

FUNDEP

ABORDAJE COGNITIVO DE LA DEPRESION Héctor Fernández-Alvarez

La Terapia Cognitiva surgió a mediados de la década del 60, pocos años después de la aparición de la Revolución Cognitiva, un proceso de transformación científica vinculado con la revolución tecnológica del siglo XX y que se expresa hoy en día en un amplio espectro, desde la neurociencia hasta la lingüística. La psicología cognitiva forma parte de esa compleja Confederación de disciplinas y sus desarrollos influyen sobre la clínica, la psicopatología y, por supuesto sobre los aspectos terapéuticos.

Poco después de su presentación, la T.C. logró un poderoso aval que cimentó su prestigio cuando fue incorporada al estudio del N.I.M.H. sobre depresión. Los resultados que mostró esta nueva terapéutica, así como la comparación con otros procedimientos (en especial psicofármacos y terapia interpersonal) fueron sorprendentemente positivos. Allí ganó fuerte predicamento entre los clínicos, dando lugar a importantes desarrollos.

Estos desarrollos de la T.C. dieron lugar a aplicaciones en un amplio espectro de situaciones clínicas. En primer lugar la ansiedad, los trastornos alimentarios, los trastornos de personalidad, entre otras perturbaciones mentales. Intervenciones cognitivas en el campo de las enfermedades físicas como el cáncer, los trastornos cardiovasculares o la insuficiencia renal son también marcas que contribuyeron en gran medida a su reconocimiento en el campo de la salud.

La depresión continúa siendo un foco de preocupación primordial de los clínicos cognitivos. La razón fundamental para ese continuado interés está vinculada con que esta disfunción persiste en ocupar un lugar relevante dentro del cuadro epidemiológico de nuestro tiempo y amenaza con empeorar las estadísticas en los próximos años. Además, aunque los desarrollos de la psicoterapia han contribuido de manera significativa a mejorar la condición de los pacientes asistidos, persiste un importante grupo de personas que no mejoran o mejoran pobremente con el tratamiento y, especialmente, porque los estudios de seguimiento muestran que existe un buen número de recaídas entre aquellos pacientes que habían mejorado con la terapia.

El modelo original de T.C. desarrollado por Beck y sus seguidores ha tenido gran difusión y sigue siendo un método aplicado exitosamente. Ha dado lugar a algunos de los instrumentos de evaluación más difundidos como el BDI y también fue el modelo para la confección de manuales de tratamiento que han sido sometidos a un gran número de programas de investigación. Buena parte del predicamento actual de la psicoterapia de orientación cognitiva se apoya en esos estudios.

Sin embargo, no puede decirse que las intervenciones de terapia cognitiva para la depresión se restrinjan con exclusividad al enfoque clásico presentado por Beck. Diversos modelos de T. C. coexisten hoy. Una

variante importante del enfoque original es el modelo de indefensión desarrollado por Abramowitz. Entre las formulaciones más novedosas nos encontramos con el empleo de métodos de conciencia plena (mindfulness) cuyos exponentes más visibles son Segal y Teasdale. El panorama en este terreno amerita que nos refiramos a las terapias de orientación cognitiva como un amplio y diversificado menú de procedimientos en plena evolución.

Lo común a todos esos métodos puede sintetizarse en tres puntos fundamentales:

- a) la experiencia de la depresión ocurre cuando el estado de ánimo de una persona se ve afectado como resultado de procesar la realidad, de manera persistente, en base a una representación que es portadora de una valencia negativa respecto de sí mismo, del entorno y/o del futuro.
- b) el modelo explicativo básico de la psicopatología reconoce tres tipos de variables en la generación de un ciclo disfuncional: esquemas de vulnerabilidad psicobiológicos, factores desencadenantes y agentes de mantenimiento
- c) la psicoterapia será efectiva si facilita en el paciente el acceso a representaciones alternativas que le permitan desafiar las creencias que alimentan la perturbación con el fin de interrumpir la reiteración
- d) de ciclos disfuncionales

La experiencia depresiva

En un modelo cognitivo, todos los procesos mentales traducen el infatigable esfuerzo del ser humano por organizar la experiencia a través de una tarea constructiva de la realidad. Esto alcanza a la experiencia depresiva en general. Por lo tanto, no toda depresión es necesariamente un fenómeno patológico.

En la experiencia depresiva los significados dominantes de la organización personal están asociados con cogniciones negativas como situaciones de pérdida, frustración, desvalorización y otras. Toda cognición sintetiza pensamientos, emociones y comportamientos.

El sistema de organización personal está jerárquicamente constituido por esquemas de diferente nivel de complejidad y profundidad, en cuyo núcleo operan las creencias que son la fuente primordial del procesamiento de la realidad y de la disposición para la acción en cada individuo. Sus consecuencias se traducen en conductas y vivencias que pueden adoptar un modo patológico cuando se tornan sistemáticamente disfuncionales. Las formas más severas corresponden con las modalidades más rígidas, más resistentes al cambio y más crónicas en su evolución.

El modelo psicopatológico

Esquemas de vulnerabilidad psicobiológicos son necesarios para que una persona pueda procesar depresivamente una determinada situación o para contraer un trastorno depresivo. Factores genéticos y determinantes socio-culturales así como procesos de desarrollo muy poderosos son los que

predisponen a una persona en esa dirección. Sin embargo, no todas las personas predispuestas a deprimirse lo hacen efectivamente o lo hacen de manera intensa y disfuncional. Para ello, es necesario que se presente algún factor desencadenante que active esos esquemas de vulnerabilidad

Los factores desencadenantes no son hechos objetivos o circunstancias exteriores a la mente sino, precisamente, modos peculiares de organización operados por determinadas creencias que sesgan la interpretación de los hechos en una dirección sistemáticamente negativa. Estos sesgos son los responsables de la experiencia depresiva. Sin embargo, no todas las situaciones en que se desencadena una condición depresógena se instala como un ciclo disfuncional o un modo patológico de operar. Para ello, es necesaria la presencia de agentes de mantenimiento que sostengan la interpretación negativa de la realidad.

Los agentes de mantenimiento son complejos mecanismos internos y externos que incluyen conductas como el aislamiento, la pasividad (abandono de tareas) o la asociación vincular co-dependiente. Evitar el encuentro con otros, abandonar las actividades o depositar las obligaciones en la pareja o en un compañero son algunos de los agentes de mantenimiento más habituales que utilizan las personas con depresión.

Las intervenciones terapéuticas

La forma clásica de abordaje de la T.C. ha sido el desafío de ciertos pensamientos automáticos usualmente presentes en este tipo de pacientes como las generalizaciones, los argumentos dicotómicos, las abstracciones selectivas o los enunciados catastróficos.

La lógica terapéutica señala la presencia de estos sesgos como la puesta en marcha de un ciclo disfuncional. La curación dependerá, entonces, de que la intervención terapéutica sea capaz de interrumpir dicho ciclo.

Siguiendo el dispositivo tradicional de la psicoterapia, la T. C. se apoya en la formación de una potente alianza terapéutica como base para la promoción de cambios. De los tres componentes que identifican habitualmente dicha alianza de trabajo, en el manejo de la relación terapéutica es donde menos peculiar es este tipo de abordaje. Una buena relación de empatía, confianza y en condiciones de brindar esperanza al paciente es un requisito primordial para que se produzcan intercambios fértiles que permitan al paciente incorporar alternativas que puedan interrumpir el ciclo disfuncional.

En los otros dos componentes que forman la alianza los postulados de la T.C. difieren en mayor medida de la psicoterapia clásica. Esta terapia enfatiza la necesidad de establecer acuerdos tan explícitos como sea posible (entre paciente y terapeuta) con relación a los objetivos de la terapia y a los medios que será necesario implementar en el curso del tratamiento. De allí deriva la insistencia en todos los terapeutas cognitivos de definir este tipo de terapia como un proceso altamente colaborativo entre los participantes y que debe seguir un método socrático que intente por medio de la mayéutica

extraer del propio paciente las soluciones. También se comprende por qué se dice que esta es una terapia de carácter directivo. Esto no significa dirigir la conducta del paciente ni sobreimponer ideas, juicios o valores por parte del terapeuta sino perseguir activamente la obtención de lo fines propuestos.

El establecimiento de tareas es una de las premisas fundamentales del modelo. Los terapeutas cognitivos son justamente reconocidos por la tendencia a solicitar de los pacientes la realización de tareas intersesión (homework assignments). Una importante línea de desarrollo e investigación en este tema ha generado significativos productos teóricos y procedimentales. Entre los programas más sofisticados se destacan los de Kazantzis quien ha presentado interesantes datos respecto a la influencia de este recurso sobre la efectividad de la terapia. Según estos resultados, podemos sostener que el empleo de tareas intersesión potencia la efectividad de la terapia, independientemente del tipo de terapia, del modelo que se utilice e, incluso de la subpoblación clínica en que se aplique.

Uno de los programas clásicos de T.C. que ha obtenido mayor reconocimiento por la elevada efectividad demostrada en estudios empíricos es el programa para la depresión de la Bahía de San Francisco que dirige Jackie Persons. El mismo pone el eje de la terapia en la realización de tareas intersesión, como la confección de agendas. Tomkins, el experto que diseñó las mismas es una de las figuras más relevantes.

Las intervenciones técnicas a las que se recurre en sesión pueden ser muy variadas, dependiendo de cada situación clínica. En este punto la T.C. muestra baja especificidad. La flecha descendente es un ejemplo muy utilizado para desafiar la relación entre cogniciones concientes y supuestos disfuncionales. Los autoregistros (usualmente basados en tareas intersesión) son importantes procedimientos vinculados con la autoeficacia percibida. Pero también suelen emplearse técnicas de modificación de conducta, expresivas y dramáticas, interpretativas (particularmente útiles para la reestructuración cognitiva. La integración de T.C. con recursos derivados de terapias humanísticas e interpersonales parece ayudar a resolver dificultades serias en la alianza terapéutica de la depresión (Castonguay et.al, 2004). La activación conductual parece ser un instrumento particular efectivo en el caso de las formas más severas de la depresión (Dimidjian et.al, 2006)

Intereses recientes en T.C. de la depresión

1. La prevención de recaídas

Una revisión reciente de Hollon, Stewart y Strunk (2006) aporta evidencias de que la efectividad de la T.C. para la depresión es equivalente a los psicofármacos en la fase aguda y sus efectos son dos veces más duraderos en lo relativo a la prevención de las recaídas. De hecho, existen fuertes evidencias de que la mayoría de los pacientes con depresión que son asistidos con psicofármacos tienden a recaer en un período no mayor a un año posterior al retiro de los medicamentos (Hollon et. Al., 2005).

Sin embargo, esto no significa que la T.C. sea una panacea. La investigación indica (metanálisis con 28 estudios y 1.880 pacientes) que después de un tratamiento con T.C. para la fase aguda de una depresión, un 29% de pacientes sufren una recaída en el curso del primer año y un 54% dentro de los dos primeros años (Vittengel et.al., 2007).

Todo ello conduce a dos recomendaciones: la conveniencia de que todos los pacientes que se muestren dispuesto a ello reciban T.C. en lugar de medicación. Además que para un buen número de pacientes es necesario aplicar T.C. no sólo en la fase aguda sino en la continuación del proceso, aún cuando los síntomas hayan remitido y la situación del paciente muestre mejoría. Los datos muestran que las recaídas en esos casos disminuyen significativamente (Vittengel et.al., 2007)

No tenemos muchos datos sobre qué subpoblación de pacientes con depresión puede necesita más continuar el tratamiento en una segunda fase. Por el momento, sólo contamos con evidencias de que cierto tipo de asociación con disfunciones de la personalidad constituye un importante moderador en ese sentido.

Entre otras limitaciones, tampoco tenemos muy claro cuántas sesiones (o cuanto tiempo) debe aplicarse esa otra etapa, ni contamos con procedimientos tan precisos como para la fase aguda. Un primer modelo propuesto en esa dirección es la T.C. basada en la conciencia plena.

2. MBTCD (Segal, Williams y Teasdale, 2002)

Se trata de un modelo diseñado para colaborar en especial en la prevención de recaídas. Los procedimientos de mindfulness (conciencia plena han sido exitosamente incorporados a distintos programas terapéuticos, sobresaliendo su empleo en la terapia dialéctico conductual para el tratamiento de los pacientes límites.

La propuesta consiste en una intervención de 8 sesiones, con una intensa actividad entre sesiones. El desarrollo de la conciencia plena es el núcleo de la habilidad o competencia a desarrollar en el paciente. Los autores la definen como:

Prestar atención de manera particular a los pensamientos, emociones y sensaciones corporales

Intencionalmente

En el momento presente

Sin prejuizar (nonjudgementally)

El programa se divide en dos partes. Las primeras 4 sesiones están orientadas a aprender cómo prestar atención. El entrenamiento comienza ayudando a registrar las dificultades cotidianas de la atención y de la extrema velocidad con que ocurren los procesos mentales. Luego, aprender a enfocar y finalmente identificar la aparición de pensamiento y sentimientos negativos. Las siguientes 4 sesiones consisten en diferentes ejercicios que ayudan a descentrarse y tomar distancia de los mecanismos de perpetuación disfuncional.

¿Qué se espera que aprenda el paciente?

- Concentración
- Toma de conciencia de sus procesos mentales y de las manifestaciones corporales
- Descentramiento
- Aceptación
- Conectarse antes que hacer

Los procedimientos de mindfulness (conciencia plena) han sido exitosamente incorporados a distintos programas terapéuticos, sobresaliendo su empleo en la terapia dialéctico conductual para el tratamiento de los pacientes límites.

Este tipo de abordajes han sido denominados como la tercera ola de la T.C. (Hayes). Uno de sus puntos cardinales es cuestionar el papel del cambio como foco de la terapia. La idea que promueven es resaltar la importancia de mecanismos de aceptación en el paciente como medio para mejorar su condición clínica.

3. Logros súbitos

Recientemente se ha generado una importante línea de investigación sobre los llamados *logros súbitos* (Tang y DeRubeis, 1999, Tang et.al., 2007). El interés inicial surgió de observaciones sobre el curso de las ganancias terapéuticas que evidenciaban los pacientes con depresión. Distintos estudios aportaron pruebas de que el curso de la terapia está lejos de ser un desarrollo de acumulación progresiva y continua. En muchos pacientes la mejoría se produce abruptamente en un solo intervalo entre dos sesiones (¿o en el curso de una sesión?).

Estudios empíricos aportaron sustanciales datos de que efectivamente la mejoría sintomática y otras manifestaciones de cambio positivo están asociadas con momentos específicos del tratamiento. Parece como si la evolución del tratamiento sustentara una línea básica que sólo en algunas sesiones particulares adquiere un potencial crítico de cambio. Muchos terapeutas han formulado hipótesis acerca de estas sesiones "críticas" en el curso de un tratamiento como las que tienen mayor impacto sobre los resultados.

¿Qué situaciones preparan para esos momentos de cambio súbito?
¿Qué circunstancias rodean las sesiones precedentes? ¿Cómo podemos identificar ese curso y operar de manera más precisa en relación con ello?

Los pacientes que dieron signos de más logros súbitos más claros e intensos se encuentran entre los que mostraron más cambios cognitivos favorables y mejor alianza terapéutica en las sesiones subsiguientes y que estos pacientes suelen estar entre los que reducen en mayor medida sus síntomas depresivos. Esto se mantiene en estudios de seguimiento, lo que lleva a pensar que se trata de fenómenos perdurables y consistentes.

Se ha formulado un modelo en tres estadios que describe la evolución de estos pacientes en el curso de la terapia: a) un período preparatorio

común todo proceso terapéutico, b) una sesión previa, donde tiene lugar un desafío particularmente crítico de creencias, c) una espiral que potencia de manera significativa la alianza terapéutica.

Referencias:

Castonguay, L.G. et.al. (2004). Integrative cognitive therapy for depresión. A preliminary investigation. *J.of Integrative Psychotherapy*, 14, 4-20

Criaghead, W.E., Sheets, E.S., Brosse, A.L. & Ilardi, S.S. (2007). Psychosocial treatments for major depressive disorder. En. P.e.Nathan & J.M.Gorman (eds) *A guide to treatments that work (3rd.ed.)*, Oxford, Oxford University Press, pp.289-308

Dimidjian, S. et.al, (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the actue treatment of adults with major depreesion. *J.of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670

Hollon, S.D. et.al. (2005). Prevention of relapse following CT vs. medication in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62 (4), 417-422.

Hollon, S.d., Stewart, M.O. & Strunk, D. (2006). Enduring effects for CBT in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 58, 352-359

Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfullness-based cognitive therapy for depression*. New York, Guilford

Tang, T.Z. & DeRubeis, R.J. (1999). Sudden gains and critical sessions in CBT for depression. *J.of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 894-904

Vittengel, J.R., Clark, L.A., Dunn, T.W. & Jarrett, R.B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparison meta-analysis of CBT's effects. *J.of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 475-488