

EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION Y EL PROCESO DEL CAMBIO AFECTIVO

Jeremy D. Safran

Universidad Adelphi (Nueva York)

Leslie S. Greenberg

Universidad de York (Ontario)

In this article a variety of different depressive processes are examined: 1) deactivation of behavioral systems; 2) cognitive disconnection of response from situation; 3) depressive cognitive-affective sequences; 4) apathy associated with harsh internal standards, and 5) incomplete emotional processing. It is also discussed the way of intervention from an affective perspective.

Estamos de acuerdo con aquellos teóricos (p.ej., Beck, 1976; Bowlby, 1980; Engel, 1962) que proponen que la depresión corresponde a un patrón de respuesta orgánica de conservación/retirada. Es importante distinguir entre el patrón de respuesta orgánica de la depresión y la emoción de tristeza (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Bowlby, 1980; Greenberg y Safran, 1987). La tristeza es una emoción adaptativa primaria que ocurre en respuesta a la pérdida. Al experimentar tristeza el individuo resulta motivado para intentar recuperar lo que ha perdido, bien directamente o por medio de una sustitución. La expresión de la tristeza promueve también vinculación y cohesión social al elicitar respuestas nutritivas en otras personas (ver p. ej., Huebner e Izard, 1983). Parece verosímil la hipótesis de que la experiencia subjetiva de tristeza es el resultado de una actividad de procesamiento de la información que advierte al individuo de su respuesta a la pérdida como organismo biológico. Este tipo de feedback interno motiva al individuo a actuar de forma que recupere el objeto perdido o compense esta pérdida. En contraste, la persona deprimida no intenta recuperar el objeto perdido. El punto clave de la depresión es la desesperanza (Beck, 1976). A continuación se examinan distintos procesos depresivos como (1) la desactivación de los sistemas de comportamiento, (2) la desconexión cognitiva de la respuesta a la situación, (3) las secuencias depresivas cognitivo-afectivas, (4) la apatía asociada a la severa autocrítica, y (5) el procesamiento emocional inacabado. Posteriormente discutiremos la forma de intervención desde una perspectiva emocional.

(Págs. 41-52)

1. DESACTIVACION DE LOS SISTEMAS DE COMPORTAMIENTO

Una hipótesis nuclear sobre la depresión consiste en que esta constelación de respuestas orgánicas involucra, de una forma u otra, lo que Bowlby denomina la desactivación de los sistemas de comportamiento. Cuando el individuo siente que resulta inútil o peligroso seguir esforzándose, puede interrumpir de diversas formas la conexión normal entre el procesamiento de la información emocional y la acción.

En situaciones de este tipo, la síntesis de la información emocional asociada con los sistemas específicos de comportamiento puede resultar incompleta o acabar bloqueándose. Pongamos como ejemplo a la persona deprimida que se siente torpe o vacía mentalmente, pero no experimenta un sentimiento completo y pleno de tristeza. Otro ejemplo lo constituye el depresivo que tiene dificultad en experimentar y/o expresar enfado. Un tercer ejemplo lo constituye el individuo depresivo que tiene dificultad de experimentar sentimientos de cariño hacia otras personas.

En todas estas situaciones, la persona deprimida puede fracasar en diversos niveles del proceso de síntesis de información emocional relevante. Cuando esto ocurre podemos realizar intervenciones para poner en evidencia creencias disfuncionales que bloquean la síntesis de la experiencia emocional, o dirijan la atención del sujeto hacia el comportamiento expresivo motor que no está siendo sintetizado con plenitud.

Esta incapacidad de síntesis de la emoción deja en la persona una sensación de impotencia y desesperanza, como si se le hubiera robado su propia respuesta. Por ejemplo, un paciente hospitalizado y severamente deprimido describía una situación en la que el residente responsable de coordinar su tratamiento se estaba comportando, según su criterio, de forma poco adecuada. Cuando el terapeuta le preguntó cómo se sentía ante la situación, el cliente persistió en su respuesta de que se sentía entumecido e insensible, y que no había nada que pudiera hacer para evitarlo. Esta respuesta es consistente con la sensación general de impotencia y desesperanza que esta misma persona había ya citado en el transcurso de la terapia.

Entonces, el terapeuta le pidió que describiera la última interacción de este tipo con detalles vívidos y concretos. Mientras describía el incidente, el terapeuta observó tensión en la mandíbula del cliente. Dirigió la atención del cliente a la mandíbula, y le pidió que describiera lo que sentía en ella. Este respondió que se sentía tenso e irritado. Mientras continuaba la descripción del incidente, el terapeuta notó que el puño derecho del cliente se iba cerrando como si quisiera apretar algo, pero sin llegar a cerrarlo completamente. Cuando el terapeuta le dirigió la atención hacia el puño, el cliente se quedó, de súbito, extremadamente calmado.

Hasta este momento la exploración indicaba que el cliente temía las posibles consecuencias de un enfado. Comenzó a hablar de su preocupación de que el terapeuta pudiera tomar represalias y expulsarlo del centro. Articular de esta forma esta creencia tácita, ayudó al cliente a reconocer la forma en que estaba bloqueando su propia experiencia emocional. Al explicitar sus miedos redujo también su

inhibición, y espontáneamente comenzó a cuestionar la validez de su suposición de que el terapeuta se iba a tomar la revancha si él se enfadaba.

Mientras describía el incidente iba profundizando en la experiencia subjetiva de su propia respuesta emocional. El terapeuta continuaba dirigiendo la atención a los comportamientos no verbales y sensaciones somáticas, permitiéndole hablar de forma emocionalmente viva acerca del enfado que sentía hacia el residente. Al llegar a este punto el terapeuta le preguntó qué era lo que de verdad quería que hiciera el residente. En este proceso es siempre importante que el terapeuta ayude a clarificar el deseo y la disposición a una acción potencialmente adaptativa que lleva implícita toda experiencia emocional (Greenberg y Safran, 1987).

El cliente informó que quería que el residente respetara sus sentimientos y le tratara con respeto. En la siguiente sesión dijo que, en una reunión mantenida en el curso de la semana se había dado cuenta de su sentimiento de enfado con el residente y que le había abordado espontáneamente. Mientras que con anterioridad se había sentido insensible y muerto, ahora indicaba sentirse más vivo y con mayor sentido de control de su vida. Este fue el comienzo de un importante giro en su vida emocional.

Otro ejemplo se refiere a una mujer de 29 años que había estado deprimida durante dos años y que presentaba una afectividad muy embotada. En respuesta a preguntas del terapeuta dijo que no sentía nada dentro, como si estuviera completamente muerta. Mientras narraba varios acontecimientos trágicos de su vida (por ejemplo, haber sufrido abuso por parte de su novio), el terapeuta notó una media sonrisa débil en sus labios. Dirigió la atención a esta sonrisa y le preguntó qué era lo que estaba experimentando mientras la realizaba. La cliente indicó que no se había dado cuenta de esta sonrisa, pero que ahora tenía un vago sentimiento de incomodidad.

Una exploración más profunda reveló un deseo de controlar cualquier tipo de sentimiento, debido a una sensación general de que serían inaceptables para el terapeuta. Este le animó a focalizar en ellos su atención y a que le comunicase cualquier sensación somática que sintiera mientras le hablaba de la relación con su novio. La cliente notó un sentimiento de pesadez en los párpados y una sensación de peso y dolor en el plexo solar. Mientras estaba pendiente de estas sensaciones comenzó a experimentar una tristeza que le desbordaba, y se lo comunicó al terapeuta. En este momento, el terapeuta notó de nuevo la media sonrisa, y le pidió que le contara que es lo que le pasaba por la cabeza. La cliente le indicó que, al darse cuenta de esta sensación emocional, se había vuelto autocrítica con su tristeza. Al profundizar más, quedaron en evidencia algunas importantes actitudes y creencias tácitas relacionadas con su incapacidad para procesar la información generada internamente, relacionada con la tristeza. La cliente expresó la creencia de que si mostraba su tristeza, ésta sería considerada como un signo de debilidad y vulnerabilidad, y que todo lo que conseguiría es que las personas de alrededor la abandonasen

o se aprovecharan de ella. También tenía miedo de que si se permitía experimentar, su tristeza no tuviera fin.

En el transcurso de la terapia fue consiguiendo experimentar y expresar la tristeza al prestar mayor atención a las sensaciones somáticas asociadas. Al darse cuenta de que sus creencias y miedos le inhibían la experiencia, y también al observar que el terapeuta no la rechazaba mientras estaba expresando su tristeza, el proceso terapéutico resultó facilitado. A medida que se permitió la expresión de su tristeza, comenzó a sentirse con mayor aceptación hacia sí misma y menos autocrítica.

Experimentar con más intensidad su tristeza era doloroso, pero al hacerlo fue apareciendo paulatinamente una sensación de mayor vitalidad interna. La incapacidad de experimentar la tristeza era lo que le había hecho sentirse vacía y deprimida. La cliente indicó que aunque el dolor era en algún sentido más intenso que el que había experimentado hasta entonces, era preferible a la sensación de vacío y muerte sufrida durante los dos años anteriores. Además, a medida que comenzó a experimentar su tristeza con mayor profundidad, comenzó a estar motivada para acercarse a otras personas, y más abierta al apoyo y cariño que los demás le pudieran dar.

2. DESCONEJION COGNITIVA DE LA RESPUESTA A LA SITUACION

Otra forma frecuente de procesamiento disfuncional de la información que tiene lugar en la depresión es la que Bowlby (1980) denomina desconexión cognitiva de la respuesta a la situación. En muchos casos, cuando el individuo ha aprendido, por medio de experiencias importantes de su desarrollo, que la activación de los sistemas de comportamiento asociados con ciertos tipos de emoción le conducen con mucha probabilidad a la ruptura de relaciones interpersonales, puede llegar a sintetizar los componentes expresivo-motóricos, pero dejar el sentimiento desconectado del acontecimiento interpersonal relevante.

Cuando los clientes experimentan una falta de conexión e inmediatez con su estado general emocional, una intervención útil consiste en ayudarles a reestablecer la relación entre la experiencia emocional y el acontecimiento relevante que la elicita. Animamos al cliente a que nos explique ejemplos concretos y relacione la experiencia emocional con estos acontecimientos relevantes específicos. Por ejemplo, una sensación generalizada de desesperanza puede desaparecer si el cliente es capaz de darse cuenta de la sensación de impotencia subyacente, relacionada con un acontecimiento interpersonal específico (por ejemplo una interacción con el terapeuta o una discusión reciente con su pareja).

Cuando un grupo de respuestas afectivas queda desconectado de la situación interpersonal que las ha elicitado, la depresión es el resultado de que el individuo dirige su atención hacia sí mismo, en lugar de situarla en el acontecimiento interpersonal relevante. Esta situación desemboca en una preocupación mórbida por el propio self, o una emoción generalizada de amargura, desesperanza o enfado sin

destinatario, en lugar de experimentar emociones focalizadas y dirigidas a un determinado acontecimiento específico.

Por ejemplo, en el caso de un cliente que se sintió ofendido y despreciado por una intervención del terapeuta, y dijo sentirse irritado, pero fue incapaz de relacionar este sentimiento con la interacción inmediata. De esta forma se sumió en una sensación vaga y global de irritación y amargura, que contribuía a su sentimiento general de falta de finalidad y desesperanza. El cliente se quedó preocupado por sus propios sentimientos indefinidos, en lugar de prestar atención a la interacción. En vez de irritación y enfado, experimentaba una sensación difusa de amargura y desesperanza, que es la que comunicaba al terapeuta. Su foco de atención fue el propio self, en lugar de la interacción self-otros. Estaba, por lo tanto, desconectado de su medio ambiente inmediato y continuaba preocupado por sus ruminaciones negativas y autocríticas.

En situaciones de este tipo, la intervención consiste en ayudar a los clientes a afinar su experiencia emocional y a reconectarla con los acontecimientos ambientales relevantes. Es importante irse moviendo del sentimiento general de amargura hacia una experiencia inmediata de enfado sentida con claridad y dirigida hacia alguien en particular. De forma similar, el cliente debe moverse a partir de una sensación general y global de victimismo, y dirigirse hacia un sentimiento inmediato de haber sido herido por un hecho específico.

La experiencia de amargura surge cuando una rabia primaria y potencialmente adaptativa queda bloqueada, bien por miedo a las consecuencias o por un sentimiento de desesperanza. Cuando la ira está asociada a un sentimiento de desesperanza e impotencia puede ser transformada en un tipo de amargura autofocalizada, mediante la que el individuo se siente victimizado y extrae satisfacción perversa de ver a otros como malhechores y a su self como algo noble, injustamente violado. Para ayudar a los clientes a conectar sus sentimientos con las experiencias particulares, puede ser útil el trabajo en grupo, o bien utilizar las experiencias que tienen lugar en la relación terapéutica. En una situación grupal, el terapeuta tiene la oportunidad de ayudar al cliente a aprender a prestar atención a su experiencia emocional inmediata, y a compartirla por medio de interacciones con otros miembros del grupo. Los grupos aportan oportunidades ideales para ayudar a los clientes a explorar y clarificar sus miedos, y también muchas situaciones de relación para que aprenda a relacionar su experiencia emocional con acontecimientos concretos e inmediatos.

De igual forma, cualquier sentimiento que el cliente tenga hacia las interacciones con el terapeuta puede ayudarle a aprender más acerca de las formas en que se desconecta de su respuesta emocional, y a explorar los miedos asociados a este tipo de evitación. Ambos, terapeuta y cliente, pueden dirigirse, por medio de respuestas emocionales correctoras, hacia el restablecimiento de una respuesta conectada con el acontecimiento, al mismo tiempo que descubren que las consecuencias no tienen

por qué ser necesariamente desastrosas.

Un marcador útil para este tipo de intervención se produce cuando en la interacción terapéutica ocurre alguna situación que el terapeuta considera que puede ser desencadenante de algún tipo de afecto (por ejemplo tristeza o ira ante un perjuicio sufrido por el cliente), al que éste responde con un sentimiento generalizado y difuso, que no parece estar ligado a una situación particular. Por ejemplo, si el terapeuta llega tarde a una sesión y el cliente expresa un sentimiento de infelicidad y desagrado, pero que no está dirigido al terapeuta. Otro ejemplo lo constituye la situación en que el cliente no está satisfecho con sus progresos en terapia y se siente enfadado consigo mismo, pero no es capaz de experimentar o expresar ningún tipo de enfado o disgusto con el terapeuta.

No estamos abogando a favor de que el terapeuta efectue presuposiciones acerca de los sentimientos reales del cliente, ni tampoco que el terapeuta deba interpretar los sentimientos de éste. Lo que hacemos es sugerir, en base a toda la información de que disponemos (por ejemplo, la comprensión general de la naturaleza humana, los conocimientos específicos sobre nuestro cliente, y los propios sentimientos del terapeuta hacia él) para establecer hipótesis acerca de los vínculos ausentes entre el acontecimiento interpersonal y la respuesta emocional que pueden guiar la intervención, y ante los que hay que estar alerta cuando aparece cualquier tipo de signo que podamos llevar a la consciencia del cliente. Por ejemplo, si el cliente se queja de un sentimiento generalizado de irritabilidad y enfado, el terapeuta puede preguntar: ¿De qué estás enfadado? Si el cliente habla de este sentimiento general de impotencia y desesperanza, el terapeuta puede preguntar: ¿Cómo te sientes acerca de lo que acaba de suceder ahora mismo?

Otro marcador útil para intervenciones de este tipo es el denominado por la teoría psicodinámica como *alusión a la transferencia* (Gill, 1982). Si el cliente describe un acontecimiento cargado emocionalmente que tuvo lugar en otro contexto y que tiene una relación temática plausible con la interacción terapéutica actual, el terapeuta puede explorar el vínculo posible entre los dos acontecimientos. Por ejemplo, en una sesión el cliente parecía estar irritado cuando el terapeuta intentó reflejar empáticamente una afirmación de éste. El cliente comenzó a hablar de lo enfadado y harto que estaba de los profesionales de la salud mental en general, debido a su incapacidad para comprenderle y a que no le dedicaban el tiempo necesario. En este punto, el terapeuta intervino: “Me he dado cuenta de que tras hacer mi último comentario parecías irritado, y me pregunto si estabas notando algún sentimiento hacia mí como los que has nombrado.”

Hay dos puntos adicionales que vale la pena comentar acerca del proceso de desconexión del acontecimiento-respuesta y que tienen que ver con la intervención terapéutica. En primer lugar, los terapeutas no deberían hacer la presunción de que todo lo que el cliente narra, aunque esté temáticamente relacionado con la interacción terapéutica, sean alusiones a esta interacción. No es necesariamente útil realizar una

vinculación entre ambas situaciones, aunque exista realmente una relación. Lo que puede hacer el terapeuta es explorar las situaciones específicas en las que el cliente parece tener dificultad de conectar sus respuestas emocionales a los acontecimientos interpersonales, e intervenir cuando lo que el cliente narra contiene una relación estructuralmente plausible con acontecimientos que hayan sucedido en la relación terapéutica.

En segundo lugar, no estamos asumiendo que el cliente que narra un acontecimiento de forma que incluya posibles alusiones a la relación terapéutica esté tratando conscientemente de decirle algo al terapeuta de forma simbólica. Nuestra hipótesis es que el cliente puede ser poco claro al vincular su respuesta emocional con el acontecimiento interpersonal del momento presente. El cliente puede, sin embargo, desear transmitir al terapeuta su experiencia actual, y lo que le ocurre es que resultan activados recuerdos de su memoria episódica, ligados en el esquema cognitivo-emocional a las emociones actuales, y que por tanto son prioritarios o más fácilmente accesibles.

Finalmente, al conectar la respuesta emocional a la relación terapéutica, el objetivo no es tanto el ayudar al cliente a ganar insight en su dinámica interpersonal actual, como el promover un tipo de aprendizaje experiencial de conexión entre las respuestas emocionales y los acontecimientos interpersonales actuales. Y también que el cliente descubra que las consecuencias de esta conexión no son catastróficas.

3. LAS DEFECTUOSAS SECUENCIAS COGNITIVO-AFECTIVAS EN LA DEPRESION

Cuando los clientes experimentan el sentimiento general de desesperanza típicamente asociado con depresión, es a menudo útil explorar la secuencia cognitivo-afectiva específica que conduce a este sentimiento en las situaciones concretas. Tal como han argumentado Glass y Arnkoff (1982) en el campo de la evaluación cognitiva, es importante que superemos la rudimentaria cuantificación de la frecuencia de autoinformes positivos y negativos, y realicemos un análisis secuencial más detallado de las condiciones relevantes. De forma similar, creemos que es importante que el clínico preste una atención más precisa a las complejas secuencias cognitivo-afectivas que son características de la persona que sufre distrés (Greenberg y Safran, 1987).

El principio que guía este tipo de evaluación es entrar en detalles que expandan el monólogo emocional que normalmente ocurre automática e instantáneamente, para permitir a ambos, cliente y terapeuta, conseguir una mejor comprensión de la secuencia que conduce a la desesperanza. Por ejemplo, el cliente puede comenzar a sentirse herido por algo que el terapeuta ha dicho, pero en ese preciso momento descalifica tales sentimientos y se colapsa en una emoción vaga y negativa, en un sentimiento confuso. O puede comenzar a mostrar su autocrítica interna, pero en un punto del relato pasa a criticarse a sí mismo, y a aniquilar cualquier forma de

asertividad biológicamente adaptativa, llegando a este sentimiento de desesperanza.

El procedimiento de “las dos sillas” de la terapia gestalt puede resultar una forma útil de aportar vida, de ralentizar, expandir y dramatizar estas secuencias problemáticas cognitivo-afectivas. Por ejemplo, una clienta comenzó la sesión enfadada por no realizar progresos con la suficiente rapidez. Mediante la utilización del procedimiento de las dos sillas, el terapeuta le indicó que presionara a la silla vacía de la misma forma que estaba en la actualidad presionándose a sí misma. Después le dijo que se cambiara de silla y respondiera de forma consistente con su experiencia actual. De esta forma, la clienta se fue moviendo entre las dos sillas, alternando la presión sobre sí misma con la experiencia de dicha presión y la información al terapeuta sobre lo que estaba sintiendo. Tras cinco minutos de utilización de esta técnica, a medida que la presión se iba intensificando, la clienta comenzó a sentir rabia hacia la segunda silla.

“¡Estoy harta y cansada de que me presiones!” le dijo a la silla. En este momento se cambió de silla y dijo: “¡No tienes ningún derecho a enfadarte, inútil pedazo de cosa!” Se volvió a cambiar de silla y le invadió un profundo sentimiento de desesperanza. En este momento, el terapeuta le hizo prestar atención a la forma en que se había ido recortando sus posibilidades y extinguido la chispa de autoafirmación y aceptación que había sido capaz de experimentar. Esta intervención pareció provocar una experiencia de consciencia en la clienta y el insight condujo a un giro en la forma de verse a sí misma durante la semana siguiente. En la sesión posterior la clienta comenzó a criticarse a sí misma de forma similar por no progresar con la suficiente rapidez. El terapeuta volvió a utilizar el procedimiento de las dos sillas y emergió una secuencia cognitivo-afectiva similar a la de la sesión anterior. En cierto momento de la secuencia, la clienta comenzó a enfadarse con la otra silla por estarle criticando.

Como en la sesión previa, cambió de silla y respondió a este enfado mediante la intensificación de su crítica. La clienta volvió a cambiar de silla y dijo: “¡No... no me volverás a hacer lo mismo otra vez! ¡Esta presión se ha de terminar! ¡Estoy cambiando lo más rápidamente que puedo!”

Es importante señalar que es estos casos los clientes no son explícitamente entrenados a contradecir su autocrítica. En lugar de ello, al llevar su atención a la forma precisa en que se recortan posibilidades emocionales, se dan más cuenta de lo que se están haciendo a sí mismos, y son más capaces de reconocerlo cuando sucede.

La autocrítica que recorta especialmente posibilidades emocionales emergerá a menudo cuando se explora de esta forma una secuencia cognitivo-afectiva. Estas autocríticas son típicamente frases o combinaciones de palabras que poseen para el cliente un significado especial, idiosincrático. Algunas veces están vinculadas a importantes experiencias emocionales. Por ejemplo, un cliente que había sufrido un serio problema ortopédico cuando era joven, recortaba su experiencia emocional

adaptativa llamándose a sí mismo “cojo inútil”. La potencia de los insultos psicológicos autoinfligidos de este tipo no suele ponerse en evidencia tanto para el cliente como para el terapeuta hasta que no se examinan y evalúan en vivo las secuencias cognitivo-afectivas.

Podemos también utilizar la respuesta evocativa (Rice y Saperia, 1984) para revivir la experiencia de una situación problemática pasada. Mediante el procedimiento de recrear visualmente la escena originaria, se hace posible reconstruir los procesos internos que ocurren en ella paso a paso, y llegar a descubrir el proceso que conduce a una reacción problemática negativa como la de responder con sentimientos depresivos o resignados. Cuando podemos recordar estas secuencias de forma vívida es cuando pueden ser objeto de cambio.

4. APATIA ASOCIADA A BAREMOS INTERNOS MUY ALTOS

Un patrón común que subyace estados crónicos de depresión consiste en la lucha constante y esforzada por satisfacer creencias disfuncionales muy exigentes acerca de lo que uno *debiera* ser para poder ser aceptable como persona. Los clientes que están involucrados en este tipo de lucha interna generalmente encuentran poca satisfacción y diversiones en la vida y experimentan un constante estado de disforia apática y falta de vitalidad.

Debido a su falta de entusiasmo y de involucración anímica con las tareas que realizan, a menudo trabajan con muy poco aprovechamiento de sus propias posibilidades. Por lo que se va creando un círculo vicioso. Están en constante desilusión acerca de sí mismos porque son incapaces de satisfacer las demandas poco razonables de baremos internos excesivamente altos. Además, su rendimiento objetivo puede resultar perjudicado, porque realizan su trabajo con resentimiento y poca convicción. Finalmente, no son capaces de disfrutar de su tiempo de ocio porque sufren un constante sentimiento de culpa de no ser capaces de cumplir lo que creen que deben llegar a conseguir. Esta dificultad de volcarse de todo corazón en las tareas que tienen delante puede manifestarse también en la relación terapéutica. De esta forma, el cliente puede participar en el proceso de terapia con el mismo tipo de mala gana y poca involucración que aplican a otras tareas de su vida.

En estos casos, la intervención debe focalizarse en ayudar al cliente a actuar de forma que exista conexión con su propia experiencia afectiva, más que con un sentimiento externalizado de lo que debieran estar haciendo. Para comenzar este proceso es de vital importancia que obtengan una sensación más clara de lo que sienten y desean, y que comiencen a considerar como válida su propia experiencia. Una persona, por ejemplo, puede sentirse resentida al tener que realizar una determinada tarea. En una situación como ésta, una parte importante del proceso de cambio puede ser el de experimentar este resentimiento en toda su magnitud, y posteriormente decidir no completar la tarea de forma consciente e intencional.

Por ejemplo, un cliente iba postergando tareas en su trabajo, para después

llevárselas a casa los fines de semana, con la intención de acabarlas. Cuando comenzaba el fin de semana, se iba encontrando cada vez más deprimido, y a menudo terminaba metiéndose en la cama en lugar de acabar el trabajo. La experiencia completa de su resentimiento y de las demandas de su alta autoexigencia constituyó una parte importante de su proceso de cambio. Posteriormente decidió, *de forma intencional y activa*, no trabajar los fines de semana, en lugar de ir evitando pasivamente hacerlo. Sólo tras haber tomado esta decisión fue capaz de disfrutar los fines de semana. A cambio, los lunes acudía al trabajo más freco y con mayor energía y encontraba más fácil realizar sus tareas. Este fue el inicio de un proceso de cambio de motivaciones, que pasaron de provenir del exterior a provenir de un sentimiento interno de lo que deseaba hacer.

Puede resultar clarificador contrastar esta perspectiva con la de las terapias cognitivo-conductuales de la depresión. Por ejemplo, en la terapia cognitiva de Beck (Beck et al, 1979), se programan actividades con el objetivo de aportar o incrementar tanto la sensación de dominio como la de diversión. En contraste, la perspectiva que proponemos no requiere esta *programación*. En nuestra perspectiva afectiva sugerimos que la programación de actividades es peligrosa hasta el momento que el cliente es capaz de conseguir una sensación tangible de lo que realmente desea, porque esta programación puede ser considerada como una imposición que viene de afuera. Aunque las actividades de adquisición de dominio pueden parecer una buena idea, de hecho pueden ser saboteadas de la misma forma que el cliente ha utilizado para dejar de realizar otros planes previos. Incluso las actividades cuyo objetivo es que el cliente experimente placer pueden no resultar útiles porque el cliente se sienta demasiado culpable como para realizarlas.

A menudo existe preocupación por que el cliente deprimido lleve a cabo por lo menos un nivel mínimo de actividad, pues de lo contrario se deprimiría aún más. Nuestra intuición nos dice, en cambio, que una parte importante de los procesos de cambio requieren un tipo de “dejarse llevar”, de “rendición”. En este proceso es importante que los clientes dejen de presionarse a sí mismos para hacer las cosas. En lugar de ello, al dejarse ir, se rinden a sus sentimientos internos y comienzan a obtener sensaciones de lo que realmente desean hacer, en lugar de lo que deberían estar haciendo. Los terapeutas que parten de este punto de vista deben tener fe en que este proceso de “dejarse llevar” no va a conducir a una mayor pasividad y depresión. En los casos en los que este tipo de clientes acuden con poca convicción a la terapia, es importante que perciban el resentimiento que les crea la creencia de que *deben* trabajar en terapia. Podrán comenzar el proceso de sentirse internamente motivados cuando sean capaces de experimentar y expresar su desagrado.

5. PROCESAMIENTO EMOCIONAL INACABADO.

No conseguir completar la experiencia de las secuencias emocionales conduce al mantenimiento de secuencias emocionales o sistemas de comportamiento incon-

clusos que son incompatibles entre ellos, y por tanto se bloquean mutuamente. Esta idea es consistente con los datos que demuestran que los depresivos experimentan con mayor frecuencia que los individuos no deprimidos estados motivacionales repetitivos que irrumpen en la memoria de trabajo, saturando la capacidad de procesamiento que sería necesaria para la puesta en marcha de nuevos objetivos e intenciones (Kuhl y Helle, 1986).

Tal como argumenta Izard (1977), los estados emocionales generalmente son de naturaleza transitoria. Las secuencias emocionales inconclusas, al ser almacenadas en este estado de procesamiento incompleto en los esquemas de la memoria emocional, tienen tendencia a perseverar.

Los clientes depresivos a menudo expresan penas inconsolables y/o ira contra personas significativas en su vida. Estos sentimientos pueden ser restos del pasado o provenir de pérdidas o conflictos interpersonales más recientes. El trabajo terapéutico de llevar estos sentimientos hasta su conclusión, es decir el cierre de asuntos inconclusos, puede representar una gran ayuda para reestructurar la representación esquemática del self y de los otros (Greenberg y Safran, 1987). La presencia de asuntos inconclusos en la depresión viene indicada por el sentimiento prolongado de resignación y desesperanza en respuesta a pérdidas en las relaciones interpersonales significativas.

En estas situaciones, la persona experimenta fuertes respuestas emocionales, que fueron interrumpidas en su momento y no expresadas hasta un grado satisfactorio. Esta interrupción de la respuesta dejó sin poder a la persona, que en su lugar fue desarrollando sentimientos de resignación y desesperanza. La reactivación y conclusión de la expresión emocional en el marco seguro de la relación terapéutica produce sentimientos de alivio, además de un cierto sentido de recuperación de poder. Cuando ha ocurrido este proceso, la persona puede reestructurar su forma de verse a sí misma y a otras personas significativas, mediante la incorporación de nuevas facetas de su experiencia en su representación interna de la relación.

De esta forma, clientes que crecieron entre padres duros y rechazantes pueden haber aprendido a suprimir sus enfados y tendencia a contestar, y desarrollado un fuerte sentimiento de derrota. Movilizar en terapia el enfado y autoasertividad interrumpidas puede conducir a una revitalización, y a que aparezca motivación para intentarlo de nuevo. La conclusión de asuntos inconclusos permite a la persona responder de forma completa a la situación actual, sin la intrusión de la experiencia dolorosa que estaba previamente saturando la capacidad de procesamiento e interfiriendo la habilidad de la persona de responder de forma óptima.

La creación de un diálogo con la persona representativa, aunque sea de forma imaginada por medio de una silla vacía (Perls et al., 1956; Greenberg y Safran, 1987) facilita el trabajo con los asuntos inconclusos. Mediante este proceso, la persona expresa con claridad sus sentimientos de ira y tristeza, que previamente estaban indiferenciados. La conclusión de esta expresión conduce a una comprensión más

equilibrada del otro, que previamente era considerado únicamente en sus facetas negativas. Está siendo actualmente evaluada (Daldrup, Beutler, Engle y Greenberg, en prensa) la efectividad de esta intervención para resolver la ira.

En este artículo se examinan distintos procesos depresivos como (1) la desactivación de los sistemas de comportamiento, (2) la desconexión cognitiva de la respuesta a la situación, (3) las secuencias depresivas cognitivo-afectivas, (4) la apatía asociada a la severa autocrítica, y (5) el procesamiento emocional inacabado; y se discute la forma de intervención desde una perspectiva emocional.

Traducción: Ignacio Preciado

Nota: Este artículo es la traducción del apartado sobre depresión del capítulo “The Treatment of Anxiety and Depresión: The Process of Affective Change” de Jeremy D. Safran y Leslie S. Greenberg (1989) en P. C. Kendall y D. Watson, *Anxiety and Depression. Distinctive and Overlapping Features*. Academic Press.

Referencias bibliográficas

- BECK, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- (Versión castellana: *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer, 1983.)
- BOWLBY, J. (1980) *Attachment and loss. Vol III. Loss: Sadness and depression*. London: Hogarth Press
- DALDRUP, R. J., BEUTLER, R. E., ENGLE, D., y GREENBERG, J. S. (en prensa) *Focused expressive psychotherapy: A Gestalt psychotherapy intervention for individuals with constricted affect*. New York: Guilford Press.
- ENGEL, G. L. (1962). Anxiety and depression-withdrawal: The primary affects of impleasure. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 89-97.
- GILL, M. M. (1982). *Analysis of transference I: Theory and technique*. New York: International Universities Press.
- GLASS, C. R., & ARNKOFF, D. B. (1982). Think cognitively: Selected issues in cognitive assessment and therapy. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in Cognitive-Behavioral Research and Therapy Vol 1*, pp. 35-71. New York: Academic Press.
- GREENBERG, L. S., y SAFRAN, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- HUEBNER, R. R., e IZARD, C. E. (1983). *Mother's responses to infants' facial expressions of sadness, anger and physical pain*. Unpublished manuscript.
- IZARD, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum.
- KUHL, J., y HELLE, P. (1986). Motivational and volitional determinants of depression: The degenerated intentions hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 247-251.
- PERLS, F. S., HEFFERLINE, R., y GOODMAN, P. *Gestalt Therapy*. New York: Dell.
- RICE, L., y SAPERIA, E. P. (1984). Task analysis of the resolution of problematic reactions. En L. R. Rice y L. S. Greenberg (Eds.) *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. (p. 29-66). New York: Guilford Press.