que lo que el paciente tiene realmente que decir. Por eso, las preguntas deben formularse cuidadosamente para ayudar al paciente a reconocer sus ideas y conceptos y a reflexionar sobre ellos, además de **evaluar sus pensamientos con objetividad.**

Emplear el humor con prudencia y sensatez

El humor en psicoterapia es especialmente útil cuando es espontáneo, cuando permite al paciente observar con objetividad sus pensamientos o ideas y cuando se presenta del tal modo que el paciente no piensa que se le está despreciando o ridiculizando.

El terapeuta puede servirse de un ejemplo hipotético para exagerar una determinada postura del paciente. La exageración puede poner de manifiesto lo poco razonable o inadecuado que es el pensamiento del paciente. Este puede llegar a reírse abiertamente de los aspectos incongruentes de sus creencias. Para el terapeuta cognitivo es muy importante que aunque el paciente se haya reído de la broma, se explore si no fue interpretada negativamente por él o ella, ya que de ser así se dañaría la relación terapéutica.

Para valerse del humor, el terapeuta debe poseer una capacidad innata para hacer bromas adecuadas, además de tener en mente que está permitido bromear con las ideas y pensamientos del paciente, pero no con el paciente mismo. Y por último, debe seleccionar bien qué tipo de ideas y pensamientos pueden ser objeto de broma para un paciente determinado y cuales no deberían tocarse nunca en sentido humorístico.

Estructura formal de la terapia cognitiva de la depresión por teléfono (TCDpT)

Preparar al Paciente para la Terapia Cognitiva

Dos elementos son muy importantes en el transcurso de la terapia cognitiva:

1. El paciente debe comprender la naturaleza y fundamento teórico del tratamiento cognitivo.
2. El paciente debe estar preparado para enfrentarse con fluctuaciones en el nivel de intensidad de la depresión a lo largo del tratamiento.

El terapeuta prepara al paciente para la terapia cognitiva durante la primera sesión y parte de la segunda (no durante la primera llamada porque debemos recordar que debe ser sometido a una serie de filtros antes de saber si es candidato o no de esta forma de terapia y después contar con su consentimiento para recibirla).

El terapeuta prepara el plan general de la terapia y el fundamento teórico del tratamiento cognitivo.

A continuación, el terapeuta expone la definición y algunos ejemplos de cogniciones o "pensamientos automáticos". Por ejemplo, durante la primera sesión, él describirá la relación entre pensamiento y sentimientos y lo ejemplificará para la mejor comprensión del concepto por parte del paciente.

El terapeuta deberá decir algo como lo siguiente:

"La manera como las personas **interpretan** sus experiencias influye en sus sentimientos. Por ejemplo, si usted está haciendo fila en la línea de aclaraciones de una oficina de la Tesorería en la ciudad de México y sabe que tardará en ser atendida porque siempre hay muchas personas haciendo diferentes aclaraciones y reclamos, si se dice a sí misma, es decir, si sus pensamientos ante aquello son de que esa es la realidad en ese momento y que llegará su turno de ser atendida, su manera de sentir será de preparación y relajación para la espera, e incluso podría sentirse en disposición de conversar con alguien de la fila para hacer más agradable la situación. Si por el contrario, usted piensa lo inadecuado e injusto del servicio prestado por esas oficinas de gobierno (aún cuando esto es totalmente cierto) y la cantidad enorme de personas que acudieron el mismo día que usted a solicitar una aclaración, inmediatamente se sentirá invadida por un sentimiento de enojo, frustración e impotencia".

Es importante que al paciente le quede claro que ante pensamientos realistas sobre lo que nos ocurre, habrá sentimientos más "positivos" que ayudarán a sobrellevar mejor una situación. Ante pensamientos poco realistas como "¿por qué se le ocurrió a toda esta gente venir el mismo día que yo?"—como si nosotros tuviéramos el control sobre esto—o ante sentimientos negativos como "es el colmo, yo no debería ser tratado así, estas oficinas son un asco así como toda la gente que trabaja en ellas"

la persona se sentirá afectada por el enojo y se hará más difícil el momento.

Si parece que el paciente va a tener la capacidad de entenderlo, el terapeuta puede explicarle el enfoque cognitivo del siguiente modo:

“Cuando las personas deprimidas consideran sus experiencias, tienden a pensar en los significados más negativos que pueden atribuirseles. Cuando esto sucede, al paciente le parecen realistas sus pensamientos negativos. Cuanto más válidos le parecen esos pensamientos, peor se sentirá”.

A lo largo del tratamiento el terapeuta invitará al paciente a identificar la liga entre sus pensamientos y sus sentimientos. Por ejemplo, cuando un paciente nos dice que hoy se siente muy abatido, le preguntaremos cuáles son sus pensamientos en ese momento, o cuales eran antes de sentirse así. Esto ayudará a identificar los “pensamientos automáticos negativos” que le llevan a sentirse extremadamente triste.

Una vez se ha explicado al paciente el marco teórico de la terapia cognitiva y se ha expuesto el modelo de tratamiento, se le entrega vía internet o vía fax el breve manual “Coping with Depression (Cómo hacer frente a la depresión) (Beck y Greenberg, 1974). El terapeuta le pide al paciente que lo lea, que subraye las partes que le atañen o sean relevantes para su caso y que haga anotaciones al margen. Esta sugerencia puede ser la primera tarea para casa. Las reacciones y comentarios del paciente ante el manual se revisarán en la segunda sesión.

Nota importante: El manual Coping with depression está en proceso de traducción y adaptación a la cultura mexicana para enviarlo a los usuarios de SAPTEL por fax o correo electrónico.

Como se ha mencionado más arriba, el paciente que sea tratado con TCDpT deberá tener cierto orden y ciertos recursos en su estilo de vida. El solicitarle un número de fax o un correo electrónico para enviarle esta información ya es en sí terapéutico y antidepresivo porque hace que comience a movilizar recursos internos y externos para la solución de problemas y la consecución de objetivos.

Es muy importante que las Instituciones, junto con las personas, de manera individual, pongan la tecnología al servicio del acceso a la información y de la “socialización de la terapia” (es decir, que las personas, aún las menos inteligentes o las de estratos socioeconómicos desfavorecidos se familiaricen con herramientas que mejorarían su calidad de vida). En SAPTEL ya es un hecho el contar con una página electrónica donde los usuarios y el público en general tienen acceso a

diversos materiales sobre educación en salud mental para hacer más eficiente y completa su atención.

Explicar cada uno de los procedimientos de la terapia al paciente y asignar tareas para casa que queden totalmente claras hará que éste tenga un sentido de credibilidad y confianza ante su tratamiento y se le estarán enseñando principios generales y una actitud proactiva para identificar sus problemas y buscarles solución por él mismo.

Fluctuaciones en la Intensidad de los Síntomas; Recaídas

El terapeuta deberá preguntar al paciente sobre sus expectativas respecto del tratamiento durante las primeras sesiones de la terapia.

Algunos pacientes tienen la fantasía de que algo milagroso va a ocurrir en este tratamiento y cuando experimentan algún retroceso o dificultad durante la terapia se sienten decepcionados del tratamiento. Otros, además del pesimismo característico de la depresión con el que llegan a la terapia, ya vienen con una historia de fracasos en tratamientos anteriores y cualquier intensificación de los síntomas la interpretan como una señal de que nunca lograrán recuperarse.

El terapeuta debe decir al paciente que la intensificación de los síntomas o de los problemas externos, las recaídas durante o después del tratamiento, etc. les proporcionan una excelente oportunidad para identificar los factores específicos que producen estos retrocesos.

El terapeuta debe informar al paciente que el curso natural de la depresión conlleva altibajos y aunque es razonable la expectativa de mejoría, ambos deben estar preparados para la presencia de los mismos. Además debe motivarle a que considere estas recaídas como una oportunidad, más que como una desventaja, ya que puede usarlas en su propio beneficio porque tiene la oportunidad de establecer relaciones causa y efecto bastante claras sobre sus problemas, así como de ensayar estrategias para resolverlos.

Formular un Plan de Terapia para cada Sesión

Los principales objetivos de la terapia cognitiva son

- Eliminar los síntomas del síndrome depresivo y
- Prevenir las recaídas.

Esto se logra cuando se entrena al paciente para

1. identificar y modificar sus pensamientos erróneos y su conducta inadecuada y
2. reconocer y cambiar los patrones cognitivos que producen estas ideas y conductas desadaptativas.

El terapeuta esboza y explica los objetivos en la primera sesión de tratamiento.

Cuando se da una mejoría en los síntomas de la depresión se incrementarán los sentimientos de satisfacción. Llegado este punto con los pacientes deprimidos, algunos pueden argumentar cosas como: "Es imposible que me sienta bien hasta que mi novio regrese o hasta que mis hijos crezcan" o hasta todos los "hasta que" que se nos puedan ocurrir. Ante este tipo de pensamientos el terapeuta responderá directamente: "Independientemente de si su novio regresa o no, o de que sus hijos crezcan, lo más probable es que usted no desee seguir sintiéndose tan mal como hasta ahora" o "Usted puede estar más capacitada para hacerle volver o para hacerles crecer una vez que haya conseguido superar la depresión.

Aunque, en general, el objetivo principal es la eliminación de los síntomas, **los pasos a seguir para conseguirlo consisten en la definición y resolución de problemas concretos.** En este sentido el paciente aprende a evaluar los problemas con lógica y a aplicar sistemáticamente la técnica más adecuada para resolverlos. **Es decir, el énfasis se pone en el aprendizaje o en la práctica de una técnica o destreza y no en la mera desaparición del dolor.**

El objetivo inmediato—la eliminación de los síntomas depresivos—se consigue gracias a una serie de sesiones o pasos sucesivos encaminados a definir los problemas objetivo del paciente y enseñarle determinadas habilidades o estrategias. La solución de problemas comienza y termina con lo siguiente:

- Que el paciente aprenda a evaluar las situaciones relevantes para sí mismo de una manera realista.
- Que aprenda a prestar atención a todos los datos existentes (no sólo a datos sesgados en uno u otro sentido) sobre dichas situaciones específicas.
- Que aprenda a formular explicaciones alternativas a los eventos que le afectan.
- Que ponga a prueba los supuestos desadaptativos llevando a cabo comportamientos diferentes que proporcionen oportunidades para un repertorio más amplio de cara a la interacción con otras personas y a la resolución de los problemas.

El objetivo a largo plazo de la terapia cognitiva se centra en facilitar la maduración de la persona, es decir, en generar habilidades en el paciente para corregir las distorsiones cognitivas (y, por lo tanto, para hacer las pruebas de realidad) e incorporar actitudes más racionales y adaptativas.

Maduración también se refiere a que el paciente desarrolle métodos más efectivos para manejar o adecuarse a las circunstancias ambientales difíciles o complejas y para hacer frente a los sentimientos negativos; asimismo se refiere a la sofisticación o perfeccionamiento de las interacciones sociales.

Establecer la Agenda al Comienzo de la Sesión

Al comienzo de cada sesión, terapeuta y paciente elaboran la agenda—negocian los temas que se tratarán y el orden de los mismos. **Es conveniente que el orden del día incluya un breve resumen de las experiencias del paciente durante la última sesión, con su retroalimentación correspondiente.** A partir de aquí, terapeuta y paciente deben estar de acuerdo en los objetivos específicos de la sesión.

- **Los temas a tratar deben formularse en términos concretos y precisos** para que el paciente se concentre en la tarea que tiene entre manos. Por ejemplo, el terapeuta debe decir: “El primer punto que tenemos en la lista es revisar los pensamientos automáticos que usted registró y ver cómo se pueden interpretar racionalmente para hacerles frente”.
- El terapeuta debe evaluar si el paciente ya sabe detectar y registrar cogniciones desadaptativas, emitir las respuestas racionales, identificar los errores de lógica en su pensamiento, etc. y de acuerdo a esto elaborar la agenda de la sesión.
- **Irán primero los problemas que más le afectan en ese momento.**
- Se usan técnicas de razonamiento abstracto (más cognitivas que conductuales) para tratar los problemas del paciente leve o moderadamente deprimido, que es quien podrá ser atendido en SAPTEL.
- **Se deben descubrir y tratar los temas que el paciente evade.** Estos temas son generalmente fáciles de identificar porque son los que el paciente menciona de soslayo en los últimos minutos de la sesión. Es importante retomarlos en la agenda de la siguiente sesión.
- **El terapeuta puede determinar la importancia de un contenido examinando el Registro diario de Pensamientos Distorsionados o el resumen de actividades diarias que el paciente registra en su cuaderno de notas (el cual le pediremos al principio de la terapia y cuyo contenido se leerá al terapeuta o se le enviará por correo electrónico)** Por ejemplo: ¿Existe un tema recurrente que sea común a pensamientos distintos (por ejemplo, asumir la responsabilidad de que todo mundo se sienta bien? O ¿Son los pensamientos de suicidio o la desesperanza un tema predominante?

Cuando se establecen los problemas objetivo el terapeuta simultáneamente tiene que reflexionar sobre cuál es la técnica más conveniente para ese tipo de problema. Recordemos que la terapia cognitiva es un procedimiento de duración limitada en donde el tiempo deberá usarse racionalmente.

Formular y Comprobar Hipótesis Concretas

- Es crucial elaborar un modelo—un anteproyecto—de cada paciente. ¿Cómo se hace esto? Ya se sabe que el terapeuta tiene como principal método de terapia el hacer preguntas bien elaboradas y buenas secuencias de preguntas al paciente sobre cada tema en particular. Pues bien, el modelo del paciente y las hipótesis sobre él o ella, se elaborarán usando la información contenida en las respuestas del paciente.

Cuando el terapeuta ha elaborado una hipótesis sobre el paciente y piensa que es correcta debe probarla en éste preguntándole qué tanto se acerca a sus circunstancias concretas, y una vez el paciente la encuentra congruente con sus circunstancias, se procede a incluirla para formar el modelo de esa persona en particular. Más adelante, el paciente pondrá a prueba en la vida diaria—como si se tratara de un experimento—una por una, y en orden, las hipótesis que vaya teniendo sobre sí mismo.

- **Siempre que el terapeuta hace una pregunta o un comentario, debe apoyarse en un *fundamento teórico claro*, derivado del marco de la terapia cognitiva.**
- **Las preguntas que haga deber ser específicas** porque son más útiles para delimitar el área de problemas del paciente. Por lo tanto, no deben hacerse preguntas abstractas, vagas o generales, porque generarán respuestas igual de vagas, abstractas y generales, y además es muy probable que el paciente las interprete en un sentido negativo. Por ejemplo, si el terapeuta quiere conocer las ideas del paciente podría preguntar: **¿Cuáles son sus pensamientos en este momento?" o "¿Cómo se siente ahora?**
- Un comentario como, "Me pregunto qué estaría pensando usted" generará cogniciones menos específicas que otro, mucho más concreto, como **"Trate de recordar las palabras o imágenes exactas que acudieron a su mente en el momento de aquel suceso"**.
- **En el momento en que el paciente dice qué está o estaba pensando, el terapeuta elabora anotaciones concretas acerca de**

las interpretaciones incorrectas, los errores de lógica y los supuestos básicos.

- **Para detectar inconsistencias y supuestos subyacentes, el terapeuta formula hipótesis en base a los contenidos recurrentes que haya encontrado en el pensamiento del paciente.** En el momento adecuado, pondrá a prueba las hipótesis en colaboración con el paciente.

Por ejemplo, la paciente podría manifestar continuos pensamientos automáticos sobre si es atractiva o no. **El terapeuta podría presentar una hipótesis como la siguiente:**

“Usted pasa mucho tiempo pensando en si los demás la encuentran atractiva físicamente o no. La mayor parte de la atención que usted presta a las circunstancias ambientales se centra en averiguar si es una mujer atractiva. Incluso en situaciones que tienen que ver poco o nada con el tema—por ejemplo, la forma en que la mira el cajero del supermercado—las interpreta usted como muy importantes para contestarse su pregunta. **¿Le parece que estas observaciones se ajustan a la realidad?**”

Esa última pregunta es esencial para hacer que el paciente opine sobre las hipótesis formuladas por el terapeuta.

- **Cuando se elaboran dichas hipótesis, se fortalece la colaboración entre terapeuta y paciente y además, se le ayuda a este último a considerar sus pensamientos como una serie de eventos psicológicos que consisten en su propia construcción de la realidad, pero que no son necesariamente una representación de la realidad auténtica.**

Otro ejemplo muy útil para saber cómo elaborar y poner a prueba hipótesis es el siguiente:

Terapeuta: **Hipótesis:** “Usted tiende a ver juicios de valor (principalmente negativos) en las respuestas de otras personas, aunque no exista ningún tipo de evidencia para establecer tal conclusión, o incluso aunque se trate de personas que no tienen razón para juzgarle, ni en sentido positivo, ni negativo”.

Comprobación: “después de cada interacción pregúntese:

- “¿Me he sentido dolido o rechazado tras la interacción?”
- “¿Tengo evidencia de que la otra persona siquiera se haya dado cuenta de mi presencia?”
- “En caso afirmativo, ¿tengo evidencia de que su reacción no haya sido neutra?”

Nota: Es esencial que el terapeuta recuerde que **las hipótesis no son más que meras conjeturas formales, y no hechos, ni datos.**

- Los datos consisten en las observaciones introspectivas e informes del paciente más los resultados de las pruebas experimentales.
- **Si se confirman las hipótesis, los resultados preliminares se dejan aparte hasta que llegue el momento de formular los supuestos subyacentes del paciente, que se discuten en las últimas fases de la terapia.** Algunos de los supuestos subyacentes del caso del ejemplo podrían ser:
 1. **“Es crucial para mi felicidad saber que le parezco atractiva a todo el mundo”**
 2. **“Mi autoestima depende de lo que otras personas piensen de mi”**

Estos posibles “supuestos” deben someterse a prueba para su verificación o refutación, al igual que cualquier constructo psicológico inferido.

Hacer que el Paciente nos retroalimente

Al estar trabajando por teléfono con un paciente con la terapia cognitiva de la depresión, se hace doblemente importante observar (escuchar en el caso de la terapia vía telefónica) sus reacciones ante todos los intercambios verbales, ya que esto constituye un factor crucial para afianzar la alianza terapéutica.

En los primeros momentos de la terapia, el terapeuta iniciará el procedimiento del feedback pidiendo al paciente que juntos evalúen la sesión que están a punto de concluir, la sesión anterior, las tareas para casa, etc. El paciente deprimido tiende a no expresar lo que piensa durante la terapia por miedo al rechazo y es muy probable que conteste por conformismo que todo lo pareció bien, pero el terapeuta deberá hacer un esfuerzo adicional que lo estimule para que exprese posibles sentimientos o deseos que tengan que ver con el conformismo o la sumisión (ansiedad ante el rechazo, deseo de agradar, etc.)

- **La retroalimentación es especialmente importante cuando el paciente interpreta negativamente las afirmaciones y preguntas del terapeuta y es el único medio del que se dispone para averiguar si paciente y terapeuta están en la misma frecuencia y poder corregir las posibles interpretaciones erróneas que se hagan de su conducta, o de las técnicas que emplea.**
- **El terapeuta debe animar al paciente en todo momento a expresar su acuerdo o desacuerdo.** Esto se logra explicándole que uno como terapeuta no tiene manera de saber si algo que ha comentado ha sido percibido como hiriente o insultante, si el propio paciente no lo expresa de esa forma; y que en todo momento, la parte más importante para avanzar en la terapia es

que exprese sus pensamientos y sentimientos no sólo acerca de sus experiencias de vida, sino también acerca del tratamiento.

- **Es conveniente que al iniciar cada sesión el terapeuta busque feedback acerca de las últimas tareas para casa y de la sesión anterior.** Por ejemplo, "¿Ha pensado usted algo sobre las tareas para casa? O "Probablemente ha pensado algo sobre la última sesión, ¿puedo saber qué reacción experimentó usted?"
- **Por otra parte, también es conveniente estimular la retroalimentación hacia el final de la sesión.** Por ejemplo, "¿Ha experimentado algún pensamiento o sentimiento a lo largo de la sesión?", "En este momento, se siente mejor o peor que al empezar la sesión"
- Cuando el terapeuta escuche lágrimas o incipientes cambios en el tono de voz, etc., como forma de feedback con mucho tacto puede preguntar: **¿Qué está pasando ahora?** Esa pregunta nos da la posibilidad de registrar los pensamientos automáticos del paciente. De ahí, el terapeuta busca los estímulos que evocan esas respuestas, así como la evidencia que apoye las cogniciones que informa el paciente. Si se encuentran errores cognitivos específicos, por ejemplo: Inferencias arbitrarias, sobregeneralización, atención sesgada, etc.), estos pueden llegar a convertirse en el centro de la discusión. Sin embargo, **el terapeuta debe abstenerse de apoyar o contradecir al paciente prematuramente y en vez de esto es más conveniente guiarle y ayudarlo a reconstruir cómo llega a la distorsión cognitiva de que se trate.**
- Enseñar al paciente a que exprese sus pensamientos y sentimientos hacia cualquier elemento de la terapia es darle herramientas para que ejercite su asertividad, lo cual constituye un eficaz antídoto para la depresión.

Resúmenes Intercalados

Hacer resúmenes o síntesis en determinados momentos de la sesión es de mucha utilidad para determinar si paciente y terapeuta están en la misma frecuencia y para ayudar a que el primero se centre en problemas concretos. Es conveniente pedirle que haga un resumen breve sobre lo que cree que el terapeuta intentaba comunicarle.

En la primera sesión, por ejemplo, el terapeuta puede sintetizar los distintos temas que haya extraído de la descripción de los síntomas y los problemas por parte del paciente **y preguntarle si su resumen es correcto y está completo.**

Si el terapeuta no está seguro respecto de alguna cuestión, puede pedir confirmación al paciente preguntando: "¿Estoy en lo cierto al pensar que....?"

Haciendo estos resúmenes y preguntas también puede determinar con qué exactitud comprende el paciente las explicaciones o sugerencias del terapeuta. En ciertos momentos de la sesión el terapeuta puede decir: "Para asegurarnos de que nos entendemos mutuamente, le pediría que me explicase con sus propias palabras lo que le he dicho". A medida que el tratamiento avance le quedará claro al paciente que es muy importante que se responsabilice de sintetizar el contenido de la discusión.

En una sola sesión, el resumen se presenta en las siguientes ocasiones:

1. Al preparar la agenda, cuando el terapeuta repasa los puntos principales que el paciente y él acordaron abordar durante la sesión.
2. A la mitad de la sesión, cuando recopila el material tratado hasta ese momento.
3. Hacia el final de la sesión, cuando presenta un último resumen que incluya los aspectos principales de la sesión. Esta última parte puede hacerla el paciente.

Se ha estudiado que la actividad de hacer resúmenes intercalados hace sentir al paciente más cerca del terapeuta y favorecen el desarrollo de la empatía y la aceptación.

Contar con la Participación de Personas Significativas

Existe mucha evidencia de que la participación de un familiar o un amigo puede incrementar el efecto terapéutico de una sesión. En SAPTEL esto también es posible ya que incluso se cuenta con la modalidad de atención de terapia para dos a la vez.

El terapeuta debe juzgar en qué momento es oportuno incluir la participación de un tercero. Generalmente, a menos que exista alguna contraindicación, debe hablarse con el familiar o el amigo inmediatamente después de la primera sesión con el paciente.

Este tercer participante puede ser de mucha utilidad porque nos puede informar acerca de los síntomas del paciente, intentos de suicidio, etc. y también pueden explicársele los fundamentos de la terapia cognitiva y las técnicas que se usarán. De esta forma es más probable que el paciente tenga una fuente externa que apoye y supervise la realización de tareas para casa o algún otro procedimiento. Por último, las entrevistas con una persona significativa pueden arrojar datos sobre posibles tensiones entre esta persona y el paciente, que hayan contribuido a la génesis o al mantenimiento de la depresión. La información recogida puede sugerir la conveniencia de una "terapia de pareja", por ejemplo.

Con personas de edad avanzada, o con adolescentes es útil contar con la ayuda de un paraprofesional que haga las veces de terapeuta auxiliar y que ayude al paciente no sólo a realizar las tareas conductuales, sino también a identificar las cogniciones negativas y a formular respuestas racionales ante ellas. En el caso de la persona de edad avanzada, la enfermera o la cuidadora en casa, si es que la hay, puede servir a este propósito. En el caso de usuarios adolescentes, debe decirseles que este tipo de terapia sólo está dirigido a la atención de personas adultas enteramente responsables de elegir y seguir opción de tratamiento.

SECCIÓN VI

LA ENTREVISTA INICIAL

En una sesión cara a cara, la terapia cognitiva puede empezar desde el primer contacto con el paciente, ya sea telefónico o en el consultorio del terapeuta. Como ya se expuso más arriba, en el caso de la terapia cognitiva de la depresión por teléfono en SAPTEL esto no es posible debido a que el terapeuta tiene que evaluar, primero que nada, la necesidad y conveniencia de aplicar este enfoque a un determinado paciente.

En SAPTEL, la terapia cognitiva de la depresión por teléfono comienza cuando existen todas y cada una de las condiciones ya mencionadas en una de las secciones anteriores para que el paciente comience con su tratamiento.

Durante la primera sesión telefónica de tratamiento propiamente dicha, el terapeuta comenzará por explorar las expectativas que tiene el paciente acerca de su tratamiento. El dialogo entablado para dicho fin puede ser como el siguiente:

Terapeuta: ¿Qué sentimientos ha experimentado ante la idea de comenzar hoy su terapia en SAPTEL?

Paciente: Estaba muy nerviosa.

T: ¿Ha pensado algo concreto acerca de mí, o de SAPTEL o de la terapia antes de llamar?

P: Como todo va a ser por teléfono, estaba nerviosa por si lo iba a encontrar nuevamente y me atendería, o tendría que empezar con otra persona.

T: ¿Ha experimentado algún otro tipo de pensamiento o sentimiento?

P: Bueno, la verdad es que me sentía un poco desesperada porque mi última terapia no me ayudó a salir de la depresión y como mi única opción de tratamiento ahora es por teléfono y nunca he estado en una terapia como ésta no sé si funcionará.

T: Y ahora que me ha encontrado en la línea a la hora que acordamos y que ya hemos hablado un poco, ¿sigue pensando que este tipo de terapia no le ayudará?

P: No sé... ¿Usted cree que me servirá?

T: Si, por supuesto, pero quiero que vea que ése es un ejemplo de cómo las expectativas negativas provocan ansiedad...Ahora que ya sabe que sus expectativas eran negativas, ¿cómo se siente?

P: Bien, ya no estoy tan nerviosa, pero sigo teniendo la terrible sensación de que esto no va a ayudarme.

T: Bien, quizá más tarde podamos retomar este sentimiento de pesimismo y ver si aún lo sigue manteniendo. En cualquier caso, creo que usted ha aportado algo muy importante y es el hecho de que las

ideas negativas producen sentimientos negativos o desagradables—en su caso, ansiedad y tristeza— ¿Cómo se siente ahora?

P: Más relajada: Mejor, creo.

T: Muy bien...Ahora, ¿podría decirme en pocas palabras en qué aspectos concretos desea ayuda?

Este tipo de diálogo sirve para varios propósitos:

- a) Ayuda a tranquilizar al paciente, favorece una relación terapéutica formal y facilita la labor terapéutica.
- b) Proporciona información sobre lo que el paciente espera del tratamiento.
- c) Es una oportunidad para que el paciente observe la relación entre cognición (expectativas negativas) y afecto (ansiedad ante tales expectativas).
- d) Hace que el paciente sienta una mejoría inicial de los sentimientos desagradables y puede servirle como incentivo para identificar y corregir sus distorsiones cognitivas.

Recogiendo la información relevante.

La información relevante sobre el paciente se obtiene a través de la entrevista clínica. Esta información debe ser suficiente en cantidad y claridad para que el terapeuta haga un diagnóstico acertado, tenga clara la historia del paciente, su situación actual, sus problemas psicológicos, su actitud frente al tratamiento y su motivación para el mismo. El solo hecho de que el paciente sea adecuadamente interrogado y de que éste vaya generando respuestas concretas a dichas preguntas hace que desarrolle objetividad hacia sus problemas, lo cual ya es en sí terapéutico.

El terapeuta cognitivo de SAPTEL no debe perder de vista que la TCDpT es de tiempo limitado. Por esta limitación práctica es esencial que trate de elaborar preguntas relevantes. Esto quiere decir que es posible que el problema de fondo no emerja hasta después de varias sesiones. **No obstante es crucial que los problemas principales queden claros ya desde la primera sesión y que se le presente al paciente un plan de tratamiento. Por ello, es importante dedicar al menos una hora u hora y media a la entrevista inicial.**

Para apoyar la labor de evaluación clínica, se sugiere que terapeuta y paciente cuenten con el servicio de Internet y que el paciente tenga una cuenta de correo electrónico (el terapeuta de SAPTEL le proporcionará la página en la cual se encuentran disponibles los inventarios, auto-informes y cédulas de registro que constituyen documentos de uso frecuente en el modelo cognitivo y que son muy importantes para el terapeuta). Además, le proporcionará un correo electrónico para que esta información se envíe de regreso a la

brevidad posible). El servicio de fax de una papelería cercana o en el hogar u oficina también puede ser de mucha utilidad para intercambiar información impresa desde la primera sesión y a lo largo del tratamiento. A esto debe unirse la utilización exhaustiva de la información contenida en la Historia Clínica Codificada diseñada en SAPTEL.¹

Al momento de estar recogiendo la información relevante el paciente debe ser continuamente apoyado en su proceso de “socialización” con la terapia cognitiva. Aunque ya conozca el marco conceptual de este enfoque, ya sea porque leyó el material que le sugerimos (manual Coping with depression), o porque le explicamos acerca de esta forma de terapia, o ambas cosas, suele ser conveniente introducir algunas instrucciones preliminares como las siguientes:

“En principio, vamos a concretar las dificultades o problemas que usted tiene; usaremos técnicas que probablemente servirán para resolver esas dificultades. Será muy importante conocer sus reacciones ante situaciones específicas y los efectos que tienen sobre sus sentimientos. Estando muy atentos a sus reacciones, tendremos más y mejores datos para poder ayudarle. A continuación, estudiaremos otras maneras de hacer frente al estrés, a la tensión y especialmente a aquellas herramientas que puedan servir para prevenir posibles depresiones futuras. La mayoría de los procedimientos quedarán más claros una vez que los pongamos en práctica. ¿Quisiera hacerme alguna pregunta antes de seguir adelante?”

El procedimiento general de explicar con claridad cada paso del tratamiento y las tareas para después de colgar (o tareas para casa), se mantiene a lo largo de toda la terapia. Explicar claramente las técnicas y su propósito proporciona una gran credibilidad al paciente sobre su tratamiento y le ayuda a ver objetivamente sus problemas, así como los principios generales de solución de los mismos.

Información para el Diagnóstico

El terapeuta al teléfono dispone de la Historia Clínica Codificada o cédula de registro SAPTEL. Esta herramienta se convierte en sus ojos al momento de elaborar un diagnóstico por teléfono. Obviamente, a la recogida de esta información se le sumarán todos aquellos datos que aportará la voz del paciente. Es importante que el terapeuta sea un profesional siempre actualizado en depresión y otras áreas de salud mental. Su asistencia a Congresos, coloquios, simposios, conferencias, etc. debe ser un hábito permanente. Pero además de eso, deberá

¹ **NOTA IMPORTANTE:** Como ya se ha mencionado, los auto-informes (Inventarios) y Cédulas de registro que el terapeuta SAPTEL necesitará para su labor en este enfoque se incluirán en los apéndices de esta tesis.

tener acceso a los textos tradicionales y modernos sobre el tema. Lo anterior redundará en volverse un profesional que dimensione adecuadamente los problemas de sus pacientes.

Las preguntas sobre los síntomas concretos (el llenado de la cédula de registro SAPTEL) no deben elaborarse fríamente, como un interrogatorio rápido e impersonal. Es muy importante para la relación terapéutica y el éxito del tratamiento que se cuente con la habilidad de obtener información a manera de charla, y que se aproveche al máximo aquella contenida en las respuestas de los pacientes. Muchas de estas respuestas muestran datos relevantes para encontrar sentido a los problemas de los pacientes y para detectar tensiones ambientales (ya sea en casa, en la oficina o en la escuela, etc.) que estén influyendo en su estado de ánimo. Las respuestas también servirán para ubicar al paciente en un nivel cultural, sobre su facilidad de palabra, sus experiencias de vida, etc.

Cuando el terapeuta necesite mayor información a partir de una respuesta del paciente debe interrumpirle con respeto y en el momento apropiado. Puede ser que recurra a las pausas del paciente para tal fin. Las pausas por parte del terapeuta no deben ser demasiado largas ya que el paciente puede malinterpretar el silencio como signo de rechazo, o de aburrimiento, o bien puede caer en una autocrítica obsesiva.

Exploración del Estado Mental

La primera determinación importante del terapeuta es si el paciente es psicótico o no, y la segunda, es si se trata de un paciente suicida. **Las propias expresiones de desesperación de la persona al otro lado de la línea telefónica proporcionan pistas para identificar tendencias o deseos suicidas.**

Como ya se mencionó antes en este trabajo, si tenemos un paciente suicida en la línea se tratará con apoyo emocional en crisis, ya que lo primero y lo urgente es restaurar el equilibrio psíquico y emocional sirviendo como "Yo auxiliar" en el proceso. Si se evalúa al paciente (con la escala de desesperanza de Beck (1974)) y se llega a la conclusión de que podría beneficiarle la aplicación de las técnicas cognitivas específicas para dar tratamiento a la desesperanza se procederá a hacerlo hasta que la crisis suicida remita y haya más probabilidades de que el paciente encuentre más razones para vivir que para morir. Por supuesto que el terapeuta no deberá depositar en él mismo toda la responsabilidad de la vida del paciente, ya que este último tiene la decisión final en sus manos.

Enseguida de lo anterior, el terapeuta tratará de identificar posibles trastornos "orgánicos", tales como una lesión cerebral, enfermedades

encubiertas con apariencia de trastorno depresivo, deficiencia mental, etc. Algunas veces, la depresión puede ser uno de los tantos síntomas que preceden al inicio de la esquizofrenia. **Por ello, el terapeuta telefónico debe tener gran experiencia en la evaluación y diagnóstico psiquiátricos, así como un sólido conocimiento de los trastornos orgánicos. A este respecto es muy buena idea que dos de sus referencias bibliográficas más importantes sean el DSM IV- TR y Psiquiatría Clínica Moderna (Kolb, 1992).**

Muchos profesionales son escépticos con respecto a la psicoterapia por teléfono, sea de una orientación teórica o de otra, y han insistido sobre las desventajas que tiene este tipo de atención con respecto a la atención cara a cara. Sin embargo, aquellos que hemos visto que eso que se denomina "desventajas" son en realidad diferencias, podemos decir que un buen terapeuta sabe identificarlas y sortearlas durante el tratamiento telefónico.

Se sabe que durante una primera entrevista telefónica el terapeuta puede obtener información valiosa del paciente para cualquier proceso psicoterapéutico, como la que a continuación se menciona:

- Su capacidad de introspección.
- Su capacidad para **interpretar objetivamente sus ideas y su situación de vida.**
- Su capacidad para **concentrarse en un asunto concreto.**
- Su capacidad de razonamiento y **su capacidad para aplicar los principios que le indica el terapeuta.**
- La facilidad que tiene para establecer el rapport.
- Su sentido del humor.
- Su motivación para la terapia, etc.

Por lo tanto, sea cara a cara o a distancia, una entrevista terapéutica bien llevada puede suscitar y movilizar los recursos de que disponga el paciente (su fortaleza yoica) con el objeto de crear una base racional para formular el plan de tratamiento.

Trasformando las "quejas principales" en "síntomas objetivo"

Cada paciente deprimido presenta unos síntomas o problemas concretos que para él representan el aspecto más problemático de su trastorno. **Por eso suele ser conveniente que el terapeuta conduzca (con tacto y respeto) al paciente a concretar sus quejas o problemas.**

Algunas quejas que indican la presencia de un trastorno depresivo pueden estar enmascaradas y el terapeuta debe saber identificarlas. Por ejemplo:

1. "Mi cerebro se está deteriorando. Por eso quiero morir". Una vez clarificado el problema y descartando psicosis, se encontró que lo que sucedía era que el paciente tenía dificultad para concentrarse e interpretaba su síntoma como una lesión cerebral progresiva.
2. "No tengo sentimientos". Como ya se ha mencionado, los pacientes deprimidos suelen experimentar una reducción de los sentimientos "positivos", como amor, placer, alegría y humor. Algunos pacientes interpretan esta experiencia como una señal de que están sufriendo una transformación permanente e irreversible en su personalidad y no como un síntoma característico de depresión.
3. "Soy mala persona" La persona interpretaba otros síntomas de la depresión (lentitud, dificultad para concentrarse, pérdida del afecto hacia su familia, etc.) en un sentido moralista típico observado en los pacientes deprimidos. Consideraba que esos síntomas indicaban: "Soy perezosa, y egoísta; no me preocupo más que de mi misma".

Objetivos terapéuticos de la entrevista inicial

Uno de los objetivos terapéuticos de la entrevista inicial es **conseguir cierta mejoría de los síntomas**. Esta mejoría sirve para incrementar el rapport, la colaboración terapéutica y la confianza en la efectividad de la terapia. Es probable que la mejoría de los síntomas en sí misma haga que el paciente se sienta más optimista. Por otra parte, el efecto reforzante de haber trabajado sobre un determinado problema suele estimular al paciente para realizar las tareas para casa entre una y otra sesión.

Se debe puntualizar que la mejoría de los síntomas debe estar basada en mucho más que el rapport, o la actitud amable y abierta del terapeuta, o las promesas de mejoría rápida que éste haga.

Las promesas de mejoría sólo pueden cumplirse cuando el terapeuta ha hecho una buena delimitación de los problemas del paciente junto con éste y le ha enseñado las estrategias para hacerles frente.

La aplicación técnica de las estrategias debería comenzar, idealmente durante la entrevista y el paciente debería ponerlas en práctica saliendo de la sesión.

Cualquier experiencia de éxito que tenga el paciente—por ejemplo, conseguir aislar un problema y considerarlo objetivamente durante la entrevista—puede incrementar su sensación de estar en control de lo que le pasa. En cierto sentido, la sesión terapéutica puede considerarse como una serie de "micro confrontaciones", en donde:

- el terapeuta expone un “problema” (formula una pregunta, propone un plan),
- y el paciente ofrece una solución (responde a la pregunta; acepta, rechaza o modifica el plan propuesto)
- si se llega a un acuerdo, en cuanto a que la respuesta del paciente es satisfactoria, o cuando menos adecuada, todo el proceso constituirá una experiencia de éxito para el paciente,
- darse cuenta por sí solo de que su respuesta es adecuada y recibir retroalimentación positiva del terapeuta son hechos que refutan la idea del paciente de que es incapaz de hacer algo bien, o de que su interacción con otras personas es inadecuada,
- la repetición de estas experiencias “de éxito” a lo largo de la sesión, contrarresta las cogniciones negativas del paciente.

Seleccionar los síntomas objetivo

Es difícil seleccionar los problemas más urgentes y el nivel de acercamiento a los mismos, pero generalmente en los pacientes mediana o gravemente deprimidos (estos últimos no serán atendidos en SAPTEL) el punto central de la intervención terapéutica se situará en el nivel de los síntomas objetivo. **Un síntoma objetivo es cualquiera de los componentes de la depresión que conlleva sufrimiento o algún tipo de incapacidad funcional.**

Los signos y síntomas más importantes de la depresión que pueden tomarse como síntomas objetivo, según el orden en el que el paciente necesite tratarlos son los siguientes: **estado de ánimo bajo, pesimismo, autocrítica severa y retardación o agitación.**

Otros síntomas y signos que se han considerado como intrínsecos al síndrome depresivo son: síntomas autónomos, constipación, dificultad en la concentración, pensamiento retardado (lento) y ansiedad. Campbell (1953) (citado por Beck, 1967) hizo una lista de 29 manifestaciones médicas de problemas relacionados con el sistema nervioso autónomo, de las cuales las más sobresalientes son: bochornos (en los trastornos maníaco-depresivos) taquicardia, disnea (sensación de falta de aire), debilidad, dolores de cabeza, frialdad y entumecimiento de las extremidades, dolores en la frente y mareos.

La queja principal

La queja principal presentada por los pacientes deprimidos frecuentemente apunta al diagnóstico de depresión; por otro lado, a veces sugiere una alteración física. De nuevo, **la habilidad para hacer preguntas generalmente puede determinar si la sintomatología depresiva básica está presente.**

La queja principal puede tener una variedad de formas, tales como:

1. Un estado emocional displacentero.
2. Un cambio de actitud hacia la vida.
3. Síntomas somáticos de una naturaleza especialmente depresiva.
4. Síntomas somáticos que no son típicos de la depresión.

- Entre las quejas subjetivas más comunes se encuentran las siguientes:
 - “Me siento miserable”
 - “Me siento desamparado/a”
 - “Estoy desesperado/a”
 - “Todo me preocupa”

Aunque la depresión se considera generalmente como un trastorno afectivo, se debe enfatizar que el cambio subjetivo en el estado de ánimo no siempre es reportado por los pacientes deprimidos (los pacientes no siempre reconocen sentirse tristes o infelices)

- **A veces la queja principal está en que los pacientes reportan que ha habido un cambio en sus acciones, reacciones, o actitudes hacia la vida.** Por ejemplo, un paciente puede decir: “Ya no tengo objetivos en la vida” o “Ya no me importa lo que me pase” o “Ya no le encuentro chiste a vivir”. A veces la mayor queja es sentir futilidad ante la existencia.
- Frecuentemente la queja mayor del paciente deprimido se centra alrededor de algunos síntomas físicos que caracterizan la depresión. El paciente puede quejarse de que se cansa fácilmente, de que no tiene energía, o de que ha perdido el apetito. A veces se queja de alguna alteración en su apariencia o en sus funciones corporales. Las mujeres suelen quejarse de que están empezando a ponerse viejas, o feas. Otros pacientes se quejan de algunos síntomas físicos dramáticos tales como, “Mis intestinos están bloqueados”.
- Los pacientes deprimidos suelen acudir a las clínicas y consultar médicos generales o internistas en busca de una enfermedad física. En muchos casos, la examinación física no revela anomalía alguna en el funcionamiento corporal. Tras exploraciones físicas más profundas suele encontrarse una ligera alteración somática de importancia insuficiente como para estar causando todo el sufrimiento que el paciente está experimentando. En una exploración posterior, platicando más detenidamente con el paciente, éste puede empezar a reconocer un cambio en su estado de ánimo pero es probable que lo atribuya a sus síntomas somáticos.

- Muchos pacientes deprimidos expresan sentir un dolor intensísimo y muy localizado en cierta parte del cuerpo. En el momento en que se empieza a tratar la depresión y ésta remite poco a poco, también lo hace el dolor que se reportó.

Manifestaciones emocionales en la depresión

El término *manifestaciones emocionales* se refiere a los cambios en los sentimientos del paciente o en su conducta manifiesta, directamente atribuibles a sus estados emocionales. Cuando se evalúan las manifestaciones emocionales de una persona es importante tener en cuenta los niveles de estado de ánimo y la conducta premórbidos, así como lo que se considera un rango normal para la edad, sexo y grupo social. La ocurrencia de accesos de llanto frecuentes en un paciente que rara vez lloraba antes de deprimirse podría indicar un gran nivel de depresión, más que en un paciente que llora habitualmente, esté o no deprimido.

Estado de ánimo desalentado

Cada paciente clínicamente deprimido relata de manera diferente la depresión característica en el estado de ánimo. Cualesquiera que sean los términos que el paciente use para describir sus sentimientos subjetivos éstos deben ser analizados con mayor profundidad con el terapeuta. Si el paciente usa la palabra "deprimido" por ejemplo, el psicólogo no debería tomar la palabra literalmente, más bien, debería determinar la connotación que ésta tiene para el paciente. Personas que no se encuentran de ningún modo deprimidas clínicamente pueden usar este adjetivo para designar emociones pasajeras de soledad, aburrimiento o desánimo.

Debemos estar también atentos a si el paciente usa las palabras **ligeramente** o **muy** desalentado porque esto nos dará pistas sobre el grado de su depresión.

Entre los adjetivos usados por los pacientes depresivos al contestar a la pregunta ¿cómo se siente? están los siguientes: miserable, desesperanzado, melancólico, triste, infeliz, descorazonado, humillado, avergonzado, preocupado, inútil, culpable.

Sentimientos negativos hacia si mismo

Los pacientes deprimidos presentan actitudes negativas hacia si mismos, tales como "no valgo nada" o "he defraudado a todos" o "no hago nada bien". Estos sentimientos pueden progresar y hacerse más intensos

conforme la depresión avanza hasta que el paciente expresa que se auto-aborrece.

Reducción en la gratificación

La pérdida de la gratificación es un proceso tan penetrante entre la gente deprimida que muchos pacientes la consideran como un rasgo central de su enfermedad. Este es quizá el síntoma más común en la depresión.

La pérdida de gratificación parece comenzar con relación a unas cuantas actividades, pero cuando la depresión progresa se esparce a prácticamente todo lo que el paciente hace.

Es característico de la depresión que el paciente comienza a no sentir gusto o satisfacción al trabajar, ocuparse del hogar y la familia o estudiar (todo lo que implique responsabilidad, obligación o esfuerzo) y entonces, gradualmente, comienza a dejar de hacer esas actividades y poco a poco empiezan a acentuarse las necesidades pasivas y por lo tanto el paciente se dedica más a la auto-gratificación a través del descanso, el sueño, la relajación y la recreación, en detrimento de las responsabilidades normales de la vida. Cuando la depresión se hace más severa, incluso las actividades pasivo-regresivas dejan de ser gratificantes.

Pérdida de vínculos emocionales

La persona deprimida comienza a presentar una disminución en su interés para estar o por hacer actividades con otros. Cuando la persona siente que "está dejando de querer" o de interesarse por sus seres queridos es cuando se decide a buscar tratamiento urgentemente. Cuando la depresión va progresando, la persona comienza a sentir indiferencia por los demás. Un esposo puede quejarse de que ya no quiere a su esposa como antes, o una madre puede estar preocupada porque siente que no le interesa nada de los que pase con sus hijos, un muy buen empleado puede decir que su trabajo ya no le importa, una mujer puede empezar a no preocuparse por su apariencia. Posteriormente, en los casos más severos se pasará de la indiferencia a la apatía e incluso el paciente comienza a sentir un odio frío que puede enmascarar con dependencia. Típicamente el paciente lo expresa así: "se me ha dicho que tengo amor y que puedo amar, pero ahora yo no siento nada hacia mi familia, ellos me importan un comino, se que lo que voy a decir es terrible, pero a veces los odio".

Pérdida del júbilo o la alegría

El paciente deprimido frecuentemente expresa de manera espontánea que ha perdido su sentido del humor. No es que no pueda entender el chiste, sino que ya no responde al humor de la misma forma en que lo

hacía antes. Ya no siente satisfacción y ya no le da risa lo gracioso. Cuando la depresión va cediendo, la persona comienza a recobrar su sentido del humor.

La persona moderadamente deprimida ya no es capaz de ver el lado luminoso de las cosas y tiende a tomar todo muy en serio. La persona severamente deprimida incluso puede reaccionar de manera agresiva u hostil hacia una broma.

Manifestaciones cognitivas de la depresión

Un grupo importante de estas manifestaciones es aquel compuesto por actitudes distorsionadas hacia sí mismo, las experiencias y el futuro. Este grupo incluye una baja evaluación de sí mismo, distorsiones en la imagen corporal y expectativas negativas. Otro síntoma es la auto-culpa, el paciente cree que todo lo que pasa en su círculo inmediato es por su causa. Otra área con problemas es la de la toma de decisiones. El paciente deprimido es típicamente indeciso y vacilante.

Pobre evaluación de sí mismo

La persona deprimida tiene la auto-estima baja y se ve a sí misma carente de habilidad, fortaleza, ejecución, inteligencia, salud, atractivo personal, popularidad y recursos financieros. La persona verbaliza esto diciendo: "soy inferior" o "no soy adecuado" o "no sirvo". Esta característica se ve mucho entre pacientes que previo a la depresión tuvieron pérdidas financieras importantes, o su pareja los abandonó.

La persona con depresión ligera tiende a sobre-reaccionar ante algo que le sale mal y lo usa como prueba fehaciente de lo inadecuado de su persona. La persona con depresión moderada interpretará estímulos neutros como indicativo de deficiencia. La reacción inicial de estas personas es "no puedo hacerlo". Cuando se trata de confrontar al paciente con evidencia en contra de esa deficiencia o falta, que él o ella perciben, se vuelve muy resistente a la evidencia en contra entre más deprimido se encuentre.

La persona severamente deprimida se devalúa drásticamente, se visualiza como "de lo peor", "inepta", "indigna" y "un fracaso" y reitera la idea de que los demás estarían mejor sin él o ella. Los intentos del terapeuta por corregir estas ideas son generalmente inútiles.

Expectativas negativas

El paciente mira oscuridad y pesimismo, y esto le conduce a la desesperanza. Este síntoma correlaciona fuertemente con el índice de

depresión y es un gran obstáculo para que el paciente se comprometa en una psicoterapia o en un tratamiento farmacológico.

El paciente deprimido tiene la firme idea de que las cosas no van a mejorar, muy al contrario, empeorarán. **Este sentido de permanencia e irreversibilidad de los problemas o la situación actual es lo que parece la base de la consideración del suicidio como un curso de acción lógico. La relación entre la desesperanza y el suicidio se ve claramente con el hecho de que ambos correlacionan muy alto cuando aparecen juntos.**

El paciente ligeramente deprimido tiende a esperar un resultado negativo en situaciones ambiguas o equivocadas, sus expectativas van hacia lo negativo, contrario a las de los demás, positivas y optimistas.

En alguien moderadamente deprimido es difícil proponer que se emprenda algo nuevo porque la respuesta inicial siempre es "no me gustará" o "no me beneficiará en nada".

El paciente severamente deprimido dirá: "todo se acabó para mí,", "ya nada puede mejorar" "ya no queda un lugar para mí".

Auto-culpa y auto-critica

Auto-culpa y auto-critica parecen ser el resultado de la visión de causalidad egocéntrica que el paciente experimenta ante todos los problemas que surgen. Muchos pacientes severamente deprimidos reportan sentirse culpables por absolutamente todo lo malo que pasa y se auto-castigan de formas severas.

En pacientes ligeramente deprimidos se da una tendencia a culparse o auto-criticarse cuando no se lograron los estándares deseados (altísimos, rígidos y perfeccionistas, por cierto). Incluso pequeños errores, normales en cualquier persona, los considera muy negativos.

Conforme la depresión avanza la auto-critica se torna más severa, hasta que llega un punto en el que el paciente dice: "soy responsable de toda la violencia y el sufrimiento del mundo, deberían colgarme por ser semejante monstruo"

Indecisión

La dificultad en la toma de decisiones, el vacilar entre alternativas y cambiar las decisiones constantemente son características especialmente fastidiosas para la familia, los amigos, y para el mismo paciente deprimido.

Este rasgo de indecisión parece estar relacionado con un correlato cognitivo en donde el paciente piensa que nada de lo que emprenda saldrá bien y por el otro lado tiene un correlato motivacional ligado a la parálisis de la voluntad, tendencia a la evitación y dependencia creciente. El paciente está desmotivado para seguir las operaciones mentales necesarias para llegar a una conclusión. Tomar decisiones es una pesada carga para estos pacientes y también cada decisión

implica una acción que el paciente sabe que tendrá que ejecutar, y como lo que desea es evadir, mejor pospone. Las decisiones que evita tomar van de lo más simple o cotidiano, como qué se hará de comer, o cómo preparar la clase cuando se es maestro, hasta las más complejas y delicadas.

Las personas ligeramente deprimidas notan que últimamente vacilan y "le piensan mucho" antes de tomar decisiones incluso simples, y también que necesitan de la aprobación de otros para hacer cosas.

La persona moderadamente deprimida encontrará muy difícil decidirse ante cualquier situación, incluso cómo arreglarse o si cortarse el cabello, y esto empieza a representar un problema para sí mismo y su desempeño en la vida.

El paciente severamente deprimido ya ni trata de tomar decisiones porque está convencido de que le es imposible y duda seria y constantemente de todo lo que hace y dice.

Distorsión de la imagen corporal

Esto ocurre más en las mujeres que en los hombres deprimidos. Ellas se sienten no atractivas y comienzan a manifestarlo con preocupación casi obsesiva por si aún están jóvenes y hermosas, o ya están envejeciendo y se están poniendo gordas.

Algunos pacientes con depresión moderada se empiezan a notar arrugas por todos lados y hasta deciden someterse a una cirugía plástica, aún cuando su apariencia es agradable.

En casos más severos el paciente se visualiza como totalmente feo y repulsivo y piensa que debe evitar que los demás lo vean.

Manifestaciones motivacionales

Los patrones motivacionales en la depresión pueden inferirse al observar la conducta del paciente o al preguntarle directamente sobre los mismos.

Una característica notable de las motivaciones típicas del paciente deprimido es su naturaleza regresiva. Esto puede notarse cuando vemos que evita todas aquellas actividades de su rol como adulto responsable y busca actividades más cercanas al rol de niño; escapa de sus problemas en vez de tratar de resolverlos. La manifestación más extrema de esta tendencia de evitar es el deseo de renunciar a vivir vía el suicidio.

Parálisis de la voluntad

El paciente tiene serias dificultades para movilizarse y ejecutar incluso las tareas más vitales como comer, ir al baño o tomar la medicación para aliviar el estado displacentero. La causa de esto parece ser que aún cuando sabe lo que tiene que hacer, no encuentra el estímulo interno para hacerlo. Incluso cuando se le presiona, acorrala o amenaza él o ella parecen no poder despertar interiormente el deseo de hacer cosas. Estos pacientes a veces despiertan de esa parálisis cuando de repente se presenta un evento urgente en alguno de sus seres queridos como una enfermedad grave, entonces despiertan de ese letargo y comienzan a experimentar la motivación positiva de apoyar a su familiar. Otras personas pueden reaccionar cuando se les dice que serán hospitalizadas y ante esa sola idea, que les parece desagradable y atemorizante, deciden cooperar en otras formas de tratamiento.

El paciente ligeramente deprimido encuentra que espontáneamente ya no siente deseos de hacer ciertas cosas, especialmente aquellas que no le reportan gratificación inmediata alguna. Por ejemplo: un publicista muy exitoso que de repente ya no desea trabajar sobre una importante campaña de ventas para la próxima temporada, o una ama de casa que solía disfrutar de involucrarse en sus tareas domésticas y en otras actividades para la comunidad y ahora esas cosas le son indiferentes. Estos pacientes suelen expresar lo siguiente: "No tengo deseos de hacer nada", "hago todo mecánicamente sin sentir realmente ninguna satisfacción al hacer lo que logro hacer", "Soy como un robot y cuando me canso simplemente dejo todo, no me importa si era importante terminar o no".

En una depresión moderada esa pérdida de la voluntad impregna casi todas las actividades habituales del paciente. Pero como aún no se encuentra severamente deprimido, se "fuerza" a hacer las cosas que sabe que tiene que hacer, como comer, ir al baño, bañarse, cepillar sus dientes, etc.

En casos de depresión severa se da una completa parálisis de la voluntad, hacer incluso lo esencial para la vida es evitado. Como consecuencia el paciente está inmóvil, y solo se mueve cuando otros le ayudan a ponerse en acción. Existen pacientes que relatan que cuando estuvieron en la fase más severa de la enfermedad, cada vez que se les hacía preguntas y no contestaban realmente querían contestar pero no reunían la voluntad necesaria para hacerlo.

Deseos de evitación, escapismo y renuncia

Es una manifestación muy común en la depresión el deseo de escapar del patrón o rutina acostumbrados en la vida. El burócrata quiere fugarse de todo su papeleo, el estudiante sueña despierto con irse a lugares lejanos y el ama de casa anhela dejar todas sus labores

domésticas. La persona deprimida considera sus deberes como aburridos, carentes de sentido, o agobiantes y quiere escapar hacia una actividad que le ofrezca relajación y refugio. Esos deseos escapistas se parecen a las actitudes descritas en la parálisis de la voluntad pero difieren primordialmente en que los primeros son experimentados como motivaciones definidas y unidas a objetivos específicos y la segunda se refiere a la pérdida o ausencia de la motivación en general.

El paciente ligeramente deprimido se aleja de las actividades que demandan esfuerzo o responsabilidad y es atraído por aquellas que son más pasivas y menos complejas. Ellos pueden decir por ejemplo: "Es más fácil quedarme en casa y beber que llamar a una chica para acordar una cita", o "es más fácil mascullar las palabras para no ser escuchado que marcar las palabras claramente" o "es mucho más fácil llevar una vida pasiva, solitaria y centrada en mí mismo que hacer un esfuerzo por vivir de otra forma"

En casos moderados los deseos de renuncia son más fuertes y más generalizados hacia las actividades cotidianas. Un maestro, por ejemplo, puede decir: "Cada que me dirijo hacia la escuela preferiría trabajar como el chofer del camión que me lleva, o como taxista". Este tipo de paciente piensa constantemente en formas de diversión o escape y sueña despierto en convertirse en un vagabundo o vivir en una isla desierta. En esta etapa, ya renunció a casi todos sus vínculos sociales porque le parecen muy demandantes pero al mismo tiempo, como empieza a sentirse solo se hace más dependiente de la compañía de otras personas.

En pacientes severamente deprimidos, el deseo de escape y renuncia se manifiesta por una marcada tendencia al aislamiento o reclusión. El paciente expresa: "no quiero ver a nadie ni hacer nada. Todo lo que quiero es dormir. Este tipo de pacientes considera que la mejor manera para fugarse es el suicidio.

Deseos suicidas

Los deseos suicidas se han asociado históricamente con la depresión. Mientras estos deseos pueden surgir en personas no deprimidas, ellos ocurren con **mucha mayor** frecuencia en personas que se deprimen. Por esta razón, los deseos suicidas son de gran valor diagnóstico para identificar la presencia de un trastorno depresivo severo. La intensidad con la cual este síntoma es expresado también muestra una de las más altas correlaciones con la intensidad de la depresión.

El interés de los pacientes en el suicidio puede tomar una gran variedad de formas. Puede experimentarse como un deseo pasivo ("ojalá me muriera"); un deseo activo ("deseo matarme"); como un pensamiento obsesivo, repetitivo sin ninguna cualidad volitiva; como un soñar despierto; o como un plan concebido meticulosamente. En algunos pacientes, los deseos suicidas ocurren constantemente a lo largo de

toda la depresión y el paciente tiene que batallar continuamente para mantenerlos a raya. En otros casos, el deseo es esporádico y se caracteriza por un aumento gradual y después una disminución de intensidad, hasta desaparecer temporalmente. Frecuentemente, y una vez los deseos suicidas desaparecen, los pacientes reportan sentirse agradecidos por no haber sucumbido a ellos. **Es muy importante saber que un intento suicida impulsivo puede ser tan letal como aquel que ha sido deliberadamente planeado.**

La importancia de los síntomas suicidas es obvia desde que, al día de hoy, es prácticamente la única característica de la depresión que posee una probabilidad relativamente alta de fatales consecuencias. En los pacientes moderadamente deprimidos, los deseos suicidas toman una forma pasiva y aunque el paciente reporta que no haría nada por apresurar su muerte, encuentra la idea de morir atractiva. Un paciente, por ejemplo, puede estar esperando la posibilidad de viajar en avión con la esperanza de que el avión se estrelle.

A veces, el paciente expresa indiferencia hacia el hecho de estar vivo ("no me importa si vivo o me muero"). Otros pacientes pueden mostrar ambivalencia ("me gustaría morirme pero al mismo tiempo me da miedo").

En pacientes con depresión moderada, los deseos suicidas son más directos, frecuentes y apremiantes **y existe un riesgo definido tanto de intentos suicidas impulsivos como de intentos premeditados.** El paciente puede expresar su deseo de forma pasiva: "espero no despertar mañana en la mañana" o "si me muriera, le iría mejor a mi familia". La expresión activa de este deseo puede expresarse de manera ambivalente: "me gustaría matarme, pero no tengo el valor para hacerlo", "si de veras pudiera hacerlo sin fallar, lo haría ahora mismo. El deseo suicida de un paciente puede notarse cuando éste está arriesgándose innecesariamente, por ejemplo, cuando maneja a altas velocidades a ver si sucede algo.

En pacientes con depresión severa, los deseos suicidas tienden a ser intensos, aunque la misma retardación que presentan hace difícil que completen un intento suicida. Entre las declaraciones típicas de estos pacientes están: "me siento tan desesperanzado que por qué no me dejan morir", o "todo es inútil, ya se perdió todo, la única salida es matarme", o "debería llorar hasta morirme". "No puedo seguir viviendo y usted no me dejará morir", o "no puedo soportar la vida un día más. Por favor acaben ya con mi sufrimiento."

El paciente se vuelve cada vez más dependiente

Los deseos de ayuda, estímulo y apoyo expresados abiertamente y sin rodeos son elementos muy prominentes en estados avanzados de la depresión y están presentes en cada descripción clínica de este síndrome. Cuando una persona está deprimida, el deseo de que la

ayuden va más allá de la necesidad real de ayuda. Generalmente el paciente puede alcanzar sus objetivos de manera independiente, pero recibir ayuda tiene para él un significado emocional especial que le gratifica y alivia, al menos transitoriamente.

Los pacientes que están levemente deprimidos, quienes antes de la depresión eran bastante auto-suficientes e independientes, comienzan a expresar un deseo de ser ayudados, guiados y apoyados. Cuando estos deseos de dependencia van creciendo suplantando la parte fuerte e independiente que predominaba en ellos.

Podemos notar que esos deseos de dependencia nada tienen que ver con los sentimientos de desamparo, inadecuación o fatiga; más bien, el paciente tiene un ansia de ayuda, aún cuando reconozca que no la necesita, y cuando la recibe, generalmente experimenta algún grado de gratificación y disminución en la depresión.

En la depresión moderada, el paciente experimenta poderosos deseos de que hagan las cosas por él, de que le digan lo que tiene que hacer y de que le den seguridad en él mismo, y ahora sí, se pasa del deseo de ayuda a la **necesidad** de ésta.

En la depresión severa el paciente desea que se le haga absolutamente todo y que se le cuide; quiere una persona que haga su trabajo y resuelva sus problemas por él, incluso hay madres deprimidas que le piden al psiquiatra que adopte a sus hijos. El paciente puede mostrar esta dependencia negándose a salir del consultorio del doctor o no dejando que este se vaya aún cuando ya terminó la consulta y por lo tanto, terminar la sesión se convierte en un proceso difícil y penoso.

Manifestaciones físicas y vegetativas

Los síntomas vegetativos, contrario a lo que podría pensarse, tienen una correlación relativamente baja entre uno y otro, y con los índices de profundidad de la depresión.

Pérdida del apetito

Para muchos pacientes, la pérdida del apetito es frecuentemente la primera señal de una depresión incipiente, y el retorno del apetito, la señal de que la depresión se está disipando.

Los pacientes levemente deprimidos notan que ya no disfrutan las comidas como antes, ya no les saben ricas y sus deseos por ésta se "enfían".

En la depresión moderada, los pacientes pierden gran parte de su apetito y no se dan cuenta que dejan pasar la hora de la comida sin comer.

En la depresión severa el paciente se fuerza a sí mismo a comer, u otros le tienen que forzar para hacerlo. Incluso puede darse una aversión por

los alimentos y después de varias semanas de depresión la pérdida de peso puede ser considerable.

Trastornos en el dormir

La dificultad para dormir es uno de los síntomas vegetativos más notables de la depresión. Muchos estudios sobre las características del sueño en los pacientes deprimidos, basados en observaciones directas de electroencefalogramas tomados durante el sueño, muestran que los pacientes con depresión duermen menos, tienen un sueño agitado y se mueven mucho mientras duermen.

Los pacientes con depresión ligera reportan que comienzan a despertarse de unos pocos minutos a media hora antes de lo habitual y que antes de deprimirse dormían profunda y plácidamente hasta que el despertador sonaba, pero desde que comenzó la depresión despiertan muchas veces durante la noche.

En algunos casos se da lo contrario, es decir, el paciente reporta dormir más de lo habitual.

El paciente con depresión moderada despierta una o dos horas más temprano de lo que solía despertar y reporta frecuentemente que su sueño fue poco reparador. También puede dormir durante tres o cuatro horas, pero cuando despierta necesita un hipnótico para conciliar el sueño de nuevo. En algunos casos, el paciente expresa su nueva tendencia a dormir demasiado y puede llegar a hacerlo hasta 12 horas cada día.

En casos de depresión severa el paciente despierta después de cuatro o cinco horas de sueño y ya no se puede volver a dormir. En algunos casos los pacientes dicen que no durmieron durante toda la noche y recuerdan haber estado pensando continuamente durante la noche, sin embargo, es probable que en estos casos los pacientes hayan dormido, aunque ligeramente durante todo ese tiempo.

Pérdida de la libido

La pérdida del impulso sexual o libido se correlaciona de manera más elevada con la pérdida del deseo de comer, la pérdida de interés en otras personas y el estado de ánimo deprimido.

En la depresión ligera, algunos pacientes reportan perder su capacidad de respuesta al estímulo sexual; sin embargo, otros experimentan un aumento en este impulso cuando se encuentran ligeramente deprimidos.

En la depresión moderada, el deseo sexual se ve drásticamente reducido y se le logra estimular con muchísimo esfuerzo.

En la depresión severa se pierde cualquier responsividad ante el estímulo sexual e inclusive el sexo se convierte en algo aversivo.

Tendencia a la fatiga

Algunos pacientes experimentan este fenómeno como algo puramente físico. Reportan que sienten su cuerpo pesado, como si algo tirara de él hacia abajo. Otros reportan el cansarse fácilmente como una súbita pérdida de la chispa o energía de la vida. El paciente se queja de sentirse decaído, rendido, demasiado débil para moverse o como si se quedara "sin pila".

La tendencia a la fatiga correlaciona más alto con la falta de satisfacción y el panorama negro del futuro, que con el hecho de comer menos o dormir menos, es decir, tiene una causa más mental que física. Por lo tanto, la tendencia a la fatiga puede ser más una manifestación de la pérdida de la motivación positiva. Y siguiendo los mismos patrones del estado de ánimo bajo y las expectativas negativas, la fatigabilidad suele ser más fuerte al despertar y va disminuyendo con el avance del día.

En la depresión leve el paciente expresa sentir que se cansa más que lo habitual y si antes podía estar activo durante un período de tiempo grande sin sentirse cansado ahora, estando deprimido, se siente fatigado después de un tiempo de trabajo corto. No es infrecuente que un momento de diversión o una siesta corta restaure el sentimiento de vitalidad, pero esa mejoría es pasajera.

En la depresión moderada el paciente generalmente se siente cansado al despertar y casi cualquier actividad parece acentuar su cansancio. El descanso, la relajación o la recreación parecen no aliviarlo e incluso pueden agravarlo. Esto no sólo es válido para la actividad física, sino también para la mental, como puede ser la lectura, que en estos pacientes, tiende a incrementar el cansancio.

En la depresión severa el paciente se queja de que está cansadísimo como para hacer cualquier cosa y sólo si se le presiona mucho logra hacer alguna tarea, pero a costa de una sensación de gran pérdida de energía. A veces esta sensación es tan fuerte que el paciente reporta no poder levantar ni su brazo de lo cansado que se encuentra.

Delirios

Los delirios en la depresión puede agruparse en varias categorías: delirios de inutilidad, delirios del pecado "imperdonable" y de estar siendo castigado, o de estar esperando un castigo merecido, delirios nihilistas (la creencia de que nada tiene valor, especialmente las creencias religiosas y los preceptos morales), delirios somáticos y delirios de pobreza. Cualquiera de las distorsiones cognitivas descritas arriba pueden volverse cada vez más intensas y alcanzar suficiente rigidez como para ser consideradas un delirio. Una persona con baja autoestima, por ejemplo, puede alimentar la creencia de que es el mismo demonio, o una persona con la tendencia a auto-culparse puede

acabar adjudicándose magnicidios incluso, como el asesinato de un presidente.

Este tipo de delirios están presentes en pacientes con depresión psicótica y es muy importante tenerlos en consideración porque son herramientas fundamentales para el diagnóstico y la canalización a otros servicios de salud mental que no sean SAPTEL.

La siguiente lista de delirios fue tomada de 280 entrevistas con pacientes con depresión psicótica llevadas a cabo por Beck y colaboradores (Beck, 1973).

Delirios de inutilidad

Son expresados por los pacientes generalmente con las siguientes palabras:

“Debería sentir lástima hasta morir por haber existido”. “No puedo vivir, ni puedo morir y he fallado totalmente”. “Hubiera sido mejor que no naciera”. “Mi vida siempre ha sido una carga...Soy la persona más inferior del mundo...Soy sub-humano” o “Soy totalmente inútil. No puedo hacer nada. Nunca he hecho nada valioso”.

Delirios de crimen y castigo

El paciente cree que ha cometido un espantoso crimen por el que debe ser castigado y piensa que es un terrible pecador. Este delirio se da cuando la depresión es muy severa y el paciente experimenta incluso que está pronto a recibir un castigo severo, como la tortura o la horca. Otros pacientes pueden creer que estar hospitalizados es estar en la cárcel pagando una sentencia. Algunos pacientes pueden quejarse gritando de que “Dios no les deja en paz y de porqué les ha escogido para ser castigados”. Otros incluso creen que son el mismo demonio.

Delirios nihilistas

Estos delirios se han asociado tradicionalmente a la depresión y un delirio típico de este tipo es el que dice “ya nada sirve, todo está perdido. El mundo está vacío. Todos murieron anoche”. Otros pacientes severamente deprimidos creen que ellos mismos están muertos.

La preocupación por los órganos es característica de estos delirios. Los pacientes se quejan de que les falta un órgano o de que les sacaron las vísceras y suelen decir: “Mi corazón, mi hígado y mis intestinos se han ido. No soy más que una cosa hueca”.

Delirios somáticos

El paciente cree que su cuerpo se está deteriorando, o que tiene una enfermedad incurable. Algunos piensan que el cuerpo se les está echando a perder. Los delirios somáticos suelen expresarse como sigue: "No puedo comer. Me sabe la boca horrible". "Mis intestinos están enfermos, no pueden digerir la comida." "No puedo pensar, mi cerebro está totalmente bloqueado." "Mis intestinos están bloqueados, la comida no puede pasar". Otros pueden decir que no han dormido para nada en seis meses.

Delirios de pobreza

Los delirios de pobreza suelen ser resultado de la sobre-preocupación del paciente deprimido por sus finanzas. Paradójicamente, pacientes que son muy ricos y se deprimen severamente comienzan a decir que toda su fortuna se ha ido y se angustian al pensar cómo alimentarán a sus hijos. En ocasiones comienzan a vestir harapos y a pedir limosna en la calle.

Alucinaciones

Algunos pacientes con depresión psicótica severa comúnmente reportan escuchar voces que los condenan o que les dictan no comer o dejar a su cónyuge. Otros dicen que ven y hablan con sus familiares muertos. Otros piensan que hablan con Dios, o hay esposas que ven a sus esposos muertos en un féretro. Otros dicen que ven personas cavando una tumba.

EXAMEN CLINICO

Cuando atendemos telefónicamente en SAPTEL a una persona que puede estar deprimida, nunca vamos a poder observar su aspecto físico, la expresión de su rostro, o la forma en que mira o sonríe. Sin embargo, es muy importante saber cómo luce físicamente una persona que se encuentra deprimida porque algún familiar o amigo puede comunicarse con nosotros y reportarnos dichos cambios en la apariencia del usuario.

Apariencia

Muchos casos de depresión pueden diagnosticarse a través de "escanear" visualmente al paciente. Una expresión triste y melancólica,

combinada con retardo o agitación, es prácticamente patognomónica de la depresión. Por otro lado, algunos pacientes pueden encubrir sus sentimientos desagradables con una cara sonriente (la llamada depresión sonriente) y estos pueden requerir de una cuidadosa exploración mediante la entrevista para hacer que surja la verdadera amargura de la expresión facial.

Las caras de los pacientes deprimidos muestran expresiones características asociadas con la tristeza. Las comisuras de la boca están hacia abajo, el seño está fruncido, las líneas y arrugas se hacen más profundas, y los ojos están enrojecidos de tanto llorar. Los clínicos usan las palabras: Sombrío, triste, pesimista, desanimado sin sonrisa, solemne y cansadamente resignado.

En casos severos de depresión, la expresión pesimista parece congelada. Algunos pacientes pueden sonreír de repente si se logra que desvíen la atención de sus sentimientos por unos segundos. Sonrisas genuinas se pueden despertar a veces en pacientes severamente deprimidos, pero estas son transitorias. Algunas sonrisas son forzadas y sociales e impresionan como patéticas. La tan llamada "sonrisa triste" que indica la ausencia de regocijo auténtico, puede reconocerse con facilidad y generalmente se da cuando le comentamos algo chistoso al paciente y este trata de ser agradable y dar a entender que intelectualmente reconoce la broma, pero que no es capaz de sentir la respuesta emocional del humor ante lo gracioso.

Retardo

El signo más notable en una depresión retardada es la reducción en la actividad espontánea. El paciente tiende a permanecer en una sola posición por más tiempo del normal. Usa el mínimo de gestos. Sus movimientos son lentos y pesados, como si algo jalara su cuerpo hacia abajo. La persona camina lento, encorvada y con pasos cortos e inseguros.

La siguiente información para el examen clínico sí puede ser obtenida de manera directa vía telefónica:

El discurso del paciente decrece en espontaneidad y riqueza. No inicia conversaciones ni voluntariamente expresa cosas, y cuando se le hacen preguntas responde con muy pocas palabras. Cuando se están tratando temas que resultan dolorosos para él o ella, entra en una especie de mutismo, el tono de voz se vuelve lento y monótono.

Entre más retardado esté un paciente, es probable que empiece frases y no las termine. Si llega a preguntar algo, lo hace murmurando o acaso gruñendo y quejándose. En los casos más severos los pacientes no dicen una sola palabra. Es complicado distinguir cuándo esa escasez en el discurso del depresivo se trata en realidad de un esquizofrénico paranoide que no habla espontáneamente por ningún motivo, ya que en ambos casos existen pausas, duda excesiva, evasión, interrupciones

y brevedad. En este sentido, el diagnóstico deberá basarse en otras observaciones como las del contenido del discurso y la conducta.

En casos de depresión severa, el paciente puede manifestar signos de estupor o semi-estupor. Si se le deja solo puede permanecer prácticamente inmóvil estando parado, sentado o acostado, aunque rarísima vez presenta flexibilidad cérica, como en estados catatónicos o de obnubilación de la conciencia.

Los pacientes varían en cuanto al grado en el cual responden a la estimulación. Algunos logran responder ante los esfuerzos colosales del examinador, otros están como inconscientes y algunos, cuando salen de la depresión severa, reportan haber sentido el deseo de expresar sentimientos y pensamientos durante la examinación, pero se sentían incapaces de hacerlo.

En casos extremos, el paciente no come ni bebe, aunque necesite hacerlo. La comida que se pone en sus bocas a veces permanece ahí hasta que se la quitan y es cuando se hace necesaria la nutrición vía intravenosa para preservar la vida. A veces el paciente no tiene movimiento intestinal y se tiene que remover las heces con los dedos o con enemas. La saliva se acumula en sus bocas y comienzan a babear. Otras veces no parpadean con frecuencia y se les forman úlceras en las córneas.

El afecto depresivo y la inhibición de la acción son típicos de la depresión retardada.

Agitación

La característica clave de los pacientes agitados es la actividad descuidada "sin ton ni son". No pueden estar quietos sentados y constantemente se están moviendo. Comunican un sentido de inquietud y perturbación con sus manos o pañuelo empapados de sudor, se jalan sus ropas, se pellizcan la piel y se retuercen los dedos de las manos. A veces suelen frotarse constantemente el cuero cabelludo u otras partes del cuerpo hasta que se producen una lesión en la piel.

Hay pacientes que se levantan de la silla varias veces durante la entrevista y caminan presurosos. Por la noche, pueden levantarse varias veces de la cama y caminar sin descanso de ida y regreso. Es muy difícil para ellos concentrarse en actividades constructivas, así como permanecer quietos. Su agitación es también manifiesta por frecuentes lamentos y refunfuños. Estos pacientes suelen acosar a otros pacientes, o al personal del hospital haciéndoles peticiones o preguntándoles cosas para estar más tranquilos.

Las emociones arrebatadoras y la angustia son congruentes con los pensamientos del paciente que se queja de la siguiente forma: "¿Por qué lo hice? Oh! Dios, qué va a ser de mí. Por favor ten piedad de mí". El paciente piensa que será descuartizado o enterrado vivo. Estos pacientes suelen lamentarse diciendo: "Me he quedado sin entrañas,

no puedo tolerar este dolor. Ya no tengo casa y mi familia se ha ido, sólo quiero morir, ¡por favor déjenme morir!”.

El contenido del pensamiento del paciente retardado parece girar en torno a una resignación pasiva ante “su destino”. El paciente agitado, por otra parte, no puede aceptar o tolerar la tortura de sus premoniciones. La conducta agitada parece representar intentos desesperados de salir de su incapacitante situación.

Una vez conociendo esta amplia clasificación de síntomas objetivo en la depresión, el terapeuta (en colaboración con el paciente) determina por cuáles de ellos se ha de comenzar, basándose en los siguientes factores:

- a. ¿Cuáles son los más problemáticos para el paciente?
- b. ¿Cuáles son los más susceptibles de intervención terapéutica?

Las técnicas específicas a aplicar pueden clasificarse en:

- a) Predominantemente conductuales, que generalmente consisten en estimular al paciente a realizar determinadas actividades o proyectos que servirán para aliviar sus sufrimientos, a la vez que influirán positivamente en otros síntomas.
- b) Predominantemente cognitivas—que se centran en los pensamientos.

Cuando estamos ante una depresión más leve, la terapia suele centrarse en los problemas externos que tengan que ver con el comienzo o el mantenimiento de la depresión, como por ejemplo, los problemas que resultan de tensiones o dificultades en la casa, en la escuela o el trabajo y que suelen tener un componente de pérdida, ya sea de una relación amistosa, el fracaso en la consecución de determinado objetivo, o la privación de alguna actividad agradable.

Así, terapeuta y paciente trabajarán juntos para que éste último tome una decisión relativa a un problema que está manteniendo la depresión.

Discutirán técnicas especiales que le ayuden a hacer frente a las dificultades que se le presenten, considerarán modos de aliviar la tensión o las demandas del ambiente.

El método de centrarse en los problemas externos también se emplea en los casos de depresiones profundas una vez se han suavizado los síntomas del paciente. **El terapeuta no debe olvidar que los problemas situacionales suelen agravar la depresión y que esta última suele agravar los primeros. Si esta interacción recíproca puede modificarse aliviará tanto las presiones externas, como los síntomas depresivos.**

Contrarrestar los síntomas objetivo

En el enfoque cognitivo, el terapeuta intenta delimitar la configuración de los problemas cognitivos que contribuyen a mantener y agravar los síntomas depresivos anteriormente mencionados. **El paradigma más importante de este enfoque y la evidencia experimental que lo apoya—expuestos anteriormente—explica cómo la resolución de los problemas conceptuales produce la mejoría de los síntomas.** Durante la terapia cognitiva de la depresión, el terapeuta deberá centrarse en identificar y corregir las distorsiones, deficiencias, o alteraciones cognitivas específicas responsables de los síntomas del paciente.

Para ilustrar claramente la idea anterior diremos que, si por ejemplo, el paciente se siente triste, lo más seguro es que existan problemas focales que le hagan interpretar distintas situaciones o estímulos internos como representación de una pérdida, de una privación, etc. y que, además, le hagan creer que su situación va a ser peor conforme transcurra el tiempo.

Si el "síntoma objetivo" es la tendencia al suicidio se buscará en el paciente un deseo de escape de una vida que él o ella interpretan como "intolerable", Una exageración de los problemas reales, una subestimación de las propias capacidades y destrezas para mantenerse funcional en la vida, una incapacidad para ver las opciones potencialmente efectivas para resolver los problemas y una intolerancia a la disforia, o incapacidad para esperar hasta que el problema se resuelva.

Si la dificultad principal del paciente es la falta de concentración y que se le olvidan las cosas, se le pueden programar una serie progresiva de tareas cognitivas que le ayuden a incrementar su período de concentración en algo relevante. Por lo general esa falta de concentración y distractibilidad se deben a la intromisión de cogniciones depresivas y por lo tanto la estrategia terapéutica consistirá en aplicar técnicas para "sitiar" esas cogniciones, hacer prácticas de concentración y distracción, tiempo fuera, etc.

Si los síntomas principales de un paciente son la pasividad y la lentitud, pueden aplicarse tareas conductuales como la Asignación de Tareas Graduales. Cuando el síntoma principal del paciente es que no obtiene gratificación de actividades que antes le resultaban agradables, puede diseñarse un programa de actividades potencialmente agradables. Con esta estrategia se busca que el paciente se haga más "conciente cognitivamente" de las situaciones potencialmente satisfactorias y, al mismo tiempo se haga más conciente de los sentimientos de agrado, o que recuerde situaciones agradables y se despierte nuevamente en él esta sensación de gusto por la vida.

Cuando el problema principal radica en el deterioro funcional de la capacidad para realizar actividades que eran habituales como las tareas de casa, las de la escuela o el trabajo, así como mantenerse aseado y adecuadamente arreglado también puede emplearse la Asignación de Tareas Graduales.

Énfasis en el procesamiento de información inadecuado

Ciertos aspectos indican que los problemas cognitivos del paciente están interrelacionados con un procesamiento inadecuado de la información.

Al presentar una visión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo exterior, el paciente tiene un sesgo en la interpretación de sus experiencias, unas expectativas negativas hacia los resultados de cualquier actividad que emprenda, y una gran proporción de auto-crítica. Una vez el paciente está sumergido en esta corriente de distorsiones cognitivas, tiñendo todas sus experiencias con un sentido de pérdida; percibiéndose feo, enfermo, pobre, malo, incompetente, fracasado, etc., e interpretando los problemas externos como abrumadores e irresolubles, está prácticamente en el camino para desarrollar un cuadro depresivo importante.

*Por consiguiente, el terapeuta debe centrarse en los **problemas de lógica que dan lugar a la matriz de pensamientos negativos del paciente**. Como ya se ha mencionado al principio de esta tesis, la "alteración del pensamiento" que muestran los depresivos incluye características como la sobregeneralización, la abstracción selectiva, el olvido de la información positiva ("visión de túnel"), la inferencia arbitraria, etc. También tiende a pensar en términos absolutos o en blanco y negro y a personalizar excesivamente los acontecimientos, y manifiesta una fuerte inclinación a emitir continuos juicios de valor en términos moralistas (inútil, tonto, perezoso, irresponsable, odioso, etc.) relacionados consigo mismo. Más aún, se auto-castiga por sus supuestas deficiencias morales.

Feedback en la entrevista inicial

El feedback en la primera sesión con el paciente es un elemento primordial. No sólo consistirá en la observación de las respuestas emocionales manifestadas por el paciente durante la entrevista, sino también en lo que éste diga directamente acerca de sus reacciones ante el terapeuta y la terapia.

El feedback recíproco es importante para saber si (a) el terapeuta entiende el problema del paciente y (b) si el paciente comprende lo que el terapeuta le dice. El feedback puede obtenerse por diversos caminos.

1. Resumiendo lo que el paciente ha expuesto y entresacando los problemas principales. Por ejemplo, en el primer tercio de la

entrevista inicial, el terapeuta puede resumir el problema del paciente como sigue:

Bien, resumiendo los distintos problemas que parecen afectarle, encontramos tres áreas principales. En primer lugar, usted está disgustada por los problemas que tiene en su oficina con algunos compañeros de trabajo y se siente impotente y frustrada porque no puede mostrarse asertiva y parar los abusos por temor a que la despidan, a pesar de que una actitud más activa podría beneficiarle. La segunda área está relacionada con su novio. Usted está preocupada porque llevan 8 años de relación y él parece no querer que vivan juntos o que se casen y cada vez que usted intenta hablarle sobre ésta situación él le dice que no le gusta que lo presione y amenaza con dejarla. También se preocupa porque teme que si usted le pone un límite para que establezcan algo más serio él acabe por irse con otra mujer y usted piensa que no podría tolerar eso.... **¿Voy bien hasta ahora?...Muy bien...**El tercer problema es que está disgustada con usted misma porque ya no tiene ganas de arreglarse como antes y ha bajado mucho de peso y casi ya no tiene curvas femeninas. **¿Están representados aquí todos los problemas?**

De esta manera el paciente tiene la oportunidad de modificar o añadir algo al resumen del terapeuta. **Si el resumen es correcto, el paciente se sentirá satisfecho y contento de que le comprendan, al tiempo de que se dará cuenta de que sus problemas, aparentemente sin solución, pueden reducirse a cuestiones sobre las que es posible trabajar. Por el contrario, si el resumen no se ajusta a la realidad, el terapeuta, con ayuda del paciente, puede rectificar, con lo cual nunca se formará una idea equivocada sobre los problemas de éste último.**

2. Para estar seguros de que el paciente "ha sintonizado" con el resumen, el terapeuta puede pedirle que destaque los aspectos más importantes. El terapeuta puede preguntar al paciente cómo percibe su análisis de los problemas y éste seguramente le responderá de esta forma:

Veo que he pasado mucho tiempo sintiendo rabia por lo que me hacen algunos de mis compañeros de trabajo y no me he puesto a pensar cómo resolver el problema sin que yo salga dañada. Lo que debería hacer es comenzar a poner límites a estas personas y después hablar constructivamente de estos problemas con mi jefe, con el cual hasta ahora llevo una relación de trabajo positiva y respetuosa...Creo que usted me está pidiendo también que le ponga un límite y encare de una vez por todas a mi novio y averigüe si vamos a casarnos, o que yo sea capaz de decidir dejarlo para buscar a alguien más a quien sí le interese, como a mí, el compromiso y formar una familia... aunque me sea muy doloroso y ahora que aún estoy a tiempo. Mientras tanto debo salir de mi depresión y cuidar de mi alimentación, relajarme más, hacer ejercicio para volver a sentir hambre y sueño y sentirme con fuerzas para cuando llegue el momento de comenzar a definir mi relación de pareja y mi vida en el futuro.

Este resumen muestra no sólo que la paciente acepta el análisis que el terapeuta ha hecho de sus problemas, sino también que es capaz de elaborar soluciones constructivas para los mismos.

3. En el tercer tipo de feedback, el terapeuta intenta detectar las posibles reacciones encubiertas hacia la terapia por parte del paciente. Si observa algún signo de "pasividad", **es conveniente que le pregunte al paciente qué está pensando. En cualquier caso y como regla general, el terapeuta debe darse un tiempo**

para explorar las reacciones del paciente antes de terminar cada sesión, con el objeto de prevenir reacciones demoradas que puedan entorpecer el proceso terapéutico. Las preguntas pueden ser las siguientes: "de esta sesión ¿hay algo que he dicho que le haya molestado?" "¿necesita más información sobre algún punto en particular?" "¿cree que hemos olvidado hablar sobre algo importante?" Los fallos en la comunicación son inevitables y cuando el paciente se encuentra atravesando por una crisis, y tiende a malinterpretar con mayor frecuencia lo que le dicen los demás, es de gran importancia detectarlos y corregirlos.

4. Lo mismo debe ocurrir cuando le asignamos al paciente una tarea para casa. El terapeuta debe preguntar al paciente: "¿qué piensa de esa tarea?", "¿cree que es algo que puede hacer o le parece excesivo?"
5. Finalmente, también es muy importante que durante la primera parte de cada sesión el terapeuta le pida al paciente feedback sobre sus reacciones durante la sesión anterior. No es tan necesario explorar las reacciones positivas como descubrir las negativas.

Un resumen de los requisitos para ser un terapeuta efectivo de pacientes deprimidos es el siguiente:

1. El terapeuta deberá tener conocimientos sólidos de psicopatología y diagnóstico.
2. Las entrevistas deben ser planeadas para desarrollar **rappport y acuerdo en cuanto a los objetivos y métodos de tratamiento. También para lograr colaboración del paciente para definir y "resolver" los problemas.** El terapeuta debe ser experto en iniciar y dirigir diálogos que proporcionen feedback a él y al paciente sobre la comprensión y entendimiento mutuos, los retrocesos de la terapia, el avance hacia la consecución de los objetivos, etc.
3. El terapeuta debe poner en práctica procedimientos técnicos para lograr una mejoría en los síntomas de sus pacientes ya desde la primera sesión, y que puedan llevarse a cabo en las sesiones subsecuentes. La asignación de tareas para casa o los registros de pensamientos y emociones diarios, así como la biblioterapia suelen ser motivantes, **ya que la mejor manera de hacer que el paciente desee trabajar sobre sus problemas es conseguir una reducción de sus síntomas.** Por lo tanto, es preferible la "educación" o "reeducación" para vivir la vida con salud mental, que las promesas verbales de mejoría.

4. Dentro de los límites de tiempo arbitrarios de cada sesión, el terapeuta debe trabajar para lograr los siguientes objetivos técnicos concomitantes:
 - a) Establecer el diagnóstico.
 - b) Evaluar el grado de patología.
 - c) Estimar los recursos de que dispone el paciente para la terapia y el sistema social en que se desenvuelve.
 - d) Obtener una base de datos sólida sobre la cual formular los problemas del paciente. Esto implica elaborar una jerarquía de hipótesis y someterlas a comprobación.
 - e) Improvisar y poner a prueba distintas estrategias de tratamiento, siempre teniendo en cuenta la fase en que se encuentre la terapia.

5. Emplear el tiempo de la mejor manera posible, aunque esto signifique que a veces se interrumpirá al paciente cuando comience a divagar, para hacer que vuelva a centrarse en el problema.

SECCIÓN VII

EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA DEPRESIÓN DEL PACIENTE

1. El uso por teléfono del Inventario de Depresión de Aaron T. Beck

Una vez se ha establecido que un usuario de SAPTEL puede recibir terapia cognitiva de la depresión por teléfono es muy importante que, una sesión antes del inicio de su tratamiento, se le haga llegar, vía correo electrónico o vía fax, un ejemplar del manual **Coping with Depression** (Beck y Greenberg, 1974), cuya lectura le prepara para entender el fenómeno depresivo desde el punto de vista de la Terapia Cognitiva y en qué consistirá el tratamiento para salir de esta enfermedad.

Desde la primera sesión de tratamiento de la depresión vía telefónica, hasta la última, es muy importante que el terapeuta administre al paciente el **Inventario de Depresión de Aaron Beck** (Beck et al., 1983). Esta acción es imprescindible para establecer las pautas de tratamiento para ese paciente en particular. La administración de este Instrumento se sugiere por vía correo electrónico, por fax, o telefónicamente.

A continuación se expone la manera en que el terapeuta solicitará al paciente responder a las preguntas del Inventario (BDI), el cual se encuentra en Beck, 1983. Algunas modificaciones muy sutiles en los reactivos, que son resultado de la traducción no literal al castellano, se han realizado en este inventario que se encuentra en la sección de Apéndices de esta tesis.

1. Este es un instrumento que nos permitirá conocer en que grado se encuentra usted deprimida. Por favor lea (o escuche cuidadosamente) cada una de las **afirmaciones o enunciados** que contiene.
2. Cuando usted lea (o escuche) cada afirmación encierre en un círculo (o dígame) el número de aquella que describe mejor lo que ha sentido durante la **ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY**.
3. Si dentro de un mismo grupo de afirmaciones hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela (o dígamela) también.
4. **Asegúrese de haber leído (o escuchado) bien todas las afirmaciones antes de hacer su elección.**

El **Inventario de depresión de Aaron Beck** puede ser administrado fácilmente vía telefónica, ya que es un instrumento claro y fácil de entender por el lenguaje que utiliza.

Algunos reactivos como el # 14 que indaga acerca de la percepción que la paciente o el paciente tiene de su aspecto, requerirán que el terapeuta haga más preguntas que clarifiquen la respuesta, ya que vía telefónica no es posible observar la apariencia de la persona y por lo tanto no se puede corroborar la consistencia o no de ésta con la forma en que se auto-percibe.

En el reactivo # 19 referente a la pérdida de peso, es importante precisar con el paciente si a partir de la depresión la pérdida de peso es tan considerable que su ropa ya no le queda y tiene que hacerle ajustes para poder usarla.

Nota para el terapeuta: Para obtener el Instrumento consulte la sección de apéndices.

2. El uso por teléfono de la Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton (www.grupoaulamedica.com)

La Escala de Hamilton para la Depresión HDRS (por sus siglas en inglés) es el instrumento clásico para evaluar la depresión en el ámbito psiquiátrico y uno de los más utilizados en la investigación farmacológica.

Se centra básicamente en los componentes somáticos y comportamentales de la depresión.

No es una escala diagnóstica, por lo que su uso debe ser posterior al diagnóstico de depresión realizado por un terapeuta entrenado (por ello se completa después de Inventario de depresión de Beck). Ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno y **también puede ser utilizada para evaluar la efectividad del tratamiento.**

La versión original fue realizada por Hamilton en 1960, y está formada por 21 ítems. Esta escala fue reducida posteriormente en 1967 por el mismo autor a 17 ítems, aunque la más utilizada sigue siendo la de 21.

Instrucciones para su administración:

- Es una escala heteroaplicada por un clínico tras una entrevista.
- La prueba que formará parte de este manual consta de 17 ítems.
- Algunos de los ítems se valoran de 0 a 2 y otros de 0 a 4 puntos. La tarea del terapeuta consistirá en elegir, para cada ítem, la puntuación que mejor define las características del paciente.
- El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 52 puntos.

- Una puntuación igual o superior a **25** corresponde a una **depresión grave**.
 - Una puntuación entre **7 y 17** corresponde a una **depresión moderada**.
 - Valores inferiores son indicativos de la **ausencia o remisión del trastorno**.
- **La escala de Hamilton puede ser completada por el terapeuta de SAPTEL a mitad del tratamiento, es decir, en la sesión 11 para evaluar el progreso del paciente. O bien, puede ser una excelente guía para que se oriente en cuanto a qué síntomas se debe enfocar a la hora de entrevistar a sus pacientes ya que la escala abarca de manera sistemática y ordenada toda la sintomatología del trastorno depresivo.**

Aquellos reactivos difíciles de evaluar por teléfono como el #9, referente a la presencia o no de agitación psicomotora, se evaluarán con indicadores verbales del paciente como cuando dice que no puede estar quieto durante esa sesión, y/o cuando se escuchan constantes ruidos que indican que está inquieto. El reactivo #16 referente a la pérdida de peso deberá complementarse con otras preguntas que permitan asegurarse de que el paciente ha perdido peso considerablemente a consecuencia de la depresión.

En términos generales, este instrumento es muy similar a la valoración clínica que se hace del usuario de SAPTEL en la historia clínica codificada. Sin embargo, la relevancia de usar la escala de evaluación de la depresión de Hamilton es que se enfoca a ese padecimiento y al grado en que el paciente lo presenta.

- En esta escala puede recabarse información adicional de personas allegadas al paciente.

Existe una Escala Modificada de Hamilton para la Evaluación de la depresión (MHRSD) la cual es una guía de preguntas que el terapeuta puede formular al paciente para llenar con mayor precisión el instrumento. www.entomologia.rediris.es

SECCIÓN VIII

TÉCNICAS CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN

La modificación cognitiva a través de la modificación conductual

Como se ha revisado en secciones anteriores, un paciente sentirá que el tratamiento le está sirviendo y desarrollará adherencia terapéutica sólo si desde la primera sesión experimenta mejora de sus síntomas, sobre todo de aquellos como la sensación de apatía, la inacción y la desesperanza.

Los discursos y las promesas de mejoría desanimarán aún más al paciente y perjudicarán la alianza terapéutica tan importante para el tratamiento. Por ello se hace imprescindible que el terapeuta al teléfono conozca y maneje una serie de técnicas (en esta sección las conductuales) para que pueda aplicarlas en beneficio de sus pacientes desde la primera sesión de tratamiento.

- A continuación se expondrán las técnicas más importantes que se utilizan en la terapia cognitiva de la depresión:

Programación de actividades para superar la inactividad física y social

Cuando el terapeuta trabaja con el modelo cognitivo formulará un método terapéutico de acuerdo a las necesidades específicas de su paciente en un momento dado. Lo anterior le permite estar realizando una terapia cognitiva y aplicar al mismo tiempo técnicas predominantemente conductuales o abreactivas (liberación o descarga de las emociones).

Si el paciente de SAPTEL se encuentra en un estado de inacción, se hace necesario que el terapeuta reestablezca el nivel de funcionamiento del paciente previo a la depresión. **Esto lo hará manteniendo ocupados su atención y su interés para inducirle a que contrarreste su huida y se dedique a actividades más constructivas y rompa su creencia y la de sus allegados de que ya es incapaz de realizar las funciones que se esperan de él como estudiante, trabajador, ama de casa, esposa, padre, etc.**

El paciente depresivo grave se ve atrapado en un círculo vicioso: SU BAJO NIVEL DE ACTIVIDAD HACE QUE SE CONSIDERE A SI MISMO COMO UN INUTIL. A SU VEZ, ESA ETIQUETA LE PRODUCE DESILUSIÓN Y, EN EL ÚLTIMO EXTREMO, LE LLEVA A UN ESTADO DE INMOVILIDAD. El paciente encuentra difícil realizar funciones intelectuales (razonamientos y planificación de actividades motoras—incluso caminar y hablar), así como actividades complejas que exijan entrenamiento y/o habilidades especializadas. ESTAS FORMAS DE CONDUCTA SON, POR LO GENERAL, INSTRUMENTOS PARA CONSEGUIR SATISFACCION Y MANTENER LA PROPIA

AUTOESTIMA Y LA ESTIMA DE LOS DEMAS. Cuando el paciente, a consecuencia de la depresión ya no es capaz de llevar a cabo sus funciones debido a su escasa capacidad de concentración, a la fatigabilidad, etc. comenzará a experimentar insatisfacción y se reducirá su autoestima, lo cual es el punto de partida para el agravamiento y mantenimiento del trastorno depresivo.

En apartados anteriores de este trabajo se ha aclarado que la terapia cognitiva de la depresión por teléfono solo se sugerirá a pacientes con un grado de depresión leve o moderado, por lo tanto, las técnicas conductuales se usarán principalmente a nivel preventivo para que el paciente reconozca la importancia de poner en marcha estrategias para superar la inactividad y la apatía incipientes y así evitar el agravamiento de los sentimientos de futilidad, y desesperanza.

El papel del terapeuta es claro, mediante la modificación conductual ayudará al paciente a que se convenza a sí mismo de que sus cogniciones negativas sobre sí mismo son incorrectas y excesivamente generales (de que es débil, inepto o necio).

Una vez conseguidas algunas modificaciones en la conducta, el terapeuta puede demostrar al paciente que es capaz de funcionar como en épocas anteriores, sólo que el pesimismo le dificulta, e incluso le impide la movilización de los recursos necesarios. **De esta forma, el paciente llega a reconocer que el origen de su problema es un error cognitivo: Piensa incorrectamente que es un inepto, un inútil, que es débil...etc. y esas creencias influyen negativamente en su motivación y en su conducta.**

Las técnicas conductuales no sólo están dirigidas a lo que el paciente hace o a lo que ha dejado de hacer, en realidad las manifestaciones del paciente acerca de sus pensamientos y deseos son capitales para el éxito de la técnicas conductuales. **El objetivo último de estas técnicas es lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente que produzca una mejoría en su ejecución.**

Con las técnicas conductuales se llevan a cabo "experimentos" dirigidos a probar la validez de hipótesis o ideas del paciente acerca de sí mismo. **Cuando las ideas negativas se ven desechadas o refutadas por estos "experimentos", el paciente comienza a dudar de que sean validos y se siente motivado para emprender actividades de mayor dificultad y así romper el círculo vicioso de la depresión.**

En el proceder del terapeuta es muy importante un enfoque integral que contemple la aplicación de técnicas conductuales que incluyan siempre la información referente a las actitudes, creencias y pensamientos del paciente (cogniciones). Para el terapeuta cognitivo, la modificación de la conducta es un medio para llegar a un fin, que es, la modificación cognitiva. Por mucho que el terapeuta estimule al

paciente a ser más activo, el pesimismo, la visión negativa de sí mismo y la tendencia al suicidio, permanecerán inalterables. Las cogniciones sesgadas en una dirección negativa no cambian necesariamente a raíz de una modificación de la conducta. **Más bien lo que ocurre es que la modificación conductual permite la identificación de las cogniciones negativas.** La modificación de conducta es importante en cuanto que le proporciona al paciente oportunidades de evaluar empíricamente sus ideas de inadecuación e incompetencia.

Ninguna técnica conductual debería ignorar o restar importancia al sistema de creencias del paciente porque el esfuerzo sería infructuoso y, algunas veces, hasta contraproducente.

Programación de actividades

La prescripción de actividades determinadas se basa en la observación clínica de que a los pacientes depresivos les resulta difícil realizar las tareas que anteriormente les costaban un esfuerzo relativamente pequeño. Tienden a evitar tareas complejas y cuando abordan actividades dirigidas a un objetivo, tienden a maximizar las dificultades y a minimizar su capacidad para superarlas. Esto es debido a que se perciben a sí mismos como tontos, inútiles o débiles.

El empleo de programas de actividades sirve para contrarrestar la escasa motivación del paciente, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas. Por ello, la técnica de planificar su tiempo hora tras hora lo mantendrá ocupado e impedirá que regrese a su estado de inmovilidad. Además, el hecho de centrarse en tareas dirigidas a un objetivo, proporciona al paciente y al terapeuta datos concretos en los que basar las evaluaciones realistas sobre la capacidad funcional del primero.

Cuando el terapeuta vaya a aplicar las técnicas conductuales deberá explicar al paciente el fundamento teórico de las mismas. A veces, éste se da cuenta que la inactividad intensifica e incrementa sus sentimientos y pensamientos negativos y trae consigo mayor disforia. El terapeuta preguntará al paciente si quiere participar en un "experimento" que consiste en probar si la actividad hace que disminuyan sus preocupaciones y mejore su ánimo.

- **Terapeuta y paciente determinan actividades específicas, y el paciente se compromete a registrar sus pensamientos y sentimientos mientras está realizando cada tarea.** En los casos en los que el paciente se niegue rotundamente a participar, se le pregunta: "¿Qué pierde con intentarlo?".
- El terapeuta puede sugerir actividades, o pedir que el paciente registre las que ya realiza al momento del experimento y con esta

información se diseñará una jerarquía de tareas graduales para el programa diario.

- Es muy común que el paciente deprimido sienta que todas sus actividades son un sinsentido y que haciéndolas no llega a ninguna parte. Por ello, al programar sus actividades diarias **junto con el terapeuta** disminuye y elimina gradualmente esa percepción y poco a poco será capaz, incluso, de trazarse metas con sentido a través de la realización diaria de actividades.
- Es importante solicitar al paciente que registre las actividades que hizo y las contraste con las que estaban programadas para ese día, de ese modo obtendrá retroalimentación necesaria sobre sus logros. **Este registro de hecho proporciona un indicador de las autoevaluaciones de dominio y agrado al conseguir el objetivo.**

A continuación se proporcionará una muestra de cómo se puede diseñar un programa de actividades:

PROGRAMA SEMANAL DE ACTIVIDADES

Nota: Evalúe las actividades en dos dimensiones: Anote D para Dominio y A para Agrado

	L	Ma	Mi	J	V	S	D
6- 9	Atender y llevar niños a escuela	Atender y llevar niños a escuela	Atender y llevar niños a escuela	Atender y llevar niños a escuela	Atender y llevar niños a escuela	8:00 Desayunar con los niños	7:30 Arreglarme para salir
9-10	Desayunar	Desayunar	Desayunar	Desayunar	Desayunar	Visitar abuelos	Desayunar fuera.
10-11	Limpiar casa	Banco y mandados	limpiar casa	Cita con Doctor	Limpiar casa		Hacer la compra.
11-12	Limpiar casa	Limpiar casa	Limpiar casa	Limpiar casa	Hacer la compra		Nadar
12-1	Cocinar	Cocinar	Cocinar	Cocinar	Cocinar		Nadar
1-2	Poner la mesa	Poner la mesa	Poner la mesa	Poner la mesa	Poner la mesa		Jugar con los niños
2-3	Recoger niños	Recoger niños	Recoger niños	Recoger niños	Recoger niños		Comer fuera
3-4	Comer	Comer	Comer	Comer	Comer		Lavar ropa
4-5	Ver TV	Ver TV	Ver TV	Ver TV	Ver TV		Lavar ropa
5-6	Supervisar tareas	Supervisar tareas	Supervisar tareas	Supervisar tareas	Supervisar tareas		Lavar ropa
6-7	Supervisar tareas	Supervisar tareas	Supervisar tareas	Supervisar tareas	Supervisar tareas		Lavar ropa
7-8	Caminar	Caminar	Caminar	Caminar	Caminar	Regresar a casa	Acomodar ropa
8-9	Hacer la cena	Hacer la cena	Hacer la cena	Hacer la cena	Hacer la cena		Acostar niños
9-11	Estudiar y dormir	Estudiar y dormir	Estudiar y dormir	Estudiar y dormir	Estudiar y dormir	Estar con mi marido	Estar con mi marido

PROGRAMA SEMANAL DE ACTIVIDADES

Nota: Evalúe las actividades en dos dimensiones: Anote D para Dominio y A para Agrado

	L	Ma	Mi	J	V	S	D
6- 9	Atender y llevar niños a escuela D3 A1	Atender y llevar niños a escuela	Atender y llevar niños a escuela	Atender y llevar niños a escuela	Atender y llevar niños a escuela	8:00 Desayunar con los niños D3 A3	7:30 Arreglarme para salir D3 A0
9-10	Desayunar D2 A1	Desayunar	Desayunar	Desayunar	Me quedé en la cama	Visitar abuelos D3 A4	Desayunar fuera. D3 A3
10-11	Limpiar casa D4 A0	Banco y mandados D4 A2	Limpiar casa	Cita con Doctor D2 A1	Me quedé en la cama		Hacer la compra. D4 A2
11-12	Limpiar casa	Limpiar casa	Limpiar casa	Limpiar casa	Me quedé en la cama		Nadar D3 A3
12-1	Cocinar D3 A1	Cocinar	Cocinar	Cocinar	Cocinar		Nadar
1-2	Poner la mesa D3 A3	Poner la mesa	Poner la mesa	Poner la mesa	Poner la mesa		Jugar con los niños D2 A1
2-3	Recoger niños D4 A2	Recoger niños	Recoger niños	Recoger niños	Recoger niños		Comer fuera D3 A3
3-4	Comer D3 A1	Comer	Comer	Ver TV	Comer		Lavar ropa D4 A2
4-5	Ver TV D0 A0	Ver TV	Ver TV	Ver TV	Ver TV		Lavar ropa
5-6	Supervisar tareas D3 A1	Supervisar tareas	Supervisar tareas	Ver TV	Ver TV		Lavar ropa
6-7	Supervisar tareas	Supervisar tareas	Supervisar tareas	Ver TV	Ver TV		Lavar ropa
7-8	Caminar D3 A3	Ver TV	Caminar D3 A3	Ver TV	Ver TV	Regresar a casa D3 A3	Acomodar ropa D4 A1
8-9	Hacer la cena D3 A3	Hacer la cena	Hacer la cena	Hacer la cena	Hacer la cena		Acostar niños D3 A1
9-11	Estudiar y me acosté D2 A2	Ver TV	Ver TV	Ver TV y dormir	Estudiar y me acosté	Estar con mi marido D0 A1	Estar con mi marido D0 A1

Puede que sea difícil lograr que el paciente se comprometa a seguir un programa de actividades. Ante la resistencia, el terapeuta explica el fundamento teórico de la técnica, elicitando sus objeciones y le propone elaborar un programa en plan de experimento.

- Se le explicará que **las personas funcionan mejor cuando tienen un programa de actividades a seguir.**
- **El terapeuta debe subrayar que el objetivo inmediato es el hecho de intentar cumplir el programa, más que ambicionar la mejoría de los síntomas:** La mejoría en el funcionamiento general suele aparecer antes que la mejoría subjetiva de los síntomas.
- Antes de aplicar un programa de actividades diarias, el terapeuta debe proporcionar al paciente los siguientes principios:
 1. **“Nadie es capaz de llevar a cabo todo lo que se planea; por lo tanto, no se preocupe si no consigue realizar todo lo que se ha propuesto”.**
 2. **“Cuando esté haciendo el programa, determine el tipo de actividad que va a emprender, no la cantidad de tarea que va a poder realizar. Lo que de hecho se hace depende muchas veces de factores externos que usted no puede prever, como las interrupciones, los fallos de electricidad o mecánicos, etc., así como de factores internos como la fatiga, el grado de concentración y la motivación. Por ejemplo, dice que le gustaría que su casa estuviera más limpia. Bien, programe las labores domésticas a una hora determinada del día, pongamos, de 10 a 11 de la mañana. El número de horas que necesita para limpiar toda la casa lo sabrá cuando haya cumplido el programa todos los días.**
 3. **“Aunque no tenga éxito, recuerde siempre que lo más importante es intentar llevar a cabo el programa porque el llevarlo a cabo nos dará información muy útil para establecer nuestro siguiente objetivo”.**
 4. **“Deje unos momentos al final de la tarde para hacer el programa del día siguiente y como siempre, anote la actividad propuesta para cada hora del día”.**

Estos principios explicados de manera sencilla y clara al paciente son muy importantes porque ayudan a contrarrestar las ideas negativas referentes a la programación de actividades.

- La programación de actividades sirve para estructurar el día y ofrece información para evaluar las actividades diarias del paciente. **A la hora de asignar las tareas, el terapeuta debe dejar muy claro que el propósito inicial del programa es observar, y no juzgar lo que el paciente hace cada día.**

La siguiente tabla se tomó del programa de actividades de una paciente con tratamiento cara a cara de 37 años: Se le pidió que evaluara en una escala de 0 a 5 el grado de Dominio (D) y de Agrado (A) asociado con cada actividad:

Lunes		Dominio	Agrado
6-7 a.m.	me desperté y preparé a mis hijos para la escuela	0	0
7-8 a.m.	los llevé a la escuela	0	0
8-8:30 a.m.	regresé a casa	0	0
8: 30- 10 a.m.	desayuné e hice la cocina.	0	0
10-12 a.m.	me acosté pero no pude dormir	0	0
12-1 p.m.	hice la comida	0	1
3 p.m.	recogí a los niños	0	2
3-4 p.m.	comimos	2	2
4-5 p.m.	supervisé tareas	0	0
5-6 p.m.	Estuve con mis amigas	0	3
6-7 p.m.	Hice de cenar	2	1

El registro diario de actividades sirve para poner a prueba la idea recurrente del paciente de que “no puede hacer nada”. Sin este programa diario de actividades el terapeuta carecería de elementos para refutar esa idea de una manera realista y constructiva.

El programa diario de actividades también induce al paciente a darse cuenta de cuales de sus actividades le proporcionan una mejoría, aunque sea leve, de los sentimientos depresivos.

En el caso anterior el terapeuta puede preguntar al paciente cosas como la siguiente: “Cuando estaba en la cama sin dormir, ¿se sentía mejor o peor que cuando se reunió con sus amigas?” En muchos casos, el paciente sorprendido se da cuenta de que las interacciones sociales le alivian. **Así, gracias al programa de actividades y a las posteriores preguntas del terapeuta, el paciente puede aprender que la depresión fluctúa en función de su conducta y de condiciones externas.** Las ideas del tipo de, “Todo me da lo mismo” o “Me siento igual de mal todos los días” pueden cambiarse por una visión más racional como: “A veces hago cosas que me alivian”. Incluso los pacientes depresivos graves parecen sentirse mejor cuando están realizando una actividad. Además, al evaluar el grado de satisfacción asociado con cada actividad, el paciente se “sensibiliza” hacia los sentimientos de satisfacción, aumentando a sí la posibilidad de que experimente y recuerde

sensaciones agradables. Estas experiencias contrarrestan su creencia de que es incapaz de experimentar satisfacción o agrado.

Si el paciente se dice incapaz de elaborar un programa diario de actividades el terapeuta le servirá de "Yo auxiliar" para fijar y establecer lo que hará cada hora del día, y durante la elaboración conjunta del programa se le pedirá que registre cualquier idea negativa que tenga lugar durante el diseño del programa y estas ideas deberán recibir el mismo tratamiento que cualquier otra cognición inadecuada.

Para aquellos pacientes que se quejan de fuerte indecisión e inercia, el programa de actividades es una pauta muy útil para tener planes de acción concretos y saber por dónde empezar.

Cuando el paciente presenta alguna sensación de desesperanza ante determinada tarea, cada uno de los problemas relacionados con esta tarea se especifica con claridad, se evalúa y es respondido. Finalmente se elabora un programa para ir cumpliendo paso a paso los distintos aspectos del objetivo, reconociendo que éste no se puede cumplir en un solo ensayo.

Técnicas de dominio y agrado

Algunos pacientes depresivos realizan ciertas actividades, pero obtienen niveles escasos de satisfacción y agrado. Esto puede deberse a: a) que el paciente pretende emprender actividades que no eran satisfactorias ni cuando no estaba deprimido, b) por el predominio de las cogniciones negativas, que anula toda posible sensación de agrado, o c) por la falta de atención a las sensaciones de agrado.

- El primer objetivo del terapeuta será investigar las razones del paciente para no realizar actividades agradables. Algunos pacientes piensan que por estar deprimidos y no tener logros ni progresos no merecen realizar nada agradable y es entonces cuando el terapeuta debe explicar que hacer actividades agradables ayudará a que mejore su estado de ánimo, aunque sea de manera temporal.
- El terapeuta proporcionará una lista de actividades agradables que refiere Aaron T. Beck en el libro en el que está basado esta tesis 'Terapia cognitiva de la depresión' (Beck, et al., 1983). La lista de actividades se llama 'Pleasant Events Schedule' (Escala de eventos placenteros) (MacPhillamy y Levinsohn, 1971) Esta lista está en inglés y contiene diversas actividades que podrían ser propuestas al paciente o bien agregar algunas otras para confeccionar una lista de las que serían potencialmente agradables. Dicha lista se proporciona a continuación tal y como se encontró en Internet a través del buscador Google:

PLEASANT EVENTS SCHEDULE

- | | | |
|--|--|---|
| 1. Acting | 2. Amusing people | 3. Asking for help or advice |
| 4. Attending a concert, opera, or ballet | 5. Beachcombing | 6. Being alone |
| 7. Being asked for help or advice | 8. Being at a family reunion or get-together | 9. Being at a fraternity or sorority |
| 10. Being at the beach | 11. Being at weddings, baptisms, etc. | 12. Being coached. |
| 13. Being complimented | 14. Being counseled | 15. Being downtown |
| 16. Being helped | 17. Being in a city | 18. Being in a fight |
| 19. Being in a sporty or expensive car | 20. Being in the country | 21. Being in the mountains |
| 22. Being invited out | 23. Being noticed as sexually attractive | 24. Being praised by people I admire |
| 25. Being relaxed | 26. Being told I am loved | 27. Being told I am needed |
| 28. Being with animals | 29. Being with friends | 30. Being with happy people |
| 31. Being with my children | 32. Being with my grandchildren | 33. Being with my husband or wife |
| 34. Being with my parents | 35. Being with my roommate | 36. Being with someone I love |
| 37. Bicycling | 38. Bird-watching | 39. Boating (canoeing, motor-boating, sailing) |
| 40. Borrowing something | 41. Bowling | 42. Brushing my teeth |
| 43. Budgeting my time | 44. Building or watching a fire | 45. Buying something for my family |
| 46. Buying things for myself | 47. Camping | 48. Canning, freezing, making preserves, etc. |
| 49. Caring for houseplants | 50. Cheering, rooting | 51. Coaching someone |
| 52. Collecting things | 53. Combing or brushing my hair | 54. Completing a difficult task |
| 55. Complimenting or praising someone | 56. Confessing or apologizing | 57. Cooking meals |
| 58. Counseling someone | 59. Dancing | 60. Dating, courting, etc. |
| 61. Defending or protecting someone | 62. Designing or drafting | 63. Discussing my children or grandchildren |
| 64. Discussing my hobby or special interest | 65. Doing "odd jobs" around the house | 66. Doing a job well |
| 67. Doing a project in my own way | 68. Doing art work (painting, sculpture, etc.) | 69. Doing craft work (pottery, beads, etc.) |
| 70. Doing experiments or other scientific work | 71. Doing favors for people | 72. Doing housework, laundry, cleaning |
| 73. Doing things with children | 74. Doing volunteer work, community service | 75. Dreaming at night |
| 76. Driving long distances | 77. Eating good meals | 78. Eating snacks |
| 79. Exploring (hiking, etc.) | 80. Expressing my love to someone | 81. Feeling the presence of God in my life |
| 82. Finishing a project or task | 83. Fishing | 84. Fixing machines (cars, motorcycles, etc.) |
| 85. Gardening, landscaping, or doing yard work | 86. Gathering natural objects (rocks, driftwood, etc.) | 87. Getting a job advancement (promoted, raise, or better position, etc.) |
| 88. Getting letters, cards, or notes | 89. Getting massages or backrubs | 90. Getting up early in the morning |
| 91. Giving a party or get-together | 92. Giving a speech or lecture | 93. Giving gifts |
| 94. Giving massages or backrubs | 95. Going on field trips, nature walks, etc. | 96. Going on outings (park, picnic, barbecue) |
| 97. Going to a "Drive-Thru" (Dairy Queen) | 98. Going to an amusement park, circus, zoo | 99. Going to a barber or beautician |
| 100. Going to a business meeting | 101. Going to a health club, sauna bath etc. | 102. Going to a museum or exhibit |
| 103. Going to a party | 104. Going to a play | 105. Going to a restaurant |
| 106. Going to a revival or crusade | 107. Going to a rock concert | 108. Going to a sports event |
| 109. Going to auctions, garage sales, etc. | 110. Going to banquets, luncheons, potlucks | 111. Going to church functions |
| 112. Going to lectures or hearing speakers | 113. Going to office parties or get-togethers | 114. Going to reunions or alumni meetings |
| 115. Going to school or government meetings | 116. Going to the library | 117. Going to the movies |
| 118. Having a frank and open conversation | 119. Having a lively talk | 120. Having an original idea |
| 121. Having coffee, tea, coke, etc. with friends | 122. Having daydreams | 123. Having family members or friends do something that makes me proud |
| 124. Having friends come to visit | 125. Having house guests | 126. Having lunch with friends or associates |

127. Having other sexual satisfactions
130. Having sexual relations
133. Hearing a good sermon
136. Hiking
139. Introducing people to each other
142. Kissing
145. Learning to do something new
148. Listening to the sounds of nature
151. Making a new friend
154. Making snacks
157. Meeting someone of the opposite sex
160. Planning trips or vacations
163. Playing basketball
166. Playing chess or checkers
169. Playing golf
172. Playing in a sporting competition
175. Playing party games
178. Playing soccer, hockey, lacrosse, etc.
181. Pleasing employers, teachers, etc.
184. Protesting social, political, or environmental conditions
187. Reading cartoons or comic books
190. Reading maps
193. Reading the newspaper
196. Receiving money
199. Repairing things
202. Riding in an airplane
205. Saying prayers
208. Seeing famous people
211. Seeing or smelling a flower or plant
214. Shaving
217. Singing to myself
220. Sleeping soundly at night
223. Snowmobiling or dune-buggy riding
226. Speaking a foreign language
229. Suffering for a good cause
232. Taking a nap
235. Taking tests when well prepared
238. Talking about politics or public affairs
241. Talking on the telephone
244. Teaching someone
247. Thinking about an interesting question
250. Thinking up or arranging a song or music
253. Using cologne, perfume, or aftershave
256. Visiting people who are sick or shut in
128. Having peace and quiet
131. Having someone agree with me
134. Hearing jokes
137. Horseback riding
140. Just sitting and thinking
143. Knitting, crocheting, embroidery, etc.
146. Listening to music
149. Loaning something
152. Making charitable donations
155. Meditating or doing yoga
158. Photography
161. Playing a musical instrument
164. Playing board games
167. Playing football
170. Playing handball, paddleball, squash, etc.
173. Playing in sand, a stream, the grass, etc.
176. Playing ping-pong
179. Playing tennis
182. Pleasing my parents
185. Putting on makeup, fixing my hair, etc.
188. Reading essays or technical, academic, or professional literature
191. Reading sacred works
194. Rearranging or redecorating a room
197. Remembering a departed friend or loved one, visiting the cemetery
200. Restoring antiques, furniture, etc.
203. Rock climbing or mountaineering
206. Seeing a fight
209. Seeing good things happen to people
212. Selling or trading something
215. Shopping
218. Sitting in the sun
221. Smiling at people
224. Solving a personal problem
227. Starting a new project
230. Swimming
233. Taking a shower
236. Talking about my job or school
239. Talking about sex
242. Talking to myself
245. Telling people what to do
248. Thinking about other people's problems
251. Traveling
254. Using my strength
257. Walking barefoot
129. Having people show interest in me
132. Having spare time
135. Helping someone
138. Improving my health (Dentist, diet, etc.)
141. Kicking leaves, sand, pebbles, etc.
144. Laughing
147. Listening to the radio
150. Looking at the stars or moon
153. Making food or crafts to sell or give away
156. Meeting someone new of the same sex
159. Planning or organizing something
162. Playing baseball or softball
165. Playing cards
168. Playing Frisbee or catch
171. Playing in a musical group
174. Playing lawn sports (badminton, croquet, shuffle-board, horseshoes, etc.)
177. Playing pool or billiards
180. Playing with pets
183. Preparing a new or special food
186. Reading a "How to Do It" book or article
189. Reading magazines
192. Reading stories, novels, poems, or plays
195. Receiving honors (civic, military, etc.)
198. Reminiscing, talking about old times
201. Riding a motorcycle
204. Running, jogging, or other field exercise
207. Seeing beautiful scenery
210. Seeing old friends
213. Sewing
216. Singing in a group
219. Sleeping late
222. Snow skiing
225. Solving a puzzle, crossword, etc.
228. Staying up late
231. Taking a bath
234. Taking a walk
237. Talking about philosophy or religion
240. Talking about sports
243. Talking with people on the job or in class
246. Thinking about a good future
249. Thinking about people I like
252. Traveling with a group
255. Visiting friends
258. Washing my hair

259.Watching attractive women or men	260.Watching people	261.Watching the sky, clouds, or a storm
262.Watching TV	263.Watching wild animals	264.Water skiing, surfing, scuba diving
265.Wearing clean clothes	266.Wearing expensive or formal clothes	267.Wearing informal clothes
268.Wearing new clothes	269.Winning a bet	270.Winning a competition
271.Woodworking, carpentry	272.Working in politics	273.Working on my finances
274.Working on my job	275.Working with others as a team	276.Writing in a diary
277.Writing letters, cards, or notes	278.Writing papers, essays, reports, etc.	279.Writing short stories, poetry, or plays

Una tarea que puede asignarse al paciente haciendo uso de esta lista es que lleve a cabo todos los días determinada actividad agradable durante un periodo de tiempo controlado y pedirle que anote todos sus cambios de humor o de estado de ánimo, así como la posible reducción de los sentimientos depresivos asociada con dicha actividad.

Cuando el paciente lleve a cabo cualquier actividad de su programa debe anotar el grado de Dominio (D) o Agrado (A) asociado a la misma. **El término Dominio se refiere al sentido de logro obtenido al realizar una tarea determinada.** El Dominio y el Agrado pueden evaluarse usando una escala de 5 puntos, el mínimo es el 0 y el máximo 5. Al emplear una escala de evaluación, se induce al paciente a evaluar éxitos parciales y niveles bajos de agrado y así contrarrestar el pensamiento absolutista de todo-o-nada.

El terapeuta deberá explicar al paciente que la evaluación de la ejecución actual (el grado de dominio) debe basarse en la dificultad que entraña la tarea dado el estado actual del paciente, no en su estado ideal: "Ahora que se encuentra deprimido, es como si usted llevara un pesado lastre a sus espaldas. Por ello, cada logro por pequeño que sea es muy importante para los demás progresos graduales hacia la salud".

El agrado es los sentimientos de placer, diversión o alegría derivados de una actividad. A veces, incluso la más mínima satisfacción que el paciente atribuya a sus acciones puede ayudar a reestablecer su optimismo.

Dominio y Agrado pueden ser totalmente independientes. **El paciente debe interpretar el Dominio como un paso hacia delante, aunque no haya experimentado Agrado.** Cuando el paciente dice no sentir agrado haciendo alguna actividad que antes de la depresión le resultaba placentera, puede deberse a los pensamientos negativos que experimenta en torno a esta actividad, por ejemplo: "Cuando no estaba deprimida me encantaba regar mis flores y cuidar el jardín, y ahora pienso que al gustarme eso soy una persona bastante simple y aburrida". O cuando un paciente dice: "lavé toda la ropa, pero ya no me sentí con fuerzas para plancharla y acomodarla". Al centrarse en lo no logrado el paciente olvida lo que sí ha conseguido. El terapeuta debe explicar que ese pensamiento de todo-o-nada le impide ver en justa perspectiva su capacidad de logro real.

La programación de actividades y la evaluación de cada una de ellas en las dimensiones de dominio y agrado proporcionan datos para identificar y trabajar con problemas en el pensamiento del paciente. Además, las actividades que ya no sean agradables puede aislarse y tras experimentaciones adicionales, ser sustituidas.

Cuando un paciente entrega al terapeuta su programa de actividades es el momento de oro para evaluar si existen discrepancias entre sus logros y las sensaciones de dominio y agrado asociadas a cada actividad. Cuando haya discrepancia entre logro y sensación (por ejemplo, cuando el paciente pase por alto un logro) mediante preguntas cuidadosamente formuladas, el terapeuta tratará de que tome conciencia de que debido a un error cognitivo está menospreciando, o pasando por alto sus logros.

Asignación de tareas graduales

Una vez el paciente ha sido capaz de llevar a cabo las tareas planteadas en el programa de trabajo (asearse, tender las camas, vestirse, arreglar la casa, etc.) y que el terapeuta le haya enseñado a valorar sus progresos y logros, es muy probable que el primero experimente cierta mejoría de su estado de ánimo, aunque sea transitoria y que esté listo para emprender tareas de mayor complejidad. Esto es así porque se parte del supuesto de que la depresión es como una incapacidad percibida por la persona para ejercer control sobre el ambiente y si se le enseña que puede llevar a cabo un programa de trabajo, se le demuestra que sí tiene control sobre lo que pasa a su entorno. A medida que va resultando más fácil realizar tareas sencillas, se le asignarán otras más complejas y se le pedirá que mire hacia atrás y haga un recuento de sus logros.

Características de la Asignación de Tareas Graduales:

1. Definir el problema—por ejemplo, la creencia del paciente de que es incapaz de conseguir objetivos que son importantes para él.
2. Se formula un proyecto. Se asigna una serie de tareas (o actividades) ordenadas, de más simples a más complejas.
3. El paciente observará directa e inmediatamente su éxito al conseguir determinado objetivo (llevar a cabo una tarea que se le había asignado). El feedback continuo proporciona al paciente nueva información sobre sus capacidades funcionales.
4. Se eliminan las dudas del paciente, sus reacciones hipercríticas a su desempeño y la minimización de sus logros.
5. Se le estimula para que se evalúe de manera realista.
6. Se enfatiza el hecho de que el paciente alcanza el objetivo gracias a su propio esfuerzo y a sus capacidades.
7. Se asignan tareas nuevas y más complejas en colaboración con el paciente.

Pautas importantes para el terapeuta:

- El terapeuta debe investigar las reacciones que produce en el paciente emprender un proyecto sencillo.
- Ya que comúnmente el paciente se predispone al fracaso porque piensa que no será capaz de llevar a cabo la tarea propuesta, el terapeuta deberá dividir las tareas complejas en pasos o partes más pequeñas para que el paciente las pueda realizar. Para ello, éste último debe comenzar siempre por el paso más sencillo de cualquier tarea.
- Si el paciente nos reporta por teléfono que ha llevado a cabo tareas sencillas que antes de planear su realización le parecían imposibles de hacer, está listo para realizar tareas más complejas y sería bueno contactar con un amigo o familiar que forme parte de la alianza terapéutica y nos platique cómo vio la actitud del paciente ante la realización de las tareas planeadas.
- El terapeuta deberá tener cuidado de fijar objetivos modestos para que el paciente no se desanime y se dé por vencido a causa del pensamiento automático "no soy capaz de hacerlo".
- Después de cada logro el terapeuta dará tiempo al paciente para que asimile el éxito, ya que tras una experiencia satisfactoria la motivación aumenta, pero también habrá que luchar contra la resistencia que le produce el estado dubitativo característico de la depresión. Este punto es muy importante porque a medida que el paciente va dominando un problema tras otro, las actitudes como "no soy capaz de hacer nada" o "todo carece de sentido" irán desapareciendo gradualmente.
- El terapeuta debe diseñar un programa de tareas graduales adecuado y a prueba de fracaso. Si sospecha que el paciente tendrá dificultad para llevar a cabo cierta tarea, deberá dividirla en pasos muy sencillos que sin duda pueda realizar y se hará énfasis que en un principio solo se quiere investigar cuánto es capaz de hacer, y que incluso, aunque no consiga mucho, se obtendrá información muy importante. Si exponemos al paciente a un fracaso es muy probable que éste magnificará la experiencia negativa y confirmará sus pensamientos de que es incapaz de llevar a cabo algo.
- Tan importante como diseñar un programa de tareas graduales adecuado, es comentar con suficiente profundidad lo que piensa el paciente sobre la calidad de su ejecución en la tarea que tenía asignada. Se exploran detenidamente cogniciones como, "Antes de la depresión lo habría hecho en la mitad del tiempo" o, "Ya lo hice, pero sigo estando deprimido". **Es crucial que el paciente exprese estas asociaciones y minusvaloraciones y que el terapeuta ofrezca respuestas racionales como,** "La cuestión que nos interesaba saber es si usted podía hacerlo. Usted predijo que no, pero de hecho lo hizo. Al decir que no lo hizo a la perfección, está

perdiendo de vista el propósito del proyecto” o, “Este proyecto no se diseñó para eliminar la depresión, sino para comprobar si la predicción que usted hizo acerca de su incapacidad era correcta. ¿Cree usted que su predicción era correcta?...No esperamos que la depresión desaparezca antes de que hayamos completado una serie de fases. No obstante, su estado de ánimo general puede mejorar si usted ve que es capaz de llevar a cabo una tarea determinada **y si evalúa sus éxitos correctamente.**

Práctica cognitiva

El paciente deprimido encuentra muy difícil concentrarse para realizar incluso las tareas más sencillas o habituales, como arreglarse, vestirse o ir a la cocina por un vaso con agua. Puede llegar a creer que esto se debe a que algo anda muy mal con su cerebro y diciéndose eso suele aumentar su depresión. Sin embargo, debe explicársele que esto se debe a los pensamientos obsesivos que le mantienen en ese trastorno y le hacen perder la concentración, y que para mejorar su capacidad de llevar a cabo cosas se le enseñará la “práctica cognitiva” que es una técnica que consiste en pedirle que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Este procedimiento le obliga a prestar atención a los detalles esenciales de las actividades que lleva a cabo, a la vez que contrarresta su tendencia a divagar. **Además, al practicar la secuencia de pasos de una actividad, el paciente dispondrá de un sistema preprogramado para realizarla.**

Otro objetivo de la práctica cognitiva consiste en identificar posibles “obstáculos” (cognitivos, conductuales, o ambientales) que pudieran impedir la realización de la tarea. **El plan principal del terapeuta será identificar y desarrollar soluciones para tales problemas antes de que den lugar a una experiencia de fracaso no deseada.**

Paciente y terapeuta puede platicar sobre los posibles obstáculos que surgirán al querer realizar una actividad. Con esto habrá la oportunidad de saber las técnicas necesarias para afrontarlos. En caso de surgir problemas tras intentar la tarea en la vida real, el paciente deberá anotarlos, intentar superarlos y, en cualquier caso, comentarlos en la siguiente sesión.

Entrenamiento en Asertividad y Role-playing

Es muy común que el paciente deprimido se vuelva una persona severamente auto-crítica y desarrolle la tendencia a imaginar lo que los demás piensan de su persona a la hora de interactuar en cualquier situación. Como generalmente supone que los demás lo miran desde una óptica negativa, limita drásticamente la espontaneidad de su conducta y se vuelve una persona tímida, miedosa y retraída.

También ocurre que el paciente deprimido muchas veces tiene problemas para expresar sus opiniones de una manera clara, abierta y respetuosa

cuando una persona está abusando de él/ella, o está haciendo algo que le afecta. Esta inhibición ante expresar su opinión y solicitar un remedio para la situación puede estar presente por razones culturales, pero con la depresión se agudiza aún más.

Antes esas dos situaciones, el terapeuta debe servir como Yo auxiliar y enseñarle al paciente que muchas veces lo que creemos que los demás piensan de nosotros son solo eso, creencias. Esto puede lograrse escogiendo un episodio que el paciente considere característico de cuando supone lo que los demás piensan del él y analizarlo jugando a que el terapeuta es el paciente, y el paciente es el terapeuta, para que pueda revisar interpretaciones alternativas y más lógicas del suceso en cuestión, y sobre todo para que el paciente se de cuenta lo duro que puede llegar a ser consigo mismo al momento de evaluar e interpretar su conducta.

Por otro lado, el enseñar a una persona a ser asertiva la dota de herramientas invaluable anti-depresión, ya que poco a poco y tras un entrenamiento y tareas graduales hacia la asertividad, será capaz de poner límites claros a aquellos que contribuyan con su malestar y sentirá que ejerce más control sobre su entorno en un sentido sano y positivo.

Conclusiones sobre las técnicas conductuales:

- El terapeuta debe asegurarse de que el paciente entiende el fundamento teórico y el propósito específico de las técnicas conductuales desde un principio, ya que el paciente tiene una fuerte tendencia a distorsionar el propósito de las tareas post facto. Para asegurarse de que el paciente comprende a cabalidad el propósito de las técnicas, tomará por un momento el papel del terapeuta revisando las razones de la tarea, y el terapeuta corregirá sobre la marcha cualquier interpretación errónea.
- **El terapeuta deberá evitar afirmaciones hacia el paciente de que la realización de determinadas actividades le harán sentir mejor.** Solo se limitará a subrayar al paciente que avanza en la dirección adecuada. Las expectativas del paciente son muy importantes para que obtenga buenos resultados, pero generar expectativas absolutistas de "todo o nada" generará o recrudescerá cogniciones erróneas del paciente hacia su ejecución en cualquier tarea.
- Contar con la participación de una persona significativa (el esposo, esposa, un familiar o amigo íntimo) suele resultar muy útil para asignar e implementar las tareas conductuales y para ser una fuente valiosa de retroalimentación para el mismo paciente y el terapeuta. Esto es muy importante aún cuando el tratamiento es exclusivamente telefónico.

- Puede ocurrir que ante el completamiento exitoso de una tarea el paciente quiera hacer más y más cosas y acabe agotado y equivocándose por querer abarcar mucho. Ante esto, el terapeuta debe recordarle que el propósito inicial de las tareas conductuales es poner a prueba ciertas ideas negativas como “No puedo llevar a cabo nada”, así como incrementar gradualmente la actividad.
- Las técnicas conductuales se aplican en las primeras sesiones para contrarrestar la pasividad, la evitación, la ausencia de gratificación y la incapacidad de expresar las emociones (como el enfado o la tristeza). Aunque esos síntomas pueden estar presentes en todos, o e casi todos los pacientes deprimidos, las técnicas conductuales son claramente indicadas en las depresiones más profundas, las cuales no son el objetivo de la terapia de la depresión por teléfono en SAPTEL, sin embargo, es muy importante que el terapeuta las conozca y las maneje muy bien en caso de que alguna de ellas aplique en un momento dado.
- Las técnicas conductuales a través de sugerencias concretas y bien definidas que el terapeuta hace al paciente suelen aportar experiencias de éxito, lo cual es lo más eficaz para romper el círculo vicioso desmoralización-pasividad-evitación-autodenigración, característico de la depresión.
- El terapeuta deberá proporcionar al paciente sus horarios constantemente para que lo pueda llamar cuando se “atasque” en la realización de alguna actividad y podrá mandar por correo electrónico su programa de actividades con las respectivas calificaciones de Dominio-Agrado.
- Una vez que el paciente conoce y entiende el fundamento teórico y la aplicación de las técnicas conductuales, la terapia comenzará a centrarse en enfoques “puramente cognitivos”.

Si reaparecen los síntomas o problemas conductuales, se puede proporcionar un curso para refrescar esas técnicas o simplemente reinstaurarlas. **Lo más importante de ellas es que una vez el paciente las entiende y domina puede recurrir a ellas en momentos de ansiedad una vez ha pasado la depresión, lo cual posiblemente le evitará regresiones incipientes o futuras recaídas.**

- Las técnicas conductuales sirven para que el paciente realice cambios en su propia conducta y esto puede llevarle a examinar su auto-concepto negativo, lo cual, a su vez, proporcionará un aumento importante en la motivación y una mejoría del estado de ánimo.

SECCIÓN IX

TÉCNICAS COGNITIVAS PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN

Fundamento teórico de las técnicas cognitivas

La mayoría de los pacientes deprimidos requieren una combinación de técnicas conductuales y cognitivas durante su tratamiento y aunque para algunos es importante restaurar su nivel de actividad mediante el uso de técnicas conductuales, las técnicas cognitivas deben aplicarse lo antes posible en el tratamiento, sobre todo en pacientes suicidas.

Las técnicas cognitivas sirven para proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente. **Técnicas como la de hacer preguntas, identificar pensamientos ilógicos, determinar las reglas en base a las cuales el paciente organiza la realidad, etc., se emplean para ayudar tanto al terapeuta como al paciente a entender la interpretación que este último hace de la realidad.**

Un punto muy importante al comenzar la exploración de las cogniciones junto con el paciente mediante preguntas y otras técnicas, es no poner ideas en boca de éste, ya que se encuentra muy sugestionable y puede proporcionar respuestas sobre lo que él cree que al terapeuta le gustaría escuchar.

La "fase cognitiva" de la terapia es mucho más interactiva verbalmente y es en ella donde más se nota la naturaleza cooperativa entre paciente y terapeuta.

- Las técnicas cognitivas deben trabajarse dentro del marco del modelo cognitivo de la depresión y nunca de manera reduccionista o simplista. Es importante recordar que la terapia cognitiva es un sistema conjunto que se ocupa de proporcionar procedimientos específicos para modificar el "paradigma personal" del paciente. Por ello, es crucial que el terapeuta—a través del diálogo—obtenga la información adecuada que haga posible penetrar en el mundo del paciente y experimentar el modo como éste experimenta la realidad. Debe verse implicado en sus conceptos idiosincrásicos (las pautas cognitivas concretas que generan o mantienen la depresión).
- Cuando paciente y terapeuta exploran juntos la vida interior del primero se genera un espíritu de aventura y, por lo general, cuando el paciente descubre su peculiar construcción de la realidad, esto le motiva aún más para centrarse en los acontecimientos reales y en los significados que les atribuye. Cuando el paciente descubre los significados inadecuados que ha estado atribuyendo a sus experiencias, la vida puede adquirir un "significado nuevo"-

concordante con la realidad y abierto al tipo de satisfacciones y objetivos que persigue. **Puede identificar directamente los obstáculos reales que se interponen para alcanzar determinados objetivos y/o determinadas fuentes de satisfacción y así desarrollar métodos para vencer o rodear dichos obstáculos.**

Explicar el fundamento teórico al paciente

Lo primero que hará el terapeuta es revisar los intentos que haya hecho el paciente para definir y resolver sus problemas psicológicos. Para modificar las ideas inadecuadas o distorsionadas asociadas con las áreas problemáticas, el terapeuta expone brevemente el modelo cognitivo de la depresión.

- Entre los puntos más importantes que se explican al paciente están la existencia de una íntima relación entre los pensamientos de la persona sobre sí misma, su entorno y su futuro, y sus sentimientos, motivaciones y conductas.
- El terapeuta subraya el efecto negativo que ejercen los pensamientos inadecuados o distorsionados sobre los sentimientos y la conducta de una persona.
- **No se le dirá al paciente que piensa de una manera “irracional”, más bien se le proporcionará evidencia de que su modelo de pensar o ver las cosas contribuye al mantenimiento de su depresión, y que sus observaciones y conclusiones pueden ser “incorrectas”.**
- El terapeuta puede hacer notar al paciente que cuando existen varias opciones para interpretar determinado suceso, éste tiende a elegir la más negativa.
- La idea principal a comunicar es que paciente y terapeuta van a actuar como dos colaboradores científicos que pretenden “investigar” el contenido de sus pensamientos. Este trabajo conjunto es crucial si se quiere determinar la información relevante que va a obtenerse e investigarse. **La información central que se necesita del paciente para darle tratamiento es cómo comprende e interpreta sus experiencias.**
- Al investigar los pensamientos del paciente, el terapeuta se basa en dos premisas. Primera, que los pacientes depresivos piensan de un modo idiosincrásico (esto es, presentan un sesgo sistemático en el modo de verse a sí mismos, el mundo y el futuro). Segunda, que su manera de interpretar los acontecimientos contribuye al mantenimiento de la depresión.

- A diferencia de otras aproximaciones terapéuticas, la estrategia típica que adopta el terapeuta cognitivo es elicitación de las ideas del paciente acerca de la naturaleza de sus problemas **en lugar de ofrecerle interpretaciones y explicaciones. El terapeuta trata de comprender los factores que, según el paciente, contribuyen a mantener la depresión.**
- **Es esencial conocer cuáles son las expectativas del paciente ante el tratamiento**, es decir, lo que sucederá, los objetivos razonables, el resultado que puede esperar, etc. Y sobre todo, es importante proporcionarle información muy completa sobre las bases de la terapia cognitiva, con la cual será tratado y con la cual se obtendrán resultados determinados.
- Para evaluar los puntos de vista del paciente sobre el modelo cognitivo, y al mismo tiempo ofrecer información significativa sobre su modelo conceptual, el terapeuta telefónico debe asegurarse de que el paciente reciba, lea y comprenda la introducción al método cognitivo *Coping with depression*, resaltando todas aquellas partes con las que se identifica. Como la población mexicana se caracteriza por no leer, el terapeuta deberá conocer muy bien el manual y ser capaz de darlo a conocer al paciente a través de la conversación durante una o dos sesiones de tratamiento. **La parte crucial que el paciente debe comprender totalmente es el concepto de pensamiento distorsionado y la relación entre los pensamientos y los síntomas de la depresión.**

La etapa más importante de la terapia cognitiva es el entrenamiento del paciente para observar y registrar sus cogniciones. Posteriormente, deberá contarse con un acuerdo sobre los datos relevantes que van a estudiarse.

El entrenamiento en la observación y registro de las cogniciones hace que el paciente se de cuenta de la existencia de las imágenes y las autoverbalizaciones ("corriente de pensamientos"). **El terapeuta entrena al paciente para identificar las cogniciones inadecuadas o distorsionadas. A veces, el paciente necesita aprender previamente a discriminar entre sus propios pensamientos y los eventos reales. También debe comprender la relación entre sus cogniciones, afectos y conducta, y los acontecimientos ambientales.**

El que sigue es un ejemplo claro de un diálogo entre paciente y terapeuta en el que el segundo le está enseñando al primero a identificar sus cogniciones y la manera en que éstas influyen su estado de ánimo:

PACIENTE: Estoy de acuerdo con la descripción que hace de mí, **pero no con la idea de que es mi manera de pensar la que hace que me sienta deprimido.**

TERAPEUTA: ¿Tú como lo entiendes?

P: Me deprimó cuando las cosas van mal. Por ejemplo, cuando mi esposo y yo tenemos una pelea fuerte.

T: ¿Cómo puede deprimirte el hecho de pelear con tu esposo?

P: Está claro; si peleo con mi esposo jamás podré tener un matrimonio feliz.

T: Así pues, pelear con tu esposo significa mucho para ti. Pero, si el hecho de tener una pelea con el esposo fuese suficiente para producir una depresión, ¿no sería de esperarse que todo aquel tuviera una pelea fuerte con su cónyuge cayera en una depresión? y ¿Sería una depresión tan profunda como para necesitar tratamiento?

P: No, pero depende de lo importante que sea para la persona no tener peleas fuertes con su esposo.

T: Bien, ¿y quién determina la importancia?

P: Yo.

T: Entonces lo que tenemos que explorar es tu manera del percibir una pelea con tu esposo (o tus pensamientos acerca de la misma) y cómo influye en el hecho de que tú experimentes que tu matrimonio va bien y que puedes ser feliz en él. ¿Estás de acuerdo?

P: Sí.

T: ¿Estás de acuerdo en que la forma de interpretar la pelea con tu marido te influye y que debido a ella podrías sentirte deprimida, podrías tener problemas de sueño, perder el apetito e incluso desear divorciarte?

P: Si, estoy de acuerdo.

T: Entonces, ¿Qué significaría el fracaso?

P: (llorando): Que tendría que divorciarme.

T: ¿Y qué representa eso para ti?

P: Que no sirvo, que no soy adecuada.

T: ¿Nada más?

P: Que nunca podré ser feliz.

T: ¿Y cómo te hacen sentir esos **pensamientos**?

P: Muy desgraciada.

T: **Así pues, el significado de tener una pelea fuerte con tu esposo es lo que hace que te sientas tan desgraciada. De hecho la creencia de que nunca podrás ser feliz es un factor muy poderoso para producir infelicidad. Tú misma te estás tendiendo una trampa pensando que irremediablemente si alguna vez peleas fuerte con tu esposo tu matrimonio fracasará y nunca podrás ser feliz.**

La tarea de entrenar al paciente a observar y registrar sus cogniciones debe realizarse en pasos sucesivos:

1. Definir lo que es un "pensamiento automático" (cognición).
2. Demostrar la conexión entre cognición y afecto (o conducta), valiéndose de ejemplos concretos.
3. Demostrar la presencia de las cogniciones, tomando como base la experiencia reciente del paciente.
4. Asignar para casa la tarea de registrar las cogniciones, y
5. Revisar los registros del paciente y proporcionarle feedback.

Definición de "Cognición" para el Paciente.

El terapeuta le definirá al paciente una *cognición* como "un pensamiento o una imagen de la que uno no puede ser conciente, a no ser que le preste atención. Una cognición es también una valoración de acontecimientos hecha desde cualquier perspectiva temporal (pasada, presente, o futura). Las cogniciones típicas que se observan en la depresión y en otros problemas clínicos suelen denominarse "pensamientos automáticos", los cuales generalmente forman parte de un determinado patrón de pensamiento.

Las cogniciones suelen ser interpretadas por el individuo como representaciones objetivas de la realidad y, por lo tanto, se toman como verdaderas. **Dado que las cogniciones son automáticas, habituales y creíbles, el individuo rara vez se detiene a probar su validez.** Por todo ello, no es infrecuente que el depresivo se encuentre abrumado por preguntas retóricas como ¿"Por qué soy tan débil?" o "¿Por qué soy una persona incompetente? O de imágenes desagradables como "estoy horrible y gorda como una elefanta". El depresivo da por hecho que es débil, feo e incompetente y se pregunta porqué le habrá caído una desgracia así.

Influencia de las Cogniciones sobre los Afectos y la Conducta.

1. Para que el paciente entienda esta relación se puede poner un ejemplo con terceras personas para proporcionarle cierta distancia psicológica con respecto a sus propios problemas y, al mismo tiempo, para que tenga un marco de referencia con el cual examinar lo que seguramente son sus mismos hábitos de pensamiento y sentimiento. Por ejemplo:

TERAPEUTA: La manera que tienen las personas de interpretar los acontecimientos influye en sus sentimientos y en su conducta. **Imaginemos que una persona tiene que ir sola a una boda y comienza a pensar que todos van a hablar mal de ella porque no va con pareja ¿Cómo piensa usted que se sentirá?**

PACIENTE: Muy ansiosa y temerosa de aparecer en el lugar.

T: ¿Y cómo se comportaría?

P: Muy tímida y nerviosa de estar entre tanta gente, y si fuera inteligente trataría de disimular su incomodidad.

T: Bien, así que, en respuesta al pensamiento de que todos en la boda iban a pensar cosas feas de ella esta persona se sentiría muy ansiosa y su conducta iría encaminada a tratar de esconderse, o con un gran esfuerzo trataría de esconder su angustia.

Ahora imaginemos que esa mujer tiene que ir sola a esa boda y ante este hecho piensa “no siempre se puede acudir a una fiesta con alguien y puedo disfrutar del evento, hay algunos compañeros de trabajo y además la gente estará tan ocupada en divertirse que no le importará si vine sola”. ¿Cómo se sentiría?

P: Desde luego dejaría de estar angustiada. Podría sentirse un poco nerviosa si pensara que siempre hay alguien que va a rechazar o a poner mala cara a una mujer que llega sola a una fiesta.

T: Según este pensamiento, ¿se diferenciaría su conducta de la del caso anterior?

P: Por supuesto, probablemente iría a la fiesta mucho más contenta y relajada. Evidentemente no trataría de esconderse y mucho menos se comportaría tímidamente.

T: **Muy bien. Lo que nos demuestra este ejemplo es que existen diferentes maneras de interpretar una situación.** Asimismo, que el modo de interpretar la situación influye sobre los sentimientos y la conducta.

- Es difícil saber si el paciente va a entender con facilidad estos conceptos, **pero la principal estrategia del terapeuta consiste en probar varias demostraciones y estar preparado para desarrollar o ampliar el modelo en función de las experiencias del paciente.**
1. Otra técnica que el terapeuta puede usar para demostrar la relación entre pensamientos y afectos es la de las “imágenes inducidas”:

En primer lugar el terapeuta le pide al paciente que imagine una escena desagradable. **Si el paciente manifiesta una respuesta emocional negativa, el terapeuta puede preguntar acerca del contenido de sus pensamientos. A continuación, le pide que imagine una escena agradable y que describa sus sentimientos. Normalmente, el paciente será capaz de reconocer que, cambiando el contenido de sus pensamientos, puede modificar sus sentimientos.** Esta técnica ayuda a los pacientes a reconocer el impacto de las imágenes que ellos mismos forman y les hace comprender cómo los pensamientos influyen en el estado de ánimo. **Esta técnica es especialmente importante en esta tesis porque está indicada para los pacientes con una depresión moderada, quienes suelen experimentar períodos de tristeza transitorios.**

Cognición y Experiencias Recientes

Al paciente se le demostrará la presencia de las cogniciones:

- Lo esencial es que los pacientes se hagan conscientes de sus cogniciones negativas y sean capaces de detectarlas.
- Resulta útil registrar las cogniciones junto con el paciente para asegurarse de que comprende la importancia de sus pensamientos.
- Este registro de cogniciones previene al terapeuta en contra del conformismo que muestran algunos pacientes al decir que están de acuerdo con todas las formulaciones que de ellos hace el terapeuta, lo cual impide el verdadero aprendizaje que les dará la terapia cognitiva.
- Un primer procedimiento para demostrar la presencia de las cogniciones consiste en preguntar al paciente por sus pensamientos inmediatamente anteriores a la primera sesión por teléfono. Cuando el paciente exprese esos pensamientos, que en general, durante el tratamiento cara a cara son referentes al terapeuta, al tratamiento y a las posibles consecuencias de la ayuda que se recibirá, se le dice que esos pensamientos o ideas se denominan “**pensamientos**”

automáticos” (cogniciones) o, si el vocabulario del paciente es limitado “las cosas que se dice a sí mismo” o “auto-afirmaciones”.

- Haciendo lo anterior, el terapeuta determina la presencia de cogniciones y además puede corregir cualquier concepto o información incorrecta referente al tratamiento.

Detección de los Pensamientos Automáticos

Cuando el paciente ya entendió la definición de cognición y reconoce la presencia de imágenes y pensamientos automáticos, el terapeuta debe exponer un proyecto diseñado para poner de manifiesto las **cogniciones inadecuadas**.

- Se le darán instrucciones para que “atrape” cuantas cogniciones sea posible y las registre en un cuaderno. El paciente puede tomar las variaciones en su estado de ánimo como indicio o pista para identificar o recordar cogniciones.
- Cuando mejor se identifican las cogniciones es inmediatamente después de que hayan tenido lugar. Como lo anterior a veces es muy difícil por muchas razones, se le dice al paciente que reserve cierto periodo de tiempo, por ejemplo, 15 minutos cada tarde, para recordar los acontecimientos del día y las cogniciones asociadas a cada uno de ellos. El terapeuta le pide al paciente que registre cualquier **pensamiento negativo** con la mayor precisión posible. Es decir, en lugar de anotar, “Experimenté el sentimiento de que era incompetente en el trabajo” (como si estuviera relatando ese pensamiento en una conversación común y corriente), debería escribir “Soy incompetente en el trabajo” (esta es una reproducción más precisa del pensamiento). **Este método de entrenamiento para registrar cogniciones es muy útil en la terapia vía telefónica para aquellos pacientes en los que está indicado mantenerse ocupados para evitar los pensamientos depresivos recurrentes.**
- Un tercer método para concretar las cogniciones consiste en identificar las situaciones ambientales que tengan relación con la depresión del paciente. Por ejemplo, una paciente de 22 años, hija de familia, manifestó que los “peores días de la semana” en su casa con su familia eran los sábados y domingos. Esos eran los días en que ella podía lavar su ropa y poner al corriente sus cosas personales, como libros y tareas para comenzar su semana, ya que ella trabajaba y estudiaba. **La paciente no podía explicar porqué esas horas se le hacían tan difíciles, hasta que comenzó a registrar sus cogniciones.** Descubrió que lo que hacía era ponerse a pensar que era una mala hija porque ya pasaba muy pocos momentos con su familia, debido al trabajo y la universidad, y que además de esto

tener que hacer muchas cosas el fin de semana le producía culpa y pensaba que era egoísta y que sólo procuraba su bien. Ella también recuerda que cuando era niña su mamá trabajaba y casi no estaba en casa, por lo cual su padre le hacía reclamos y durante los fines de semana se daban esas discusiones. Ahora, ya como adulta, cuando su mamá quería platicar con ella sobre cómo había ido la semana ella pensaba, "cómo es posible que hasta este momento me ponga a platicar con mi madre, cuando durante la semana ni siquiera me preocupé por saber si necesitaba algo". "Soy de lo peor, debería irme de la casa porque soy muy desagradecida". Se deprimía aún más cuando recordaba las discusiones durante la infancia entre su padre y su madre y a él diciéndole que sería mejor que se fuera de la casa y no ser una madre y esposa "a medias". **Una vez que la paciente identificó estas cogniciones, ella y el terapeuta iniciaron una conversación ciertamente fructífera que dio como resultado la elaboración de una lista de sus compromisos y obligaciones como una mujer muy joven que tiene que estudiar y trabajar al mismo tiempo, y la refutación de la idea de que si ella platicaba con su madre solamente el fin de semana era una mala hija a la que no le importaba lo que pudiera estarle ocurriendo.**

- Otra alternativa para concretar las cogniciones es que el terapeuta enfrente al paciente con una de las situaciones ambientales perturbadoras con objeto de activar e identificar las cogniciones depresivas. Por ejemplo, una paciente de 49 años decidió divorciarse de su marido, quien murió un año después del divorcio y la mujer se sentía muy culpable por esa muerte. Se dio cuenta de que muchos objetos y situaciones (por ejemplo, folletos para viajar, convocatorias para estudiar y los bares con parejas enamoradas, etc.) desencadenaban un torrente de cogniciones negativas, un marcado pesimismo y un gran sentimiento de culpa. Cuando se exponía a ellos pensaba lo siguiente: "Por querer ser libre, deseada y amada por un hombre nuevo me divorcié y seguramente por eso mi ex esposo se mató en la carretera. Para sentirse mejor, la paciente evitaba viajar, a pesar de que anhelaba hacerlo y trabajaba duro para tener el dinero para los viajes, y ni siquiera intentaba salir a un bar con sus amigas. **Por evitar esas situaciones, a la paciente le resultaba difícil identificar con claridad las cogniciones depresógenas.** Consecuentemente, el terapeuta le sugirió que acudiera a un bar donde hubiera parejas y **se centrara en sus cogniciones.** Lo que sucedió es que observó pensamientos automáticos acusatorios centrados en su decisión de dejar a su esposo cuando ella sintió que ya no lo amaba, su ansia de ser libre y de emprender una relación romántica con otro hombre. **A la paciente le resultó muy útil identificar estas cogniciones, ya que a partir de ese punto se podía probar la validez de las mismas.** Al comentar con el terapeuta algunos aspectos concretos de sus ideas

negativas, la paciente concluyó que sus auto-acusaciones eran infundadas ya que el suyo era un matrimonio infeliz y su esposo no tenía ya ningún vínculo emocional con ella. Entonces el sentimiento de culpa desapareció y a sí comenzó a hacer frente a las limitaciones que se impuso, como no viajar o dejar de estudiar, las cuales le llevaban a la depresión.

- Una técnica provechosa consiste en instruir al paciente para que registre las cogniciones que tengan contenidos comunes. Una paciente de 24 años, que ya iba en la tercera sesión de tratamiento llegaba 10 ó 15 minutos tarde cada vez. El terapeuta trató el asunto en la cuarta sesión a la que también llegó tarde, y una vez explorada la razón de los retrasos, paciente y terapeuta llegaron a la conclusión de que la chica era crónicamente desorganizada y llegaba tarde a casi todos sus compromisos. El terapeuta le dijo que dentro de su plan de actividades estaría planear muy bien sus horarios alrededor de las sesiones terapéuticas y estar cinco minutos antes, como mínimo, en la sala de espera para ser atendida en punto y comenzar a practicar el hábito de la puntualidad y el respeto al tiempo de ella misma y de los demás.

PACIENTE: Bien, creo que sí soy muy desorganizada. (Pausa) Hay algo que debo decirle, tengo la sensación de que ya le caí mal. No sé por qué. Porque, si lo pienso bien, es evidente y necesario que tengo que llegar puntual a mis sesiones y otros compromisos.

TERAPEUTA: ¿Hay algún tipo de evidencia que apoye la idea de que usted "ya me cayó mal"?

P: Bueno, francamente, hay otras personas que ya me hicieron el mismo comentario sobre llegar tarde constantemente y mi ex novio me dijo incluso que mi impuntualidad y desorganización había hecho que yo dejara de gustarle, y por eso creo que a usted ya lo harté también.

En este caso, se pidió a la paciente que prestara especial atención a otros pensamientos centrados en el tema de "dejar de agradarle a las personas". Volvió a la siguiente sesión sólo cinco minutos tarde y manifestó su sorpresa por haber experimentado una veintena de pensamientos de este tipo en la semana. Además, se deprimía mucho más si pensaba en todas las ocasiones que alguien le reclamaba ser desorganizada o impuntual, esto le hacía pensar que ella había dejado de agradarles a todas esas personas. Terapeuta y paciente se centraron entonces en las definiciones de "desorganización" y "dejar de ser querida por los demás" y su tendencia a mezclar los dos asuntos. Estaba claro que el hecho de que el ex novio le hubiera dicho que había dejado de interesarle por su desorganización, hizo que ella asociara fuertemente la idea del rechazo de los demás **solamente** por ese rasgo problemático de su personalidad y

dejaran del lado los rasgos favorables que sin duda ella tenía. De hecho, platicando más sobre el rompimiento, ella comentó que el ex novio, semanas antes de terminarla, ya estaba saliendo con otra chica, y que su impuntualidad no pudo ser el único factor asociado a que ella haya dejado de interesarle. Quedó claro también que había interpretado la observación del terapeuta de que un asunto importante a tratar en la terapia era reconocer su impuntualidad y desorganización y comenzar a superar estos rasgos para tener mayores probabilidades de que las cosas fueran mejor en su vida, como un signo de que ya no le simpatizaba, de que le "caía mal" y peor aún, de que el terapeuta ya no la iba a atender.

Como se ha visto hasta aquí, existen diferentes métodos para ayudar al paciente a especificar las cogniciones que mantienen o agravan su depresión. Una vez que el paciente aprende a especificar sus cogniciones, él y el terapeuta pasan a examinar la fuente de la depresión.

Examinar y someter a una Prueba de Realidad las Imágenes y los Pensamientos Automáticos

Aunque el paciente deprimido tiende a ver su mundo bajo una luz negativa, el terapeuta no debería caer en la trampa de suponer que todos los pensamientos pesimistas del paciente son necesariamente erróneos. Sin embargo, es importante que someta las ideas del paciente a prueba de realidad, no para inducir un optimismo pasajero, haciéndole creer que "las cosas son realmente mejores de lo que parecen", **sino para suscitar una descripción y un análisis más correctos de cómo son las cosas.**

Se debe enseñar al paciente las pautas que emplean las personas que no están deprimidas a la hora de emitir un juicio. Esto se hace tomando una muestra de sus pensamientos y sometiéndolos a una prueba de realidad para identificar la base o evidencia de los mismos.

Por ejemplo, una mujer de 37 años expresó su creencia de que no iba a conseguir trabajo en una escuela de idiomas en la que había solicitado una plaza como maestra. Cuando el terapeuta investigó las razones que la habían llevado a esta conclusión, descubrió que no había bases suficientes para ello. La serie de preguntas fue la siguiente.

TERAPEUTA: ¿Por qué piensa que no la admitirán como maestra en el instituto de idiomas al que ya llevó sus papeles?

PACIENTE: Porque ya no soy muy joven y dejé de trabajar por varios años en lo que crecían mis hijos.

T: Pero acaba de terminar un curso de actualización hace algunas semanas ¿no es así?

P: Si, y de hecho tuve muy buenas calificaciones tanto en la parte teórica, como en la práctica.

T: ¿Cuáles son los requisitos más importantes que piden en esta escuela para ser maestro?

P: El más importante, creo, es contar con certificaciones internacionales del dominio del idioma.

T: Y usted cuenta con ellas ¿verdad?

P: Así es, tengo una certificación de por vida del dominio del idioma.

T: Si usted cuenta con el requisito más importante y además acaba de someterse a un curso de actualización en el que salió muy bien ¿Por qué cree que no le darán el empleo?

P: Me dijeron que la certificación y el gusto por la docencia eran suficientes.

T: ¿Y no cubre usted esos dos requisitos más que lo que piden en el Instituto?

P: Creo que sí.

En este caso, la paciente no trataba deliberadamente de estorbar al terapeuta, pero de hecho había llegado a una conclusión negativa (incorrecta) respecto a la probabilidad de obtener el trabajo. Su razonamiento puede tomarse como un ejemplo del pensamiento "todo o nada", según el cual el no ser más joven era considerado como un fracaso seguro al solicitar empleo. La paciente apoyó esa conclusión incorrecta con otra igual de errónea, referente a su posición relativa con respecto a otros solicitantes. Se dio cuenta de que aunque creía que estaba en desventaja con otras personas que aspiraban obtener un puesto como maestros, en realidad estaba mejor preparada que ellos, ya que varios aspirantes le habían comentado en la sala de espera, antes de las entrevistas, que no contaban con las certificaciones necesarias. **Solamente cuando el terapeuta acudió a los hechos, la paciente logró darse cuenta de cómo había distorsionado la realidad.**

Podría ser que el terapeuta usara otros métodos para ejercer influencia positiva en la paciente, como el hecho de asegurarle que sus certificaciones e interés en la enseñanza del idioma significaban una admisión segura, ya que la edad de los solicitantes no era crucial para ser admitidos. Sin embargo, para establecer datos sólidos con los que contrastar las conclusiones de ella y darle la oportunidad de aplicar la evidencia para poner a prueba las mismas, las técnicas explicadas

anteriormente son muy importantes y de efectos duraderos, ya que las cogniciones negativas dejan de influir los juicios del paciente y éste ya no vuelve a sus conclusiones erróneas iniciales sobre determinado asunto. **Una vez que el paciente aprende a contrastar sus cogniciones con la evidencia real, tendrá la oportunidad de evaluar sus supuestos. Los pacientes depresivos necesitan una prueba de realidad antes de intentar modificar sus creencias (si es que se ha demostrado que éstas son incorrectas).**

Evidentemente, sabemos que no todas las personas que dejan de trabajar por largo tiempo y luego vuelven a intentarlo consiguen empleo; por eso, es posible que las expectativas de rechazo por parte de aquella mujer deprimida constituyan, de hecho, una predicción correcta. En este caso, una vez que el terapeuta haya determinado que las afirmaciones del paciente son ciertas y sus predicciones plausibles, pasará a investigar el *significado* de no conseguir ese empleo y el cúmulo de actitudes con eso asociadas. Por ejemplo, supongamos que el terapeuta sabe que las posibilidades de una paciente de conseguir cierto empleo son verdaderamente escasas, incluso nulas. Podría dirigirse entonces a averiguar las actitudes del paciente con respecto a no conseguir un empleo. La paciente podría decir, por ejemplo, "Si no consigo este empleo, significa que soy un fracaso", "... que nunca seré feliz", "...que decepcionaré a mi familia y amigos".

Estas actitudes en sí mismas pueden investigarse con mayor profundidad para ver hasta qué punto se ajustan a la realidad. Si es cierto que la familia y los amigos se sentirán decepcionados, terapeuta y paciente pueden discutir porqué la paciente ha de estar controlada por lo que piensen o sientan otras personas. El terapeuta puede señalar que no es que otras personas le *hagan* sentirse decepcionada, sino que, incorporando la actitud de los demás, ella se *"obliga"* a sí misma a sentirse decepcionada. Es decir, que son sus propios pensamientos, no los de las demás personas, los que producen emociones desagradables.

Lo esencial de la prueba de realidad es que permite al individuo corregir sus distorsiones. El análisis del significado y de las actitudes pone de manifiesto la naturaleza irracional y contraproducente de las actitudes.

Es importante que el terapeuta no acepte sin más las conclusiones e inferencias de sus pacientes, sino que intente determinar su validez. En caso de ser ciertas, el terapeuta puede sugerir al paciente alternativas para hacer frente a esos problemas bien localizados.

Todos los seres humanos tienden a considerar sus ideas como hechos. Esta característica adquiere una mayor importancia en la depresión, debido al grado de distorsión que sufren las ideas. Además, el problema aumenta cuando el paciente se comporta de un modo consistente con sus pensamientos.

Cuando al paciente se le enseñan habilidades de observación y registro necesarias para su tratamiento y éste las adquiere, será capaz de reconocer que ciertas cogniciones son especialmente frecuentes en momentos de sentimientos negativos o desagradables. Como ya se revisó en un capítulo previo de este trabajo relacionado con la terapia cognitiva y los trastornos emocionales, la estructura y contenido específicos de cada cognición se relacionan con el sentimiento negativo subsecuente. Las cogniciones asociadas con la depresión suelen reflejar la creencia del paciente en su incompetencia, falta de atractivo, fracaso en el “cumplimiento de sus responsabilidades” o aislamiento social.

Generalmente, con la ayuda del terapeuta, el paciente puede clasificar sus cogniciones en función de los contenidos de éstas (por ejemplo, culpabilidad, inferioridad, carencia, etc. El terapeuta puede ayudar al paciente a identificar las distintas interpretaciones y significados que se pueden asignar a una determinada situación. Puede mostrarle el sesgo negativo sistemático que presenta al seleccionar sus interpretaciones e indicarle sus inferencias negativas indiscriminadas en contra de la evidencia real. El terapeuta no puede esperar que el paciente modifique sus interpretaciones solamente por haberse hecho conciente del sesgo negativo que aplica sistemáticamente. En su lugar, la interpretación requiere un cuidadoso examen, de modo que el paciente pueda mejorar, tanto su capacidad de observación, como su capacidad para hacer inferencias lógicas y realistas.

Es esencial que el terapeuta evalúe y valide las conclusiones del paciente mediante distintas técnicas cognitivas ya que esto sirve para modificar las respuestas negativas estereotipadas del paciente depresivo que son las que le provocan la experiencia de sentimientos negativos intensos y **las que desvían la atención del paciente de los problemas reales.**

A continuación se expondrán dos técnicas dirigidas a que el paciente se vuelva más objetivo a la hora de emitir opiniones e ideas sobre si mismo y el mundo. La “retribución” y la “conceptualización alternativa” sirven para que el paciente se “distancie” de sus propios pensamientos y por lo tanto, pueda comenzar a verlos como eventos psicológicos.

Técnicas de re-atribución

Un patrón cognitivo muy frecuente en la depresión consiste en autoatribuirse—incorrectamente—la culpa o responsabilidad de acontecimientos negativos. El paciente depresivo frecuentemente se culpa de manera poco realista cuando hay consecuencias negativas de situaciones que escapan de su control, así como por las que surgen de sus acciones y juicios. Casi siempre piensan que todo lo malo que les ocurre es por falta de capacidad o esfuerzo.

Cuando el paciente se auto-culpe por alguna circunstancia adversa, la técnica de la re-atribución consiste en revisar ese acontecimiento o

acontecimientos y aplicar las leyes lógicas a la información disponible, **con objeto de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente le corresponda. No quiere decir con esto que se liberará al paciente de toda responsabilidad que pueda compartir, sino se trata de definir los múltiples factores que pueden intervenir en una experiencia adversa y así contribuir a la solución realista de los problemas.** Conforme el paciente va ganando en objetividad, no sólo deja de atribuirse el peso de la culpa, sino que además puede buscar caminos para evitar las situaciones adversas, e incluso prevenir su ocurrencia futura.

El siguiente ejemplo ilustra la técnica de la re-atribución:

La paciente era ama de casa, con cinco hijos, y de escasos recursos económicos, cuyo esposo, a pesar de solo trabajar de las 8:00 a las 4:00 de la tarde, no la apoyaba para nada en las labores del hogar y el cuidado de los niños.

PACIENTE: Me siento terriblemente culpable del accidente que tuvo mi hija de año y medio hace un año.

TERAPEUTA: Explíqueme por favor qué de ese acontecimiento le hace sentir esa culpa tan grande.

P: Lo que pasa es que ese día yo estaba haciendo el quehacer en casa y en ese momento fue que mi hija encontró el veneno y lo bebió.

T: ¿Puede recordar que cosas tenía usted que hacer ese día?

P: Sí, recuerdo que era lunes y la casa estaba muy desordenada. Tenía a dos de mis niños en casa porque estaban enfermos y no habían ido a la escuela, y además mi niña del accidente ya comenzaba a caminar y andaba por todos lados. Había mucha ropa sucia y también tenía que cocinar y dar la medicina los chicos y tomarles la temperatura con frecuencia. De todos modos no debí descuidar a la más pequeña, nunca creí que abriría ese cajón y se tomaría el veneno.

T: ¿Tenía a alguien más que le ayudara en casa a la hora en que ocurrió el accidente?

P: No, en ese momento mi hija mayor, quien es la que regularmente cuida a la bebé cuando yo hago el quehacer o la comida, estaba en la escuela, y los otros dos pequeños estaban bastante enfermos en cama. Mi esposo se había ido a trabajar y yo tenía prisa por acabar todo antes de que él llegara por temor a que se enojara si veía que algo no estaba listo. Y es que mi obligación es que todo marche muy bien en la casa porque yo no tengo que salir a ganar dinero para vivir.

T: Comprendo lo que pasaba en ese momento, pero me gustaría dar un repaso a la posibilidad real de que usted estuviera al pendiente de absolutamente todo lo que ocurría en su casa aquel lunes, que no era un día normal, porque en vez de tener que cuidar solamente a la nenita, tenía dos niños enfermos y la casa estaba muy sucia, como la mayoría de las casas después del fin de semana.

Cuando el terapeuta y la paciente revisaron todo lo que ocurría aquel lunes en la casa, la paciente llegó a la conclusión de que era materialmente imposible estar al pendiente de los tres niños y que además la presión que sentía porque todo estuviera limpio y ordenado y la comida lista y la ropa limpia cuando el esposo llegara hicieron que olvidara por unos minutos supervisar de cerca de la niña que ya caminaba, y que desafortunadamente esos diez minutos de no supervisión bastaron para que la pequeña encontrara un veneno que, por cierto, ella reconocía, hubiera podido guardar en un lugar fuera del alcance de la pequeña. Ella se consideraba una muy buena y muy responsable madre y ama de casa, que en ese instante estaba sobrecargada de trabajo y no pudo estar al pendiente de absolutamente todo, y que por la presión de que el marido se enojara con ella si todo no marchaba bien, hizo que priorizara mal y pusiera más atención a las labores domésticas y a los dos pequeños enfermos que a la que ya caminaba.

A la paciente le resultó útil el método de la re-atribución, es decir, darse cuenta de que la causa de ese accidente fue una mezcla de factores que se juntaron y que ella se encontraba sin ayuda en ese momento. No obstante, a raíz del accidente de la niña ella se había vuelto mucho muy aprehensiva y nerviosa y seguía presionándose porque todo saliera bien, pero también seguía sin solicitar ayuda a su marido, quien muy bien podía colaborar en casa por las tardes y ser más tolerante si algo no estaba en orden.

Se le prescribió una seria y ejecutiva charla con su marido y se le animó a hacerlo diciéndole que redistribuyendo la carga del hogar y los cuatro niños le sería un poco más fácil estar relajada y poder pensar claramente que ellos (los niños) eran prioridad antes que el quehacer o la comida, sobre todo cuando eran días en que todo se juntaba. Aunque el esposo se mostró molesto por la solicitud de ayuda por parte de la paciente, ella logró hacerle entrar en razón diciéndole que si él hubiera dedicado solo unos minutos de su tiempo para revisar que no hubiera cosas o sustancias peligrosas al alcance de los niños, su hija no se hubiera accidentado y no hubiera pasado seis meses muy delicada en el hospital, y que los hijos eran responsabilidad de ambos, y que mientras él trabajaba 8 horas al día en la oficina de lunes a viernes, ella trabajaba 14 en el hogar de lunes a domingo.

De esta manera, la paciente reconoció su error al no poner como prioridad número uno de cuidado a la pequeña que recién caminaba pero re-atribuyó responsabilidad al esposo por no ayudarla a poner orden

en la casa y poner bajo llave todo lo peligroso y por presionarla tanto para que todo estuviera "rechinando de limpio" cuando él llegara.

La re-atribución es muy útil con los pacientes que tienden a culpabilizarse y/o a atribuirse la responsabilidad de cualquier circunstancia adversa. El terapeuta puede decidir contrarrestar las cogniciones del paciente que se culpabiliza: a) revisando los "hechos" que dieron lugar a la autocrítica; b) mostrando los distintos criterios existentes para atribuir la responsabilidad que el paciente aplica a su propia conducta, y demostrando cómo podrían haber sido aplicados a la conducta de otra persona; o c) poniendo en duda la creencia de que el paciente es 100% responsable de cualquier consecuencia negativa.

Búsqueda de soluciones alternativas

Cuando el paciente va aprendiendo a analizar sus cogniciones y a distanciarse de las mismas se da cuenta de sus rígidos patrones de pensamiento y de los contenidos de sus ideas. Su sistema lógico y de razonamiento se va ampliando y ese es el momento de oro para que los problemas que otrora se consideraban irresolubles puedan conceptualizarse bajo otra óptica, y para ello puede ser muy útil la técnica de la "búsqueda de alternativas" que se refiere a la investigación activa de otras interpretaciones o soluciones a los problemas del paciente. **Este procedimiento es la piedra angular de la resolución adecuada de los problemas.**

- Cuando el paciente define cuidadosamente sus dificultades, puede llegar a solucionar problemas que le parecían irresolubles.
- Cuando comprende los problemas basado en la realidad, las opciones que en principio había descartado puede considerarlas como prácticas y útiles.
- El terapeuta nunca debe fiarse de la afirmación del paciente de que "lo ha intentado todo", ya que con mucha frecuencia el paciente depresivo al considerar irresolubles sus problemas tiende a asociar esta creencia con la de que ya ha intentado todas las opciones y nada ha funcionado, por eso tenderá a rechazar automáticamente alguna de las alternativas y abandonará la búsqueda de otras nuevas. Como ya sabemos, la base de la desesperanza del paciente depresivo proviene de su selección, sistemáticamente sesgada de datos negativos.

El siguiente ejemplo ilustra la tendencia de los pacientes depresivos a considerar que los problemas son irresolubles sobre la base de su conjunto de cogniciones negativas.

La paciente era una mujer de cuarenta años severamente deprimida que fue estabilizada con medicación antidepresiva después de sufrir una decepción amorosa por una pareja que decidió terminar la relación de noviazgo después de muchos años. Cuando su grado de depresión llegó a moderado por la medicación, junto con la terapia cognitiva, la paciente pensaba continuamente en la idea de que no podría rehacer su vida sin su novio. "Apoyaba" esta postura aludiendo a las grandes dificultades emocionales que había experimentado en el pasado ante tentativas de separación de esa misma pareja. Durante la adolescencia la paciente tenía fobia a estar sola. "Siempre tenía problemas para sentirme feliz y segura"—dice—.

De adulta cada que su pareja y ella estaban peleados y rompían por un tiempo se sentía de la misma forma. Casi no tenía amigos, ni vida social porque se centró solamente en ese hombre y "dejó todo y a todos del lado" y estaba convencida de que sería terriblemente difícil vivir sin él, no soportaría la soledad. Describió como una "pesadilla" que los días pasaban y su novio no volvió a llamar a su puerta, ni a buscarla.

Empleando el método de las "alternativas" , lo que el terapeuta hizo en primer lugar fue listar las dificultades que iba encontrando la paciente al acostumbrarse día a día a ya no estar con su novio (por ejemplo, el problema de la soledad que se agudizaba durante el fin de semana, o el darse cuenta que seguía viviendo en su casa materna, la cual era un caos del que ella solía escapar cuando salía a pasear con él; el no haberse casado todavía y el no tener hijos, cuando el reloj biológico ya iba marcando el límite para ello; el no tener amigas/os íntimos con quienes hablar de su dolor, etc.) En todos los casos, la paciente concluyó que no sería capaz de resolver estos problemas porque en el pasado, siendo más joven, tampoco había podido hacerlo. Decía, "Nunca he sabido hacer amigos", "Nunca he intentado la independencia", "No sé pasármela bien conmigo misma".

Estas afirmaciones podían haber sido sometidas a prueba de realidad y corregidas en el pasado, pero ahora lo más importante por hacer para el terapeuta era ayudar a la paciente a aplicar determinadas técnicas para hacer frente a esos problemas en el presente. El terapeuta supo que la paciente había tenido amistades valiosas y hasta pretendientes viables en el pasado, pero que su novio, quien ejercía mucho dominio sobre ella, desaprobaba cualquier contacto con otras personas, especialmente con otros hombres.

La paciente comenzó a formularle al terapeuta soluciones alternativas que pusieron de manifiesto su capacidad bien desarrollada para resolver problemas. Por ejemplo, en el área de independizarse de sus padres, entró

a un sorteo en su trabajo para obtener un crédito de vivienda y fue una de las seleccionadas. Comenzó a hacer los trámites necesarios para comprarse un departamento y comenzó a acudir sola a cuantos eventos sociales la invitaban. El terapeuta, tras subrayar todas estas alternativas, retomó junto con la paciente su creencia original de que "no podría seguir viviendo sin su novio". En aquellos momentos la paciente había experimentado una notable mejoría de su estado de ánimo y estuvo de acuerdo en abordar una de las soluciones posibles para cuando se sentía triste, sobretodo los fines de semana. Se inscribió en un club deportivo y también empezó a tomar clases de baile árabe, lo cual le hizo sentirse muy bien físicamente y explorar partes de su feminidad que estaban muy olvidadas. Esa sensación de bienestar desbancó la idea de que nunca más podría volver a sentirse bien, o incluso a ser feliz. Como consecuencia de ese logro, la paciente se mostró deseosa de emprender nuevas soluciones para el resto de sus problemas.

- La "búsqueda de soluciones" suele producir cambios en los afectos del paciente depresivo y lo que explica dichos cambios es el reconocimiento súbito de que su situación puede no ser tan "desesperada".
- El trabajo del terapeuta no queda en simplemente considerar enfoques alternativos para resolver problemas. Su labor va más allá. Debe revisar la conclusión del paciente, por ejemplo, aquella de "nunca he hecho nada bien", desde un punto de vista objetivo, y aunque es altamente improbable que esa afirmación sea válida, el paciente lo cree fervientemente y es tarea del terapeuta darle un tiempo para integrar la nueva conclusión de que sí puede darle una solución a sus problemas y de que sí puede hacer las cosas bien. Junto con esto, debe explorar con el paciente las debilidades y fortalezas de éste último para hacer frente a los problemas y encaminarlo a que se vuelva más competente en la vida. Esta técnica es muy eficaz para el paciente deprimido suicida.
- El paciente depresivo necesita aprender a pensar en **interpretaciones alternativas** porque esto le permitirá identificar y contrarrestar sus sesgos y sustituir las conclusiones anteriores por otras más objetivas. Cuando el paciente aprende a buscar explicaciones alternativas proporciona otro enfoque ante los "problemas irresolubles". **El resultado de la modificación producida en la manera de pensar es un cambio positivo en los sentimientos y en la conducta.** Como ejemplo de esto está el de una paciente con depresión moderada que decidió tomar un curso de formación para maestros de inglés pero estaba convencida de que iba a fracasar, ya que su tutora había hecho el comentario de que ser maestro es un "don", más que una habilidad que se adquiere. La paciente estaba convencida de que ella no tendría el "don" de la enseñanza. Cuando le tocó presentar su primera práctica el tutor

que la supervisó le otorgó una calificación de 6 en la manera de planear la clase para sus alumnos. Ella comentó el incidente en terapia y explicó la manera en que había planeado la lección. La paciente estaba muy disgustada por esa calificación. Había hecho el "lesson plan" (plan de la lección) en un momento de mucha angustia y bajo la creencia de que "no podría dar una buena lección de inglés en esa primera práctica". Al recibir el 6 de calificación, la paciente consideró que había "demostrado que no podía conseguirlo" y estaba dispuesta a abandonar el curso.

El terapeuta mencionó dos puntos importantes referentes a las conclusiones de la paciente. Primero, ella se encontraba deprimida cuando elaboró el lesson plan, por lo cual podía pensarse que no lo había hecho lo mejor que podía. De hecho, ella recordaba que cuando lo hizo dudaba poder terminarlo, ya que no sentía ni la energía, ni la motivación para hacerlo. **Su ejecución y la calificación obtenida debían interpretarse, por lo tanto, en ese contexto.** Antes de ofrecer a la paciente esta explicación alternativa, el terapeuta consideró muy importante que primero revisaran la idea de la paciente de que "fracasaría" en su intento por convertirse en maestra de inglés.

Junto con la paciente, el terapeuta buscó explicaciones alternativas de la calificación y las críticas que había recibido por parte del maestro que observó la clase. Esas alternativas fueron discutidas y evaluadas de la siguiente forma:

- Se hizo una lista de las explicaciones alternativas y la paciente sólo tuvo que evaluar con porcentajes el grado de factibilidad de cada una de ellas,

Lista de explicaciones alternativas:

1. "Soy un fracaso; no tengo el don para ser maestra"—90%
2. "El maestro supervisor está especialmente predispuesto en contra de los aspirantes a profesores"—5%
3. "Mi calificación es muy similar a la de mis demás compañeros"—3%.
4. El tutor me hizo algunos comentarios críticos para orientarme sobre futuras "lesson plans" (Planes de la lección) y, por lo tanto piensa que tengo potencial"—2%

Ante este panorama, el terapeuta convenció a la paciente de que no abandonara el curso sin antes buscar más información sobre lo ocurrido con esa primera calificación. Le animó a platicar con la tutora al día siguiente de la sesión, y como no hay mejor momento como el presente para hacer esas aclaraciones, la paciente encontró que (1) La mayoría de los estudiantes sacó baja calificación, ya que se trataba de la primera práctica y carecían de experiencia en preparar y dar clases y (2) La profesora pensaba que aunque ese primer lesson plan dejaba mucho que desear, la paciente tenía una muy buena pronunciación del inglés y un

conocimiento sólido de la gramática del idioma, y que por lo tanto tenía el potencial para convertirse en una buena maestra. Además la profesora discutió con ella las críticas sobre su trabajo y le explicó el fundamento de las mismas y la importancia de que las supiera para así ir superando con éxito, y desde el principio de su entrenamiento, esos problemas en la enseñanza de un idioma. **Como resultado de esta nueva información, la paciente se animó mucho más y se sintió fortalecida para seguir en el curso, que aunque era muy pesado, ahora sabía que tenía el potencial para lograrlo y que las críticas debía considerarlas como comentarios orientados a que puliera sus capacidades docentes.**

Este ejemplo muestra como impacta en los sentimientos y en la conducta del paciente el tener interpretaciones negativas sobre un asunto, y como todo puede cambiar buscando explicaciones alternativas contrastadas con la realidad (en aquel caso la realidad estaba representada por la tutora).

La paciente del ejemplo experimentaba un intenso malestar por haber obtenido una calificación muy baja en su primera práctica como maestra y además eso significaba que ella no tenía ese “don” del que hablaba su entrenadora. Por lo anterior, estaba tan predispuesta para actuar en relación a esa interpretación que estuvo a punto de abandonar el curso sin haberlo intentado más. Esa decisión hubiera sido un grave error a la luz de la evidencia, y de hecho hubiera reforzado tremendamente la idea de la paciente de que era un fracaso y que nunca podría desempeñarse en una actividad profesional. Afortunadamente, logró mantenerse gracias a una conversación objetiva que decidió tener con su tutora, la cual había sido prescrita por su terapeuta.

La paciente volvió a evaluar sus interpretaciones al final de la sesión en la que ya tenía las respuestas de la profesora sobre porqué el supervisor le había dado esa calificación, y se dio cuenta de que había sobreestimado la hipótesis del “rechazo-falta de capacidad” a partir de una evidencia muy limitada.

Es interesante observar que, una vez que la paciente se hubo formado una idea más clara de las críticas de su profesora, dejó de prestar atención a la idea de que era un fracaso (la cual ya no le parecía plausible) para así pasar a estudiar racionalmente los errores o incorrecciones a la hora de planear una clase de inglés y darla en la realidad.

Es muy importante que ante una interpretación negativa el paciente obtenga información al respecto para evaluar el grado de ajuste de ésta con la realidad y la comunique lo más pronto posible a su terapeuta, ya que esto permitirá que los pensamientos y conclusiones negativas no contaminen otros aspectos de su vida. En ocasiones será de mucha utilidad contar con una “persona significativa” o con un terapeuta auxiliar para ayudar al paciente a reunir los datos pertinentes fuera de la consulta.

Registro de pensamientos inadecuados.

El procedimiento para comenzar a examinar, evaluar y modificar las cogniciones es anotarlas junto con sus respuestas en columnas paralelas.

- Instrucciones para el paciente:

Escriba sus cogniciones en una columna y una "respuesta razonable" a cada cognición en otra.

Complete las columnas para especificar sentimientos y conductas, así como para describir la situación que precedió a la cognición.

- Para ello, se le enseña al paciente a diseñar su hoja de registro con dos, tres, o incluso cuatro columnas.
- Se le dice que ese registro servirá para llevar a cabo la tarea de anotar sus pensamientos e imágenes inadecuados y que le ayudará a identificar y controlar sus cogniciones.
- Los encabezados de las columnas serán: Datos, Situación, Sentimientos, Pensamientos automáticos (cogniciones), Respuesta racional y Resultado. Esta cédula de registro está disponible en la sección de apéndices.
- Durante la sesión, se debe ofrecer al paciente ejemplos sobre cogniciones inadecuadas y respuestas racionales. El terapeuta también debe enseñar al paciente a evaluar el grado de sus experiencias emocionales y a determinar hasta que punto cree en sus pensamientos automáticos.
- Se le explica que este procedimiento le permitirá discriminar con mayor precisión sus emociones y a asegurarse de que anota los pensamientos que le resultan "extraños", es decir, que tienen un grado bajo de credibilidad. Estas evaluaciones naturalmente son un método para cuantificar los cambios en las respuestas emocionales y en los pensamientos del paciente.
- **El registro Diario de Pensamientos Distorsionados es un instrumento muy útil para la terapia cognitiva.** A medida que avanza el tratamiento, los pacientes pueden consultar sus anotaciones y así recordar fácilmente los tipos de situaciones y errores de pensamiento que son capaces de mantener o acentuar la depresión.
- Una vez se tiene este registro, el **objetivo principal del terapeuta** es ayudar al paciente a elaborar respuestas racionales a sus cogniciones negativas. Al hacer este tipo de registros, el paciente experimenta cierta distancia de sus problemas y esto le facilitará afrontarlos y resolverlos. El terapeuta deberá incrementar la objetividad del paciente respecto a sus cogniciones; **demostrar la relación entre cogniciones negativas, sentimientos desagradables y conductas inadecuadas y lo que es más importante, distinguir entre una interpretación realista de los acontecimientos, y una interpretación distorsionada por significados idiosincráticos.**

A continuación se presentarán dos ejemplos de registro de dos pacientes que fueron atendidas en SAPTEL:

La paciente llevaba seis años deprimida de forma moderada, era ama de casa y entre otras muchas actividades se dedicaba a hacer todos los pagos y trámites en su familia.

Situación	Sentimientos	Cogniciones	Otras interpretaciones posibles.
<p>Cuando fui a hacer el pago de mi predial a Tesorería la empleada de mostrador se portó bruscamente y me arrebató los papeles que traía. Cuando le pagué, de muy mal modo me dijo que no tenía cambio y que yo tendría que resolver esa situación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Enojo ligero • Soledad • Vergüenza 	<p>No le agrado a nadie.</p>	<p>La empleada siempre está de mal humor. Que me trate de esa forma cuando ni me conoce, ni yo fui grosera con ella indica lo mucho que odia su trabajo, y no a mí. Quizá está muy presionada por problemas que yo ni me imagino. Hace mal en tratar a los clientes de ese modo ya que podrían despedirla si mucha gente se queja de ella.</p>

Una paciente de 30 años con depresión moderada leyó a su terapeuta al teléfono el siguiente registro poco después de haber concluido sus sesiones de tratamiento (en la segunda sesión de seguimiento.)

Situación	Sentimientos	Cogniciones	Otras interpretaciones posibles.
<p>Poco después de haber terminado mi tratamiento en SAPTEL mi madre me habló por teléfono y me preguntó ¿Cómo te encuentras?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Enojo 	<p>Mi mamá piensa que realmente no he mejorado. Realmente no cree que yo pueda salir adelante sin acudir a un tratamiento cara a cara.</p>	<p>Se preocupa porque verdaderamente le importo. Se ha dado cuenta que poco a poco he regresado a mis actividades y que tengo mejor aspecto y lo único que quiere saber es si realmente me siento mejor.</p>

Una vez que el paciente ha leído el manual *Coping with depression* y se le ha entrenado exitosamente para registrar sus cogniciones inadecuadas, se dará cuenta de que las cogniciones negativas tienen varias características específicas: (1) *Son automáticas*—aparecen como si fueran reflejas, sin ningún proceso de razonamiento previo; (2) *Son irracionales e inadecuadas*; (3) Parecen completamente plausibles y las acepta como válidas; (4) *son involuntarias*—cuesta bastante trabajo “detenerlas”.

Con el tiempo, el terapeuta va descubriendo que cada paciente tiene sus propios pensamientos automáticos idiosincráticos. Para algunos, los pensamientos automáticos pueden tomar la forma de interpretación de las situaciones y acontecimientos en términos de rechazo; otros pueden pensar constantemente en el fracaso; otros pueden hacer predicciones negativas relativas a las interacciones, o actividades que van a emprender. Algunos pueden perseverar en pensamientos de inutilidad, enfermedad, etc.

Es importante mencionar que en algunos casos el empleo del registro de pensamientos automáticos está *contraindicado*: Cuando el paciente se halla tan inmerso en sus propios sentimientos negativos que es incapaz de concentrarse en algo distinto, se le debe entrenar a que *ignore* la cognición y a que *se concentre* en la tarea que tenga entre manos.

SECCIÓN X

SELECCIONANDO LOS SINTOMAS OBJETIVO Y CONOCIENDO LAS TECNICAS ESPECIFICAS PARA CONTRARRESTARLOS

Se ha mencionado en muchos lugares de este trabajo lo importante que es aliviar, en la medida de lo posible, los síntomas del paciente **transformando sus quejas principales en problemas con solución**. De igual modo, es crucial que el terapeuta enseñe al paciente cómo poner en acción las diversas técnicas para combatir los diferentes síntomas de la depresión fuera de consulta.

Cualquier componente de la depresión que implique malestar o inmovilidad puede replantearse en términos de un problema con solución.

Esta Sección estará dedicada a delimitar el campo de intervención en relación con síntomas objetivos concretos con la finalidad de que cuando el terapeuta trate telefónicamente a un paciente con depresión moderada sepa de inmediato cómo dar tratamiento a cada síntoma objetivo (target symptom) para que el paciente experimente un grado de mejoría que incida directamente en la alianza terapéutica y en la adherencia al tratamiento.

La selección de un objetivo central en la terapia ayuda no sólo a saber lo que el paciente percibe como parte de sus problemas principales, sino también da la posibilidad o facilidad de resolver esos problemas con prontitud y por lo tanto de salir de la depresión más rápidamente.

El terapeuta se dará cuenta de que existen momentos en que es mejor posponer la consideración de los problemas más generales del paciente hasta que se hayan aliviado sus síntomas. Por ejemplo, una paciente que está deprimida porque no encuentra trabajo, pero que al mismo tiempo tiene un síntoma de inactividad muy agudo. Lo mejor para ella será reestablecer la actividad, lo que sin duda hará que se muestre más activa y afronte mejor la ansiedad social que le produce buscar un trabajo.

- Como se ha explicado anteriormente, la depresión incluye componentes afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos y el terapeuta puede centrarse en uno de ellos o en la combinación de varios para conseguir la **modificación del síndrome depresivo**.
- Cada uno de los componentes mantiene una relación recíproca con los demás; por lo tanto, la mejoría en una de las áreas problemáticas produce mejoría en las demás.
- La especificación de los problemas a tratar y las técnicas específicas que se van a emplear para alcanzar determinado

objetivo dependen de multitud de factores y deben discutirse siempre con el paciente.

- Ya se ha dicho que mediante el discurso del paciente, el terapeuta irá entrando en el mundo idiosincrático del primero y comenzará a delinear cómo es que su visión negativa de sí mismo, del futuro y de lo que le rodea, tan característica de la depresión, le llevan a experimentar una serie de síntomas como la tristeza, la pasividad, la culpabilidad, la falta de placer o agrado (anhedonia), y la tendencia al suicidio, hasta terminar en un círculo vicioso que se forma si no se rompe la cadena pensamiento distorsionado-afecto-conducta. El terapeuta cognitivo rompe esta secuencia **seleccionando uno o varios de los síntomas susceptibles de intervención terapéutica y no perdiendo nunca de vista que para conseguir resultados duraderos, los supuestos inadecuados que subyacen a los síntomas deben ser modificados.**

Selección de objetivos y técnicas

El terapeuta telefónico puede seleccionar el conjunto de síntomas y las técnicas a emplear con base a estas consideraciones:

1. Este tipo de decisiones como la de seleccionar los objetivos y las técnicas siempre se tomarán en un contexto de colaboración terapéutica. El terapeuta puede delimitar varias áreas susceptibles de intervención y describir algunos de los procedimientos terapéuticos que le parezcan más adecuados. Paciente y terapeuta discutirán este punto sí y sólo sí si el primero no está demasiado encerrado en sí mismo como para participar en la toma de decisiones.
2. En las primeras fases de la terapia quizá sea más conveniente usar técnicas conductuales más que las estrictamente cognitivas, sobretudo en pacientes que están muy graves. En este sentido, debería prestarse más atención a procedimientos como la programación de actividades, la asignación de tareas graduales y la práctica cognitiva, más que a la identificación y modificación de las cogniciones inadecuadas.
3. El terapeuta debe intentar conjugar el procedimiento con el nivel cultural del paciente, su estilo personal, etc.
4. Cuán urgentes y graves son los distintos problemas y síntomas, son los factores que deben dictar la prioridad en la que se irán tratando. El Inventario de Depresión de Beck constituye una gran herramienta en este sentido y sobre todo cuando se esté tratando a una persona a la que le cuesta trabajo reconocer y delimitar su problemática.
5. Se le dice al paciente que suele ser necesario usar la técnica del ensayo y error y que se dispone de varios procedimientos que han resultado útiles para solucionar distintos problemas, y que por eso mismo se pondrán a prueba alguna de esas técnicas para encontrar la que le sea de más utilidad.

6. En resumen, la clave está en descomponer el complejo fenómeno de la depresión en sus problemas constituyentes, seleccionar los problemas concretos que se van a tratar y determinar el tipo de intervención terapéutica para el paciente.

Técnicas específicas para algunos síntomas objetivo

Tristeza

Se da la circunstancia de que el paciente experimenta este dolor psíquico en un momento en que su tolerancia y su capacidad para afrontar el dolor—de cualquier tipo—se sitúan en niveles muy bajos. Por esta razón, proporcionarle un cierto alivio suele ser uno de los primeros objetivos de la intervención terapéutica.

El terapeuta que está hablando con el paciente sobre sus afectos debe preguntarle qué significa con exactitud lo que dice estar experimentando. El paciente puede magnificar su sensación de tristeza expresando afirmaciones como: “No puedo soportar este sentimiento”, “Me siento mal todo el tiempo”, “Siempre seré desgraciada” y entonces el terapeuta puede valerse de cualquiera de los procedimientos “cognitivo-conductuales descritos anteriormente para ayudarle a corregir estas distorsiones.

Cuando el paciente no pueda identificar con exactitud las cogniciones que producen sus sentimientos de tristeza el terapeuta debe proporcionarle otros medios para aliviar o reducir la disforia.

Por ejemplo, el terapeuta puede mitigar la tristeza induciendo al paciente a sentir “auto-compasión”. Si el paciente llora o verbaliza sus emociones negativas esto reducirá, a veces, la intensidad de las mismas y hará que se sienta mucho más aliviado. Pero, algunos pacientes se pueden sentir peor tras este procedimiento, por lo tanto este tipo de métodos se deben usar con suma precaución. Cuando un paciente llora, es posible que sienta lástima de sí mismo. De ese modo sus cogniciones acerca de su persona pasan de ser actitudes de rechazo o menosprecio, a actitudes de compasión o lástima, ya que la auto-compasión es incompatible con el sentimiento de culpabilidad.

Otras técnicas que se pueden utilizar para acelerar el proceso de la expresión de la tristeza, y sobre todo de cambiar del auto-reproche y la auto-critica a la auto-compasión, es por ejemplo, contarle al paciente una historia de alguien que vivió su misma problemática, o parecida, para así suscitar compasión, porque sentir compasión por otra persona puede ayudar a que la sienta hacia sí mismo. La técnica del cambio de roles, donde el terapeuta asume el rol del paciente es muy útil en este sentido.

Hay pacientes a los que les cuesta mucho trabajo llorar, por cuestión de género, aunque cada vez hay más mujeres a las que se les dificulta esta expresión del dolor emocional. Hay pacientes que incluso en situaciones muy dolorosas, como la muerte de un ser querido, son incapaces de derramar una lágrima, en estos casos las técnicas para producir auto-compasión son de gran utilidad. El terapeuta puede compartir alguna

experiencia propia dolorosa para que el paciente sea capaz de sacar el dolor retenido mediante la auto-compasión.

Técnica de la Cólera Inducida

La experiencia de ira también puede contrarrestar los sentimientos de tristeza del paciente que puede empezar a experimentar ira si el terapeuta, por ejemplo, le pide que relate alguna situación o persona que haya contrariado fuertemente sus derechos en el presente o en el pasado, y le va guiando para que poco a poco y con cuidado salga ese enojo para evitar que se desborde la emoción y se sienta culpable por experimentar ese sentimiento. O puede aplicarse la técnica de la imaginación guiada en donde el paciente sea el protagonista de una situación altamente generadora de enojo—como un incidente vial o una injusticia en el trabajo, o en casa—A continuación le pedirá al paciente que practique esa técnica o alguna otra inductora de ira entre sesiones con límite de tiempo y que a continuación, ya cuando sienta la ira, se distraiga con alguna otra actividad.

Técnica de la distracción

Los pacientes pueden valerse de la distracción para reducir (temporalmente) casi todos los sentimientos dolorosos. La distracción es especialmente eficaz para aliviar la tristeza. Se le enseñará al paciente que la distracción es una habilidad para hacerle frente a los problemas. Por teléfono se le puede pedir que al momento de estar sintiendo tristeza indique el grado en el que la está experimentando y que a continuación se concentre en un objeto del lugar desde donde se encuentra y que nos lo describa. Generalmente la tristeza disminuirá después del ejercicio. Posteriormente se le dice que cuando comience a sentirse triste, la tristeza será un indicador de que debe emprender alguna actividad que le distraiga (no tiene que ser por mucho tiempo, puede durar pocos minutos) como por ejemplo, salir a pasear al perro o pasear solo, leer, platicar con alguien, hablar por teléfono, contemplar el paisaje, regar las plantas, arreglar algo pendiente en casa, etc. Al principio el paciente sólo logrará distraerse unos pocos minutos, pero con la práctica poco a poco incrementará esos períodos de sentirse mejor, gracias a la distracción que le producen otras actividades.

Se le puede enseñar al paciente que experimenta pensamientos negativos recurrentes y/o disforia crónica, que aumentando su disponibilidad sensorial puede desviar su atención de los sentimientos negativos. En esta técnica el paciente se concentrará en el medio que lo rodea, poniendo en juego cuantas modalidades sensoriales le sea posible. Cuanto más sentidos ponga en juego (vista, olfato, oído, tacto, gusto) menos pensamientos recurrentes experimentará, y por lo tanto, será mayor la sensación de alivio.

Algunos pacientes utilizan mucho la técnica de imaginar situaciones muy agradables o placenteras, como sacarse la lotería, o cruzar el mar en un trasatlántico y lo imaginan con la mayor cantidad de detalles posibles

para mantener a raya sus sentimientos o pensamientos negativos. Puede decirse al paciente que imagine situaciones placenteras del pasado o que imagine un futuro cuando ya no se sienta triste. Todas estas técnicas están indicadas para aquellos pacientes con depresión leve o moderada que no están invadidos por contenidos mentales e interpretaciones negativas de las experiencias cotidianas.

Técnica del Humor

En esta técnica, el terapeuta tiene que ser muy hábil para poner de manifiesto el sentido gracioso de las situaciones y distraer la atención del paciente, aunque sólo sea temporalmente. Cuando un paciente logra captar el lado humorístico de las cosas, ha comenzado a usar una importante habilidad para hacer frente a los problemas.

En este caso el paciente recibe la instrucción de encontrar la parte humorística o irónica de las situaciones siempre que comience a sentirse triste. Por ejemplo, una paciente, que por cierto era bastante eficiente en su empleo, empezó a sentirse muy triste camino a su trabajo al recordar como su jefe—que era muy iracundo—le llamaba la atención y le decía que porqué era tan tonta, situación que le hacía sentir que odiaba trabajar en aquel lugar. Al llegar a la oficina, le tocó presenciar como este señor derramaba su café en unos expedientes muy importantes, y a un colega de su misma jerarquía, muy divertido que le decía— ¡ah, qué taza tan torpe!— Este evento le pareció tan tranquilizante y divertido que reforzó la idea de que nadie es perfecto y que su jefe también se podía equivocar y más aún, que alguien le insinuó que era un tonto y que quizá con eso podría sentir lo mal que se sentía que le llamen a uno “tonto”.

El recurso del humor y la distracción no son por supuesto la solución a los problemas del paciente, ya que estos no traerían cambios de actitud a largo plazo. Pero muchas veces es mejor lograr una mejoría en el estado de ánimo para poder pasar a soluciones más generales y duraderas.

Es muy importante que a través de estas técnicas el paciente logre sentir que es capaz de hacer frente a la tristeza y por lo tanto de ejercer cierto control, lo cual hace que experimente seguridad y bienestar.

Técnica de la Limitación de Expresiones de Disforia

Es de mucha ayuda que una persona pueda expresar, y por lo tanto, compartir lo que le pasa con los demás. Sin embargo, está comprobado que hablar de manera constante y prolongada sobre el sufrimiento que se padece suele intensificarlo. Al estar hablando constantemente sobre sus sentimientos, el paciente puede crear tensiones en la relación con sus familiares y amigos y esto puede empeorar la depresión. Por ello se les indica que restrinjan sus manifestaciones de infelicidad.

Una vez explicada al paciente la razón de la restricción se le puede pedir que registre cuánto tiempo pasa hablando de sus sentimientos, para que se haga conciente, si es que no lo está, de ese comportamiento. Si las personas que le rodean constantemente le preguntan cómo está o cómo se siente, puede responder que está bien y que les agradece su

preocupación pero que está intentando no hablar tanto de sus problemas. Si es necesario, el terapeuta puede hablar sobre el tema con las personas significativas de su ambiente.

En algunos casos puede asignarse un período del día para "sentirse mal". Se le sugiere al paciente que trate de posponer la experiencia de sus sentimientos hasta última hora de la tarde, por ejemplo, de 7 a 8. Los pacientes a quienes se asigna esta tarea parecen esperar la ocasión de "sentirse mal", y actúan más adaptativamente durante el resto del día.

Técnica de construir un "Piso" bajo la Tristeza

Siempre es muy importante enseñar al paciente a que aumente su tolerancia ante los sentimientos de disforia. El terapeuta le dirá y le animará para que en lugar de, o en respuesta al pensamiento, "No puedo soportarlo" se diga a sí mismo: "Soy bastante fuerte para aguantarlo" o "voy a ver cuánto soy capaz de tolerarlo". Una vez más, la práctica de esta técnica hará que el paciente aumente su tolerancia a casi cualquier forma de malestar. También se le explica que si logra aumentar su tolerancia a la tristeza se fortalece y se "auto-inocula" contra futuros momentos de disforia.

Si el paciente "afrenta" la tristeza comiendo, bebiendo, durmiendo o cualquier acción en exceso, se le pedirá que espacie poco a poco los períodos de tiempo que hay entre sentirse triste y recurrir a esos mecanismos conductuales desadaptativos, y paralelamente se le enseñará a poner en marcha medidas adaptativas para incrementar su nivel de tolerancia a la tristeza.

Ya que el paciente seguramente seguirá experimentando distintos grados de tristeza mientras dure la depresión, es importante que aplique algunas estrategias que eviten el agravamiento de la disforia. Cuando lo haga, sentirá que puede controlar el grado de su tristeza y esto le hará pensar: "la tristeza no crecerá más y más hasta hacerse insoportable, yo la puedo controlar".

Si el paciente sufre de momentos especialmente difíciles a determinada hora del día (por ejemplo muy temprano en la mañana) se le ayuda a elaborar un programa de actividades distractoras para esa hora. Las tareas pueden consistir en hacer las labores domésticas, tener actividades sociales; si el paciente es escritor, escribir más líneas y párrafos a esa hora, etc. Favoreciendo la actividad se favorece también que el paciente no rumie alrededor de la disforia y no comience a llenar su pensamiento de interpretaciones sobre su significado.

En los pacientes con tendencia a atribuir significados de "catástrofe" o auto-condenación a sus estados de ánimo, los sentimientos de tristeza tienden a intensificarse. Con ellos debe plantearse la verdadera causa de sentirse tristes, explorando si no están pensando que ante determinada situación "deberían" sentirse así y no de otra forma que puede visualizarse como "ilógica" dada las circunstancias. Si se les ayuda a explorar detalladamente aquello que contextualiza la emoción que experimentan en ese momento, encontrarán sentido a porqué se sienten así y no como

socialmente se espera. Por ejemplo, una paciente puede sentirse muy triste el día de la boda de su hija más pequeña, y la señora puede pensar: “Debería sentirme muy feliz el día de hoy, mi hija está teniendo una hermosa boda”. Ante esos “debería sentirme...”, se le explica que la boda de un hijo significa un tipo de separación y por lo tanto un duelo, y que en ese contexto su tristeza tiene mucho sentido, y experimentarla será un proceso natural y a corto plazo. Esta explicación logra que el paciente comprenda que no siempre las personas deben sentirse como la sociedad lo dicta ante determinados hechos, y que las pérdidas se superan y se pueden paliar con otras ganancias a largo plazo. Esto realmente pone un piso a la tristeza más abajo del cual ya no se podrá llegar.

Periodos de llanto “incontrolable”

El llanto es una manifestación muy común en la depresión, pero cuando es tan intenso que impide la comunicación del paciente con los demás, incluido el terapeuta, o cuando el paciente se siente peor después de llorar, es importante enseñarle a modularlo.

Primero que nada se explora cuál es la reacción del paciente después de haber llorado—esto es, si es de vergüenza o azoramiento, y se corrige cualquier interpretación errónea sobre el acto de llorar. Por ejemplo, hay pacientes que piensan que el terapeuta espera que ellos lloren necesariamente al contar sus sufrimientos. En segundo lugar se le enseña un procedimiento de autocontrol que le permita evitar llorar, que puede consistir en técnicas de distracción, auto-instrucción activa para no llorar y la fijación de límites temporales para el llanto (se le asignan al paciente tres periodos de tres minutos para llorar, uno al principio, uno en medio y uno al final de la sesión. Esto resulta efectivo tanto dentro como fuera de las sesiones, ya que se da cuenta de que puede controlarse y esto aumenta su seguridad y mejora su auto- imagen.

Sentimientos de Culpabilidad

El terapeuta debe evitar ofrecer explicaciones arbitrarias sobre la razón que un paciente tiene para sentirse culpable. Muy al contrario, indagará mediante el método de hacer preguntas, si el paciente se está sintiendo culpable por pensamientos, deseos, o acciones. A veces es sorprendente ver que se siente más culpable por sus deseos que por sus actos.

Cuando un paciente suponga de manera poco realista que es responsable por lo que le pasa, o por lo que hacen los demás, el terapeuta debe preguntarle: “¿Por qué es usted responsable? Y con esto se le obliga a examinar la naturaleza de su excesivo sentido de la responsabilidad. Puede ser conveniente obtener información adicional que le ayude a modificar su interpretación de las situaciones cuando ésta genera sentimientos de culpabilidad.

Como se hace en el caso del llanto, se debe llevar al paciente a que reflexione para qué está experimentando culpa. Algunos pacientes piensan que la culpa les impide realizar acciones contraproducentes o antisociales y deberá preguntársele qué significa para ellos un acto

antisocial. A veces por ejemplo, una madre se siente muy culpable porque desea que sus hijos crezcan rápido para que ella pueda volver a dedicarse al trabajo que tanto le gusta. En casos como éste se le explica que el deseo de ser más libres e independientes no es antisocial ni contraproducente y que es muy normal que una mamá que está criando hijos pequeños, lo cual es un reto, a veces sienta el deseo de eludir un poco la responsabilidad y carga que la crianza implica. Esta explicación tiene una alta probabilidad de hacer que la paciente rompa con la cadena de la culpa y que se prevenga de realizar conductas poco adaptativas como auto-censurarse o auto-agredirse por sus deseos en razón de la culpa que generan.

Vergüenza

A diferencia de la culpa que es generada por una supuesta infracción de los códigos ético o moral por parte del paciente, la vergüenza surge de la creencia de que por estar deprimido la gente lo juzga como débil, loco, inferior, infantil, inmaduro, etc.

Funciona más o menos así: Los comportamientos que el paciente piensa o supone que le van a parecer ridículos a los demás iniciarán la secuencia: "Me siento triste, iré a la iglesia para poder llorar un poco"—"parezco una loca aquí sollozando"—"que vergüenza".

Como los pacientes no suelen admitir abiertamente que se sienten avergonzados, el terapeuta debe indagar si existe alguna sensación de vergüenza y explicarles que esa sensación es hasta cierto punto creada por cada quien. Se le pregunta: ¿Existen cosas de las que usted se avergüence de su pasado y ahora no? ¿Existen cosas de las que usted se avergüenza y otras personas no?, ¿Existen cosas de las que otros se avergüencen y usted no?

Puede decirsele que si adopta la filosofía "anti-vergüenza" logrará poner fin a muchos de sus problemas. Por ejemplo, si la paciente se siente avergonzada cuando su marido la regaña vociferando en público, puede realizar un ejercicio anti-vergüenza, simplemente reflexionando sobre dónde está la razón para tal reacción, aceptando la responsabilidad del error, si es que la hubo, y si no ignorando al iracundo marido, permaneciendo tranquila y en silencio o yéndose a otro lado y también ignorando la reacción de la gente, que es natural que le llame la atención cuando alguien está levantando la voz, pero cuya opinión no tiene porqué ser tomada en cuenta por la paciente. Esta actitud la fortalecerá y en vez de que se hunda más en la vergüenza le ayudará a poner límites a su marido y también a aceptar que para algunos adultos cambiar su forma de reaccionar cuando están contrariados es poco más que imposible y que los avergonzados deberían ser los que sobre-reaccionan alterando el orden y las costumbre circundantes. Si continúa con esta "política abierta" durante cierto tiempo, su tendencia a sentirse avergonzada disminuirá y se volverá menos inhibida, siendo más flexible y espontánea en sus respuestas.

Otro procedimiento valioso es hacer que el paciente anote las ventajas e inconvenientes de manifestar vergüenza.

Cólera

El paciente depresivo no experimenta cólera típicamente, y cuando lo hace, es un signo de que comienza a sentirse mejor. Este periodo de cólera suele ser de corta duración e implica progreso. Sin embargo, en algunos pacientes aparecen enfados persistentes desde el principio. En estos casos, procedimientos como los de la distracción, el incremento de la tolerancia, etc., pueden aplicarse. Las técnicas de relajación también son útiles ante el enojo.

El mecanismo de encolerizarse consiste en que el paciente comienza a llenarse de pensamientos que giran en torno a la intolerancia hacia otros y a una necesidad de venganza. Se le pide que se tranquilice y se le enseña a incrementar su capacidad de empatizar con la otra persona. Así pueden surgir un conjunto de cogniciones que son incompatibles con la cólera. El role-playing puede servir para esta finalidad.

Ansiedad

La ansiedad frecuentemente acompaña a la depresión y se agudiza cuando se está saliendo de ella. Algunos pacientes comienzan a sentir cosas que les aterrorizan y es aquí donde el terapeuta les ayuda a identificar esos síntomas como manifestaciones de ansiedad y les dice que esas sensaciones, aunque son molestas, no son peligrosas. Este procedimiento ayuda a quitar importancia a la ansiedad y a evitar que el paciente experimente la ansiedad por la ansiedad.

Primero que todo, se le anima a que controle su ansiedad. Además de registrar las variables situacionales como hora, lugar, circunstancias, etc., se le pide que haga una gráfica de intervalos de media hora y que anote la hora a la que se siente ansioso y el grado de su ansiedad de 0 a 100. Con ésta información en un dibujo al paciente le queda claro que los ataques de ansiedad no son a cada rato y lo más importante, no duran para siempre.

Generalmente, el mejor antídoto contra la ansiedad es la actividad física repetitiva como salir a caminar, botar una pelota, saltar la cuerda o correr. También suelen aliviar la ansiedad algunas actividades como limpiar la casa o arreglar el jardín, armar un rompecabezas, prestar atención con detalle a lo que ocurre alrededor, o intentar algo más drástico si tienden a concentrarse demasiado en la ansiedad, tocando unas campanillas o cascabeles. La clave para vencer la ansiedad es la distracción.

Las técnicas cognitivas como evaluar el nivel de ansiedad de una situación anticipada y a continuación la discusión sobre modos más realistas de hacerle frente son muy efectivas en el tratamiento. El paciente ansioso debe ser re-asegurado informándole que para situaciones difíciles o generadoras de ansiedad siempre hay recursos con qué hacerles frente. Como en el caso de una paciente que sentía mucha ansiedad de que el automóvil se le descompusiera en la carretera. El terapeuta le decía que

siempre es mejor prevenir que remediar, checando el auto antes de un viaje largo, y que si aún así se descomponía ella disponía de teléfonos de emergencia, grúas remolcadoras, su teléfono móvil, su inteligencia y su valentía.

Para obtener más información sobre como es la ansiedad del paciente se le pide que nos platique en imágenes aquello que le produce ansiedad, después que transforme las imágenes amenazantes en otras neutrales o agradables incluso. Por ejemplo, una paciente que tenía mucho miedo de hablar en público imaginaba que cuando lo hiciera los demás iban a pensar mal de ella y a criticarla por lo que decía, incluso imaginaba sus miradas de "desprecio". Cambió estas imágenes por otras en donde la gente la escuchaba con atención y respeto y esto hizo que se atreviera a dar su conferencia con mucho éxito.

Es vital que el terapeuta obtenga la información sobre qué es lo que específicamente causa la ansiedad. Una información difusa como "fobia a los aviones o a la escuela" es demasiado general y no sirve para efectos terapéuticos. El ensayo cognitivo de la situación ansiógena es muy efectivo para tratar con efectividad la ansiedad y localizar el miedo principal que genera una situación para después tratarla con técnicas de role-playing.

La evitación de lo que genera ansiedad no curará al paciente de ésta, al contrario, la agravará y ésta tenderá a extenderse a otras áreas. Lo más recomendable es que el paciente incremente su nivel de tolerancia a la ansiedad y ponga a prueba sus pensamientos inadecuados exponiéndose y tolerando las situaciones ansiógenas para desensibilizarse de ellas.

Síntomas motivacionales

Pérdida de la motivación positiva e incremento de la tendencia a la evitación.

La pérdida de la motivación positiva suele ir acompañada de una fuerte tendencia a evitar actividades constructivas, de ahí la resistencia del paciente para hacer las tareas asignadas para casa. En este caso, el objetivo del terapeuta será superar los bloqueos motivacionales pidiendo al paciente que trate de realizar la actividad evitada como si fuera un experimento en el que va a descubrir si sus pensamientos sobre realizar dicha actividad son correctos o distorsionados, además de que posiblemente tenga experiencias satisfactorias al llevarlas a cabo y se sentirá anímicamente mejor y más en control de la situación.

Dependencia

Para tratar la dependencia, resulta conveniente que el terapeuta explique al paciente la diferencia entre dependencia "adaptativa" y dependencia "regresiva". El desear aprender modos de hacer frente a la depresión es una forma de dependencia adaptativa; el paciente tiene un problema que es incapaz de resolver por sí solo y, por lo tanto, solicita ayuda de un experto. En cambio, la dependencia regresiva es el hecho de buscar ayuda para algo que la persona puede hacer por sí misma, y es contraproducente porque hará que quien la practica se sienta cada vez más inútil.

Es beneficioso comentar con el paciente sobre la importancia de que la dependencia adaptativa no se convierta en regresiva-destructiva. Para ello se debe hacer que una vez que tolere y maneje la depresión, no se quede con la idea de que el terapeuta siempre le ayudará a resolver todos sus problemas, aún cuando ya se le hayan dado las herramientas para ello.

Los pacientes con problemas de dependencia deben recibir entrenamiento en confianza en sí mismos. El procedimiento consiste en enseñarles a ser cada vez más responsables de sus actos y de la modificación de sus reacciones emocionales. Al principio, el paciente vuelve a instaurar sus actividades independientes anteriores, como por ejemplo, ir al súper solo. A medida que va mejorando, se va incrementando el ámbito de actividades independientes y para la paciente que cree que para divertirse necesita a los demás se le indica que vaya sola a un museo, o al cine, o a cenar. O a la que piensa que no puede arreglárselas sin su marido, se le pide que tome un curso de mecánica básica, o de finanzas. O al hombre que piensa que no puede vivir sólo con sus hijos pequeños se le pide que cocine la cena y que lleve a cabo labores domésticas.

Las técnicas cognitivas para aumentar la confianza en sí mismo del paciente incluyen la puesta en práctica de experimentos para ver si es capaz de hacer más de lo que creía, así como para la eliminación de pensamientos de desánimo, como: "¿Para qué intentarlo?", "Es muy difícil", "Que lo haga otra" o "No tengo tiempo".

En algunos casos el paciente aumenta radicalmente su confianza en sí mismo poniéndose en situaciones en las que se vea forzado a tenerla, tales como pasar un fin de semana solo en otra ciudad, llevar a sus hijos de vacaciones sin su esposo/a por carretera, diseñar un presupuesto mensual de gastos, etc., siempre y cuando esto sea indicado para sus posibilidades y condición.

A lo largo del día una persona enfrenta numerosas situaciones en las que tiene que elegir ser dependiente o independiente. Al paciente se le pedirá que registre el número de veces que elige la independencia y que gradualmente lo vaya incrementando.

El entrenamiento para la asertividad (enseñar al paciente que no es necesario caerle bien a todos para ser feliz) y la auto-confianza (enseñarle que es capaz de hacer las cosas sin la ayuda de los demás) deben ser un

objetivo primordial en la terapia cognitiva de la depresión por teléfono o cara a cara.

Síntomas cognitivos

Indecisión

A menudo el paciente atribuye su depresión a su trabajo, familia, o a las situaciones exteriores y, consecuentemente, cree que si abandona la situación problemática, la depresión desaparecerá; pero no está demasiado seguro sobre lo acertado de esta decisión, a lo cual el terapeuta le responde que en general no es aconsejable tomar decisiones importantes mientras se está deprimido. En casi todos los casos, las decisiones importantes pueden posponerse sin consecuencias negativas. El terapeuta también le dice que, al estar funcionando por debajo de su capacidad normal, no está en las mejores condiciones para tomar decisiones a largo plazo. Además, se le hace conciente de que es posible que vea su vida de un modo diferente que antes de la depresión.

Cuando ciertas decisiones sean inaplazables, por el bien del paciente, se hace junto con éste una lista de ellas y de las ventajas e inconvenientes de cada una, así como las consecuencias que traerán.

Contrario a lo anterior, hay ocasiones en las que el paciente no toma ningún tipo de decisión debido a los resultados negativos que prevé. En este caso se le ayuda a que tome una decisión de entre muchas otras similares mediante la realización de una lista de alternativas en orden alfabético y que elija la primera de la lista. En otras ocasiones se le invita a decidir mediante el azar, echando una moneda al aire. Lo principal es que el paciente tome una decisión y comience un curso de acción.

Cuando el paciente no quiera decidir hasta no tener la certeza absoluta de lo correcto de su elección, el terapeuta le aclarará que las certezas absolutas no existen en la vida y que no se puede asegurar que los acontecimientos favorables o desfavorables vayan a ocurrir o no. No obstante siempre es posible que ambos investiguen más a fondo algunas alternativas.

Algunos pacientes solo ven las desventajas que les traerá decidir una cosa u otra, entonces se les entrena para que visualicen también las ventajas, así como algunas medidas para modificar ganancias, por una situación "sin pérdidas". Es importante que el paciente sea entrenado para ver situaciones sin pérdidas, no sólo situaciones sin ganancias.

Así pues, los siguientes elementos pueden ser importantes para ayudarle a que se convenza de la importancia que tiene tomar decisiones cuando llega el momento de hacerlo:

1. En algunos casos, el hecho de tomar una decisión es más importante en sí que cualquiera de las alternativas presentes.
2. El no poder decidirse se debe a la obsesividad de buscar certezas absolutas. La ansiedad puede venir del miedo a que ninguna de las alternativas sea "adecuada".

3. La respuesta racional es que no se puede aspirar a la certeza absoluta. Nadie puede predecir el futuro. Siempre habrá consecuencias no previstas (positivas y negativas), cualquiera que sea la opción elegida.
4. No hay necesidad de garantía absoluta. Se debe tomar una decisión y después hacer frente a los acontecimientos y no lamentarse.
5. Es de esperarse un cierto remordimiento durante aproximadamente una semana, independientemente de la alternativa seleccionada. La persona debe aceptarlo e intentar resolverlo mediante técnicas cognitivas.

Es importante que ante la indecisión del paciente el terapeuta estructure la situación, usando los anteriores argumentos para forzarle a tomar una decisión para que no pierda el tiempo inútilmente.

El paciente debe aprender a decidir en función de sus deseos y no de sus miedos. A veces el sentimiento de culpabilidad es lo que no deja a una persona decidirse. Por ejemplo, había una paciente que deseaba regresar a trabajar ya que sus hijos estaban en edad escolar, y ya tenía todo para lograrlo, sin embargo cada que trataba de dejar su currículum se ponía a pensar que quizá le quitaría un poco de tiempo y atención a la familia pero sabía que era necesario que ella se reintegrara a la vida laboral porque ayudaría a su economía y a su estado de ánimo. Ante situaciones como estas a veces el terapeuta tendrá que emplear métodos para modificar o eliminar sentimientos de culpabilidad. El paciente debe aprender que los hechos resultantes de las decisiones tomadas deben afrontarse y resolverse y también debe aprender a inocularse contra los sentimientos de culpa, que resultan de su creencia de que está cometiendo un error al decidirse por una u otra cosa.

Percibir los problemas como abrumadores

La estrategia general para tratar los "problemas abrumadores" consiste en hacer que el paciente señale un problema concreto sobre el que desee trabajar y desarrollar procedimientos adecuados para resolverlo. Haciendo esto, la formulación que hace del mundo que le rodea se modifica de "Esto es abrumador" a (1) ¿Cuáles son los problemas concretos"? (2) ¿Cuáles son las soluciones?". Al paciente puede decirse que sólo debe hacer una cosa a la vez y que, por lo tanto, no puede prestar atención al mismo tiempo a todas las cosas que él crea que tiene que hacer. Sin embargo, sí puede hacer una lista de todos sus problemas y establecer un orden de prioridades. Además debe ofrecérsele un modo concreto para iniciar las actividades y explicársele que poner en práctica un proyecto le resulta difícil a todo el mundo, pero que la tarea se va haciendo más fácil a medida que se va realizando.

El terapeuta debe ser una persona creativa que le ofrezca al paciente modos variados para resolver problemas, ya que el paciente deprimido no puede ver esas soluciones que fácilmente avistaría si no estuviera enfermo.

Cuando el paciente nos plantea un problema ante el cual no puede encontrar la solución le pedimos que nos diga qué le recomendaría hacer a una persona con un problema semejante. Al responder a esta pregunta el paciente se convierte en su propio asesor.

Muchos pacientes se hacen cargo de más trabajo del necesario. Otros creen, erróneamente, que se espera de ellos más de lo que los demás esperan de hecho. Estas creencias deben ser puestas a prueba. Si resulta que su apreciación es correcta se les entrenará para mostrarse más asertivos y no acceder a todas las demandas que les hacen.

Muchos pacientes se sienten agobiados por los problemas porque exageran las dificultades y minimizan las posibilidades de afrontarlos y resolverlos; en consecuencia, permanecen inactivos. El terapeuta debe enseñarles que pueden hacer frente a muchas situaciones. Para ello se desmenuza cada problema con detalle y se investigan las posibilidades de solución.

Autocrítica

El método cognitivo para la autocrítica consiste en hacer que el paciente se de cuenta de que la autocrítica está presente en casi todas las situaciones y al hacer esto, debe hacer una evaluación objetiva de sus pensamientos de auto-culpabilización. Para identificar la autocrítica tiene que repetir y registrar los pensamientos que hay en su mente inmediatamente antes de empezar a sentir disforia.

El siguiente paso consiste en incrementar su objetividad respecto a la auto-culpabilización. Este paso es crucial, ya que el paciente cree que sus autocríticas están justificadas. Un procedimiento consiste en formularle una pregunta como: "Suponga que yo cometiera los mismos errores que usted. ¿Me despreciaría por ello?". Ya que generalmente el paciente reconoce que no haría tantas críticas si se tratase de otra persona, también puede darse cuenta de la naturaleza exagerada de sus autocríticas. Los pacientes con una depresión moderada pueden darse cuenta de la naturaleza contraproducente de sus críticas si el terapeuta les dice:

¿Cómo cree usted que yo me sentiría si una persona estuviera constantemente evaluando o criticando todo lo que yo hiciera?...Hasta cierto punto, eso es lo que usted se hace a sí mismo sin proponérselo deliberadamente...Los efectos de esto no sólo consisten en que usted se sienta peor, sino que además afectan su ejecución. Usted observará que se siente más libre y más satisfecho ignorando las autoevaluaciones.

El role-playing puede acelerar el proceso de ir haciéndose más conciente de la destructividad de las autocríticas. El terapeuta puede representar el modo como el paciente se ve a sí mismo: inadecuado, inepto, débil...Al paciente se le prepara para asumir el papel de un crítico que va a atacar verbalmente al "paciente" siempre que éste se auto-critique. El terapeuta representará su papel de modo que el paciente pueda darse cuenta de sus distorsiones e inferencias arbitrarias. Si el paciente, por su parte se

siente cómodo haciendo su papel de crítico puede observar la extravagancia de sus juicios negativos.

Todas estas técnicas pueden adaptarse perfectamente a su uso vía telefónica, ya que el principal intercambio es el verbal. Puede ser también que la mejor amiga de la paciente o algún ser querido se encargue de hacer ese role-playing como una de las tareas que se asignarán al paciente para casa.

Es tan importante que el paciente supere su tendencia a la autocrítica que el no hacerlo puede dificultar seriamente el proceso de la terapia, ya que ésto implica la capacidad de aprender cosas nuevas e intentar soluciones novedosas a los problemas.

Otra estrategia para eliminar las autocríticas del paciente es enseñarle a emitir respuestas racionales "automáticas" ante cualquier pensamiento automático negativo. Con esto el paciente aprende a determinar la validez de estos pensamientos negativos y a sustituirlos por una evaluación de sí mismo mucho más razonable. La técnica de la triple columna, que ya se detalló anteriormente, permite que el paciente especifique el pensamiento negativo y lo que hay en él de incorrecto o desadaptativo y agregar una respuesta alternativa más objetiva a las auto-críticas. **Asignar estas tareas para casa es crucial para implementar las estrategias practicadas durante la sesión.**

Pensamiento Absolutista (Todo o Nada)

El pensamiento absolutista puede ser modificado por diversos medios. Uno de ellos es enseñar al paciente a:

1. Buscar ganancias parciales ("pluses") en los contratiempos. En realidad, incluso un acontecimiento que parezca representar una pérdida absoluta puede tener algunas ventajas. Ante un suceso que el paciente podría juzgar de consecuencias "completamente negativas" se le pide que haga una lista con las posibles ventajas de éste, para ello tiene que tomar un tiempo y reflexionar al respecto. Después de hacer este tipo de listas el paciente se da cuenta de que existen una serie de ventajas en acontecimientos aparentemente negativos, o contrarios a sus deseos.
2. Hacerse preguntas a sí mismo. Para modificar las pautas negativas de pensamiento el paciente tiene que hacerse preguntas de manera efectiva porque esto le permitirá obtener información lógica y racional sobre lo que le pasa y, por lo tanto, se dará cuenta de cuan "primitivos" pueden llegar a ser sus juicios. Esta técnica se ilustra a continuación:

CONCLUSIÓN ABSOLUTISTA DE LA PACIENTE: Siempre he sido una mujer "sin chiste" (poco interesante)

PREGUNTAS DEL TERAPEUTA:

1. ¿Cómo definiría usted una mujer "sin chiste"? ¿Cuáles son sus criterios?
2. ¿Existen grados de ser "sin chiste"? Esto es, ¿se puede decir que es posible medir con exactitud cuando una persona es sin chiste?
3. Cuando usted, hace algunos años, tenía un novio extranjero muy atractivo con el que logró tener una relación formal de tres años ¿se consideraba "sin chiste" o "poco atractiva?"
4. ¿Existe alguna situación en su vida (en la familia, la universidad, la oficina, los amigos) en la que haya considerado que los demás la visualizan como alguien atractiva e interesante?
5. Aunque a veces haya sentido que es una mujer poco interesante en determinadas situaciones y ante algunas personas ¿significa esto que usted no vale como persona ni puede disfrutar de la vida?
6. ¿Sentirse "sin chiste" en una ocasión determinada significa que usted es una persona "sin chiste"?
7. Las personas que se sienten "sin chiste" ¿son realmente vistas así por los demás?
8. Una persona que se siente poco interesante ¿debe seguir sufriendo así a causa de su propio rechazo?

Se ha estudiado que el sólo hecho de que el paciente se formule este tipo de preguntas resulta útil para hacer más flexibles los criterios según los cuales se juzgaba. Sus juicios se hacen menos arbitrarios y más adaptativos.

Problemas de memoria y dificultad para concentrarse

En primer lugar, el terapeuta debe asegurarse de que estos síntomas son causados por la depresión y no son síntoma de ninguna enfermedad grave.

El terapeuta puede ayudar al paciente a fijar su atención con ejercicios sencillos estructurados; por ejemplo, pidiéndole que lea en voz alta párrafos de un libro, o que resuelva problemas matemáticos sencillos. Esto refuta la idea de que no es capaz en absoluto de concentrarse. Después de realizar esos ejercicios se le pide que entre una sesión y otra los practique, y a intervalos de tiempo cada vez mayores.

Si al paciente se le dificulta concentrarse para hacer alguna tarea se le ayuda a desglosarla por escrito en todos los pasos que requiere para seguir la secuencia.

Un importante subproducto de la concentración, la fijación y la orientación a una tarea es el hecho de que estas actividades distraen al paciente de sus pensamientos negativos y perseverantes.

Síntomas conductuales

Pasividad, evitación e inercia

Esos tres síntomas se encuentran entre los más importantes y los que primero se deben erradicar en un cuadro depresivo. La pasividad e

inactividad observadas en la depresión se han interpretado históricamente como una forma de inhibición neurofisiológica: lentitud psicomotriz. El paciente con estos síntomas requerirá de un programa de actividades que contrarreste la pasividad y la lentitud. Cuando se esté al teléfono con un paciente con depresión moderada es importante prevenir que estos síntomas, que pueden estar incipientes, se agraven ya que, obviamente, entre más fuertes sean más complicado y difícil de tratar será la depresión.

Programa de actividades

Un programa de actividades tiene muchas ventajas como las siguientes:

1. Se modifica el auto-concepto del paciente porque a través de él éste evalúa sus experiencias y capacidades de un modo más realista. Como consecuencia de la mejora en el auto-concepto el paciente alberga más esperanzas en el futuro.
2. El paciente se distrae de sus pensamientos depresivos y de sus sentimientos desagradables concentrándose en la actividad.
3. Las respuestas de las personas significativas se hacen más positivas, ya que generalmente refuerzan la actividad constructiva del paciente.
4. El paciente puede comenzar a disfrutar de las actividades, con lo cual recibe una recompensa inmediata por emprender actividades.
5. El paciente puede comenzar a combatir mediante la actividad sus auto-evaluaciones negativas (soy un "vago" o un "perezoso").

Antes de estimular al paciente a la actividad es esencial, en primer lugar, suscitar una *motivación* para la actividad, explicando el fundamento teórico de esto para que lo entienda.

En un principio el terapeuta elicitará las razones del paciente para permanecer inactivo. Esto se hará de dos maneras, la primera consiste en que el terapeuta asigne una determinada tarea a su paciente, que claramente pueda realizar. Cuando el paciente exprese su desgano o incapacidad para llevar a cabo la tarea propuesta, el terapeuta le pide que detalle sus razones. Éstas se tratarán como hipótesis a probar a través del diseño de un proyecto.

Los pacientes suelen expresar las siguientes razones para no intentar actividades:

- a) "No sirve de nada intentarlo"
- b) "No soy capaz de hacerlo";
- c) "Cada que intento algo lo único que consigo es sentirme peor"
- d) "Estoy muy cansado como para hacer algo"
- e) "Es mucho más fácil estar sentado"

El paciente suele pensar que esas razones son válidas y para nada se le ocurre que puedan ser erróneas o al menos equivocadas. Cuando terapeuta y paciente elaboran un programa de actividades, se probará la validez de esas "razones". Si el paciente alcanza el objetivo, el

terapeuta deberá subrayar el hecho de que la experiencia de éxito contradice su actitud negativa (por ejemplo, "no sirve de nada intentarlo").

Dado que el deseo del paciente depresivo de escapar de sus actividades cotidianas es muy fuerte y que sus creencias negativas están firmemente arraigadas, es importante que el terapeuta exponga explícitamente cómo se hace más desgraciado aceptando blandamente sus actitudes contraproducentes y cediendo a sus deseos regresivos. El terapeuta debe indicar, directa o indirectamente, al paciente que cuestionándose sus ideas es probable que se sienta mejor.

El terapeuta deberá ser muy cuidadoso de que cuando exponga sus preguntas o comentarios sobre las ideas y deseos contraproducentes del paciente lo haga sin que parezcan juicios de valor, ya que esto hace que el paciente depresivo se aferre más al auto-reproche y a la inactividad. Por ello, cada que el terapeuta emita un comentario o pregunta debe preguntar al paciente su reacción para que quede claro que no está aplicando esos comentarios en contra de sí mismo. Además, el terapeuta debe darse cuenta de qué afirmaciones pueden formularse sencillamente como una exhortación o invocación al pensamiento positivo y dejar en claro que ante todo él y su paciente intentan especificar un problema y conseguir soluciones concretas.

El siguiente paso del tratamiento de la pasividad consiste en despertar el interés o la curiosidad del paciente hasta el punto en que coopere en la realización de un proyecto sencillo. Se le dirá que se le va a presentar un programa nuevo, explicando el fundamento teórico del procedimiento y convenciéndolo de que se trata de una alternativa para que se sienta un poco mejor. Una vez el paciente acceda a cooperar, se pueden aplicar distintos procedimientos cognitivos y/o conductuales verbales para hacer que complete el programa.

El último objetivo consiste en enseñar al paciente a identificar sus pensamientos negativos y en decirle que puede comenzar a hacerles frente espontáneamente. En una última fase aprenderá a modificarlos y a interpretar su situación de un modo más racional.

El programa terapéutico puede formularse según los pasos siguientes:

- 1) Proponer al paciente un programa concreto.
- 2) Suscitar sus razones para oponerse a la propuesta y anotarlas, teniéndolas muy en cuenta para exponerle creativamente la propuesta.
- 3) Pedirle que sopesa la "validez" de sus razones (o actitudes negativas).
- 4) Indicarle por qué estas razones (o actitudes) pueden no ser válidas y sí perjudiciales.
- 5) Estimular su interés de modo que acceda a intentar la ejecución del programa propuesto.
- 6) Elaborar el programa de manera que su ejecución sirva para confrontar (o refutar) la validez de sus ideas. La realización

satisfactoria de la tarea sirve para contrarrestar sus hipótesis de que no es capaz de hacer nada.

- 7) Ante el fracaso del paciente el terapeuta debe formular la experiencia de modo que siempre se obtenga información útil, independientemente del resultado. El terapeuta puede poner de manifiesto las generalizaciones excesivas que hace el paciente a partir de un solo "fracaso" y señalar la distorsión cognitiva y a continuación, paciente y terapeuta, proponerse un nuevo objetivo más fácil de conseguir.
- 8) Cuando el paciente aduce que nada de lo que se le proponga hacer como parte del programa de actividades le interesa y que pierden el tiempo en intentarlo, o que se siente aburrido ante todo lo que se imagina haciendo (razones para permanecer inactivo) se le propondrá que intente realizar la actividad propuesta y que inmediatamente registre lo que se dice a sí mismo cuando aparezca algún pensamiento o cognición asociados a sentirse aburrido de la tarea, o bien, si comienza a tener cualquier pensamiento contraproducente con respecto a la misma. Posteriormente, paciente y terapeuta analizarán y trabajarán juntos con esos pensamientos para validarlos o refutarlos y dar paso a que el paciente desarrolle una forma de pensamiento más madura.
- 9) Un programa de actividades debe ser flexible y modificable de acuerdo a los resultados obtenidos por el paciente, al cual se le debe explicar que no está "a prueba", que no es un examen en el que aprueba o reprueba y que lo más importante al llevarlo a cabo es que tendrá una actitud progresivamente más optimista y así mejorará su estado de ánimo.
- 10) La asignación gradual de tareas, que es descomponer una actividad en sus partes para que el paciente pueda llevarla a cabo de mejor manera, puede diseñarse en caso de que el paciente sienta que la tarea que va a emprender es demasiado difícil.

Haciendo frente a los "Problemas Prácticos"

Los problemas prácticos son aquellos como quedarse sin trabajo y buscar uno nuevo, tener problemas con los padres, ser desorganizado, no saber poner límites, etc., y aunque pueden no estar relacionados con la depresión es importante tratarlos para ayudar a que el paciente ejerza alguna acción sobre el ambiente.

El terapeuta debe ser capaz de distinguir entre los problemas reales del paciente y la tendencia de éste a creárselos vía la distorsión que tiende a hacer de los acontecimientos. Estos problemas prácticos no se pueden pasar por alto sólo porque no sean de naturaleza psicológica. La solución de los mismos puede contribuir a mejorar o eliminar algunos problemas psicológicos. En algunos casos, los problemas psicológicos surgen de problemas prácticos no resueltos.

Cuando un paciente llama a SAPTEL porque siente que es incapaz, por ejemplo, de enfrentarse a las labores domésticas, terapeuta y paciente

deben analizar el problema para ver si realmente el problema se debe a la depresión, o la persona en cuestión tiene una jornada agotadora que la está dejando sin recursos. Cuando se da el último caso, el terapeuta debe recomendar acciones para que disminuya la sobrecarga, y no es infrecuente que cuando la persona reparte las obligaciones y no trata de ocuparse de todo ella sola sus síntomas desaparecen rápidamente. Por ello, si el paciente presenta un problema que excede la competencia del terapeuta, éste no debe dudar en canalizarle a un experto (un abogado, un médico, un trabajador social, un corredor de bienes raíces, etc.)

Problemas de Habilidades Sociales

El objetivo aquí es reactivar las actividades sociales del paciente, que por estar deprimido ha dejado de ejercitarl. Se pueden emplear técnicas como la asignación de tareas graduales, los ensayos conductuales, el rol playing, y las técnicas de entrenamiento en asertividad.

Síntomas fisiológicos

Alteraciones del Sueño

La mayoría de los pacientes con depresión tienen algún tipo de alteración del sueño. Por regla general, el paciente recupera su patrón de sueño habitual cuando desaparece su estado depresivo.

A veces el terapeuta tiene que proporcionar al paciente información básica sobre el sueño. El paciente tiende a minimizar la cantidad de sueño que tuvo en la noche diciendo que casi no durmió y que necesita dormir mucho durante el día. Lo que en realidad sucede es que mantuvo un sueño ligero y no necesita tal cantidad de descanso. Algunos pacientes suelen agravar el problema del insomnio pensando que ponen en peligro su salud por no dormir suficiente. Ideas equivocadas como esas deben ser corregidas subrayándose que la falta de sueño no es ninguna catástrofe, ya que es reversible.

Puede decirse al paciente que al mejorar en otros aspectos, volverá a la normalidad. Por ejemplo, si el paciente se la pasa sentado en una silla, tumbado en un sillón, o haciendo pequeñas siestas, lo más probable es que no esté cansado y no tenga sueño durante la noche. Si en cambio, realiza actividades como el ejercicio físico unas horas antes de la hora de acostarse dormirá mucho mejor.

El entrenamiento para la relajación suele ser la mejor cura para los males del sueño y para ello hay un sin fin de recursos, como las cintas guiadas, los ejercicios de relajación, la imaginación guiada, el yoga, etc.

El paciente debe fijarse cuál es su ciclo de sueño natural y acostarse solamente cuando se sienta cansado. Si hace una actividad rutinaria antes de acostarse, como tomar un vaso de leche, o leer un poco algo agradable, le será mucho más fácil disponerse a descansar. Finalmente, si no logra conciliar el sueño, lo mejor es que se levante de la cama y haga algo que le distraiga para no quedarse tumbado experimentando pensamientos negativos.

Alteraciones Sexuales y Apetito

La pérdida del sueño y del deseo de tener relaciones sexuales suelen ser los primeros síntomas de la depresión. A medida que la depresión va desapareciendo retornan los dos apetitos. Es importante informar de esto al paciente, ya que el solo hecho de saberlo puede darle mucha tranquilidad.

Algunos pacientes comen en exceso y llegan a engordar bastante al comienzo de la depresión; algunos otros ganan peso en la fase intermedia y adelgazan cuando la depresión se agudiza. A los pacientes les suele preocupar engordar y dado que seguir un régimen de adelgazamiento es muy difícil y costoso para un paciente depresivo, el objetivo primordial es que el paciente mantenga un peso estable y deje de engordar. Cuando su ánimo mejore podrá comenzar un régimen alimenticio.

Contexto social de los síntomas

Un buen entrevistador vía telefónica o cara a cara es capaz de entresacar los aspectos relevantes referentes a los síntomas del paciente y a su manera idiosincrática de interpretar sus experiencias. La mayoría de los síntomas suelen estar relacionados con un determinado ambiente social. Los sentimientos de culpa, la reducción de la satisfacción, la evitación y la lentitud, generalmente están ocultos por la manera como el paciente interpreta los estímulos externos, se auto-evalúa y cree que los demás lo evalúan.

El terapeuta se dará cuenta de que prácticamente todos los síntomas del paciente están interrelacionados y tienen un claro significado en términos del contexto social, y que el núcleo común de los problemas de un paciente deprimido es un problema psicológico esencial: su visión negativa de sí mismo, del futuro y de sus experiencias.

Al tratar los síntomas objetivo, el terapeuta debe conocer cómo están interrelacionados y cómo tienen que ver con las relaciones interpersonales, las expectativas y las actividades habituales del paciente. Sobre todo, debe esclarecer la relación entre los síntomas y el sesgo negativo sistemático del paciente a la hora de autoevaluarse y de evaluar sus experiencias. En resumen, ya sea que la depresión se trate vía telefónica, o cara a cara, los síntomas deben entenderse dentro de un contexto social (las relaciones interpersonales significativas) y desde una perspectiva cognitiva (el significado de las experiencias del paciente). **Cuando el terapeuta ayude a un paciente a desarrollar un programa terapéutico, debe aplicar todos los procedimientos a una situación específica relacionada con los síntomas concretos y a las interpretaciones negativas generales.**

SECCIÓN XI

TÉCNICAS ESPECÍFICAS PARA EL PACIENTE DEPRIMIDO SUICIDA

El enfoque cognitivo es un sistema de terapia que proporciona un marco conceptual suficientemente flexible y un número de técnicas adecuado para cubrir las diferentes demandas de un paciente determinado en distintos momentos de su tratamiento, así como las demandas de diferentes tipos de pacientes.

Cuando se da un caso en el que el paciente comienza a expresar de diversas formas, y de manera directa o indirecta, ideas o deseos de suicidarse en cualquier etapa del proceso psicoterapéutico, el terapeuta tendrá que modificar de inmediato los procedimientos que venía aplicando y adoptará un papel más activo y directivo para ayudar al paciente a salir de esa crisis.

- Llegado este punto, es importante recordar que de acuerdo al Manual de Procedimientos SAPTEL cuando un terapeuta telefónico contesta una llamada en la que el usuario se encuentra en una crisis suicida, la indicación clara y precisa es que se atienda la crisis con terapia de apoyo y consejo psicológico hasta que sea superada y, por lo tanto el Yo del usuario esté fortalecido y más calmado y se le pueda proponer una psicoterapia vía telefónica (si es que el usuario no tiene posibilidades para asistir a un tratamiento cara a cara).
- Cuando se da el caso de que el usuario ya se convirtió en paciente porque está participando en un tratamiento mediante la Terapia cognitiva de la depresión por teléfono, y pasadas algunas sesiones expresa sentirse inclinado hacia el suicidio, por diversas razones (porque por ejemplo, su malestar se ha acentuado, o sus problemas se han complicado y siente no poder más), el terapeuta le solicitará que complete la Escala de Desesperanza de Beck (Beck et al. 1974) para evaluar el grado de su pesimismo o si tiene expectativas negativas hacia el futuro. Esta es una escala simple de 20 ítems. Una alta puntuación en ella ha demostrado repetidamente corresponder a una alta probabilidad de suicidio y ha demostrado además que la desesperanza es probablemente la variable clave que conecta la depresión con el comportamiento suicida.
- Posteriormente, se implementará un plan de tratamiento específico de manera inmediata para esa situación, el cual consistirá en las siguientes acciones por parte del terapeuta:

Primera parte: preguntas para elicitación de la información esencial.

1. Evaluará la intensidad de la depresión, como siempre al principio de la sesión, haciendo uso del Inventario de la depresión de Beck.
2. Evaluará el grado de intencionalidad suicida usando la Escala de Desesperanza del mismo autor.
3. Obtendrá una visión general de la situación de vida del paciente en el momento en el que surge el deseo suicida.
4. Determinará la objetividad potencial del paciente para querer quitarse la vida.
5. Investigará las expectativas del paciente acerca de la posibilidad de que la terapia le ayude con el fin de conocer la ventaja de la que dispone para inclinar la balanza del lado de la vida. Si el paciente está convencido de que nada logrará hacerlo cambiar de idea, lo indicado es que el terapeuta solicite su permiso para hablar sobre esta situación crítica con un amigo o familiar de confianza y designado por el propio paciente. Esto se hará porque lo más seguro es que se requiera de una canalización urgente a un servicio psiquiátrico en el que el paciente reciba medicación y/o internamiento para salvar su vida. Si el paciente deja entrever que casi su única esperanza es la ayuda que el terapeuta le preste, éste tiene luz verde para hacer uso de toda su habilidad y conocimiento para que el paciente encuentre alternativas diferentes a privarse de la vida. Una vez se determina lo anterior,
6. El terapeuta descubrirá los puntos de entrada para penetrar en el mundo fenoménico del paciente, introduciendo a la vez elementos de realidad. Esto lo hará a través del método de hacer preguntas adecuadas que permitan decantar los problemas psicológicos principales.
7. El terapeuta aceptará con seriedad el deseo de morir del paciente, pero **tratándolo como un tema susceptible de examen más profundo y como un problema a discutir**. Para hacer esto posible, el terapeuta debe decir algo como: "podemos discutir las ventajas e inconvenientes de una decisión como ésta". Con ésta intervención podrá darse cuenta en que grado el paciente se ve a sí mismo con objetividad, probará el grado de fijación de sus ideas irracionales y probará cuán responsivo es el paciente hacia él.

Generalmente, cuando aparecen deseos suicidas es porque ese es el problema clínico principal y la **desesperanza del paciente** será el punto más apropiado para la intervención.

Segunda parte: ampliar las perspectivas del paciente.

1. El terapeuta se propondrá aislar el factor principal desencadenante de la depresión responsable de la emergencia del deseo de quitarse la vida. Este puede ser la ruptura con la pareja, la pérdida del empleo, la muerte de un ser querido, la quiebra económica, etc.
2. El terapeuta investigará el significado que el evento desencadenante tiene para el paciente y lo seleccionará como objetivo. Ese será un intento de encontrar un punto para la intervención terapéutica: desesperanza-actitudes negativas hacia el futuro. Por ejemplo, una paciente que acaba de ser dejada por su esposo puede decir: "es que sin él, no tengo nada". La idea del "no tengo nada" será usada como objetivo para la entrada al problema del deseo de suicidio y posteriormente el terapeuta intentará elicitación de evidencia contradictoria para esta conclusión.
3. El terapeuta estimula al paciente para que se distancie de sus problemas y considere soluciones viables para los mismos. También le ayuda a identificar sus supuestos subyacentes a la desesperanza. Por ejemplo, "no puedo ser feliz sin un hombre". Ante este supuesto, el terapeuta trata de que el paciente retroceda al pasado y recuerde experiencias que contradigan esa conclusión. También explica el valor de cambiar ese supuesto por el siguiente: "Puedo hacerme feliz a mi misma" y señala que es más realista verse como el agente activo en la búsqueda de fuentes de satisfacción, que como un receptáculo inerte dependiente de los caprichos de los demás.
4. El terapeuta prueba otras fuentes de satisfacción importantes para el paciente.
5. Reforzará el contacto con la realidad y el auto-concepto positivo.

Tercera parte: "terapia basada en las alternativas".

1. El terapeuta se muestra muy activo para hacer que el paciente se interese en la comprensión del problema y en el modo de enfrentarse a él. Le induce a examinar otras opciones y a eliminar el suicidio como opción.
2. Neutraliza o modifica el pensamiento absolutista del paciente, haciendo que se vea a sí mismo, su futuro y sus experiencias en términos cuantitativos.
3. El terapeuta da retroalimentación al paciente sobre información importante de sí mismo. Busca el cambio de sentimientos y afirmaciones positivas del paciente hacia sí mismo y genera consenso con el paciente sobre la manera de dar solución al problema.

Cuarta parte: obtener datos más precisos.

1. Se dará mayor colaboración terapéutica ya que se discutirá sobre el fundamento teórico y las técnicas.
2. Se pondrán a prueba las conclusiones del paciente sobre, por ejemplo, "su falta de satisfacción en la vida", refutando a la vez, indirectamente, la conclusión.
3. Serán bienvenidas las expresiones espontáneas del paciente.
4. Periódicamente se intentará evocar en el paciente una respuesta de alegría y optimismo.

Quinta parte: conclusión

1. Se reforzará la independencia del paciente, su capacidad de ayudarse a si mismo y el optimismo.

Ante una crisis suicida, el terapeuta deberá hacer uso de toda la información que el paciente le dio antes de la ocurrencia de ésta (como por ejemplo, la manera en que solucionó problemas similares en el pasado, o recuerdos de antiguos éxitos, etc.) sobretodo tomará aquella información que es positiva y representa los puntos fuertes del paciente.

El diálogo terapeuta-paciente será tan intenso como un partido de tenis, en el sentido de que el terapeuta se mostrará mucho más activo y más responsable de devolver al paciente preguntas, planteamientos, propuestas y afirmaciones rápidas y precisas. Esto le ayudará a la persona en crisis a hacer uso de la razón, la lógica y la inteligencia para solucionar sus problemas y buscar otras alternativas de visualización de la vida que no sean buscar la muerte.

Una vez superada la crisis el terapeuta volverá a su procedimiento sistemático de empirismo colaborativo estructurando la sesión de manera que el paciente regrese a su rol activo y asuma la mayor parte de la responsabilidad a la hora de identificar sus problemas y de proponer e implementar soluciones.

SECCIÓN XII

MODIFICACIÓN DE LOS SUPUESTOS DEPRESÓGENOS

Una vez los síntomas del paciente han disminuido y la terapia va avanzando, el objetivo principal de ésta pasa a ser **la modificación de los supuestos incorrectos—las creencias básicas que predisponen a una persona a la depresión—La modificación de los supuestos incorrectos o inadecuados ejerce una influencia directa sobre la capacidad del paciente para evitar posibles depresiones futuras.** El reto de la psicoterapia será ofrecer al paciente técnicas efectivas para superar sus puntos ciegos, sus percepciones borrosas y confusas de la realidad y sus auto-engaños.

Como ya se había estudiado en el Capítulo 2 (apartado: el modelo cognitivo de la depresión) de esta tesis, cada individuo posee un conjunto de supuestos fundamentales que conforman su patrón de pensamientos automáticos. También se crea su propio guión de lo que significa la vida desde etapas muy tempranas en su desarrollo y hasta su muerte con la influencia de las personas que le son significativas y de la cultura en la que se desenvuelve. Ese conjunto de supuestos también puede modificarse cuando es pertinente al servicio de una mejor adecuación del individuo al mundo que le toca vivir.

El psicólogo al teléfono deberá descubrir—con la cooperación constante del paciente—las reglas o fórmulas a través de las cuales éste último intenta “dar un sentido” a la realidad. Estas fórmulas deben conocerse porque determinan cómo este individuo organiza sus percepciones en cogniciones, cómo se marcará objetivos, cómo evalúa y modifica su conducta y cómo interpreta sus experiencias. El terapeuta deberá promover en el paciente el ejercicio sano de habilidades psicológicas como la integración, el etiquetado y la interpretación de las experiencias para corregir las aberraciones psicológicas que conlleva la depresión. Así, se considera que ambos, el problema psicológico central y el remedio psicológico, tienen que ver con el pensamiento (cogniciones) del paciente.

Se sabe que el individuo con trastornos psicológicos posee reglas de estructuración del mundo muy inflexibles y que cuando el contenido de sus preocupaciones se relaciona con una vulnerabilidad o sensibilidad, las reglas primitivas desplazarán al pensamiento maduro.

Estas reglas se activan en situaciones que tocan las áreas de vulnerabilidad del individuo, como por ejemplo, aceptación-rechazo, éxito-fracaso, salud-enfermedad, o ganancia-pérdida. Por ejemplo, una paciente sostenía la creencia de que para sentirse atractiva y feliz los hombres en la calle tenían que mirarla al pasar invariablemente. Esto hacía que invirtiera mucho tiempo y dinero en su arreglo personal y se sentía muy ansiosa antes de salir a la calle. Su felicidad y paz interior

cotidiana dependía de si sentía sobre ella las miradas masculinas. **El disfrute de la vida venía dictado por sus supuestos, que determinaban los acontecimientos a los que prestar atención y el modo de evaluarlos.**

Estos supuestos son aprendidos y pueden derivarse de experiencias infantiles o de las actitudes y opiniones de los padres, de los hermanos o de los compañeros. Muchos de los supuestos se basan en reglas o convicciones familiares. Por ejemplo, una madre puede decirle a su hija: "tienes que ser bonita y arreglarte muy bien para agradarle a los hombres y un día casarte y ser feliz". La niña puede repetir esto en voz alta, en un primer momento; y para sí misma después.

Esa paciente en particular recuerda que cuando era una niña sus hermanos mayores (hombres), casi siempre le decían que otras niñas eran más bonitas que ella y solían criticarla porque su ropa no era tan coqueta como la de otras niñas y porque su cabello era muy corto, como el de un niño. Esto la hacía sentirse muy triste e inferior. Transcurrido el tiempo, esta mujer desarrolló la regla subyacente: "Mi felicidad depende de ser agradable y parecerle atractiva a los hombres".

Una vez que la persona (la o el paciente) ha aceptado la validez de una conclusión extrema, se hace más fácil la expansión progresiva de las reglas primitivas y como las reglas suelen expresarse en términos absolutos, dan lugar a conclusiones extremas.

El paciente aplica esas reglas subyacentes como en un silogismo:

Premisa mayor: "Si no soy atractiva para los demás, nunca podré ser feliz.

Caso concreto: "Nadie me mira en la calle"

Conclusión: "No puedo ser feliz"

Evidentemente, la paciente no experimenta la secuencia de pensamientos en forma de silogismo. **La premisa mayor es ya parte de su organización cognitiva y se aplica a las circunstancias del momento.**

Beck (1976) especificó algunos de los supuestos que predisponen a la tristeza o a la depresión (pp. 255-256) Algunos ejemplos son:

1. Para ser feliz, tengo que tener éxito en cualquier proyecto que emprenda.
2. Para ser feliz, debo ser aceptado (gustado, admirado) por toda la gente en todas las ocasiones.
3. Si no estoy en la cima, soy un completo fracaso.
4. Es maravilloso ser popular, famoso y rico; es terrible ser impopular, pobre y mediocre.
5. Si cometo un error, significa que soy un inepto.
6. Mi valor como persona depende de lo que otros piensan de mí.
7. No puedo vivir sin amor. Si mi esposa (novia, padre, hijo) no me ama, no valgo nada.
8. Si alguien no está de acuerdo conmigo, significa que no le agrado.
9. Si no aprovecho cualquier oportunidad para avanzar, lo lamentaré más tarde.

Cuando una persona lleva deprimida mucho tiempo defiende con gran tenacidad sus supuestos y conclusiones negativas. Rara vez examina o pone en duda sus puntos de vista, éstos forman parte de su identidad, tanto como su género.

Identificación de los supuestos inadecuados

La terapia cognitiva de la depresión es un enfoque activo, directivo, y de corta duración. Cuando se atiende a un paciente telefónico desde esa aproximación se exige del terapeuta un trabajo mayor que en otras formas de terapia, y del paciente una colaboración activa para identificar y corregir los supuestos contraproducentes que le están provocando depresión.

- A algunos pacientes se les puede decir que sus problemas se deben principalmente a que, desde el pasado, han dejado que otras personas piensen por ellos y que sus verdaderos supuestos no afloran porque han "adoptado los de otras personas", y que al identificar y modificar sus creencias incorrectas, aprenderán a pensar por sí mismos.
- El paciente tiene que identificar sus supuestos para hacer plausible el proceso de aprendizaje que da la terapia. El terapeuta puede guiarlo en esta exploración ayudándole a inferir sus supuestos a partir de las cogniciones inadecuadas y sometiendo a prueba las reglas que hayan sido inferidas.
- El terapeuta nunca debe precipitarse en la identificación de una creencia básica porque puede provocar una actitud defensiva o pasiva en el paciente. El terapeuta debe recordar que la mayor parte de los supuestos no son evidentes sin un considerable grado de introspección por parte del paciente. Si el terapeuta sólo le dice al paciente: "Usted se dice a sí misma: "tengo que ser perfecta", o "Debo lograr que todo mundo me acepte" está haciendo que la persona se de cuenta de sus pensamientos automáticos, pero no está yendo hacia los supuestos que subyacen a esos pensamientos, los cuales son la raíz de donde se alimenta la depresión.
- Para no perder el rumbo de la intervención terapéutica una vez que se tienen datos concretos de los pensamientos automáticos y de otros datos que aporte el discurso del paciente, el terapeuta no debe caer en la tentación de especular y llegar a conclusiones unilaterales sobre la naturaleza de las creencias del paciente. Más bien, debe intensificar el modelo colaborativo y a partir de las inferencias o formulación de hipótesis que presenta al paciente sobre sus supuestos estar muy atento **a cómo justifica éste una determinada cognición, o cómo le perturba un determinado pensamiento. El terapeuta deberá permanecer ingenuo y curioso ante el contenido de la fórmula que conforma un determinado pensamiento perturbador.**

- **Un modo de ayudar al paciente a hacerse conciente de sus supuestos básicos consiste en proceder de lo específico y explícito a lo general e inferido.**
1. En la primera fase, el paciente identifica sus pensamientos automáticos e informa de ellos.
 2. La segunda fase se refiere a la identificación de los contenidos generales de los pensamientos automáticos.
 3. En la última fase se centra en delinear o formular las reglas o ecuaciones principales del paciente acerca de su vida.

A continuación se expone un ejemplo para ejemplificar claramente este proceso:

1. Un paciente manifiesta un número suficiente de pensamientos automáticos de donde surgirán contenidos característicos, por ejemplo, la creencia de que es un inepto.
 - Mi trabajo es de poca calidad.
 - No sé arreglar ni una bicicleta.
 - Soy incapaz de cortar el pasto.
 - No sé cerrar una venta.
 - La cocina me quedó muy mal pintada.
 2. Los contenidos inferidos a partir de esas cogniciones incluyen (a) ejecución y (b) criterios perfeccionistas. Estos últimos se manifiestan cuando se elicitó la base de alguna de esas cogniciones. Por ejemplo, la cognición "Me quedó muy mal pintada la cocina" se basa en el dato objetivo de que, aunque de hecho, el paciente la había pintado bien, se notaban algunas pequeñas áreas un poco más oscuras debido a un proceso de resanado. La bicicleta había sido reparada de las llantas y de hecho estaba muy limpia y bien aceiteada, lo que pasó es que el paciente no tenía en casa una pieza necesaria para reparar el cambio de velocidades.
 3. Entonces el terapeuta verbalizó supuestos como los siguientes: "Si lo que hago no es perfecto, significa que soy un perdedor", "Hacer un trabajo incompleto, o con algún defecto es como no haber hecho nada", "Si cometo un error, significa que soy un inepto". **A continuación el terapeuta CONSULTA con el paciente si estos supuestos planteados eran ciertos para él o ella. La formulación precisa de los supuestos exige "ponerse en la misma onda" del paciente.**
- El tipo de errores de pensamiento que el paciente presenta (generalización excesiva, conclusiones arbitrarias, razonamiento dicotómico) pueden ser buenos indicios para llegar a los supuestos subyacentes. Por ejemplo, es probable que los supuestos

subyacentes del paciente que generaliza en exceso, estén también muy generalizados en sus cogniciones.

- Otro indicio para llegar al sistema de creencias del individuo es el uso que éste hace de determinadas palabras (generales y vagas). Por ejemplo, las palabras “estúpido” o “tonto”, que muy probablemente se escucharon desde la niñez, pueden constituir indicios para llegar a los supuestos. **Una vez que se han identificado estas palabras de uso frecuente, han de ser exploradas en profundidad y el paciente debe explicar con detalle lo que significan para él.**
- De vez en cuando será bueno dejar que el paciente “divague” sin intentar corregir sus distorsiones y también se le debe dejar que hable de su pasado, porque aunque la terapia cognitiva se centra principalmente en los problemas actuales, permitir que el paciente hable de algunas experiencias del ayer puede facilitar el descubrimiento de sus supuestos básicos.
- Cuando el paciente se alegre por determinados acontecimientos, las preguntas sobre sus pensamientos pueden conducir a sus reglas básicas. Por ejemplo, un paciente nos platica que se siente feliz porque le alabaron su trabajo, y sesiones más adelante expresa frustración cuando alguien le hace creer que su ejecución en la realización de otro proyecto está por debajo de los criterios que se había trazado.
- Un último indicio para descubrir el sistema de creencias subyacentes es el modo como el paciente interpreta el comportamiento de otros. Expresiones como: “Mi hermana es feliz porque es libre y soltera” pueden ser especialmente relevantes. En este ejemplo se apunta a la creencia de que siendo casada y con hijos no se puede ser feliz, ni mucho menos libre.
- Se puede beneficiar mucho al paciente si se le enseña a hacer el siguiente tipo de esquemas para aprender a identificar sus cogniciones, sentimientos y supuestos que le producen aflicción psicológica:

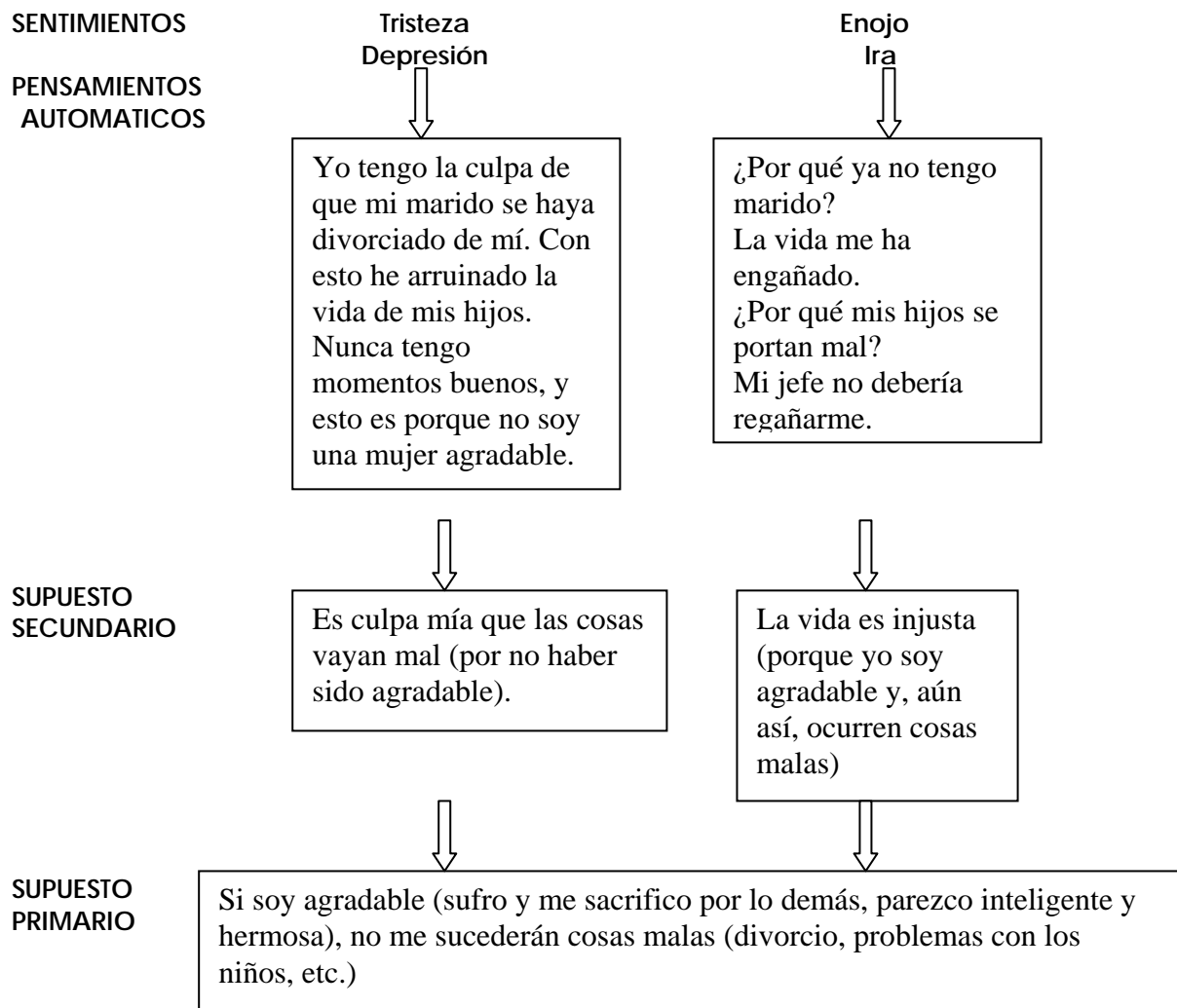


Figura 2 Esquema de las Cogniciones y los sentimientos. (Beck y cols., 1983)

Las fórmulas o reglas que el paciente usa para hacer juicios pueden servir para explorar en distintas direcciones. En este caso, la paciente pensaba: "Me han sucedido cosas malas; eso quiere decir que no soy agradable". Esta idea se derivaba de su falsa premisa de que se pueden evitar los problemas o desgracias de la vida "comportándose de forma agradable".

El terapeuta comenzó a hacer preguntas habilidosas como: "¿Quién le ha dicho que si se comporta de forma agradable no le sucederán cosas malas?" La paciente respondió que su madre siempre le había dicho eso. Además, manifestó que esta regla había sido reforzada en la escuela, donde los maestros decían que si era agradable, sería recompensada.

Al principio del tratamiento, el terapeuta explica al paciente el papel que éstas fórmulas desempeñan en la depresión y le pide que esté atento a estos supuestos.

- Cuando el terapeuta se haya formado una idea de los supuestos del paciente, y sea el momento adecuado, puede decirle, **“He estado pensando en usted y en cuál podría ser uno de sus supuestos o reglas. Escríbalo y piense en ello entre esta sesión y la siguiente. Anote también sus pensamientos acerca de ese supuesto y las posibles maneras de modificarlo”**.

Modificación de los supuestos

La identificación de los supuestos del paciente es el primer paso para la modificación de los mismos. Una vez que los supuestos se han verbalizado, y por lo tanto, dejan de estar ocultos, muchos pacientes se dan cuenta inmediatamente de que eran absurdos y desadaptativos. Esto no es sorprendente si se piensa que muchas personas los consideran como verdades incuestionables.

La utilización de supuestos subyacentes incorrectos derivará en la tendencia a hacer juicios incorrectos y puesto que probablemente esto se ha vuelto un hábito muy arraigado, del cual el paciente puede no ser conciente, se requiere de varios pasos para corregir dichos juicios: Primero, el paciente tiene que hacerse conciente de lo que está pensando. Segundo, necesita reconocer sus pensamientos distorsionados. Después, tiene que sustituir los juicios imprecisos por aquellos precisos. Finalmente, el paciente necesita retroalimentación sobre cuáles de los cambios que está haciendo son correctos.

El terapeuta puede usar distintos argumentos y ejercicios para ayudar a los pacientes a examinar la validez de sus creencias contraproducentes. Los pacientes modificarán sus creencias no por el número de contraargumentos que les proporcione el terapeuta, sino porque algunos de esos argumentos concretos tienen un significado relevante para ellos.

- Una o dos formas nuevas de considerar una situación pueden ser suficientes para modificar las creencias más arraigadas. Los factores responsables de la modificación de las creencias son a menudo sorprendentemente simples.
- Cuando los pacientes dicen haber tenido un cambio de creencia, el terapeuta debe preguntar sistemáticamente que factores han producido el cambio.
- Los “desafíos” a los supuestos de los pacientes deben presentarse en forma de preguntas, y de sugerencias de *supuestos alternativos*, y no en forma de afirmaciones. Algunos pacientes tienen en sí mismos el supuesto alternativo para sustituir aquel que produce malestar. Por ejemplo, cuando un paciente piensa que el hecho de ser rico significa la felicidad, y en seguida agrega, “claro, el dinero no lo es todo en la vida”. Aplicando la segunda creencia a la primera, se logró que el paciente aceptara la “nueva creencia” de que el hecho de ser rico no traerá la felicidad automáticamente.

Los supuestos como “objetivos”

Muchas técnicas conductuales y cognitivas que se emplean para modificar los pensamientos automáticos se pueden usar para modificar los supuestos subyacentes.

- Para modificar un supuesto se debe invitar al paciente a buscar algo más que su opinión subjetiva sobre determinado asunto. El paciente y el terapeuta explicitarán juntos el supuesto o conclusión distorsionada y el paciente aportará evidencia que lo apoye.
- El terapeuta deberá diseñar “experimentos” para que el paciente desafíe el supuesto que en ese momento sea el objetivo terapéutico. Por ejemplo, el supuesto de que la valía personal depende del aspecto físico.
- Para modificar un supuesto, el paciente se someterá a un proceso de “distanciamiento” consistente en considerar objetivamente los pensamientos. Asimismo, aprenderá a examinar sus supuestos considerándolos más como hipótesis, o inferencias, que como hechos irrefutables.

Modificación de los “debería”

Los pacientes depresivos cuyo discurso gira mucho en torno a los “debería”, “tengo que”, o a las reglas de la vida, deben ser ayudados por el terapeuta a aprender de su propia experiencia que si las personas viven con ciertas actitudes (como un exceso de “deberes” que generalizan indiscriminadamente a muchas áreas de la vida) terminan siendo más miserables que si se guiaran por reglas más moderadas o realistas.

Existe un conjunto de reglas llamado la tiranía de los “debería” (Horney, 1950, citado en Beck 1976). Si una persona tiene la regla de: “para ser feliz, necesito ser amado por todos” es probable que también implemente otra regla: “Yo debería hacer que todos me amaran”. Los “debería” y los “no debería” tienen la cualidad de esclavizar a la gente con las implicaciones correspondientes para la salud mental y emocional.

Algunos de los “debería” más comunes son:

1. Debería ser la persona más generosa, considerada, digna, valiente y desapegada de mis intereses.
2. Debería ser la/el amante, amigo, padre, madre, maestro, estudiante, esposa perfecta/o.
3. Debería ser capaz de soportar cualquier dificultad o miseria con ecuanimidad.
4. Debería ser capaz de encontrar una solución rápida para cada problema.
5. Nunca debería sentirme herida/o; yo debería estar siempre serena y/o feliz.
6. Debería saber, entender, y superar cualquier cosa.
7. Debería ser siempre espontáneo y ser capaz de controlar mis sentimientos todo el tiempo.

8. Debería ser firme en mis opiniones pero sin herir nunca a nadie.
9. No debería cansarme, ni enfermarme.
10. Debería estar siempre en la cima de la eficiencia.

En este caso, el terapeuta ayudará al paciente a que haga los ajustes necesarios para que los “debería” (que son reglas arbitrarias) no le impidan identificar y disfrutar de sus éxitos, ni establecer prioridades sobre qué es lo que tiene que hacer a continuación, ni expresar lo que “quiere” hacer.

Una técnica al servicio de eliminar los “debo” es: a) ayudar al paciente a verbalizar el “debería” b) predecir lo que sucedería en caso de ignorar el “debería” c) llevar a cabo un experimento para probar la predicción y d) revisar la regla de acuerdo con los resultados del experimento.

Los supuestos como “contratos personales”

La mayoría de los supuestos llevan implícita una base contractual: Si hago **X** (me sacrifico por los demás, no cometo ningún error, demuestro que soy la mejor), entonces ocurrirá **Y** (seré feliz, no tendré problemas, seré digna de respeto y admiración).

Los problemas de muchos pacientes depresivos surgen porque sus “contratos personales” son demasiado severos, demasiado absolutos y demasiado rígidos. La tarea del terapeuta consiste en ayudar al paciente a “negociar de nuevo” su contrato, o incluso a abandonarlo. Por ello, es sano dejar de usar términos como justicia o injusticia que son relativos e imprecisos, y pueden generar un alto grado de frustración e infelicidad en el individuo. Por lo mismo, será mejor que la persona emita un juicio pragmático referente a lo que desea, y a los pasos necesarios para conseguirlo. Cuando el objetivo parece alcanzable y merece el esfuerzo, el paciente tendrá más posibilidades de conseguirlo si no está sumergido en preocupaciones de recibir a cambio lo que “con justicia” merece.

El terapeuta también debe señalar que estos contratos no son permanentes y que pueden modificarse cuando son impracticables o desadaptativos.

Existen pacientes que se han creado en sus mentes contratos como éstos: “si soy buena persona, no me pasará nada malo y nunca habrá en mi vida ninguna adversidad”. En estos casos, el terapeuta debe decir que nadie está vacunado contra la adversidad y que independientemente de lo “bueno” o “malo” que se sea siempre cabrá la posibilidad del sufrimiento.

En el caso en que los pacientes elaboren contratos consistentes en ser sumisos y no expresar sus opiniones y desacuerdos para no incomodar a los demás y “llevar la fiesta en paz”, se les debe entrenar para que practiquen gradualmente su capacidad de opinar, independientemente de que su interlocutor se “enoje” y se les explica que la conducta de una persona tiene un amplio rango de consecuencias—algunas deseables y algunas no—y que muchas de ellas no se pueden anticipar. De ahí la importancia de que independientemente de la reacción de los demás

ante su conducta asertiva, sepa expresar sus opiniones, ya que no hacerlo sacrifica una parte importante de su libertad como individuo y por lo tanto de su salud mental. Posteriormente se le sugiere que trabajen en una serie de pautas flexibles que le permitan ensayar y tener relaciones más satisfactorias sin tener que sacrificar sus intereses para subordinarse a los de los demás.

Los supuestos como profecías auto-cumplidas

Muchos, o quizás la mayoría de los supuestos depresógenos tienden a cumplirse por su propia naturaleza. Si un paciente cree que será infeliz sin la aprobación de los demás, probablemente lo será. Al predecir las consecuencias también se hace que se cumplan. Se le dirá al paciente que si él o ella creen en algo, se comportarán y sentirán como si ese algo fuese verdadero, independientemente de que lo sea o no, y esa creencia dictará también las reacciones emocionales. Por ejemplo, si una paciente cree que va a ser desgraciada sin el amor, es esa creencia la que la hará sentirse infeliz, y no el hecho de encontrarse sin una pareja o de tener una pareja que no la ama. Y cuando se siente desgraciada probablemente se diga: "estaba en lo cierto, sin amor estoy condenada a sentirme infeliz"; y así se alimentará el círculo vicioso de los supuestos inadecuados como profecías auto-cumplidas.

Supuestos que subyacen a los errores cognitivos

Los errores cognitivos de los pacientes se derivan de algún tipo de supuesto. Por ejemplo, la distorsión cognitiva denominada "sobregeneralización" se basa en el supuesto de que, si algo es cierto en un caso determinado, también lo será en todos los casos similares.

La siguiente tabla presenta los supuestos implicados en algunos errores cognitivos y los correspondientes cursos de acción terapéutica:

ERRORES COGNITIVOS Y SUPUESTOS DE LOS QUE DERIVAN

Error Cognitivo	Supuesto	Intervención
1. Sobregeneralización	Si es cierto para un caso, se puede aplicar a cualquier otro que sea minimamente similar.	Exposición a los errores de la lógica. Establecer criterios para determinar qué casos son "similares" y en qué medida.
2. Abstracción selectiva	Los únicos acontecimientos que tienen importancia son los fracasos, la carencia, etc. Se mide a uno mismo en función de los errores, debilidades, etc.	Usar la lógica para identificar los éxitos que el paciente pasa por alto.
3. Responsabilidad excesiva (asumir que uno es la causa de todo)	Soy el/la responsable de todas las cosas negativas, los fracasos, etc.	Técnica de des-atribución.
4. Asumir la casualidad temporal (hacer predicciones sin la evidencia suficiente)	Si ha sido así en el pasado, seguirá siendo así para siempre.	Exposición de los errores de la lógica. Especificar los factores que pudieran ser responsables de los resultados diferentes de los que tuvieron lugar en el pasado.
5. Auto-referencias	Soy el centro de atención de todo el mundo, especialmente por mis conductas negativas. Soy el causante de las desgracias.	Establecer criterios que determinen cuándo el paciente es el centro de atención y los posibles hechos responsables de las experiencias negativas.
6. "Catastrofismo"	Piensa siempre lo peor. Es lo que tiene más probabilidades de ocurrir.	Calcular la posibilidad real. Centrarse en la evidencia de que "lo peor" realmente no ha ocurrido.
7. Pensamiento dicotómico	Las cosas se sitúan en uno de dos extremos (blanco o negro, bueno o malo).	Demostrar que los acontecimientos se pueden evaluar en un continuo.

Listar las ventajas e inconvenientes de los supuestos inadecuados

En ocasiones, el paciente siente que al modificar algún supuesto estará perdiendo parte importante de su ser, y aunque vea las ventajas de modificar esa creencia, los inconvenientes de hacerlo le parecen demasiados. El procedimiento habitual para superar esta condición es pedirle que haga una lista de las ventajas e inconvenientes de un determinado supuesto y, a continuación, corregir juntos las distorsiones (si es que existe alguna), en ambas listas. Esta técnica puede parecer demasiado simple. Sin embargo, está comprobado que se trata de uno de los procedimientos más efectivos en la modificación a largo plazo del modo como un individuo maneja sus problemas. Teniendo en cuenta lo cerrado y limitado del pensamiento del depresivo, este procedimiento le ayudará a que amplíe los límites de su pensamiento, permitiéndole experimentar a la vez, nuevos enfoques.

El papel de la acción en la modificación de los supuestos

Una vez que el paciente ha logrado un cambio cognitivo en algún supuesto objetivo, se le anima a que desafíe activamente sus supuestos básicos en sus experiencias cotidianas. Esto lo hará con acciones concretas que pueden ser especificadas a través de las tareas asignadas para casa, sesión tras sesión, las cuales coadyuvarán a que, a través de ciertas actividades, desafíe y cambie sus supuestos desadaptativos, ya que actuar en contra de un supuesto es el modo más poderoso de modificarlo porque la acción está ligada a los supuestos.

El terapeuta sugiere al paciente que teme cometer errores que elija situaciones en las que exista una alta probabilidad de cometerlos. Al paciente que se siente impulsado a buscar compañía, se le propone que se obligue a estar solo. Al que conceda demasiada importancia a ser aceptado por los demás, se le anima a que acuda a sitios y con personas entre las que sea escasa la probabilidad de ser aceptado.

El terapeuta debe decirle al paciente que existen muchas más cosas aparte de lo que él se dice a sí mismo, y que muchas veces tendrá que obligarse, forzarse y empujarse a la acción. A menudo tendrá que obligarse a emprender actos para los que se requiere mucho valor: como discutir con un empleado o confrontar a un superior, invitar a salir a alguien que nos atrae, o salir con alguien que nos ha invitado, castigar a un hijo por su conducta negligente, buscar trabajo después de muchos años sin hacerlo por estar criando hijos pequeños, etc. Y deberá seguir obligándose a emprender esas acciones hasta que le resulte cada vez más fácil, o incluso agradable hacerlas.

Los pacientes se muestran excesivamente poco dispuestos a actuar en contra de sus creencias. El terapeuta debe motivarles para que lo hagan. Los pacientes deben actuar en contra de sus creencias gradualmente, o bien, súbitamente, pero, en cualquier caso, lo más probable es que experimenten malestar y resistencia al intentar romper las "reglas" que ya están muy arraigadas. Debe recordárseles que pueden sentirse extraños al hacerlo debido a que no es su modo habitual de actuar. No obstante, si lo

soportan durante el tiempo necesario, este sentimiento de extrañeza desaparecerá.

Neutralizar los supuestos relacionados con la auto-estima

Muchos pacientes depresivos están convencidos de que la fuente de su valía personal y el grado de amor hacia sí mismos está ubicada fuera de ellos, en el exterior, en forma de factores externos—por ejemplo, la aprobación o admiración de los demás, o con el modo en que éstos nos evalúan—El hecho de basar la valía personal en criterios externos suele llevar a hacer comparaciones contraproducentes. Casi siempre existirá alguien que tenga más del factor que se está evaluando (dinero, posición, belleza, inteligencia, gracia, etc.) La mujer madura que quiere comparar su belleza con la de una joven, también hermosa, veinte años menor, obviamente saldrá desfavorecida, y una comparación de este estilo podrá perjudicar fuertemente a quien está buscando este parámetro tan dispar y en una variable tan relativa como lo es la belleza física. Esta dependencia de la auto-estima de factores externos pone a las personas en una situación de vulnerabilidad para la depresión. Por esta razón, al paciente se le educa para que valore y reestablezca una relación amable, tierna, amorosa y cordial consigo mismo, así como para que ejercite su capacidad de valorarse por lo que es y de disfrutar sus experiencias cotidianas, más que valorarse y quererse por lo que los demás opinan de ella o de él.

El paciente puede comenzar a evaluar su auto-estima: (a) haciendo una lista de sus aspectos positivos y negativos, y enseguida un balance de los mismos, (b) auto-evaluándose como bueno por el simple hecho de estar vivo, (c) teniendo en cuenta que el concepto de valía es un constructo hipotético que no se puede medir: se pueden clasificar conductas, pero no personas. Es necesario remarcar que se pueden medir rasgos o conductas si uno se lo propone, pero medir la valía personal es imposible y siempre ocasionará problemas. No hay forma de medir la valía o la inutilidad.

El balance entre las cosas positivas de una persona deberá hacerse cuando ésta ya no esté tan deprimida y pueda mirar al mundo, a sí misma y al futuro con mayor objetividad y benevolencia. Cuando se está en la depresión franca, más bien será momento para centrarse en la acción para cambiar de un sistema cerrado de creencias que oprime, a uno abierto, que dará la posibilidad de liberarse de la depresión.

Exponer la arbitrariedad de los supuestos

Ya se ha dicho que el paciente cree a pies juntillas que las reglas internas por las que se rige, y que le están causando suficiente malestar como para ser deprimirse clínicamente, son correctas y válidas. Ante esto, el terapeuta tiene que ilustrar de diferentes maneras e insistir al paciente que estas reglas personales no son leyes universales.

El terapeuta puede discutir la diferencia entre creencias y hechos. (Muchos pacientes confunden ambos términos). Puede decirse al paciente que el dogmatismo limita el campo de visión (El individuo excluye de su percepción y de sus consideraciones los hechos que van en contra de su creencia, y dado que ésta sólo puede abarcar una cantidad limitada de verdad, se excluye más de lo que se incluye).

La arbitrariedad de los supuestos queda patente cuando éstos se refieren a temas como la felicidad. Muchos pacientes hacen el contrato de que si poseen X (belleza, dinero, fama, etc.), serán felices. Las formulaciones de esta clase contienen un buen número de ideas incorrectas acerca de la felicidad que pueden ser discutidas. Las reglas ocasionan el error de "todo o nada". En lugar de considerar la felicidad como un continuo, el paciente cree que se es feliz o infeliz. Las reglas implican que la felicidad es una situación estática y permanente, no dinámica y transitoria. Implica asimismo que la felicidad es un estado puro, no una condición con distintos grados y matices, entre los que se incluye una proporción de desagrado o de molestia (por ejemplo, se puede ser feliz acampando en el bosque, pero la falta de comodidades, como una cama o un W.C. o los insectos pueden ser una molestia cuando se pernocta ahí).

Las reglas dicen que la felicidad es consecuencia de la valía personal, en lugar de interpretarla como producto de alguna actividad agradable. Este último razonamiento erróneo puede llevar a un razonamiento circular que desemboque en una intensificación de la depresión; por ejemplo, "Si hago cosas importantes y los demás me toman en cuenta y me respetan, seré feliz". "Si no soy feliz, quiere decir, por lo tanto, que no valgo nada. Si no valgo, no puedo ser feliz".

El terapeuta puede decirle al paciente que un aspecto positivo de la arbitrariedad de las reglas internas es que pueden modificarse con relativa facilidad.

Utilidad de los supuestos a corto plazo Vs. a largo plazo

El terapeuta puede pedir al paciente que examine la utilidad de sus supuestos a largo plazo. Algunos pacientes son realmente felices cuando están bajo la influencia de algún supuesto inadecuado. Por ejemplo, algún paciente que piensa que necesita de la aprobación de los demás para ser feliz, se siente genuinamente bien cuando la obtiene, pero este hecho le vuelve vulnerable porque la totalidad de su alegría la basa en una situación externa (y fuera de su control). Y dado que nadie es perfecto, siempre habrá ocasiones en las que la gente no apruebe lo que el paciente hace cuando se ejecución no sea perfecta. El paciente no está comprendiendo que el yo global de un ser humano no puede ser considerado a través de una sola variable, ya que esa sobregeneralización seguramente ocasionará problemas. En este caso, el terapeuta debe ayudar al paciente a determinar los *efectos a largo plazo* del hecho de regirse por estas reglas. El terapeuta dirá al paciente que no es que tenga que pasar por alto las cosas que hace bien para lograr la aceptación de los demás y una vez la obtiene no sentirse feliz por ello,

pero que hacer las cosas bien no lo convierte automáticamente en una persona maravillosa, ni lo contrario: hacer las cosas mal lo convierte en un fracasado. Lo que debe poner en práctica es que si está actuando bien en una área, es correcto que se sienta satisfecho, **y que evalúe su ejecución en una forma realista**, de modo que pueda seguir haciendo bien las cosas. Pero, si no lo hace bien, también es positivo hacer una evaluación realista para poder mejorar. **En ambos casos, la ejecución o la actuación, nada tienen que ver con la valía personal, que es algo que no se puede medir ni evaluar. De lo contrario, el paciente pensará que si hace las cosas bien es una gran persona, pero si las hace mal seguramente pensará que es un inútil, y es así como puede haber recaídas cuando la depresión ya se había superado.** Lo importante es que para ser feliz, una persona debe tratar de hacer las cosas que disfrute—generalmente, serán cosas que sepa hacer bien.

Se ha observado que los pacientes que continúan desmantelando sus supuestos inadecuados crean ciertas defensas contra la depresión. Por eso la importancia de que revise aún con más cuidado aquellos supuestos que le hacen sentirse maravillosamente bien, ya que pueden ser inadecuados y peligrosos a largo plazo, en términos de recaídas.

SECCIÓN XIII

EL TRATAMIENTO SESIÓN POR SESIÓN. CURSO TÍPICO DE LA TERAPIA

Sesión 1

- Historia del caso:
Datos personales
- Aplicación y puntaje del Inventario de Depresión de Beck.
- Plan (Agenda)
- Explorar y determinar el nivel de actividad, si es indicado.
- Trabajo para realizar en casa: Llevar un programa de actividades para evaluar el grado de actividad de la paciente y obtener datos "objetivos" sobre su nivel de funcionamiento actual.

Sesión 2

- Aplicación y puntaje del Inventario de Depresión de Beck.

Plan

- Revisar los síntomas de la depresión
- Supervisar el trabajo para casa para evitar posibles omisiones o distorsiones.
- Comenzar a demostrar las relaciones entre pensamientos, conducta y afecto, basándonos en experiencias de la paciente.
- Tareas para casa. Continuar con el programa de actividades agradables y/o actividades a las que el paciente pudiera hacer frente adecuadamente y sin dificultad por poseer las habilidades necesarias (actividades mastery o de dominio)
- Definir problemas que la paciente considere podrían influir o contribuir a la depresión.

Sesión 3

- Aplicación y puntaje del Inventario de depresión de Beck.

Plan

- Revisar las actividades de "Agrado y Dominio".
- Continuar elicitando pensamientos relacionados con el afecto predominante en la paciente (tristeza, enojo, etc.)
- Tareas de casa. Registrar los pensamientos o cogniciones durante los períodos de tristeza, ansiedad y enfado y durante períodos de "apatía", con objeto de hacer más clara la relación entre pensamiento, conducta y afecto.

Sesión 4

- Aplicación y puntaje del Inventario de depresión de Beck.

Plan

- Discutir las cogniciones especificadas que diesen lugar a afectos desagradables que conduzcan a la depresión, la irritación, la culpabilidad, etc.
- Tareas para casa. Continuar registrando cogniciones y si es posible, registrar explicaciones alternativas. Revisar las etiquetas que la paciente usa para referirse a sí misma (inútil, fracasada, egoísta, etc.) ya que estos términos peyorativos sólo enmascaran los verdaderos problemas.
- Evaluar en una escala de 0 a 10 hasta qué punto la paciente “deseaba” realizar las diversas actividades propuestas en las tareas para casa y hasta qué punto lo que buscaba era satisfacer las expectativas del terapeuta o de otros significativos.

Sesión 5

- Aplicación y puntaje del Inventario de Depresión de Beck.

Plan

- Discutir las cogniciones e identificar contenidos recurrentes o frecuentes.
- Tareas para casa. Suponiendo que la paciente tenga problemas conciliar el sueño durante la noche, se le puede asignar la tarea “Las camas sirven para dormir”, de modo que si no consigue dormir en 15 minutos debe levantarse y hacer algo que la distraiga y la aleje de sus pensamientos y rumiaciones.
- Continuar registrando los pensamientos; hacer una lista de responsabilidades para con los que le rodean y una lista de lo que estas personas son responsables con respecto a ella.

Llegados a este punto de la terapia paciente y terapeuta deben haber sido capaces de darse cuenta de las características y “dinámica” del pensamiento y los errores cognitivos de la paciente. El terapeuta debe haber captado el “guión” de vida que aquella expresa con sus pensamientos y ella asimismo debe darse cuenta del contenido de ese auto-discurso.

Sesión 6. Sesión 7. Sesión 8

- Aplicación y puntaje del Inventario de Depresión de Beck.

Plan

- Revisar las cogniciones, en particular, las expectativas de la paciente ante sus “debo” en lugar de ante sus “quiero”.
- Discutir los pensamientos relacionados con sus responsabilidades hacia sus seres cercanos.
- Concretar las expectativas de la paciente. Durante estas tres sesiones ella debe comenzar a definir claramente un conjunto de objetivos razonables.

Una vez se haga conciente de sus errores cognitivos y sea capaz de actuar respuestas más razonables a sus "pensamientos automáticos", se espera una reducción de los síntomas depresivos.

- También debe observarse y comentar con la paciente los logros que ha tenido y observar y discutir sus reacciones hacia esos logros.
- Tareas para casa. Continuar identificando errores cognitivos y proponer explicaciones alternativas a los "pensamientos automáticos" negativos.

Sesión 9. Sesión 10. Sesión 11

- Aplicación y puntaje del Inventario de Depresión de Beck

Plan

- Centrarse en las autocríticas, y trabajar en respuestas para hacerles frente (es decir, evaluar los problemas de una forma realista). Intentar responder a los "quiero" el lugar de responder a los "debo". Es importante que la paciente identifique las situaciones que la hacen autocriticarse. Al enfocarse ella en los "quiero" deben repasarse objetivos que le hagan una persona más asertiva y más efectiva en la distribución de su tiempo, dejando de restringir las actividades importantes y significativas para sí misma por satisfacer las necesidades de los demás. Se le enseñará a ser más conciente y enfocada a planificar su futuro.
- Estimular a la paciente a que aprenda a valorar sus esfuerzos más tenazmente, que a criticarse a sí misma.

Sesión 12. Sesión 13. Sesión 14. Sesión 15

Aplicación y puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck.

Plan

- En este momento de la terapia se determinará si la paciente está lista para evaluar por sí misma la base de sus autocríticas y otras reacciones depresivas, es decir, si ha aprendido este crucial procedimiento de la terapia cognitiva de la depresión consistente en ser capaz de identificar su patrón de pensamientos, sentimientos y conducta, lo cual la prevendrá de posibles recaídas. Aquí, la o el terapeuta puede investigar las actitudes y creencias de la paciente que sean resistentes al cambio.
- Trabajar con los sentimientos de ansiedad resultantes de actuar otras conductas antidepresión, en vez de los viejos patrones patologizantes.
- Tareas para casa. Hacer una lista de "deseos", o logros pospuestos, prestando atención a objetivos futuros. La finalidad de esta tarea es que la paciente se de tiempo para reflexionar sobre sus necesidades, gustos y expectativas.

Sesión 16. Sesión 17. Sesión 18. Sesión 19

Aplicación y puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck.

Plan

- Revisar la posibilidad de una recaída. En caso de que la paciente se sumerja nuevamente en sus cogniciones inadecuadas anteriores (debido a un evento externo o a las reacciones del entorno ante su "nuevo yo"), la intervención deberá consistir en que el terapeuta revise con ella la similitud entre la reacción actual y el patrón de pensamiento anterior. Se compararán ambas situaciones para que ella se de cuenta de que estaba siguiendo un curso de acción irracional mediante sus viejos patrones de pensamiento desadaptativos y que esto la hacía proclive a una recaída.
- Tareas para casa. La paciente revisará cuales son sus nuevos objetivos y es deseable que, de ser necesario, estos se discutan con los directamente involucrados para hacer los ajustes necesarios en torno a su nueva conducta no deprimida.

Sesión 20. Sesión 21. Sesión 22

Aplicación y obtención de puntaje del Inventario de depresión de Beck. Se espera que en estas sesiones la paciente obtenga puntaje bajo en dicho Inventario (entre 6 y 8 puntos).

Las últimas sesiones se dedicarán a consolidar la mejoría conseguida, revisando cómo en la vida cotidiana surgen cambios cognitivos y conductuales.

Seguimiento a 1 mes. Seguimiento a 2 meses. Seguimiento a 6 meses.

Aplicación del Inventario de Depresión de Beck. Se esperan puntajes bajos (entre 2 y 9 Puntos de calificación).

Durante este período de tiempo la paciente deberá trabajar activamente adquiriendo habilidades que le hagan manejar su entorno de una manera más satisfactoria y eficiente. Esto puede ser a través de cursos especiales que le capaciten en habilidades diversas, como las escuelas para padres, o tomar cursos sobre la administración adecuada del tiempo, del dinero y la energía personal, cursos de idiomas o de computación, etc.

Con toda seguridad y como es normal en la vida, la paciente seguirá afrontando problemas y es importante que reconozca que ante estos podrán surgir sus antiguos patrones pensamiento-sentimiento-conducta, y que la mejor manera de contrarrestarlos será haciendo una activa y cuidadosa reevaluación de la situación y aplicando sus nuevos aprendizajes para la solución de problemas.

En este momento, a excepción del seguimiento a largo plazo, el tratamiento ha finalizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrews, G., Sanderson, K., Slade, T. and Issakidis, C. (2000) **World Health Organization. *Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment.*** Bulletin of the World Health Organization, **78**: 446-454.

Beck, A., (1972), *Depression: Causes and Treatment.* University of Pennsylvania Press. Philadelphia, USA pp. 370.

Beck, A., (1973), *The diagnosis and management of depression.* University of Pennsylvania Press. Philadelphia, USA.

Beck, A., Weissman, A., Lester, D., and Trextler, A. (1974). *The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42 (6), 861-865.

Beck, A. and Greenberg, R., (1974), *Coping with depression.* New York, Institute of rational living. (disponible electrónicamente en: www.anapsys.co.uk)

Beck, A. Weissman, A, Lester, D and Trexler, L. *The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale.* J. Consult Cli Psycho Rep 1974 42: 861-865. www.bookgoogle.com.mx

Beck, A. (1976), *Cognitive therapy and the emotional disorders.* International Universities Press, Inc. New York, USA.

Beck, A. (1983) *Terapia Cognitiva de la depresión*.--10ªed. – Editorial Desclee De Brouwer. España.

Beck, A. (1988) *Terapia Cognitiva, Terapia Conductual, Psicoanálisis y Farmacoterapia, un conducto cognitivo.* En Mahoney, M y Freeman, A. (comps.). *Cognición y Psicoterapia.* Ediciones Paidós. Barcelona, España.

Bedirhan, Ü. (2002) *El coste mundial de la depresión en el siglo XXI.* En M, Weissman (ed), *Tratamiento de la depresión. Una puerta al siglo XXI*, pp.33-40. Editorial Ars Medica. Barcelona, España.

Bellak, L (1999). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia.* -- 2ª ed. Editorial El Manual Moderno. México.

Bustos, L., Acosta, V. (1989), *Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono: "Motivo de consulta"* . Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Calderón, G. (1999). *Depresión: Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. --2ª ed.—Editorial Trillas. México.

Dalton, K., Holton, W., (1996). *Depression after Childbirth*. Oxford University Press. New York, USA.

Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., et al. (1995) *World Mental Health. Problems and Priorities in Low-income Countries*. Oxford University Press. New York, USA.

Frank, J., (1988), *Elementos compartidos por todas las Psicoterapias*. En Mahoney, M y Freeman, A. (comps.). *Cognición y Psicoterapia*. Ediciones Paidós. Barcelona, España.

Guidano, V., y Liotti, G., (1988), *Una base constructivista para la terapia cognitiva*. En Mahoney, M y Freeman, A. (comps.). *Cognición y Psicoterapia*. Ediciones Paidós. Barcelona, España.

Hass, L., Benedict, J. and Kobos, J., (1996), *Psychotherapy by telephone: Risks and Benefits for Psychologists and Consumers*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27 (2), 154-160.

Institute of Medicine (2001) *Neurological, Psychiatric, and developmental disorders: Meeting the challenge in the developing world*. (p.287-336) National Academy Press. Washintong D.C.

Kessler, R.: *Epidemiology of Depression*, (2002). *Handbook of Depression*. The Guilford Press. New York.

Kolb, L., (1977) *Noyes Psiquiatría clínica moderna. 6ªed México, 1992*. Ediciones científicas La prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. México, D.F.

Lara, M., Acevedo, M., Pego, C., et al. (1997) *¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión*. Editorial Pax. México.

Leal, C (coord.) (2000) *Trastornos depresivos en la Mujer*. Editorial Masson, S.A. Barcelona.

López-Ibor, J. (2002) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. (387-476 pp.) Texto Revisado. Editorial Masson, S.A. Barcelona, España.

MacPhillamy, D and Levinsohn, P. (1971) *Pleasant events schedule*. Universidad de Oregon, 1971.
www.anxietydisorderscentre.com.nationprotect.net

Mahoney, M. (1988), *Psicoterapia y procesos de cambio humano*. En Mahoney, M y Freeman, A. (comps.). *Cognición y Psicoterapia*. Ediciones Paidós. Barcelona, España.

Mendoza , J. Sin año. *Buena salud mental*. *Revista Ganar Salud*. Año 6 No.28 p. 6

Murray, C. and Lopez, A. eds. *The Global Burden of disease*. The Harvard Press, Boston, USA.

O'Connor, R. (1999). *Superar la depresión*. Ediciones Urano. Barcelona, España.

Paikel, E. (1992). *Depression in women*. *British Journal of Psychiatry*, 158 (10): 22-29.

Papalia, D, Wendkos, S. (1990) *Desarrollo Humano..--2ª ed.*—Mcgraw Hill Inc. USA.

Puente, F., Gaitán, A. (1993). *SAPTEL- Cruz Roja Mexicana. Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por teléfono: Guía de capacitación y Manual de Procedimientos*. Departamento de Psicología. Universidad Ibero-Americana. México.

Puente, F. (2000) *Reporte Estadístico Trimestral SAPTEL: Enero-Marzo 2000*.

Puente, F. (2007) *Carta a la Presidencia de la República. Reporte Estadístico Trimestral SAPTEL, Octubre-Diciembre 2006*.

Puente, F., (2009), Libro electrónico: *Año 2009-México: La crisis económica y la Salud Mental, Recomendaciones*. En www.saptel.org.mx

SAPTEL Cruz Roja Mexicana. *Reporte Estadístico, 1999*.

SAPTEL Cruz Roja Mexicana. *Reporte Estadístico Enero- Diciembre 2004*.

SUMA La revista de Cruz Roja Mexicana (2003) *SAPTEL, una voz amiga al otro lado de la línea*. 1 p.21-22.

Susser, E., (2002), *Pasado y Futuro. Introducción*. En M, Weissman (ed), *Tratamiento de la depresión. Una puerta al siglo XXI*, pp.3-4. Editorial Ars Medica. Barcelona, España.

VandenBos, G., and Williams S., (2000) *The Internet versus the Telephone: What is telehealth anyway?* *Professional Psychology: Research and Practice*. 31 (5), 490-492.

APÉNDICE 1

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Nombre.....Fecha.....

1. Este es un instrumento que nos permitirá conocer en que grado se encuentra usted deprimida. Por favor lea (o escuche cuidadosamente) cada una de las **afirmaciones o enunciados** que contiene.
2. Cuando usted lea (o escuche) cada afirmación encierre en un círculo (o dígame) el número de aquella que describe mejor lo que ha sentido durante la **ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY**.
3. Si dentro de un mismo grupo de afirmaciones hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela (o dígamela) también.
4. **Asegúrese de haber leído (o escuchado) bien todas las afirmaciones antes de hacer su elección.**

- 1**
 - 0 No me siento triste.
 - 1 Me siento triste.
 - 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 - 3 Me siento tan triste o tan desgraciada que no puedo soportarlo.

- 2**
 - 0 No me siento especialmente desanimada de cara al futuro.
 - 1 Me siento desanimada de cara al futuro.
 - 2 Siento que no hay nada por lo que luchar.
 - 3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

- 3**
 - 0 No me siento fracasada.
 - 1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
 - 2 Cuando miro hacia mi pasado, lo único que veo es un fracaso tras otro.
 - 3 Soy un fracaso total como persona.

- 4**
 - 0 Las cosas me satisfacen igual que antes.
 - 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - 2 Ya nada me satisface.
 - 3 Estoy insatisfecha o aburrida respecto a todo.

- 5**
 - 0 No me siento especialmente culpable.
 - 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - 2 Me siento culpable la mayoría de las veces.
 - 3 Me siento culpable constantemente.

- 6** 0 No creo que esté siendo castigada.
1 Siento que quizá esté siendo castigada.
2 Espero ser castigada.
3 Siento que estoy siendo castigada.
- 7** 0 No estoy descontenta conmigo misma.
1 Estoy descontenta conmigo misma.
2 Estoy a disgusto conmigo misma.
3 Me detesto.
- 8** 0 No me considero peor que cualquier otro.
1 Me critico a mi misma por mi debilidad o, por mis errores.
2 Continuamente me culpo por mis errores.
3 Me culpo por todo lo malo que me sucede.
- 9** 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2 Desearía ponerle fin a mi vida.
3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 10** 0 No lloro más de lo normal.
1 Ahora lloro más que antes.
2 Lloro a cada rato.
3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 11** 0 No estoy especialmente irritada.
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2 Me siento irritada continuamente.
3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
- 12** 0 No he perdido el interés por los demás.
1 Estoy menos interesada por los demás que antes.
2 He perdido gran parte del interés por los demás.
3 He perdido todo interés por los demás.
- 13** 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1 Evito tomar decisiones más que antes.
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3 Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14** 0 No creo tener peor aspecto que antes.
1 Estoy preocupada porque parezco envejecida y poco atractiva.
2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractiva.
3 Creo que me veo horrible.

- 15** 0 Trabajo igual que antes.
 1 Me cuesta más trabajo que el habitual comenzar a hacer algo.
 2 Tengo que obligarme a mí misma a hacer algo.
 3 Soy incapaz de llevar a cabo alguna tarea.
- 16** 0 Duermo tan bien como siempre.
 1 No duermo tan bien como antes.
 2 Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo habitual y me cuesta trabajo volver a dormirme.
 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no me puedo volver a dormir.
- 17** 0 No me siento más cansada de lo normal.
 1 Me canso más que antes.
 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 3 Estoy demasiado cansada como para hacer algo.
- 18** 0 Mi apetito no ha disminuido.
 1 No tengo tan buen apetito como antes.
 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
 3 He perdido completamente el apetito.
- 19** 0 No he perdido peso últimamente.
 1 He perdido más de 2 kilos. Estoy tratando de perder peso
 2 He perdido más de 4 kilos. comiendo menos.
 3 He perdido más de 7 kilos. Sí___ No___.
- 20** 0 No estoy preocupada por mi salud.
 1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc. el dolor de estómago o los catarros.
 2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
 3 Estoy tan preocupada por las enfermedades que ya no puedo pensar en otras cosas.
- 21** 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
 1 La relación sexual me atrae menos que antes.
 2 Estoy mucho menos interesada por el sexo que antes.
 3 He perdido totalmente el interés sexual.

Puntuación total.....

Resultados:

- 5-9** Existencia de altibajos que se consideran normales.
- 10-18** Depresión entre leve y moderada.
- 19-29** Depresión entre moderada y severa.
- 30-63** Depresión severa.

Si se obtienen puntuaciones **inferiores a 4** existe la posibilidad de que el paciente esté negando la existencia de una depresión o fingiendo estar bien, ya que se trata de una puntuación que está por debajo de la obtenida por personas normales, no deprimidas.

Las puntuaciones por encima de 40 son más altas que las que suelen obtener incluso las personas con depresión severa. Por lo tanto, si el paciente las obtiene indica una posible exageración de la depresión o la posibilidad de que exista algún trastorno de personalidad, como trastorno histriónico o límite. No obstante, aún es posible que existan niveles significativos de depresión.

APÉNDICE 2

Escala de Hamilton para la evaluación de la Depresión (HRSD)

Nombre del paciente.....
Fecha de evaluación.....

LISTA DE ÍTEMS

1 Estado de ánimo deprimido, tristeza, llanto, retraimiento, melancolía, contenidos depresivos del pensamiento y pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros:

- 0 Ausente
- 1 Ligero: actitud melancólica. Estas sensaciones las expresa solamente si le pregunta cómo se siente.
- 2 Moderado: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación. Estas sensaciones las relata espontáneamente.
- 3 Intenso: Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.
- 4 Extremo: Llanto muy frecuente (o ganas), frecuente tendencia al aislamiento, contenidos depresivos expresados en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.

2 Sensación de culpabilidad:

- 0 Ausente
- 1 Ligero: Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
- 2 Moderado: ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados por malas acciones.
- 3 Intenso: Siente que la enfermedad actual es un castigo; Ideas delirantes de culpabilidad.
- 4 Extremo: Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3 Suicidio:

- 0 Ausente.
- 1 Ligero: le parece que la vida no vale la pena vivirla.
- 2 Moderado: desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.
- 3 Intenso: ideas o amenazas suicidas.
- 4 Extremo: Intentos de suicidio (4 para cualquier intento serio)

4 Insomnio precoz: (Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

- 0 Ausente.
- 1 Ocasional: tarda en dormir entre media y una hora (menos de tres noches por semana)
- 2 Frecuente: Se queja de dificultades para dormirse cada noche.

5 Insomnio medio:

- 0 Ausente.
- 1 Ocasional: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (menos de tres noches por semana).
- 2 Frecuente: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto para evacuar), o necesidad de fumar, o leer tras despertarse, debe puntuar 2 (tres o más noches seguidas por semana).

6 Insomnio tardío: (Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

- 0 Ausente.
- 1 Ocasional: se despierta antes de lo habitual (menos de dos horas antes; menos de tres días por semana)
- 2 Frecuente: se despierta dos o más horas antes de lo habitual y no puede volver a dormirse si se levanta de la cama (tres o más días seguidos por semana)

7 Trabajo y actividades:

- 0 No hay dificultad.
- 1 Ligero: ideas y sentimientos de incapacidad o desinterés (actividad, trabajo o pasatiempos).
- 2 Moderado: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades)
- 3 Intenso: evidente descenso del tiempo actual dedicado a sus actividades o disminución de la productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no dedica por lo menos 3 horas al día a actividades (trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.
- 4 Extremo: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o necesita gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete a otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si se precisa de gran estímulo para que las realice.

8 Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y de la palabra, capacidad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)

- 0 Palabra y pensamiento normales.
- 1 Ligera: Ligero retraso en el diálogo, sentimientos ligeramente embotados; facie inexpresiva.
- 2 Moderada: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar a las preguntas).
- 3 Intensa: diálogo difícil; lentitud de movimientos y al caminar.
- 4 Extrema: estupor depresivo completo; entrevista imposible.

9 Agitación psicomotora:

- 0 Ausente.
- 1 Ligera: Mueve los pies, juega con las manos o los cabellos.
- 2 Moderada: se mueve durante la entrevista; se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos; se muerde las uñas etc.
- 3 Intensa: no puede quedarse quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.
- 4 Extrema: La entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado ara otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".

10 Ansiedad psíquica: aquí se incluyen muchos síntomas, tales como tensión, incapacidad para relajarse o concentrarse, irritabilidad, preocupaciones por trivialidades (que no son rumiaciones depresivas), fobias, crisis de ansiedad, etc.

- 0 Ausente.
- 1 Ligera: tensión subjetiva e irritabilidad.
- 2 Moderada: tensión objetiva, evidente. Preocupación por trivialidades.
- 3 Intensa: actitud aprensiva en la expresión y en el habla.
- 4 Extrema: crisis de ansiedad observadas; la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea verbal o no verbal.

11 Ansiedad somática (Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad tales como: Gastrointestinales: retortijones, pesadez de estómago, flatulencia, sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: Palpitaciones, desmayos, sofocos, dolor o malestar precordial. Respiratorios: hiperventilación, suspiros, ahogos, dificultad para respirar. Aumento de la frecuencia urinaria; sudoración; tensión muscular, temblores, tinnitus; vértigos; visión borrosa; etc.

- 0 Ausente.
- 1 Ligera: un solo síntoma o un síntoma dudoso, o varios síntomas de un mismo sistema.
- 2 Moderada: varios síntomas de distintos sistemas.
- 3 Intensa: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.
- 4 Extrema: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12 Síntomas somáticos gastrointestinales:

- 0 Ninguno.
- 1 Ligero: pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.
- 2 Intenso: pérdida del apetito y no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.

13 Síntomas somáticos generales:

- 0 Ninguno.
- 1 Ligero: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en las extremidades, espalda o cabeza; dorsalgias, cefaleas, algias musculares.
- 2 Intenso: fatigabilidad y pérdida de la energía la mayor parte del tiempo. Cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente se clasifica en 2.

14 Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

- 0 Ausente.
- 1 Ligero: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).
- 2 Intenso: pérdida completa del apetito sexual; impotencia y frigidez funcionales.

15 Hipocondría. Valorar el síntoma que aparece o aumenta asociado a la depresión.

- 0 Ausente.
- 1 Ligera: alguna preocupación por las funciones corporales y por síntomas orgánicos.
- 2 Moderada: muy preocupado y atento a síntomas orgánicos; piensa que tiene una enfermedad orgánica.
- 3 Intensa: fuerte convicción de padecer un trastorno orgánico que, para el paciente, justifica su situación actual (puede ceder temporalmente a la argumentación lógica); solicitud constante de ayudas, exploraciones, etc.
- 4 Extrema: ideas delirantes hipocondríacas.

16 Pérdida de peso. En evaluaciones sucesivas, restar a la puntuación inicial "1" si gana 500 g/semana y "2" si gana 1Kg/semana).

- 0 Ausente: pérdida de peso inferior a 500 g en una semana.
- 1 Ligera: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a los 500 g por semana o 2.5 Kg/año (sin dieta)
- 2 Intensa: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior al Kg/semana o 4,5 kg/año (sin dieta)

17 Pérdida de introspección:

- 0 Ausente: se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
- 1 Ligera: Reconoce su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 2 Intensa: niega esté enfermo.

ESCALA MODIFICADA DE HAMILTON PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN (MHRSD)

LISTA DE ÍTEMS

1. Estado de ánimo depresivo (*)
 - ¿Cómo se ha sentido recientemente?
 - ¿Se ha sentido bajo de humor, pesimista o deprimido?
 - ¿Qué cantidad de tiempo se ha sentido de esta manera durante la semana pasada?
 - 0. Ausente
 - 1. Leve. Actitud pesimista, puede estar acompañado de esporádicas crisis de llanto, triste, melancólico.
 - 2. Moderado. Puede estar acompañado de sentimientos de inadecuación, autocompadecimiento, preocupación, descenso en los intereses sociales y de nivel de actividad, pesimismo, aislamiento, llanto ocasional, apatía y disminución de las actividades gratificantes.
 - 3. Severo. Puede estar caracterizado por desesperanza, una mayor tendencia al aislamiento social, cercano a ausencia de interés o participación en otras actividades aparte de las imprescindibles, apenas nada produce gratificación, el llanto puede ser frecuente e intenso.
 - 4. Síntomas extremos. Aislamiento completo.

2. Diferenciación del estado de ánimo.
 - ¿Puede describir sus sentimientos un poco más?
 - ¿Es este sentimiento diferente de otros que haya sentido después de leer una historia o ver una película triste?
 - ¿Es diferente este sentimiento del que tuvo o podría haber tenido al morir alguna persona del que tuvo o podría haber tenido al morir alguna persona allegada a usted?
 - 0. No hay cualidades diferentes
 - 1. Leve o moderada (ligeramente diferente)
 - 2. Severa (marcadamente diferente)

3. Falta de reactividad
 - ¿Encuentra dificultad en prestar atención a otras cosas que no sean su estado de ánimo (depresión)?
 - ¿Ha habido algún momento, durante la semana pasada, en que haya cambiado su estado de ánimo?
 - ¿Ha habido momentos en los que se sintiera mejor?
 - ¿Ha habido algo, durante la semana pasada, que le haya hecho sentirse mejor (excepto la toma de medicación)?
 - ¿Cuánto duró ese sentimiento?
 - 0. Reactividad del estado de ánimo (el estado de ánimo varía de acuerdo con la situación).
 - 1. Falta de reactividad leve a moderada (el estado de ánimo del paciente es algo reactivo, pero manteniendo siempre un tono depresivo)
 - 2. Falta severa reactividad (el estado de ánimo del paciente carece de cualquier reactividad ante factores situacionales)

4. Variación diurna
 - ¿En su depresión se siente usted peor de manera regular a alguna hora determinada del día?
 - ¿Por la mañana, por la tarde o por la noche?
 - 0. No hay variación en el estado de ánimo
 - 1. Hay una ligera variación entre la mañana y la tarde
 - 2. Hay una variación acusada entre la mañana y la tarde

5. Baja autoestima

- ¿Qué opina de Ud. mismo comparándose con otras personas?
- ¿Piensa que es Ud. mejor o peor que otras?
- ¿Se siente inferior o inútil en comparación con otras personas?
- ¿Hay algo de Ud. mismo que le guste?

- 0. No está presente
- 1. Sentimientos leves de baja autoestima que resultan evidentes sólo al preguntar
- 2. Sentimientos marcados de baja autoestima
- 3. Marcados sentimientos de baja autoestima. Se diferencia de la puntuación 2 por el grado ("no soy nada bueno", "soy inferior a los demás")
- 4. Ilusiones de baja autoestima ("soy un montón de basura", "soy un pecador")

6. Culpabilidad

- ¿Es Ud. crítico consigo mismo, debido a su debilidad o errores?
- ¿Se culpa a sí mismo por cosas que van mal, incluso cuando los demás parecen pensar que Ud. no tiene culpa de ello?
- ¿Piensa Ud. que su enfermedad se debe a algún castigo o algo parecido?
- ¿Oye voces que le amenazan o le acusan?

- 0. Ausente
- 1. Sentimientos de autoreproche, autoculpa, o pone ejemplos específicos de errores
- 2. Creencia de que los acontecimientos negativos fueron causados por uno mismo, pone un ejemplo general o muchos específicos de por qué se siente culpable, tiene fuertes convicciones sobre su culpabilidad
- 3. Cree que su enfermedad podría ser debida a un castigo, posibles ilusiones de culpabilidad
- 4. Ilusiones de culpabilidad con alucinaciones

7. Indefensión

- ¿Siente que tiene control sobre su vida?
- ¿Hay cosas en su vida que le gustaría cambiar, pero se siente incapaz?
- ¿Ha habido veces últimamente en las que le parecería que, hiciese lo que hiciese, las cosas no iban a mejorar?

- 0. No está presente
- 1. El paciente informa de unos leves sentimientos de indefensión cuando se le pregunta ("hay algunas cosas que no puedo cambiar")
- 2. Sentimientos moderados de indefensión ("parece que no puedo cambiar la mayoría de las cosas de mi vida")
- 3. Fuertes sentimientos de indefensión ("no puedo cambiar nada de mi vida")
- 4. Fuertes sentimientos de indefensión junto con abandono de actividades rutinarias de la vida cotidiana (disminución de la higiene personal, no sale de la cama, tiene dificultades para alimentarse, etc.)

8. Desesperanza

- ¿Cómo ve el futuro?
- ¿Ha perdido la esperanza de que las cosas vayan a ir mejor?
- ¿Son estos sentimientos pasajeros, le suceden durante un rato y luego desaparecen o son continuos (no puede sacarlos de su mente)?
- ¿Le ayuda hablar de estos sentimientos con otras personas? ¿Se tranquiliza?

- 0. No está presente
- 1. Tiene dudas intermitentes sobre si las cosas mejorarán, pero puede tranquilizarse
- 2. Tiene frecuentemente sentimientos de desesperanza, pero llega a tranquilizarse
- 3. Expresa sentimientos de desaliento, desesperación y pesimismo sobre el futuro, que no pueden ser disipados

4. Persevera espontáneamente e inapropiadamente “nunca me pondré bien” o equivalentes

9. Suicidio (*)

¿Cree que vale la pena vivir la vida?

¿Desearía estar muerto?

¿Ha tenido pensamientos de suicidio?

¿Ha tratado de matarse?

0. Ausente

1. Sentimientos de que no vale la pena vivir

2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos de matarse

3. Ideas, muestras, o planes suicidas

4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se valora como 4)

10. Insomnio

¿Tiene problemas al dormir?

A. Precoz (*)

¿Tiene problemas para conciliar el sueño?

¿Cuánto tiempo tarda en quedarse dormido?

¿Con cuánta frecuencia tiene esos problemas?

0. Ausente

1. Ocasionalmente (menos de 3 días a la semana), leve (menos de 1 hora de demora)

2. Frecuente (3 ó más veces por semana), severo (más de 1 hora de demora)

B. Medio (*)

¿Una vez dormido, se despierta durante la noche?

¿Qué hace cuando se despierta?

¿Puede volver a dormirse?

0. Ausente

1. Ocasionalmente (menos de 3 días a la semana), leve (menos de 1 hora en volverse a dormir)

2. Frecuente (varias veces por noche con dificultad para volverse a dormir, 3 ó más veces a la semana), severo (1 hora ó más para volverse a dormir)

C. Tardío (*)

¿Se despierta más temprano de la hora habitual?

¿Puede volver a dormirse?

0. Ausente

1. Ocasional (menos de 3 días a la semana), leve (menos de 1 hora de adelanto)

2. Frecuente (3 ó más días a la semana), severo (1 hora o más de adelanto)

11. Apetito y peso

A. Pérdida de peso

¿Es su apetito ahora similar al que tiene habitualmente?

¿Tiene problemas de estómago, intestinales o de estreñimiento?

0. Ausente

1. Pérdida leve u ocasional del apetito

2. Pérdida del apetito constante o severo, estreñimiento

B. Pérdida de peso (*)

¿Perdió peso el mes pasado, sin haber estado a dieta?

0. Ausente

1. Medio kilo o un kilo durante el mes pasado
 2. Kilo y medio o más durante el mes pasado
- C. Ganancia de peso
- ¿Ha ganado peso durante el último mes? ¿Cuánto?
0. Ausente
 1. Ha ganado medio kilo o un kilo durante el último mes
 2. Ha ganado kilo y medio o más durante el último mes
12. Pérdida de energía
- ¿Tiene menos energía de la habitual o se cansa más fácilmente?
- ¿De qué manera afecta a su trabajo u otras actividades?
- ¿Siente cansancio o dolor en su espalda, cabeza o miembros?
0. No hay pérdida de energía
 1. Pérdida subjetiva de energía, sensación de cansancio
 2. Marcada interferencia con el funcionamiento habitual (descenso en el trabajo y las actividades), sensación de cansancio o dolor
- B. Pérdida del interés
- ¿Cree que ha perdido el interés o encuentra menos satisfacción en las cosas que siempre le han gustado?
- ¿Prefiere estar alejado de la gente?
- ¿Ha dejado de salir con los amigos? (Ej. ha dejado de llamarles)
- ¿Evita activamente a la gente cuando le invitan a salir (ej. no contesta al teléfono o no sale cuando le invitan)?
- ¿Ha perdido interés en su trabajo, aficiones o actividades recreativas?
- ¿Se ha abandonado en su cuidado personal?
0. No hay pérdida de interés
 1. Pérdida de interés leve
 2. Pérdida severa del interés en la mayoría de las actividades, incluyendo ropa, aspecto personal y comida
- C. Trabajo y actividades (*)
- ¿Le cuesta hacer las cosas que debe hacer (trabajo, tareas domésticas, estudios)?
- ¿En qué medida ha disminuido su interés por las cosas y/o personas importantes para Ud.?
0. Ausente
 1. Ha decrecido algo la eficiencia y el esfuerzo y, o bien ha disminuido el interés o bien encuentra menos satisfacción en las aficiones y encuentros sociales?
 2. Descenso de la actividad, rechaza o demora algunas cosas; desatención o abandono de las actividades no imprescindibles, disminución en la participación en las aficiones o encuentros sociales.
 3. Descenso considerable de la actividad laboral, actividades rutinarias, se rechazan muchas cosas o se posponen indefinidamente, virtualmente no productivo, evita el encuentro social, nada le parece agradable y no hay intereses.
 4. Incapacidad de trabajar, no productivo, completamente inmovilizado
- D. Pérdida de la libido
- ¿Durante el último mes, ha habido algún cambio en su interés por el sexo?
- ¿Representa esto un cambio en la forma en que habitualmente siente el sexo?
0. No hay cambio
 1. Leve pérdida del interés y de la actividad sexual
 2. Pérdida casi total del interés y de la actividad sexual
13. Ansiedad

A. Ansiedad psíquica (*) (ansioso, tenso, intranquilo, nervios, intranquilo, aprensivo, asustado, sobresaltado, irritable, preocupado)

¿Ha habido algún momento últimamente en el que se haya sentido ansioso o asustado?

¿Son estos sentimientos pasajeros, ocurren durante un momento y luego desaparecen, o son continuos?

¿Durante cuánto tiempo se sintió de esta manera la última semana?

¿En qué tipo de situaciones se siente ansioso?

¿Ha habido alguna situación en la que se sintiese tan ansioso que haya tenido que marcharse, correr o hacer alguna otra cosa?

0. Ausente
1. Tensión transitoria, irritabilidad ocasional, levemente preocupado
2. Tensión casi constante, irritabilidad más frecuente, y algo inquieto
3. Aprehensión generalizada, tensión, irritabilidad, preocupaciones y rumiaciones constantes
4. Ataques de pánico, actividades restrictivas respecto a las fobias

B. Ansiedad somática (*) (Nota: los síntomas son evaluados sobre la base de los informes de la sintomatología en los siguientes sistemas: (a) respiratorio: respiración costosa, superficial, sensación de opresión o ahogo; (b) cardiovascular: sofocos. Tasa cardíaca acelerada, palpitaciones, desvanecimientos, dolor en el pecho o malestar, etc.; (c) gastrointestinal: empacho, estómago revuelto, acidez, retortijones, diarrea, etc, (d) frecuencia genito-urinaria; (e) sudores; (f) vértigos, visión, borrosa, zumbidos; (g) neuromuscular: temblores o sacudidas, cefaleas, tensión muscular, aturdimiento, hormigueo, etc).

¿Cómo se siente cuando está ansioso?

¿Nota que su corazón va más deprisa?(Preguntar sobre el resto de los síntomas somáticos anotados más arriba-rodar cada síntoma que está presente)

¿Han afectado estos cambios de alguna manera a su actividad?

0. Ausente
1. Leve (uno o más síntomas, se queja de algún malestar, pero continúa con sus actividades diarias)
2. Moderada (ej. síntomas de más de un sistema, de manera ocasional el paciente no puede participar en determinadas actividades debido al malestar).
3. Severa (los síntomas son tan molestos que frecuentemente tiene problemas para seguir la actividad)
4. Extrema (quejas en múltiples sistemas que resultan incapacitantes, por ej. debido al malestar corporal no puede tomar parte en muchas actividades)

14. Hipocondría (*)

¿Cómo es su salud física?

¿Se preocupa por su salud?

¿Se preocupa tanto por su salud que no puede pensar en otra cosa? (Importante: el entrevistador evaluará hasta qué punto el paciente se centra en sus síntomas físicos, no prestando atención a otro tipo de síntomas).

0. Ausente
1. Preocupado por la salud y por el funcionamiento corporal, síntomas leves o dudosos.
2. Mucha preocupación por los síntomas físicos, piensa que tiene alguna enfermedad.
3. Está sólidamente convencido que tiene alguna enfermedad, actitud quejumbrosa
4. Alucinaciones e ilusiones hipocondríacas. Ej. de pudrimiento, de obstrucción.

15. "Insight" (*) (debe de tenerse en cuenta el historial del paciente)

¿Piensa que tiene algún problema?

¿Cuál cree que es su problema?

¿Podría ser que tuviese problemas emocionales?

0. Reconoce estar deprimido o enfermo
1. Reconoce estar enfermo pero lo atribuye a factores poco probables, ej. mala alimentación, clima, exceso de trabajo, etc.

2. Niega estar enfermo

16. Entorpecimiento (*) (observación directa)

0. Ausente

1. Ligero entorpecimiento en la entrevista, inmutabilidad afectiva y expresión fija
2. Retardo obvio en la entrevista, inmutabilidad afectiva y expresión fija
3. Retardo obvio en la entrevista: voz monótona, tarda en contestar, falta de movilidad
4. Entrevista difícil, prolongada
5. Estupor completo

17. Agitación (*) (observación directa)

0. Ausente

1. Bajos niveles de agitación, incluye nerviosismo, inquietud obvia ej. juega con las manos o con la ropa, mueve las piernas), en casi toda la entrevista.
2. Altos niveles de agitación, incluye nerviosismo, inquietud obvia así como que el paciente se levante durante la entrevista, se pasee, etc.

APÉNDICE 3

6.1. Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)

Autores	A. T. Beck, A. Weissman, D. Lester, L. Trexler.
Referencia	<i>The measurement of pessimism: The hopelessness scale.</i> J Consult Clin Psychol 1974; 42: 861-865.
Evalúa	Expectativas de la persona sobre su futuro.
Nº de ítems	20.
Administración	Autoaplicada.

DESCRIPCIÓN

- La HS es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.
- Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio.
- Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.
- Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen un 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos.
- Es un instrumento autoaplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en tres factores diferentes:
 - Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro).
 - Factor motivacional (pérdida de motivación).
 - Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro).
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20.
- La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1, 6, 13, 15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.
- La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.
- La puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems 4, 7, 8, 14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.
- En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:
 - 0-8: riesgo bajo de cometer suicidio.
 - 0-3: ninguno o mínimo.
 - 4-8: leve.
 - 9-20: riesgo alto de cometer suicidio.
 - 9-14: moderado.
 - 15-20: alto.

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE BECK

Se trata de una escala **autoadministrada**

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	V	F
1. <i>Espero el futuro con esperanza y entusiasmo</i>		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. <i>Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así</i>		
4. No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años		
5. <i>Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer</i>		
6. <i>En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar</i>		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. <i>Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio</i>		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. <i>Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro</i>		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. <i>Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora</i>		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. <i>Tengo una gran confianza en el futuro</i>		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. <i>Espero más bien épocas buenas que malas.</i>		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		
PUNTUACIÓN TOTAL		

REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS				
SITUACIÓN Describe: 1. El acontecimiento o que motivó la emoción desagradable, o 2. La corriente de pensamientos o el recuerdo que motivó la emoción desagradable. FECHA:	EMOCIÓN (ES) 1. Especifique triste/ansioso/enfadado, etcétera. 2. Evalúe la intensidad de la emoción de 1-100.	PENSAMIENTO(S) AUTOMÁTICO(S) 1. Anote el pensamiento o pensamientos automáticos que preceden a la emoción o emociones. 2. Evalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0-100%.	RESPUESTA NACIONAL 1. Anote una respuesta racional a los pensamientos automáticos. 2. Evalúe el grado de creencia en la respuesta racional de 0-100%.	RESULTADO 1. Reevalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0-100. 2. Especifique y evalúe de 0-100 las emociones subsiguientes.

EXPLICACION: Cuando experimente una emoción desagradable, describa la situación que pudo motivar la emoción. (Si la emoción tuvo lugar mientras usted estaba pensando algo, anótelos.) A continuación anote el pensamiento automático asociado con la emoción. Anote el grado de creencia en ese pensamiento: 0= nada en absoluto; 100= totalmente. En la evaluación de la intensidad de la emoción, 1= un leve indicio; 100= la máxima intensidad posible.

Cédula de registro tomada de la sección de apéndices de Beck, 1983 p.365

CRUZ ROJA
MEXICANA



Cédula N° _____

SAPTEL



FEDERACION MUNDIAL
DE SALUD MENTAL



HISTORIA CLINICA DE USUARIOS - CEDULA DE REGISTRO

Cuadro-Resumen (incisos 2 al 9)

Número Consec.	Fecha	Consejero y Turno	Hora en que Inicia	Hora en que finaliza	Duración	Referencia	
						Motivo	Lugar

OTRO(S) TRATAMIENTO(S) ACTUAL(ES) (incisos 10 al 15)

10. Otro actual: _____ (SI) (NO) 11. Tipo _____
 12. Desde cuando _____ 13. Motivo de la consulta _____
 14. Razón para no buscarlo _____ 15. Medicación _____

OTRO(S) TRATAMIENTO(S) ANTERIOR(ES) (incisos 16 al 22)

16. Otro anterior: _____ (SI) (NO) 17. Tipo _____
 18. Hace cuanto _____ 19. Cuanto duró _____
 20. Motivo de la Consulta _____ 21. Razón para no buscarlo _____
 22. Medicación _____

FICHA DE IDENTIFICACION (Incisos 23 al 38)

23. Sexo _____ (M) masculino (F) femenino 24. Edad _____
 25. Estado Civil _____ 26. Escolaridad _____
 27. Ocupación _____ 28. Religión _____
 29. Lugar de Origen _____ 30. Domicilio Actual _____
 31. N° de personas c/quien vive _____ 32. Parentesco _____
 33. Tipo de vivienda _____ 34. N° de Habitaciones _____
 35. Aportación \$/Usuario _____ 36. Aportación \$/Otros _____
 37. Aportación \$ Total _____ 38. Fuente de Referencia _____

MOTIVO DE CONSULTA (incisos del 39 al 43)

39. Motivo Principal _____ 40. Motivos secundarios _____
 _____ 41. Riesgo suicida _____
 42. Verbalización del Usuario _____
 43. Tipo de Consulta _____

COMENTARIOS: _____

EXAMEN MENTAL (Incisos 44 al 55)

44. Espontaneidad del discurso _____ 45. Ritmo del Discurso _____
 46. Alteraciones del discurso _____
 47. Alteraciones en el contenido del pensamiento _____
 48. Afecto _____ 49. Alteraciones en la Sensopercepción _____
 50. Memoria _____ 51. Orientación _____
 52. Despersonalización _____ 53. Atención y concentración _____
 54. Inteligencia _____ 55. Grado de reconoc. del problema _____

SINTOMATOLOGIA ESPECIFICA (incisos 56 al 66)

56. Síntomas somáticos _____ 57. Fatiga _____
 58. Atención inadecuada hacia las funciones corporales _____
 59. Hipnóticos _____ 60. Alteraciones del dormir _____
 61. Irritabilidad _____ 62. Obsesiones y/o compulsiones _____
 63. Animo depresivo _____ 64. Disminución concentración _____
 65. Ansiedad _____ 66. Fobias _____

ASPECTOS EMOCIONALES DE LA RELACION DE TRABAJO (incisos 67 al 72)

67. Rapport _____ (S I) (N O) 68. Catarsis _____ (S I) (N O)
 69. Abreacción _____ (S I) (N O) 70. Respuesta-Reacción _____
 71. Credibilidad Información _____ 72. Calificación Global de Severidad _____

DIAGNOSTICO DE PRESUNCION, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO (incisos 73 al 79)

73. ICD-10 _____ 74. ICD-10 Agregado _____
 75. DSM-IV _____ 76. DSM-IV Agregado _____
 77. Dx asignado en supervisión _____
 78. Escuelas terapéuticas utilizadas y/o recomendadas _____
 79. Pronóstico _____

CIERRE DE LA LLAMADA (incisos 80 al 85)

80. Opinión voluntaria _____ 81. Opinión al preguntar _____
 82. Próxima llamada _____ 83. Reacción _____
 84. Nombre y teléfono _____
 85. Resultado de la llamada _____

DATOS DEL CONSEJERO (Incisos del 86 al 101)

86. Nombre _____ 87. N° _____
 88. Procedencia _____ 89. Forma o razón _____
 100. Nombre del Supervisor _____ 101. Supervisa este caso _____ (S I) (N O)

COMENTARIOS: