

MÓDULO III

Modelo, entrevista y gestión del tratamiento

Modelo cognitivo para la depresión

La teoría cognitiva sostiene que las personas **son influenciadas no por los eventos en sí, sino por su percepción de esos eventos**. Esto implica que las diferencias individuales en el proceso de pensamiento inadaptado y la evaluación negativa de los sucesos de la vida conducen al desarrollo de respuestas cognitivas disfuncionales. Tales disfunciones cognitivas, a su vez, son responsables de los demás síntomas en los ámbitos emocional y conductual.

Aaron Beck (1976) formuló un modelo cognitivo de la depresión, que se detalla en la figura 1. Las disfunciones cognitivas se dividen en las siguientes categorías:

- Esquema: La estructura interna estable de la información que generalmente se forma durante los primeros años de vida, también incluye la creencia básica sobre uno mismo.
- El procesamiento de la información y la creencia intermedia generalmente se interpretan como reglas de vida y generalmente se expresan en términos de oraciones de "si y entonces".
- Los pensamientos automáticos, relacionados proximalmente con los eventos cotidianos y en la depresión, a menudo reflejan la tríada cognitiva, es decir, la visión negativa de uno mismo, el mundo y el futuro.

La tríada cognitiva negativa de la depresión dada es la siguiente:

- Estoy indefenso [indefensa].
- El futuro es sombrío [desesperanza].
- No valgo [sin valor].

La implementación práctica del modelo cognitivo de la depresión de Aaron Beck conlleva una serie de consideraciones clínicas intrincadas y meticulosas. Estas se centran en la evaluación y modificación de las distorsiones cognitivas que constituyen los pilares conceptuales de dicha teoría. Veámoslo de forma resumida:

- 1. Evaluación de esquemas cognitivos:** La fase inicial de la intervención implica una evaluación minuciosa de los esquemas cognitivos arraigados. Métodos estandarizados y semi-estructurados, incluyendo entrevistas clínicas profundizadas, pruebas psicométricas y cuestionarios autoinformados, son empleados para discernir las creencias nucleares acerca de la autovalía, el entorno y el futuro. Este proceso establece el fundamento necesario para comprender cómo estos esquemas actúan como lentes interpretativas distorsionadoras.

- 2. Abordaje de creencias intermedias:** Las creencias intermedias, conceptualizadas como reglas de vida expresadas en proposiciones condicionales "si y entonces", constituyen objetivos específicos de intervención. La terapia cognitivo-conductual despliega técnicas de reestructuración cognitiva para desafiar la rigidez de estas creencias automáticas. La modificación de estas reglas de vida contribuye a la desarticulación de patrones de pensamiento disfuncionales.
- 3. Desafío de pensamientos automáticos:** El análisis y modificación de pensamientos automáticos, particularmente aquellos integrados en la tríada cognitiva negativa, ocupa un lugar central en la intervención clínica. Así, la terapia se orienta hacia la identificación y cuestionamiento de tales pensamientos automáticos distorsionados mediante estrategias como la técnica socrática y el registro de pensamientos automáticos. Este proceso promueve una reflexión más precisa y adaptativa.
- 4. Desarrollo de habilidades de autorregulación:** Por su parte, la intervención se extiende hacia el fomento de habilidades de autorregulación emocional. Se instruye a los pacientes en estrategias específicas para reconocer y gestionar emociones negativas asociadas con patrones cognitivos disfuncionales. En esto, la integración de prácticas de atención plena (mindfulness) y técnicas de relajación constituyen componentes integrales para mejorar la conciencia emocional y la capacidad de gestión del malestar.
- 5. Sesiones de refuerzo y prevención de recaídas:** El modelo cognitivo aboga por sesiones de refuerzo sistemáticas a intervalos prescritos para consolidar los cambios cognitivos logrados durante la terapia. Dichas sesiones, de naturaleza preventiva, ofrecen una plataforma para revisar y consolidar las estrategias aprendidas, anticipar posibles recaídas y robustecer la resiliencia cognitiva frente a desafíos futuros.

Entrevista clínica para la terapia cognitivo conductual

En general, una evaluación integral de la depresión debe tener en cuenta todos estos aspectos para diseñar un plan de tratamiento efectivo y adaptado a las necesidades individuales del paciente.



Aspectos para tener en cuenta en la evaluación

Síntomas y cogniciones asociadas:

Los síntomas de la depresión pueden variar, pero comúnmente incluyen una **profunda tristeza, falta de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban (anhedonia), fatiga, cambios en el apetito y el sueño, sentimientos de inutilidad, culpa excesiva, dificultades de concentración y pensamientos de suicidio**. La identificación de pensamientos automáticos *negativos* es una parte clave de la terapia cognitiva. Estos pensamientos suelen ser irracionales y pesimistas, como "soy un fracaso" o "nada tiene sentido". Por ello, reconocer y desafiar tales pensamientos puede ayudar a cambiar patrones de pensamiento *negativo*.

Impacto en el funcionamiento:

La depresión puede afectar significativamente la capacidad de una persona para funcionar en su vida diaria. Así, es muy probable que dé lugar a absentismo laboral o escolar, disminución del rendimiento académico o laboral, aislamiento social y problemas en las relaciones interpersonales. En base a lo anterior, comprender cómo el cuadro impacta en el funcionamiento permite a los profesionales de la salud mental abordar los desafíos específicos que enfrenta el paciente y establecer objetivos realistas de tratamiento.

Estrategias de afrontamiento:

Los pacientes con depresión a menudo recurren a estrategias de afrontamiento poco saludables, como el consumo de alcohol o el aislamiento social, como una forma de lidiar con sus síntomas. Estas estrategias pueden proporcionar alivio a corto plazo, pero no abordan las causas subyacentes de la depresión y pueden empeorar la condición a largo plazo. Aspecto que se debe de tener en cuenta de cara a identificar estrategias de afrontamiento más saludables y efectivas, como la comunicación abierta, la actividad física, la terapia y el apoyo social.

Inicio de los síntomas actuales:

Entender cuándo y cómo comenzaron los síntomas de la depresión puede revelar factores desencadenantes o eventos estresantes en la vida del consultante que contribuyeron a su aparición y puede ayudar a identificar las distorsiones cognitivas que estén en juego.

Información de antecedentes:

Obtener un historial detallado del consultante, incluyendo su personalidad premórbida, historia de trastornos mentales en la familia y experiencias de vida pasadas, es esencial para comprender la vulnerabilidad al trastorno. Y es que, algunas personas pueden tener una predisposición genética o haber experimentado traumas en el pasado que aumentan su susceptibilidad a esta.

Gestión del tratamiento en la depresión

Inicio del tratamiento

El inicio del tratamiento se enfoca en la primera entrevista y tiene cuatro objetivos fundamentales:

- Establecer una alianza terapéutica cálida y colaborativa: Durante esta etapa, se busca establecer una relación de confianza y colaboración entre el terapeuta y el paciente. Una relación terapéutica sólida es crucial para el éxito del tratamiento.
- Identificar problemas y objetivos: Se realiza una revisión de los problemas específicos que el paciente enfrenta, ya sea relacionados con los síntomas de la depresión o problemas sociales, como conflictos familiares. Se selecciona un problema inicial para abordar y se establecen objetivos terapéuticos.
- Educar al paciente sobre el modelo cognitivo: Se brinda al paciente una comprensión básica de cómo los pensamientos afectan las emociones y el comportamiento. Se explora el círculo vicioso que mantiene la depresión y se utiliza la información proporcionada por el paciente para ilustrar este concepto.
- Introducción a las opciones de tratamiento: El paciente recibe información sobre las diferentes intervenciones y procedimientos terapéuticos disponibles. Esto incluye una descripción de la terapia cognitivo conductual y cómo se llevará a cabo en sesiones posteriores.



Dentro del marco de la terapia cognitivo conductual, la estructura de las sesiones puede dividirse en tres partes:

- 1. Identificación de problemas y objetivos:** Se elabora una lista de problemas específicos que el paciente enfrenta, lo que incluye síntomas de depresión y desafíos sociales. Esta lista se utiliza para planificar los objetivos del tratamiento.
- 2. Introducción del modelo cognitivo de la depresión:** En la primera sesión, el paciente aprende cómo las cogniciones influyen en las emociones y el comportamiento. Los datos proporcionados por el paciente se utilizan para ilustrar cómo los pensamientos afectan su bienestar.
- 3. Determinación de por dónde comenzar:** El terapeuta y el paciente acuerdan un objetivo de tratamiento común y asignan tareas específicas para abordar este objetivo. La alianza terapéutica es esencial en este proceso, ya que impulsa la colaboración y la implicación activa del paciente en su propia recuperación

Intervenciones conductuales

Reducción de las rumiaciones:

Las rumiaciones se refieren a la tendencia de las personas con depresión a enfocarse en pensamientos negativos y autocríticos de manera repetitiva. En la terapia cognitivo conductual, se trabaja con los pacientes para que sean conscientes de estas rumiaciones y para que aprendan a redirigir conscientemente su atención hacia aspectos positivos de sus vidas. Esto implica identificar y desafiar los patrones de pensamiento negativos y reemplazarlos por pensamientos más realistas y constructivos.

Actividades de seguimiento:

La pérdida de interés en las actividades diarias es un síntoma común de la depresión. Los consultantes a menudo experimentan una disminución significativa en su capacidad para disfrutar de las actividades que antes les resultaban placenteras. Para abordar este problema, se utilizan las "actividades de seguimiento" como una herramienta terapéutica.

De esta forma, los pacientes llevan un registro detallado de sus actividades a lo largo del día, anotando la hora en que se realizaron, una calificación de 0 a 10 para el nivel de placer (P) experimentado durante la actividad y una calificación de 0 a 10 para el sentido de logro (M) que experimentaron. Las calificaciones P indican cuán agradable fue la actividad, mientras que las calificaciones M se refieren a cuánto logro sintieron en el momento de llevarla a cabo.

La mayoría tiende a calificar sus actividades con valores bajos en el sentido de logro. Por lo tanto, es importante explicar que la calificación M se refiere al logro en función de cómo se sintieron en el momento de realizar la actividad. Esto les ayuda a cambiar su perspectiva y a valorar sus esfuerzos y logros de una manera más realista.

Además, se les instruye a calificar sus actividades de forma inmediata y no retrospectiva, lo que les ayuda a ser más conscientes de sus experiencias actuales y a romper el patrón de evitación y apatía que a menudo acompaña a la depresión. Estas actividades de seguimiento son útiles para aumentar la sensación de autonomía y autoeficacia, especialmente.

Planificación de actividades:

Una vez que el paciente aprende a automonitorizar las actividades de cada día se planifica con antelación. Entre algunos de sus beneficios se destaca que:

- **Proporciona estructura y establece prioridades:** La planificación de actividades ayuda a los pacientes a organizar su día de manera efectiva, lo que les da una sensación de estructura y ayuda a establecer prioridades en sus actividades.
- **Evita la toma de decisiones constante:** Al planificar de antemano, se reduce la necesidad de tomar decisiones continuas sobre qué hacer a continuación. Esto alivia la carga mental y la sensación de abrumamiento que a menudo acompaña a la depresión.
- **Cambia la percepción del caos a tareas manejables:** La planificación transforma lo que podría parecer un día caótico en una serie de tareas manejables y realizables. Esto puede ayudar a los pacientes a sentirse menos abrumados.
- **Aumenta la probabilidad de llevar a cabo actividades:** Al tener un plan en su lugar, los pacientes son más propensos a participar en actividades en lugar de evadirlas, lo que es común en la depresión.
- **Mejora el sentido de control:** La planificación de actividades empodera a los pacientes al brindarles un mayor sentido de control sobre su día y su vida en general.



Componentes de la planificación de actividades:

- **Equilibrio entre placer y dominio:** Se busca que las actividades planificadas equilibren la sensación de placer y logro. Esto significa incluir tanto actividades que proporcionen satisfacción personal como aquellas que ofrezcan un sentido de logro.
- **Tareas graduadas:** Las actividades que los pacientes generalmente evitan se pueden dividir en tareas más pequeñas y manejables. Esto les permite abordar desafíos de manera progresiva y aumentar su autoconfianza.
- **Automonitoreo de pensamientos negativos inútiles:** Los pacientes también son alentados a llevar un registro de los pensamientos negativos relacionados con las tareas. Esto les ayuda a identificar y desafiar patrones de pensamiento destructivos.

Otras actividades de comportamiento importantes:

- **Meditación de atención plena:** La atención plena ayuda a los pacientes a mantenerse enfocados en el presente, alejándose de las rumiaciones y promoviendo la aceptación y la tranquilidad.
- **Aproximación sucesiva:** Dividir tareas más grandes en tareas más pequeñas facilita su realización y reduce la sensación de abrumamiento.
- **Visualizar la mejor parte del día:** Fomentar a los pacientes a imaginar y anticipar las partes del día que esperan con optimismo puede mejorar su estado de ánimo y motivación.
- **Programación de actividades agradables:** Planificar actividades placenteras y gratificantes en el futuro cercano proporciona una sensación de anticipación y satisfacción, lo que puede ser un poderoso impulso para el bienestar.

Trabajar con pensamientos automáticos *negativos*:

Los pacientes aprenden a registrar incidentes perturbadores tan pronto como sea posible después de que ocurran [el retraso hace que sea difícil recordar pensamientos y sentimientos con precisión]. Aprenden:

- Identificar emociones desagradables (por ejemplo, desesperación, ira, culpa), signos de que el pensamiento *negativo* está presente. Las emociones se clasifican para la intensidad en una escala de 0 a 100. Estas calificaciones (aunque el paciente puede resultarles difíciles al principio) ayudan a hacer pequeños cambios en el estado emocional obvios cuando comienza la búsqueda de alternativas a los pensamientos *negativos*. Esto es importante, ya que el cambio rara vez es todo o nada, y de lo contrario se pueden perder pequeñas mejoras.

- Para identificar la situación problemática. ¿Qué estaba haciendo o pensando el paciente cuando se produjo la dolorosa emoción (por ejemplo, "esperando en la caja del supermercado", "preocupándose de que mi marido llegue tarde a casa")?
- Identificar pensamientos automáticos negativos asociados con las emociones desagradables. Las sesiones dirigen al terapeuta a preguntar: "¿Y qué pasó por tu mente en ese momento?" Los pacientes se vuelven conscientes de los pensamientos, imágenes o significados implícitos que están presentes cuando se producen cambios emocionales y se registran. La creencia en cada pensamiento también se califica entre un 0 % y un 100 %.

Tabla 8

La herramienta principal para este registro de pensamiento automático negativo

Registro de pensamiento 1				
Situación (escribe los detalles exactos de la situación específica)	Emociones (Clase 0-100%)	Conducta	Reacciones físicas	Pensamiento/imágenes automáticas (identificar el pensamiento más importante)

Registro de pensamiento 2						
Situación (escribe los detalles exactos de la situación específica)	Emociones (Clase 0-100%)	Pensamiento/imágenes automáticas (identificar el pensamiento más importante)	Evidencia de pensamientos automáticos	Evidencia contra los pensamientos automáticos	Pensamiento equilibrado	Califica la emoción ahora (0-100%)

Nota. Dos formas para registrar pensamientos que luego se verán de forma conjunta en la sesión.

Cuestionando pensamientos *negativos* y automáticos:

El terapeuta puede ayudar al paciente a descubrir pensamientos automáticos disfuncionales a través del "descubrimiento guiado".

1. ¿Qué es la evidencia?
2. ¿Cuáles son las opiniones alternativas?
3. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de esta forma de pensar?
4. ¿Cuáles son mis prejuicios de pensamiento?

Las distorsiones cognitivas comunes son:

- **Blanco y negro** (también llamado pensamiento todo o nada, polarizado o dicotómica): Situaciones vistas en solo dos categorías en lugar de en un continuo. Ejemplo: "Si no supero los exámenes. Soy un fracaso".
- **Adivinación** (también llamada catastrofización): El futuro se predice negativamente sin tener en cuenta otros resultados posibles y más probables. Ejemplo: "Estaré tan molesto que no podré funcionar en absoluto".
- **Descalificar o descontar lo positivo**: La persona se dice a sí misma de manera injustificada que las experiencias, los actos o las cualidades positivas no cuentan. Ejemplo: "He aprobado el examen, pero eso no significa que sea competente; fue una casualidad".
- **Razonamiento emocional**: Uno piensa que algo debe ser cierto porque él/ella "se siente" (en realidad lo cree) con tanta fuerza, ignorando o descontando la evidencia de lo contrario. Ejemplo: "Sé que completo con éxito la mayoría de mis tareas, pero todavía siento que soy incompetente".
- **Etiquetado**: Uno pone una etiqueta fija y global en uno mismo o en los demás sin considerar que la evidencia podría conducir más razonablemente a una conclusión menos desastrosa. Ejemplo: "Soy un fracaso. No soy lo suficientemente bueno".
- **Ampliación/minimización**: Cuando uno se evalúa a sí mismo, a otra persona o una situación, uno magnifica irrazonablemente lo negativo y/o minimiza lo positivo. Ejemplo: "Obtener una calificación C en los exámenes demuestra lo mediocre que soy. Obtener altas calificaciones no significa que sea inteligente".
- **Abstracción selectiva** (también llamada filtro mental): Uno presta una atención indebida a los detalles negativos en lugar de ver la imagen completa. Ejemplo: "Debido a que solo obtuve notas de aprobación en una asignatura en mis exámenes (que también contenía distinciones en otras asignaturas), significa que no soy un buen estudiante".
- **Lectura de la mente**: Uno cree que sabe lo que otros están pensando, sin considerar otras posibilidades más probables. Ejemplo: "Asumo que su jefe piensa que soy un novato para esta tarea".
- **Exceso de generalización**: uno llega a una conclusión negativa que va mucho más allá de la situación actual. Ejemplo: "[Porque me sentí incómodo en la reunión] No tengo lo que se necesita para ser un líder de grupo".
- **Personalización**: Se cree que otros se están comportando negativamente debido a él/ella, sin explorar explicaciones alternativas para su comportamiento. Ejemplo: "El vigilante no me sonrió porque hice algo mal".

- **Imperativos** (también llamados declaraciones de "debería"): Uno tiene una idea precisa y fija de cómo uno u otros deben comportarse, y sobreestiman lo malo que es que no se cumplan estas expectativas. Ejemplo: "Es terrible que estornude porque soy un entrenador de gimnasio".
- **Visión de túnel:** uno solo ve los aspectos negativos de una situación. Ejemplo: "Mi subordinado no puede hacer nada bien. Es insensible, casual e insensible hacia su trabajo".

