

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

DEPRESIÓN

Epoca II, Volumen IV - 1er. trimestre 1993



13 Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, LEONOR PANTINAT GINÉ,
RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID, MAR GOMEZ
MASANA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a
JOSE PUBILL GONZALEZ, M^a ROSA TORRAS CERTA.

Secretaria de Redacción: MARI CARMEN CUENCA GOMEZ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA
ARBONA, RENZO CARLI, ISABEL CAROGABALDA, LORETTA CORNEJO
PAROLINI, VITTORIO F. GUIDANO, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI
LIOTTI, GIOVANNI P. LOMBARDO, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS
MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, BERNARDO
MORENO JIMENEZ, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, JAUME
SEBASTIAN CAPO, ANTONIO SEMERARI.

Coordinador: GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA.

Secretaria de Administración: ARIADNA V. TORRAS

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.A.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen IV - Nº 13 - 1er. trimestre 1993

Esta revista tuvo una época 1^a, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Fotocomposición, Fotomecánica: Más... Tres Ediciones, S.C.P.

Av. Rep. Argentina, 225, 6^o 1^a, Tel.: 418 28 67. Fax: 417 52 35. 08023-BARCELONA

Impresión: GRAFICAS L'ALZINA.

Verntallat 15. 08024 Barcelona. Tel.: (93) 217 05 55

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 1.200 pts. (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
ESTADOS DE ANIMO: POLARIDADES BASICAS Y RELACIONES CON EL TRASTORNO DEPRESIVO	5
Ignacio Preciado	
PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA DEL REALISMO DEPRESIVO: IMPLICACIONES PARA LA TEORIA Y TERAPIA COGNITIVAS	29
David A. H. Haaga y Aaron T. Beck	
EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION Y EL PROCESO DEL CAMBIO AFECTIVO	41
Jeremy D. Safran y Leslie S. Greenberg	
COMPRESION Y TRATAMIENTO DEL SINDROME DEPRESIVO DESDE LA PERSPECTIVA SISTEMICA	53
Gaspere Vella y Camillo Lorio	
LA DIMENSIÓN RELACIONAL DE LAS DEPRESIONES .	67
Juan Luis Linares	
SOBRE LA ELABORACION DEL DUELO EN TERAPIA FAMILIAR	77
Alberto Espina, Josu Gago y M ^a Mar Pérez.	
RESULTADOS DE UNA PSICOTERAPIA EXISTENCIAL/HUMANISTA: UN TRIBUTO A ROLLO MAY	89
James F. T. Bugental	

EDITORIAL

La depresión constituye una de las formas más frecuentes de sufrimiento psicológico y un reto para el abordaje terapéutico, independientemente de los modelos teóricos de referencia. Una de las características específicas de la depresión se relaciona con el estado de ánimo negativo. Este concepto es revisado en el primero de los artículos por Ignacio Preciado, para con posterioridad relacionarlo con los trastornos depresivos.

Aaron T. Beck es uno de los autores más influyentes que han trabajado en el campo de la depresión. Su trabajo ha resultado eficaz en las depresiones unipolares, como ha sido demostrado en numerosos estudios. En el artículo que escribe con David A. H. Haaga atribuye esta eficacia al empleo de estrategias de sesgos autoconfirmadores más que a la corrección de cogniciones distorsionadas, como pretendía en sus anteriores escritos. Es un artículo escrito desde una óptica constructivista, que representa una gran novedad en la literatura de estos autores, y en él se revisa el tema del "realismo depresivo" que tanta polémica ha suscitado. En sus conclusiones, sugieren que la teoría cognitiva de la depresión es más viable si está incluida en un paradigma constructivista que en el realista en el que hasta ahora parecía estar encuadrada.

El artículo del tratamiento de la depresión de Jeremy D. Safran y Leslie S. Greenberg, que aparece en tercer lugar, está centrado en la utilidad de conseguir concretar las emociones que elicitaban un estado de ánimo negativo, y favorecer su expresión. Los autores creen que con la expresión de estas emociones se consigue desbloquear el proceso de síntesis de información emocional relevante y superar la sensación de impotencia y desesperanza que este bloqueo provocaba. Además, si conseguimos que el depresivo logre conectar esta emoción con el acontecimiento que la provocó, dejará de centrar su atención en sí mismo para irse abriendo hacia el exterior e irse alejando de un monólogo cognitivo-emocional negativista.

Siguen dos artículos sobre la depresión desde la perspectiva relacional. En el primero de ellos, Gaspare Vella y Camillo Lorigio, de forma muy pedagógica, pasan revista a las diversas modalidades de relación del cliente depresivo, en concreto con respecto a su pareja y familia. El comportamiento de solicitud de cuidado y el fracaso de la ayuda que recibe constituyen el aspecto nuclear de las relaciones de este tipo de clientes. En el segundo, Juan Luis Linares se remite a una concepción relacional de toda la psicopatología para situar en ella el espacio que ocupa la depresión y las características que su tratamiento conlleva desde la perspectiva sistémica.

Un trabajo de Alberto Espina y colaboradores trata el problema del duelo

por las pérdidas familiares desde una perspectiva interdisciplinar enfocada a la intervención terapéutica ejemplificando un modelo de abordaje a través de un caso clínico.

Cerramos este número con un artículo de James F. T. Bugental, escrito en homenaje a Rollo May, terapeuta existencialista norteamericano, recientemente fallecido. En él, Bugental utiliza el caso de una mujer depresiva como ilustración a la idea ampliamente difundida por May de que es el contexto en que el terapeuta sitúa la terapia, y no las técnicas específicas que utilice, lo que distingue la postura existencial en psicoterapia de otras aproximaciones.

Ignacio Preciado
Coordinador

ESTADOS DE ANIMO: POLARIDADES BASICAS Y RELACIONES CON EL TRASTORNO DEPRESIVO

Ignacio Preciado
Médico Psicoterapeuta

Mood is a daily affective phenomenon made up of long-lasting and apparently unspecific feelings. The purpose of this article is the review of studies centered on its main polarities: positive valence/negative valence, high energy/low energy; tension/calm, and also its degree of inhibition/expression. Relation with the depressive disorder is stablished and several therapy guidelines afforded.

La depresión ha sido catalogada por el DSM-III-R como un trastorno del estado de ánimo. Sin embargo el concepto de estado de ánimo ha sido poco estudiado, en comparación con otros conceptos psicológicos. El propósito de este artículo es revisar algunos de los estudios centrados sobre él, tanto desde la óptica psicológica como desde la biológica. El estado de ánimo o humor está constituido por sentimientos cotidianos de fondo, que por su inespecificidad suelen ser valorados únicamente en una dimensión de positividad-negatividad, es decir en una polaridad agradable-desagradable. Es por ello que comenzaré considerando el tema de la polaridad, para finalmente abordar el tema de ese sentimiento básico y sus relaciones con el trastorno depresivo.

SIMETRIA Y POLARIDAD

Muchas personas siguen pensando influidas por el modelo griego, cuyo exponente es el pensamiento de Aristóteles, según el cual el punto medio es el más adecuado en la mayor parte de las polaridades. Así, tenderíamos a creer que el mejor estado de ánimo estaría situado en el punto medio entre la euforia maníaca y la disforia depresiva.

Sin embargo, la supremacía del punto medio simétrico se ha visto cuestionada en diversas ciencias. Las investigaciones en diferenciación hemisférica, expresión facial, y función neuroquímica (ver, por ejemplo, Tucker y Williamson, 1984) nos

muestran que el punto medio no es el más viable para la supervivencia. La vida es ciertamente asimétrica (Guidano y Liotti).

Para introducirnos en el tema de la asimetría adaptativa puede ser conveniente partir de la idea de polaridad, es decir de un equilibrio u organización de dos atributos, tendencias o principios contradictorios u opuestos. Esta idea, constituyó un principio básico de antiguas culturas en las que influenció artes, ciencias, filosofías y religiones. La idea de polaridad parece haber sido una construcción humana para intentar comprender el universo. Es bien sabido que la China antigua se organizaba mediante los principios universales del Yin y el Yang.

Tal como resumen Schwartz y Garamoni (1986b), en la ciencia moderna la idea de polaridad ha conducido a avances teóricos y empíricos en diversas disciplinas: matemáticas (números positivos y negativos), física (polo negativo y positivo), química (iones positivos y negativos), y biología (neurotransmisión positiva y negativa). En medicina, la noción de salud como un equilibrio entre opuestos influenció a Galeno, que formuló su teoría clásica de los cuatro humores, basados en la mezcla de las cuatro cualidades básicas (caliente, frío, seco, húmedo) en combinaciones binarias. Estas ideas antecedieron a los conceptos de homeostasis (Cannon, 1932) y “eustress” (Selye, 1978), ambos con implicaciones de que un equilibrio óptimo es una condición necesaria para la salud física.

Muchos psicólogos han conceptualizado la salud mental y otros fenómenos psicológicos básicos en términos de polaridades de opuestos. William James, anticipándose a la actual corriente cognitiva, mantenía que la acción humana podía ser comprendida como una función combinada de ideas “favorables” y “antagonistas” en lucha por el dominio en la mente.

El psicólogo de la escuela psicodinámica que más atención ha prestado a la polaridad ha sido Jung (ver, por ejemplo su obra “Los complejos y el inconsciente”). Otros teóricos psicodinámicos, entre los que se incluye el propio Freud, han conceptualizado el comportamiento normal y patológico en términos de interacción y equilibrio entre polaridades en conflicto. Baste nombrar las teorías del pecho bueno y malo de Melanie Klein. Lewin (1935), mediante su concepto de “valencia” también incluye esta polarización.

La idea de que el pensamiento se organiza en constructos bipolares es una aportación de Kelly (1955) y es uno de los pilares de su teoría constructivista (podemos ver una amplia visión de ella en Feixas y Villegas, 1990).

Las psicologías cognitiva y del comportamiento también han empleado este constructo de polaridad para conceptualizar factores cognitivos en los temas de ansiedad, estrés y depresión (Abramson et al., 1978; Beck, 1976; Ellis, 1962; Meichenbaum, 1977). En el campo de la depresión, se han medido dimensiones positivas y negativas en estilo atribucional (Abramson et al., 1978), memoria (Clark y Teasdale, 1982), autorrefuerzo (Rehm, 1977) y autoesquema (Derry y Kuiper, 1981), entre otros estudios.

Se ha ido perfilando que en muchas facetas de la vida humana el equilibrio de los opuestos no es exactamente el punto medio, como veremos a continuación analizando los trabajos realizados en el campo de la percepción.

PERCEPCION Y PROPORCION

En numerosos estudios de cognición humana (particularmente en el campo social) se ha observado que las personas tendemos a percibir el mundo que nos rodea de forma predominantemente positiva, es decir, tendemos a adscribir a los objetos percibidos más atribuciones positivas que negativas. El fenómeno ha sido denominado "sesgo positivo" en la percepción (Peeters, 1971) y ha llamado la atención de psicólogos de distintos campos. Por ejemplo, Osgood estableció la "hipótesis de Poliana", basada en esta protagonista de novela, para explicar el fenómeno cognitivo humano por el que vemos el mundo con optimismo.

Desde un punto de vista lingüístico, el fenómeno del sesgo positivo es considerado un ejemplo de una regla lingüística universal, según la cual los significados de los antónimos no son independientes. De cada pareja de palabras opuestas una es básica y se formó en un estado anterior de la ontogénesis que la otra, que se considera secundaria. Se ha demostrado que la gran mayoría de las palabras primarias son de carácter positivo. Y en los diversos lenguajes humanos existe un predominio general de palabras con significado positivo (Warr, 1971).

Schwartz y Garamoni (1986b), aseguran que este sesgo positivo está documentado por más de 1000 estudios en muy diversas áreas: lenguaje, expectativas, memoria, autopercepción, evaluación de otros, pensamiento, etc.

Además de este sesgo positivo habitual en sujetos normales, existe un sesgo negativo que ha sido investigado por los psicólogos sociales. Son muchas las evidencias que sugieren que: (1) la información negativa posee mayor peso que la positiva en la formación de impresiones y la valoración de otras personas (Kanouse y Hanson, 1972), (2) la respuesta a las pérdidas es más extrema que la respuesta a las ganancias (Tversky y Kahneman, 1981) y (3) los acontecimientos vitales negativos tienen más impacto que los positivos (Zutra y Reich, 1983), posiblemente debido a que lo negativo destaca sobre un fondo de positividad, tal como veremos más adelante. Este sesgo negativo es curiosamente un resultado complementario del sesgo positivo.

Wojciszke (1979) comprobó que a mayor sesgo de positividad en un sujeto (cuanto más positiva es su imagen de normalidad) más complejas son sus construcciones de las personas negativas que se va encontrando. Lewicka y Suchecki (1980) llegan a la conclusión general de que construimos con mayor expresividad las descripciones de las personas que no nos gustan que las que nos gustan, y que en conjunto la información negativa es más informativa que la positiva, y de ahí que sea más difícil de aceptar. Pero si es aceptada, su influencia sobre los juicios globales es mucho mayor que la que aporta la información positiva.

Una interpretación similar es la aportada por Benjafeld y Green (1978) por la cual las personas tendemos a atribuir mayor peso a las categorías semánticas negativas que a las positivas, de forma que adscribimos rasgos negativos a los objetos en mucha menor proporción. Así es como podría tener lugar el fenómeno del fondo y la forma puesto en evidencia por la escuela alemana de la Gestalt. Los fenómenos negativos, al aparecer, constituirán con gran facilidad una “figura” o “forma” que destaca del fondo.

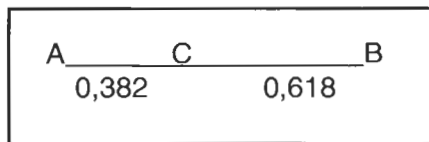
En una época como la actual en que están de moda diferentes técnicas de pensamiento positivo que pretenden aprovechar esta facultad humana de sesgar la información, es conveniente tener en cuenta estas reglas básicas de proporción. En sus versiones extremas, las técnicas de pensamiento positivo son imposturas de lo positivo, una autoinoculación de deseos de omnipotencia, generalmente acompañada de la negación de lo negativo. El empleo estricto de estas técnicas corre el riesgo de no prestar atención al hecho de que el pensamiento negativo juega un papel importante en el afrontamiento de problemas y en el proceso de cambio terapéutico. Schwartz y Gotman (1976) encontraron que tanto las manifestaciones positivas como las negativas están relacionadas con la asertividad, pero su efecto era superior en las negativas. En un estudio sobre estrés médico realizado por Kendall et al. (1979), se llegaba a la conclusión de que sólo las cogniciones negativas diferenciaban a la persona que afronta correctamente los problemas del que no lo hace. Y varios estudios de evaluación de psicoterapias indican que una terapia con éxito disminuye la cantidad de pensamientos negativos sin aumentar necesariamente la de positivos (Derry y Stone, 1979; Mavissakalian et al., 1983).

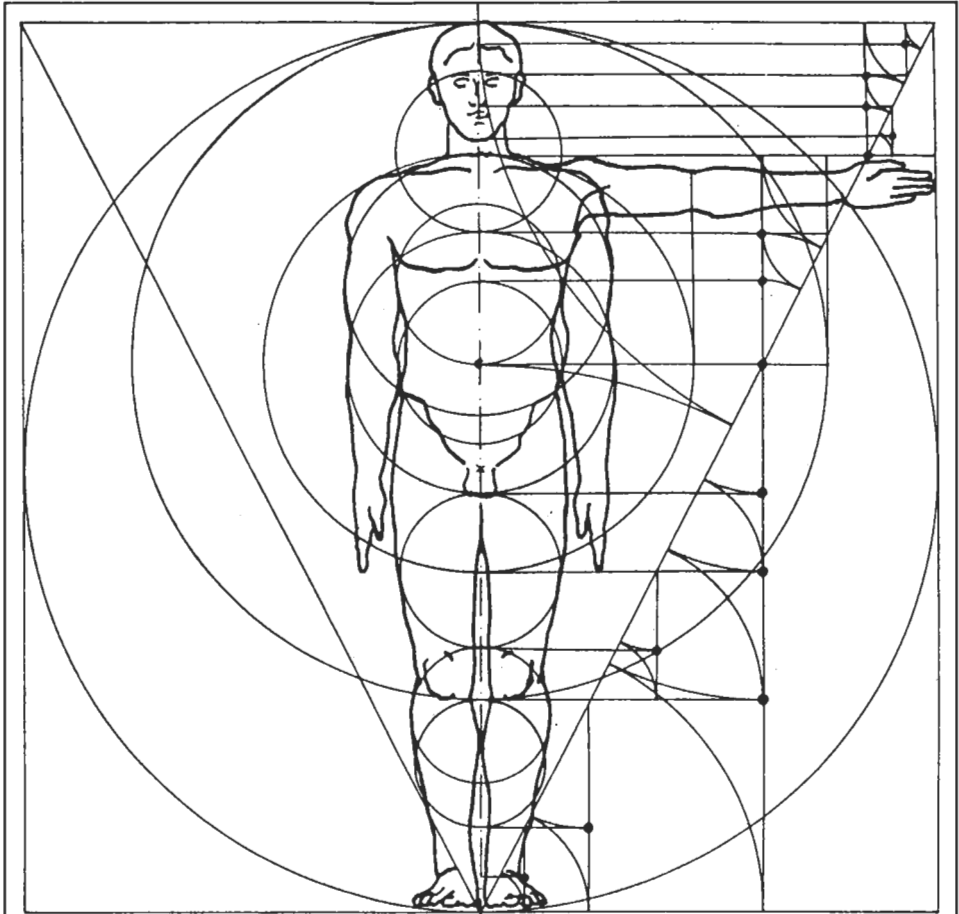
Hemos visto que existe un sesgo positivo generalizado en humanos, que constituye un fondo de positividad sobre el que lo negativo destaca al aparecer. Existe una teoría que integra ambas dimensiones de forma muy elegante, y que permite observar el equilibrio cuantitativo entre ambos sesgos. Es la hipótesis de la sección dorada que examinaré a continuación y que establece que “mientras construimos de forma positiva la mayoría de los acontecimientos, intentamos crear una armonía entre lo positivo y lo negativo que contribuya al máximo a la totalidad” (Benjafeld y Adams-Webber, 1976).

LA SECCION DORADA

Pitágoras, el filósofo presocrático, desarrolló un complejo sistema de números y formas geométricas a los que atribuía un gran significado moral. Uno de los conceptos centrales era el de la sección dorada de un segmento, que puede obtenerse al dividir el segmento (AB) mediante un punto C, de tal forma que la proporción AC:CB sea igual a CB:AB.

Si dicho segmento AB tuviera como





El canon de Zeising, realizado el el siglo pasado, consiste en la aplicación de la "sectio aurea" a la figura humana. Zeising colocó según ella la altura del ombligo. La nueva división de los dos segmentos obtenidos nos marca la situación de los hombros y las rodillas. La división de los segmentos anteriores nos sitúa la de los ojos, la del centro del pecho, la del centro del muslo y la del centro de la espinilla. Estas subdivisiones y otras nuevas determinan el centro y el radio de una serie de círculos que se inscriben en la figura humana y que determinan las distintas anchuras de la misma.

longitud la unidad, CB resultaría ser matemáticamente 0,61803.

Esta sección dorada posee propiedades estéticas. Por ejemplo, se ha demostrado que el rectángulo que la mayor parte de las personas consideran más agradable a la vista es el "rectángulo áureo", cuyos lados siguen la proporción 1 : 0,62. Muchas obras de arte griegas también la siguen (por ejemplo, las estatuas de Fidias) y lo hace también la fachada del Partenón. Huntley (1970) estudió sus propiedades estéticas

y Berlyne (1971) ha sugerido una posible explicación a este fenómeno, relacionándolo con el concepto de índice de "llamatividad" ("strikingness" en inglés y "Aufälligkeit" en el original alemán) de Frank (1959), según el cual el elemento menor ocupará una proporción de la totalidad que le va a permitir destacar. Este fenómeno de "llamatividad" fue observado por Frank utilizando colores que debían ocupar de un 37 a un 38% de la superficie total para llamar más penetrantemente la atención del observador.

La idea de una sección dorada como concepto estético de proporciones es por sí misma muy atractiva. Este concepto pitagórico (denominado también "segmento áureo") es bien conocido en el mundo editorial pues el formato rectangular de los libros lo sigue en mayor o menor medida, precisamente para llamar estéticamente la atención. Existen pocos libros de formato cuadrado, y los que lo adoptan destacan precisamente por su rareza. Tampoco abundan los libros cuya altura rebasa en más del doble su anchura. Los marcos de los cuadros de la gran mayoría de pintores, sobre todo clásicos, también lo respetan. Y, en general, el segmento áureo es bien conocido en los campos del diseño y la publicidad, campos en que llamar la atención es un imperativo básico.

Se podría objetar que al ser un concepto estético, siga aún vigente en nuestra cultura por influencia griega. Sin embargo, esta proporción ocurre también con mucha frecuencia en la naturaleza, por ejemplo en los patrones de crecimiento de plantas y animales (Thompson, 1942; Bateson, 1979).

El primer psicólogo que prestó atención a la sección dorada fue Fechner (1876), que realizó miles de mediciones de longitud/anchura de objetos comunes. Adams-Webber, y también otros psicólogos como iremos viendo, ha aplicado con mayor profundidad esta proporción que atrajo a Pitágoras.

Adams-Webber fue discípulo de Kelly y de él aprendió el concepto de constructo personal que, por definición, representa una única distinción bipolar (por ejemplo bueno-malo, alegre-triste, etc.). En sus estudios sobre la "golden section", Adams-Webber utilizó la "*Role Construct Repertory Grid Test*", conocida en castellano como "*Rejilla*" (para más información sobre esta técnica podemos ver Feixas, 1989). Con ella comprobó que al aplicar nuestros constructos (por ejemplo generoso-tacaño) a otras personas, las colocamos en los polos positivos (por ejemplo, generoso) aproximadamente un 62% de las veces, es decir la proporción de la sección dorada (Adams-Webber y Benjafield, 1973, 1976; Benjafield y Adams-Webber, 1975).

Estos primeros experimentos iniciaron una larga serie, con resultados comparables, en diversos países y con diversas versiones de la técnica rejilla y otros instrumentos (ver, por ejemplo, Adams-Webber, 1982), lo que parece descartar la presencia de un artefacto experimental provocado por la propia rejilla.

Experimentos posteriores han mostrado que los adultos normales tendemos a asignarnos el mismo polo que a otras personas el 62% de las veces, con variación

entre 0,60 y 0,64 según el experimento (Adams-Webber y Benjafield, 1976; Adams-Webber y Davidson, 1979; Benjafield et al., 1976).

A la luz de estos resultados parece razonable establecer que cuando una persona se forma una impresión de otra que conoce por vez primera, tenderá a asimilar la información sobre ella de tal forma que la proporción general de las similitudes percibidas sea aproximadamente del 62%, lo que en términos de Piaget (1969) resultaría una preponderancia de la asimilación sobre la acomodación en tales construcciones. Es decir, que tratamos que nuestras impresiones cuadren lo más fielmente posible con las estructuras de nuestros sistemas de construcción, en lugar de adaptar estos sistemas a una información inesperada.

Sin embargo al realizar estos experimentos con pacientes psiquiátricos diagnosticados como depresivos, la diferencia self-otros que se halla en las rejillas es mayor que la de los sujetos normales y otros pacientes psiquiátricos control, incluyendo neuróticos, maníacos y esquizofrénicos (Ashworth et al., 1982; Space y Cromwell, 1980; Space et al, 1983). Esta observación parece consistente con el hallazgo de que los pacientes depresivos manifiestan menor identificación con otras personas que los sujetos normales, quizá debido a los cambios en su autoimagen, que les hace sentirse menos similares al resto.

Space y Cromwell (1980) encontraron además que los pacientes psiquiátricos depresivos se aplicaban más frecuentemente a sí mismos los polos negativos de los constructos que los sujetos normales y el grupo de control psiquiátrico, lo cual es consistente con la hipótesis general de Beck (1967) de que la tendencia a las autoevaluaciones negativas constituye un hecho básico en la depresión clínica. Existen también evidencias de que los estudiantes universitarios moderadamente deprimidos tienden a caracterizarse a sí mismos de forma más negativa que sus compañeros (Kuiper y Derry, 1982).

Otra de las conclusiones de diversos experimentos es que las cifras de la autoimagen positiva son superiores a las de la "sección dorada", por lo que parece que somos más generosos en los juicios con respecto a nosotros mismos que en los que realizamos sobre otras personas. Estos datos no nos deberían extrañar, pues son acordes con el conocido sesgo de ilusión y autoatribución del éxito.

MODELO DE ESTADOS DE ANIMO

Schwartz y Garamoni han estado trabajando con esta idea de proporción, siguiendo los hallazgos de Adams-Webber, y han diseñado un Modelo de Estados de Animo, desarrollado en diferentes trabajos (Garamoni y Schwartz, 1986; Schwartz y Garamoni, 1984, 1986a, 1986b). Específicamente, este modelo propone que los estados mentales de funcionamiento óptimo requieren un equilibrio preciso de cogniciones y/o afectos positivos y negativos, que sigue la proporción de la sección dorada para que lo negativo destaque de tal forma que la persona pueda afrontar el estrés en las mejores condiciones posibles.

Consecuentemente, cualquier cambio sustancial y duradero (en cualquier dirección) de este equilibrio establecido por la sección dorada representa un estado diferente de ánimo que se puede asociar a formas de psicopatología.

Diálogo interno

El modelo de Schwartz y Garamoni parte del estudio del “diálogo interno” como un proceso dialéctico basado en la polaridad de las cogniciones positivas y negativas (Schwartz y Garamoni, 1986b). Estos conceptos pueden encontrarse ya en Platón, que en el “Theaetetus” define el pensamiento como “un discurso que la mente lleva consigo misma...”.

En el campo psicológico, Watson (1925) quizá fue demasiado estricto al afirmar que el pensamiento no es más que una conversación con nosotros mismos, pero su afirmación posee un valor heurístico que permite la aplicación de conceptos de la comunicación interpersonal al dominio del funcionamiento intrapsíquico.

Este “diálogo interno” es citado en los trabajos de terapeutas de línea conductual-cognitiva como Ellis (1962), Beck (1976) y Meichenbaum (1977), recibiendo otros nombres, como “discurso interno” o “comunicación intrapersonal”.

Schwartz y Garamoni coinciden con Guidano y Liotti (1983) en la existencia de diálogos internos, en el sentido fenomenológico, entre las figuras que corresponden a diferentes aspectos del self, y en que existe una interacción dialéctica entre pensamientos positivos y negativos. La palabra “monólogo” la reservan para los estados mentales, menos frecuentes, en que los elementos positivos o negativos predominan hasta el extremo de la desaparición del diálogo.

Este Modelo de Estados de Animo considera seis tipos de estados:

1. **Diálogo positivo**, que sigue la proporción de la sección dorada, es decir con un 62% de autoinformes positivos, y que representa el estado óptimo para afrontar el estrés y lograr la adaptación. Este estado es asimétrico, dialógico (porque tanto lo positivo como lo negativo están suficientemente representados), equilibrado, estable y óptimamente discriminatorio para los acontecimientos negativos. Representaría el optimismo realista.

2. **Diálogo negativo**, que también es óptimamente discriminatorio, pero para los acontecimientos positivos. Representa una inversión de las proporciones del estado anterior que, tal como han expuesto los principios de la teoría de la Gestalt, es la forma preferida de cambio desde el estado anterior. Este estado tiene las mismas propiedades que el diálogo positivo, salvo en la valencia de su óptima discriminación. Sin embargo tiene mayor gasto emocional que el anterior, por su continua aunque moderada negatividad, por lo que se relaciona con la depresión moderada, tal como indican Hollon & Kendall (1980) al afirmar que los depresivos presentan autoinformes más negativos que positivos y que esta relación mantiene la depresión.

3. **Diálogo interno de conflicto o ambivalencia**, en el que las proporciones son simétricas. Schwartz y Garamoni lo consideran saludable y necesario para el

crecimiento y desarrollo *si es transitorio*. Porque el conflicto, la duda, la perplejidad y la contradicción son útiles en el proceso de resolución de problemas. Se ha comprobado empíricamente (Schwartz y Gottman, 1976; Bruch, 1981; Heimberg et al., 1983) que esta ambivalencia, o coexistencia de ideas, actitudes y emociones antitéticas tiene mucha relación con la ausencia de asertividad. Este estado se caracteriza por ser dialógico, simétrico, equilibrado, estable y máximamente (no óptimamente) discriminatorio. Está relacionado clínicamente con la ansiedad ligera, la depresión y los rasgos obsesivos.

Podemos llevar esta teoría un poco más lejos y decir que estas tres proporciones entre positividad y negatividad del diálogo interno son normales si son transitorias, si la persona no se queda aferrada a una de ellas. Porque las crisis, incluso aquellas con una proporción elevada de pensamiento negativo, no son siempre patológicas. Pueden también ser, tal como sugiere la palabra griega de la que procede crisis, una oportunidad de cambio. Piaget así lo entiende cuando considera necesario un cierto grado de duda y contradicción para el equilibrio de las estructuras cognitivas de alto nivel y para la solución de problemas.

En cambio, los dos estados de monólogo de Schwartz y Garamoni parecen más problemáticos desde un punto de vista psicopatológico.

4. **Monólogo positivo** o “polianismo”, en el que está presente una proporción de autoinformes positivos superior al 69%. Este estado se presenta en clínica en las formas de manía y optimismo irreal. En el trastorno bipolar, la dificultad del establecimiento de un punto de equilibrio provoca que se oscile entre el monólogo positivo y el negativo (Akiskal, 1982). Desde un punto de vista de la teoría del procesamiento de la información, este monólogo representa un beneficio de positividad con el costo de una pérdida de poder discriminatorio, pues en este estado algunos acontecimientos negativos pueden pasar desapercibidos. En el caso de que la negatividad llegue a tal grado que no pueda ser negada, el autoesquema no está preparado para recibirla (Goldfried y Robins, 1983; Turk y Speers, 1983) y se puede producir la inversión hacia el estado siguiente.

5. **Monólogo negativo**, en la que los autoinformes positivos representan el 31% o menos. Lo mismo que el estado anterior es monológico, asimétrico, desequilibrado, inestable y mínimamente discriminatorio. Ocurre en las depresiones profundas y en estados de gran pánico.

Sin embargo, ambos monólogos pueden ocurrir en situaciones que no pueden ser consideradas patológicas. Existe un cierto grado de polianismo transitorio en el descubrimiento creativo y en lo que Maslow (1968) denominaba “experiencias cumbre”. Y un monólogo negativo puede ser normal tras una catástrofe.

6. El último de los estados que Schwartz y Garamoni citan es la **ausencia de diálogo interno**, en el que existe muy baja frecuencia de autoinformes. Tampoco puede considerarse necesariamente patológico, pues aparece tanto en la represión y negación (consideradas como defensas) como en la ausencia de pensamiento que

se logra tras ejercicios meditativos.

Los estados de ánimo son conceptualizados como sistemas cibernéticos que no están constantemente fijados en puntos específicos, sino que su punto de regulación fluctúa en función de circunstancias ambientales tanto internas como externas. Sin embargo, existen puntos en que tienen tendencia a fijarse. También existen diferencias entre la estabilidad de los diálogos y los monólogos, pues los primeros son más estables.

En su evaluación empírica del Modelo de Estados de Animo, Schwartz y Garamoni reanalizaron datos de estudios muy variados y encontraron unos valores medios de autoinformes positivos de 0,630 en el diálogo positivo, de 0,489 en el diálogo interno de conflicto, y de 0,374 en el diálogo negativo (muy cercanos a los valores que se esperaban teóricamente).

En cuanto a la depresión, convendría destacar que existe relación entre la disminución de la puntuación y la búsqueda de ayuda terapéutica. Y que si esta ayuda es efectiva se acompaña de una elevación rápida de esta puntuación (estudios de Craighead, 1979; Valerio y Stone, 1982, reanalizados por Schwartz y Garamoni). Sin embargo, si como resultado de la terapia se alcanza excesiva positividad, la recaída es más frecuente, punto este que también desaconseja la utilización de técnicas de pensamiento positivo.

Frente a teorías muy influenciadas por la idea del *equilibrio congruente*, como las de Heider y Festinger, que consideran el equilibrio como la reducción y eliminación de las inconsistencias, Schwartz y Garamoni, siguiendo a otros teóricos como Berlyne, Hunt, y McClelland, definen el equilibrio como la consecución de un estado de *incongruencia óptima*.

Crítica al modelo de los estados de ánimo

Aunque Schwartz y Garamoni, al diseñar su modelo, dieron gran importancia a esta polaridad positivo-negativo, reconocen que la evaluación cognitiva no se acaba ahí. Arnkoff y Glass (1982) ya advirtieron que una focalización excesiva en esta dimensión puede ser excesivamente simplificadora. Es necesaria una evaluación multidimensional, como la que veremos a continuación, realizada por Thayer.

Además, este modelo de estados de ánimo pone excesivo énfasis en el óptimo equilibrio de la sección dorada. Aunque éste quizá sea el punto adecuado para vivir las situaciones normales, cualquier estancamiento en el "statu quo" puede conducir a pérdida de flexibilidad y capacidad de cambio del sistema. Lo importante es la posibilidad de moverse entre polaridades, de tenerlas disponibles. Si la persona se niega ciertos polos, puede aparecer patología, porque el otro polo se convierte en una obligación en lugar de una elección libre.

"Los seres humanos no avanzamos por medio del equilibrio sino mediante procesos de tesis-antítesis" tal como afirma Rollo May (1972). Si bien es cierto que, como hace notar el mismo autor, la excesiva polarización conduce al conflicto. Por

fortuna, los opuestos nunca se dan puros: siempre hay algo de eros en logos y algo de logos en eros.

ALGUNOS CONCEPTOS BASICOS SOBRE EMOCIONES

El estado de ánimo es un concepto emocional, por lo que puede sernos útil establecer algunas definiciones de los términos afectivos, pues en este campo existe mucha confusión terminológica, sobre todo al respecto de las diferencias entre emoción y sentimiento (Preciado, 1991). Comenzaremos definiendo los términos más utilizados.

Por **afectividad** entendemos la tonalidad emotiva que impregna la existencia del ser humano. Dentro de este campo de la afectividad, la **emoción** es una reacción expresiva motórica, que puede ser consciente o inconsciente, más breve y puntual que el sentimiento y más intensa generalmente que éste, y centrada en un objeto que interrumpe el flujo normal de la conducta y la reorienta.

El **sentimiento** se diferencia claramente, al ser subjetivo y tener que ver con la autopercepción de la emoción, como la propia palabra sentimiento deja entrever. Es producido por la repetición de emociones o por cambios bioquímicos internos. Es más prolongado, de intensidad media o baja, y global, es decir, no centrado en un objeto. Pese a ser de menor intensidad que la emoción, tiene gran influencia en la conducta.

Cuadro de diferencias básicas entre emoción y sentimiento

Emoción	Sentimiento
1. Reacción expresiva motórica	1. Autopercepción subjetiva de la emoción
2. Consciente o inconsciente	2. Consciente
3. Más breve y puntual	3. Más prolongado
4. Generalmente más intensa	4. De intensidad media o baja
5. Centrada en un objeto	5. Global
6. Reorienta la conducta	6. Influencia la conducta

El **estado de ánimo o humor** es un fenómeno afectivo cotidiano, que está constituido por sentimientos positivos o negativos de carácter genérico. Son sentimientos de fondo que no pueden ser achacados a una razón particular, es decir, que no tienen una causa fácilmente identificable. De forma que, por su inespecificidad aparente, la persona se refiere a él como bueno o malo, dando pocos detalles más acerca de sus características. En este sentido el humor es un concepto polarizado.

La duración de un estado de ánimo puede ser variable, pero nunca muy breve, y por ello ha recibido el nombre de estado, aprovechando la popularización del término de Allport (1937). Este tema de la duración es importante para distinguirlo

de la emoción, distinción a la que se refiere Nowlis (1965) al establecer un continuum temporal que incluye temperamento, estado de ánimo y emoción, en el que el primero es el más prolongado y la última la más breve.

Los estados de ánimo, como sentimientos que son, se producirán por la repetición en un tiempo corto de la misma emoción, por una sucesión de emociones distintas, y también pueden ser inducidos por cambios bioquímicos orgánicos (así se explica que las enfermedades o el cansancio puedan afectar el humor).

Una emoción prolongada durante horas inducirá un estado de ánimo, caracterizado por una mayor reactividad emocional y un umbral más bajo de activación de una emoción. Esto es lo que sucede en la depresión, en que las emociones que inundan la vida del sujeto son según Ekman la tristeza y el miedo (Ekman, 1984, en Páez et al., 1989). Otra emoción que puede intervenir en el estado de ánimo depresivo sería la culpa. La tristeza aparece asociada a situaciones negativas muchas veces sin un agente causal claramente establecido (Barrio et al, 1989).

Este campo del humor (y, en concreto el de valencia negativa) ha sido incluido en el pasado en categorías laxas, por ejemplo bajo etiquetas de depresión neurótica leve, neuropatía, psicoastenia, neurastenia, melancolía, etc.

IMPORTANCIA DEL ESTADO DE ANIMO

Schwartz y Garamoni nos han introducido en el tema del estado de ánimo a partir del de proporción de pensamiento positivo y negativo. También existen aproximaciones biológicas, que tienen en cuenta sus relaciones con el arousal, que en este artículo vamos a considerar sinónimo de activación, conceptos ambos que se refieren al componente energético de la conducta. De estas aproximaciones biológicas me ocuparé a continuación.

Según Thayer (1989), el estado de ánimo es un componente afectivo que predispone conductas (hecho ya conocido por Nowlis, 1965; y Ryle, 1949) y que, como tal, puede tener más importancia para controlar la propia vida que los acontecimientos, aunque a menudo interviene sólo como una disposición, tendencia o inclinación que influencia pero no siempre controla la conducta. Este humor lleva información sobre el estado energético de la persona, de forma que puede ser considerado como la percepción que el propio sujeto tiene de su arousal energético. Queda claro que no es lo mismo arousal que humor, siendo éste último la autopercepción del primero (Andrés, 1989). En la misma línea, Tous (1988) afirma:

“La autopercepción (conciencia) que el individuo tenga de sus recursos de activación influirá en su pensamiento y en su rendimiento, llevándole a establecer sentidos distintos a la dirección de su conducta... Factores como los estados de humor, de autoestima, de ánimo, y sus contrarios, los estados de depresión, de falta de confianza en sí mismo y de apatía, adquieren entonces un pleno significado como mediadores entre los niveles bioquímico-eléctricos percibidos y la dirección o significado de la conducta manifies-

ta.” (Tous, 1988).

Esta información de tipo energético puede ser muy relevante para la vida, pues ciertos estados de ánimo (el cansancio autopercebido, por ejemplo) son portadores de señales vitales acerca de la propias posibilidades de acción.

DIMENSIONES DEL AROUSAL

Thayer (1989), en su teoría, considera dos sistemas biológicos cuya interrelación es importante para entender este tema del humor. El primero de ellos es el de *arousal energético*, reconocible, cuando predomina, por las sensaciones subjetivas de energía y vigor. El segundo es el de *arousal tenso*, que viene asociado con sentimientos de tensión, ansiedad y miedo. Si predomina el arousal energético, la persona queda predispuesta a moverse, a actuar, y si experimenta una disminución en él, se prepara para el descanso y la inactividad. Por otra parte, si predomina el arousal tenso, frecuente en caso de que se presente algún peligro real o imaginario, la persona también queda predispuesta para la acción, pero con un alto grado de inhibición concomitante. Para advertir el peligro será más adaptativo el arousal tensional, pero en la huida volverá a tomar protagonismo el energético.

Para entender estos dos sistemas, Thayer recurre a ejemplos. El arousal energético se puede comprender con el ejemplo de un hombre cortando el césped tras un rato de descanso. Cuando se levanta y comienza la labor se movilizan muchas funciones corporales y, a medida que la actividad progresa, el arousal corporal va interrelacionando estas funciones. Este sistema de arousal es consciente, va de la tranquilidad a la activación, y está muy asociado con la actividad motora gruesa.

El arousal tensional se puede entender con el ejemplo del oficinista que es reclamado por un jefe enfadado, y sufre una movilización para una emergencia potencial. Este sería un arousal que ocurriría naturalmente, de forma no consciente y que viene determinado por necesidades evolutivas. Sería el mismo arousal de la reacción de alarma al estrés de Selye (1956 y 1978). Las consecuencias fisiológicas son parecidas al arousal energético, pero existen al menos tres diferencias:

- 1) La musculatura se tensa, sobre todo en cuello, hombros y espalda, pues este es un patrón de preparación motora, pero no necesariamente de ejecución. Existe mucha inhibición muscular.
- 2) La atención se dirige al estímulo peligroso en lugar de hacerlo hacia la tarea como sucedía en el caso del arousal energético, dando la impresión de que el sujeto está distraído si está paralelamente realizando alguna.
- 3) Existe una disminución de la autopercepción de arousal energético, y puede aparecer en su lugar un sentimiento de cansancio subjetivo.

Este arousal tensional está relacionado con el estrés y el peligro que lo desencadena, que en la vida moderna puede ser de tipo muy difuso. Las personas en que predomina este sistema de arousal comienzan el día con energía tensional y acaban por la noche con cansancio tenso. Algunos tipos de depresión incluyen un

fuerte componente de tensión - cansancio. De hecho, uno de los síntomas de la depresión es la fatiga subjetiva y la ausencia de energía. Sin embargo, es útil no confundir estrés y depresión, al ser dos síndromes distintos, aunque la persona deprimida puede utilizar el estrés como explicación o excusa para su cansancio o apatía.

Lo característico en la persona que sufre una crisis depresiva es el arousal energético bajo, mientras el tensional es alto. El patrón es de baja energía, alta tensión (Bassin & Thayer, 1986). El insomnio, que muchas veces se asocia a la depresión sigue también el mismo patrón de baja energía - alta tensión, por lo que no es extraño que depresión e insomnio se asocien.

Thayer (1989) considera el concepto de arousal como un excelente puente entre fisiología y psicología, al ser una respuesta psicofisiológica, resultado de la activación simultánea de muchos sistemas fisiológicos y psicológicos.

El concepto de arousal se ha aplicado en muchas ocasiones de forma muy específica (para denominar la activación cerebral o cardiovascular, por ejemplo), mientras que Thayer lo utiliza de forma más general, refiriéndose a los cambios que ocurren en todo el cuerpo con las emociones, ejercicio físico, sueño, vigilia, etc.

VARIABILIDAD DEL ESTADO DE ANIMO

El estado de ánimo tiende a ser más duradero que la emoción, pero puede manipularse, tal como se ha hecho repetidamente en investigación mediante los experimentos de Velten (1968). Puede variar bajo el influjo de muy diversas circunstancias, sobre todo con los problemas personales y circunstancias vitales.

Por su importancia para los trastornos depresivos, resaltemos que el ejercicio moderado aumenta el arousal energético (ver Thayer, 1978) y bastan diez minutos de paseo para mejorar el estado de ánimo durante minutos o algunas horas. Se ha comprobado también que otros tipos de ejercicio físico, la música, la ingestión de alimentos, la visión de películas de cine, la autosugestión y autohipnosis son otras formas de alterar el humor. Hasta el tiempo atmosférico y características climáticas tienen un efecto apreciable sobre el estado de ánimo, como se releja en refranes populares.

Los ciclos de sueño también afectan al arousal, y al reducir el número de horas de sueño aumenta el arousal tenso (Johnson, 1982). La siesta, si se duerme habitualmente, aumenta el energético (Taub, 1982).

Durante el periodo premenstrual femenino existe un incremento del arousal tenso (Asso y Braier, 1982), mientras que el arousal energético es más elevado a mitad del ciclo. Asso interpreta estas diferencias como indicadores de mayor arousal cortical a mitad del ciclo y mayor arousal autónomo en el periodo premenstrual, quizá como mecanismo adaptativo reproductor.

Sin tener que adentrarnos excesivamente en la cronopsicología, lo más notable de estas relaciones entre arousal y ritmos es que la energía subjetiva es baja al

despertar, va aumentando a lo largo del día y alcanza un pico a las 3-4 horas de éste. Existe un segundo pico, menor que el anterior a las 8-10 horas del despertar, que en la mayoría de las personas coincide a media tarde, aunque existen diferencias individuales. Estos picos corresponderían al arousal energético. El arousal tenso también sigue un ritmo diurno, pero sus picos ocurren con posterioridad al energético.

Un problema es percibido de forma distinta según la hora del día en que le dedicamos nuestra atención. Thayer programó varios experimentos para demostrarlo, mediante la utilización de autovaloraciones (ver Thayer, 1987; Thayer, Takahashi & Pauli, 1988). Cuando la energía es baja, los problemas parecen más serios. Y existe un optimismo normal a partir de media mañana y media tarde. Un optimismo que, en ocasiones no es realista. Este buen humor matinal, como sabemos por la clínica, no ocurre en muchas crisis depresivas, en que al parecer se invierte este ritmo de estado de ánimo.

QUE HACE LA PERSONA CON SU MALHUMOR

Un malhumor intenso puede ser más desagradable que algunos dolores físicos. Según Thayer (1989) existen al menos tres tipos de reacciones cognitivas que modifican los procesos de motivación.

1. El estado de ánimo negativo actúa como señal que hace que la persona comience a realizar acciones para superarlo.

2. Sobre todo en las ocasiones en que el malhumor ha estado presente mucho tiempo, llegado a un punto, el individuo puede crear un esquema cognitivo que mantendrá este estado de ánimo negativo, un esquema que se puede expresar con razonamientos del tipo: “Aquí llega de nuevo este sentimiento...el mismo de siempre...del que no me puedo escapar...siempre lo tendré.”

3. Una tercera posibilidad consiste en que el humor disfórico ayude a precipitar un comportamiento no deseado y que, al darse cuenta de este comportamiento, la persona se desanime, y en consecuencia su mal humor empeore.

Una persona que sufre una crisis depresiva puede tener dificultad para superar la inercia que le mantiene deprimido sin realizar los cambios necesarios para mejorar su estado debido a estas dos últimas reacciones cognitivas.

Según hemos visto, la depresión leve y moderada se caracteriza por un sentimiento de baja energía y alta tensión. Pero si la persona llega a un grado de decaimiento muy grande, disminuirá finalmente la tensión, provocándose un estado de ánimo descrito como apatía. Este estado es una reacción biológica predecible ante la disminución extrema de recursos.

Es importante matizar que si la depresión y la disforia no integraran ningún otro elemento aparte del cansancio tenso, sería esperable que mejoraran mediante el descanso. Esto puede suceder en ciertas situaciones de estrés y ansiedad, pero no es lo que ocurre en las crisis depresivas. De todos modos esta sensación de cansancio

y tensión puede ser uno de los factores que dificulten la salida de la crisis, quizá aumentando la sensación de desesperanza aprendida (Seligman, 1976).

Hay una diferencia apreciable entre el cambio del estado de ánimo y el cambio del estado depresivo, aunque exista cierta relación entre ambos cambios; de la misma forma que es distinto el cansancio tenso de Thayer y el causado por depresión. Muchas personas se autoperciben tensas y cansadas, e incluso pesimistas e infelices, y se sienten estresadas, pero no deprimidas. Aunque si la situación persiste, el estrés hará que la persona se tome las cosas de forma que no le aporten refuerzos positivos, y por tanto puede desencadenar a la larga un estado depresivo.

DEPRESION: DIFICULTAD DE CAMBIO DEL ESTADO DE ANIMO

“La depresión está marcada por el cambio: actividades que eran gratificantes dejan de serlo, individuos activos se vuelven dubitativos e indecisos, el interés e implicación se convierte en apatía, y en casos extremos la persona puede llegar al suicidio y la autodestrucción” (Hollon y Beck, 1979). Pese a que no siempre el cambio es tan drástico como lo plantean estos autores, pues la persona deprimida era muchas veces poco activa e implicada antes del episodio, aunque en él estas tendencias se agravan, hasta tal punto que se puede llegar a ver como “otra persona”.

Una vez instaurada la crisis es de difícil modificación, al crearse círculos viciosos. Para Frank (1985) el factor psicológico responsable de la depresión estaría basado en la “desmoralización” que conduciría a experiencias de fracaso y mayor disforia, es decir un círculo vicioso que agrava aún más el estado del paciente. Algo parecido al deprimirse más como consecuencia de sentirse deprimido descrito por Teasdale (1985). Esta situación mantiene la depresión una vez vivenciada la disforia, dificultando la superación de un estado de ánimo bajo y, por tanto el curso hacia la remisión.

Guidano (1987) considera que la dificultad de cambio es debida a la indefensión y desesperanza al igual que lo hizo Seligman en su teoría de la desesperanza aprendida, aunque, a diferencia de Seligman, basa esta indefensión en el desarrollo de un sentimiento de pérdida por una deficiente vinculación infantil (Bowlby, 1958, 1969).

Desde una aproximación constructivista la dificultad de cambio se hace patente en los niveles severos de depresión (Neimeyer, 1985) y puede ser el resultado del proceso de constricción descrito por Kelly (1955) como una forma de cerrarse uno en sí mismo si el exterior no confirma las propias construcciones.

Este concepto de constricción está relacionado con el de resistencia al cambio. La resistencia se manifiesta como una ausencia de cooperación del paciente ante una perspectiva de cambio, que puede presentarse en la terapia y “es más evidente cuando el desequilibrio (se entiende el creado entre las construcciones propias y las aportadas por el mundo exterior o el terapeuta) es intenso y exigente” (Mahoney, 1985). En los momentos en que aparece resistencia el individuo considera amenazante

el cambio. La resistencia es muchas veces el resultado de un error terapéutico por la propuesta de un paso para el que el cliente aún no está preparado. Mahoney (1991) ha propuesto ir a favor de la resistencia, y no forzarla. Esta constricción defensiva y su impermeabilidad explicaría el fracaso de algunas terapias en pacientes depresivos, sobre todo si el terapeuta utiliza a destiempo técnicas interpretativas negativistas.

DEPRESION E INHIBICION

Para explicar la dificultad de cambio del estado deprimido se han elaborado también teorías desde una perspectiva biológica. Sackeim (1986), achaca esta dificultad de cambio de humor al control inhibitorio. Tendemos a inhibir la disforia, lo cual es comprensible desde una perspectiva evolutiva: la depresión incapacita. Apoya su teoría en la constatación de que la patología vascular y tumoral cerebral, y las crisis epilépticas dan sintomatología disfórica con mucha más frecuencia que eufórica, al desorganizar este control inhibitorio.

El control inhibitorio de los sistemas neuronales se va diferenciando con la maduración. En este sentido, el niño tiene las manifestaciones afectivas menos inhibidas, por no estar las fibras nerviosas suficientemente mielinizadas. En edad avanzada esta inhibición se deteriora, lo que explicaría la mayor prevalencia de depresión en la senectud, con periodos más breves de normotimia y sintomatología afectiva más abrupta (ver p. ej. Goodwin & Jamison, 1984).

Las personas que no expresan las emociones tienden a una sobre-activación fisiológica motórica, generada por el trabajo fisiológico extra que la inhibición conlleva. Así, el arousal cortical del depresivo es superior al del sujeto "normal", mientras que la actividad motora de la persona que sufre una crisis depresiva profunda puede ser muy baja. El depresivo realiza un gran gasto inhibitorio.

Pennebaker et al. (1987) encontraron que en los sujetos que expresaban sucesos emocionales traumáticos disminuía la conductividad electrodermal, medida fisiológica asociada a la inhibición conductual. Los sujetos represores o inhibidores (como es el caso de las personas en crisis depresiva) evidencian alta conductividad electrodermal.

La posibilidad de expresarse en psicoterapia, en terapia grupal, o en una situación social mejora la sintomatología depresiva. Al menos, lo que ha sido comprobado es que los sujetos que narran experiencias traumáticas muestran posteriormente una mejoría del estado de ánimo y de respuesta inmunológica, y un menor consumo médico (Pennebaker et al., 1988; Neale et al, 1988). Esta puede ser una de las claves de la eficacia de la psicoterapia basada en la empatía en el tratamiento de la depresión.

La aparente inespecificidad del estado de ánimo dificulta su expresión. Es por ello que como psicoterapeutas tendremos que recurrir a técnicas, como las propuestas por Safran y Greenberg en este mismo número, que ayuden al depresivo a

descubrir y concretar las emociones que indujeron su estado estado de ánimo. Además, podemos ayudar a la persona deprimida a comprender el significado de estas emociones.

La emoción, lejos de ser un vestigio irracional del pasado evolutivo, constituye un inteligente estado de transición, una solución bio-psicológica a situaciones para las que la cognición no tiene respuesta. La emoción es portadora de significado, y el reto del terapeuta que trabaja con personas que sufren trastornos del estado de ánimo es ayudar a descubrirlo.

CONCLUSIONES

Hemos visto que el punto medio no es el más adaptativo en la dimensión que valora la positividad-negatividad del estado anímico, sino que parece más adecuada la proporción de la “sección dorada”, tal como propusieron Benjafield y Adams-Webber (1975). Este equilibrio es asimétrico o, si lo preferimos, es un “punto medio áureo”. Así, las personas “normales” distorsionamos o sesgamos la información como estrategia para que destaque lo negativo, y poder adaptarnos mejor a un ambiente en que hay que estar preparado para detectar con rapidez las amenazas. Esta estrategia permite a la persona vivir en un estado de ánimo moderadamente positivo.

Al estudiar el estado de ánimo desde un punto de vista biológico, Thayer amplía el número de dimensiones, al incluir una polaridad “energía alta - energía baja” y otra de “tensión - calma”. El estado de ánimo del arousal energético tiene un tono afectivo positivo, y en sus niveles más altos está relacionado con el optimismo y el aumento de la autoestima. En estados de baja energía y cansancio, el humor es menos optimista, y se valoran con mayor negatividad los problemas personales. En estudios con sujetos que padecen depresión moderada aparece el patrón característico de baja energía y alta tensión (Bassin & Thayer, 1986).

La diferencia básica entre el estado de ánimo negativo y la depresión es que en ésta última existe dificultad de cambio del primero. Esta dificultad puede ser explicada biológicamente por medio del aumento del control inhibitorio, como propone Sackeim. Sin embargo, un deterioro de este control no explica convenientemente la instauración del síndrome depresivo ante conflictos psicológicos. Pese a todos los esfuerzos e investigaciones no existe hasta el momento un modelo suficientemente amplio y detallado que cubra los aspectos fundamentales de esta relación entre estado de ánimo y depresión.

Lo que sí empieza a estar claro empíricamente son algunos factores que facilitan la efectividad de la psicoterapia en las crisis depresivas. La comprensión empática, al respetar las resistencias y permitir que la persona se exprese, parece superior a las interpretaciones negativistas, o al exceso de positividad por parte del terapeuta.

Es importante no catalogar al depresivo de irracional o “distorsionador”, sino

en todo caso considerarlo una persona que ha abandonado (muchas veces de forma temporal y motivada) la estrategia del sesgo positivo de procesamiento de la información, y tiene tendencia a evaluarse negativamente y a establecer un diálogo ambivalente o negativo. Sobre este tema es interesante el artículo de Haaga y Beck publicado en este mismo número.

También es importante facilitar la movilización tanto física como psíquica del depresivo, aunque sólo influya en la mejora del estado de ánimo y en la disminución de su sufrimiento.

Hemos visto que la mejora del estado de ánimo no es equivalente a la del trastorno depresivo. En el trabajo con las personas que sufren un trastorno depresivo de cierta duración, nos inclinamos por las técnicas que ayuden a conectar el estado de ánimo con las emociones que lo indujeron, para posteriormente ayudar a la persona a descubrir el significado de estas emociones. En ocasiones, sobre todo en las depresiones más profundas, el trabajo será más arduo, requiriendo una ayuda más global en la estructuración cognitivo-afectiva de la persona.

Aunque no hayan sido incluidas en este artículo, por no corresponder al tema de estudio, las teorías que parecen más aceptables en la génesis de las depresiones profundas son las de Bowlby (ver, por ejemplo, Bowlby, 1958, 1969, 1973, y 1988). Este autor y otros investigadores han observado que los niños que no pueden obtener una base segura de cariño, aprecio y confianza con sus padres u otras personas significativas tienen dificultad en la construcción de su identidad. Una persona con identidad débil es más fácil que se “derrumbe” por pérdidas de personas o valores que daban sentido a su vida, y llegue a predecir que nada bueno es posible de ahora en adelante, estableciendo un monólogo negativo de difícil cambio. Su malhumor es consecuencia de estar aprisionado por el derrumbamiento, o de vagar por su particular “campo de calaveras” en el que no existe refugio seguro ni materiales para construirlo, si no es con la ayuda de otros.

No todas las depresiones son tan dramáticas, pues muchas son crisis con estado de ánimo negativo o ambivalente, que expresan una necesidad de desarrollo personal. Algo así como si se nos hubiera quedado pequeña la casa y el derrumbe fuera necesario para poder realizar reformas. Entonces es de sabios detenerse y retirarse temporalmente como preparación a esta reforma. Muchas crisis de la adolescencia y otros momentos de cambio creativo de orientación vital pueden ser explicadas mediante esta metáfora de la reforma en la construcción personal. Si en estos casos persiste el negativismo, puede ser debido a que no hacemos caso a las señales de peligro, a que no entendemos las razones de nuestros fracasos, o que simplemente no ponemos en práctica los cambios que serían necesarios para reestructurarnos y evolucionar. Pero, para afrontar la crisis puede ser necesaria una fase de negativismo.

El estado de ánimo negativo y la inmovilidad consiguiente pueden ser adaptativos en la especie humana. En sociedades con un cierto grado de salud

permiten obtener ayuda, que en la nuestra puede verse interferida por la frecuente acusación de victimismo o masoquismo, es decir que la persona deprimida le ha tomado gusto a sentirse mal, e incluso exagera su malestar para obtener atención. Si bien el victimismo puede convertirse en un recurso relacionante extremo, la interpretación negativista no resulta un abordaje terapéutico adecuado en los casos de depresión. Además, la persona que aún no ha llegado a una fase muy avanzada del proceso depresivo tiene un sentido de realidad menos sesgado que el resto de la población. Si ve un paisaje ruinoso a su alrededor, posiblemente esté en lo cierto, aunque esté compuesto por sus propias ruinas. En esos momentos puede necesitar ayuda para construirse o reconsiderar su situación. Que alguien le escuche y le permita expresarse puede ser el inicio del camino que le aleje de la desesperación y le permita vislumbrar nuevos proyectos en la vida.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer el asesoramiento de los Drs. Guillem Feixas y Josep María Tous en la realización de este trabajo. Así mismo al Dr. Manuel Villegas los comentarios sobre el artículo definitivo.

El estado de ánimo es un fenómeno afectivo cotidiano, constituido por sentimientos duraderos y aparentemente inespecíficos. El propósito de este artículo es la revisión de los estudios centrados en sus principales polaridades: positividad/negatividad, energía alta/energía baja, tensión/calma, y también su grado de inhibición/expresión. Finalmente, establecemos algunas relaciones con el trastorno depresivo y recomendaciones para su terapia.

Referencias bibliográficas:

- ABRAMSON, L. Y., SELIGMAN, M. E. P., & TEASDASLE, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, pp. 49-74.
- ADAMS-WEBBER, J. (1982). Assimilation and contrast in personal judgement: The dichotomy corollary. In J. C. Mancuso & J. R. Adams-Webber (Eds.): *The construing person*. New York: Praeger.
- ADAMS-WEBBER, J. & BENJAFIELD, J. (1973). The relation between lexical marking and rating extremity in interpersonal judgment. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 5, pp. 234-241.
- ADAMS-WEBBER, J. & BENJAFIELD, J. (1976). The relationship between cognitive complexity and assimilative projection in terms of personal constructs. *Bulletin of British Psychological Society*, 29, pp. 219
- ADAMS-WEBBER, J. & DAVIDSON, D. L. (1979). Maximum contrast between self and others in personal judgment. *British Journal of Psychology*, 70, pp. 517-518.
- AKISKAL, H. S. (1982). The bipolar spectrum: New concepts in classification and diagnosis. In L. Grinspoon

- (Ed.), *Psychiatry update: Volume II* (pp. 271-292). Washington DC: American Psychiatric Press.
- ALLPORT, G. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Holt, Rihn: New York.
- ANDRES, A. (1989). La medida de la activación en psicología de la personalidad. En: A. Andrés Pueyo y J. M. Tous Ral, *Psicología diferencial y de la personalidad. Lecturas*. Barcelona: PPU.
- ARNKOFF, D. B. & GLASS, C. R. (1982). Clinical cognitive constructs: examination, evaluation, and elaboration. In P. C. Kendall (Ed.) *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. New York: Academic Press.
- ASHWORTH, C. M., BLACKBURN, I. N., & MCPHERSON, F. M. (1982). The performance of depressed and manic patients on some repertory grid measures. *British Journal of Medical Psychology*, 55, pp. 247-255.
- ASSO, D., & BRAIER, J. R. (1982). Changes with the menstrual cycle in psychological and self-report measures of activation. *Biological psychology*, 15, pp. 95-107.
- BARRIO, F., BASABE, N., CELORIO, M., DE LA VIA, R., ECHEBARRIA, M., HORMAZA, M., y PAEZ, D. (1989) Alienación y afectividad. En A. Echebarría y D. Páez (Eds.): *Emociones: Perspectivas psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- BASSIN, R. B., & THAYER, R. E. (1986). *Self-reported depression, moderate exercise and arousal level*. Paper presented at Western Psychological Association. Seattle, Washington.
- BATESON, G. (1979). *Mind and nature*. Nueva York: Dutton.
- BECK, A. T. (1967). *Depression. Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: International Universities Press.
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- BENJAFIELD, J., & ADAMS-WEBBER, J. (1975). Assimilative projection and construct balance in repertory grid. *British Journal of psychology*, 66 pp. 169-163.
- BENJAFIELD, J., & ADAMS-WEBBER, J. (1976). The golden section hypothesis. *British Journal of Psychology*, 67, pp. 11-15
- BENJAFIELD, J., & GREEN, T. R. G. (1978). Golden section relations in interpersonal judgements. *British Journal of Psychology*, 69, pp.25-35.
- BENJAFIELD, J., JORDAN, D., & POMEROY, E. (1976). Encounter group: A return to the fundamental. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13, pp. 387-389.
- BERLYNE, D. E. (1971). *Aesthetics and psychobiology*. New York: Apple-Century-Crofts.
- BOWLBY, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International journal of psychoanalysis*, 39, 350-373.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol 1, Attachment). New York: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and loss* (Vol 2, Separation, anxiety, and anger). New York: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1988). El papel de la experiencia de la infancia en el trastorno cognitivo. En M. Mahoney y A. Freeman (Eds.) *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- BRUCH, M. A. (1981). A task analysis of assertive behavior revisited: Replication and extension. *Behavior Therapy*, 12, pp. 217-230.
- CANNON, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton.
- CLARK, D. M., & TEASDALE, J. D. (1982). Diurnal variation in clinical depression and accesibility of memories of positive and negative experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, pp. 87-95.
- CRAIGHEAD, L. W. (1979). Self-instructional training for assertive-refusal behavior. *Behavior Therapy*, 10, pp. 529-542.
- DERRY, P. A., & KUIPER, N. A. (1981). Schematic processing and self-reference in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, pp. 286-297.
- DERRY, P. A., & STONE, G. L. (1979). Effects of cognitive-adjunct treatments on assertiveness. *Cognitive Therapy and Research*, 3, pp. 213-221.
- EKMAN, P. (1984). Expression and the nature of emotion. In K. Scherer & P. Ekman (Eds.): *Approaches to emotion*. Hillsdale: Erlbaum.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.
- FECHNER, G. T. (1876). *Vorschule der Aesthetic*. Leipzig: Breitkopf & Hartel.
- FEIXAS, G. (1989). La técnica de rejilla: Introducción y estudio de un caso. *Revista de psiquiatría y psicología humanista*, 26, 82-89.
- FEIXAS, G. y VILLEGAS, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: PPU
- FRANK, H. (1959). *Grundlagenprobleme der informationsaesthetic und erste anwendung auf die mime pure*. Quickborn: Schnelle.
- FRANK, J. D. (1985). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In M. Mahoney & A. Freeman (Eds.). *Cognition and psychotherapy*, New York: Plenum Press. (Traducción castellana: *Cognición y*

- Psicoterapia*. (1988). Barcelona: Paidós.
- GARAMONI, G. L., & SCHWARTZ, R. M. (1986). The golden section hypothesis and beyond: Implications of information theory for psychopathological states of mind. Unpublished manuscript.
- GLASS, C. R., MERLUZZI, T. V., BIEVER, J. L., & LARSON, K. H. (1982). Cognitive assessment on social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, pp. 37-55.
- GOLDFRIED, M. R., & ROBINS, C. (1983). Self-schema, cognitive bias and processing of therapeutic experiences. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy Vol 2*, pp. 38-80. New York: Academic Press.
- GOODWIN, F. K., & JAMISON, K. R. (1984). The natural course of manic-depressive illness. In: R. M. Post & J. C. Ballinger (Eds.) *The neurobiology of mood disorders*. Baltimore MD: Williams & Wilkins.
- GUIDANO, V. F. (1987). *Complexity of the self. A developmental approach to psychopathology and therapy*. New York: The Guilford Press
- GUIDANO, V. F., & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive Processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford.
- HEIMBERG, R. G., CHIAUZZI, E., BECKER, R. E., & MADRAZO-PETERSON, R. (1983). Cognitive mediation of assertive behavior: An analysis of the self-statement patterns of college students, psychiatric patients and normal adults. *Cognitive Therapy and Research*, 7, pp. 455-464.
- HOLLON, S. D., & KENDALL, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, pp. 383-395.
- HUNTLEY, E. H. (1970). *The divine proportion*. New York: Dover.
- JOHNSON, L. C. (1982). Sleep deprivation and performance. In W. B. Webb (Ed.), *Biological rhythms, sleep and performance*. Chichester: Wiley.
- JUNG, C. G. (1969). *Los complejos y el inconsciente*. Barcelona: Alianza.
- KANOUSE, D. E., & HANSON, L. P. Jr. (1972). Negativity in evaluations. In E. E. Jones, D. E. Kanouse, H. H. Kelley, R. E. Nisbett, S. Valins, & Y. Wiener (Eds.), *Attribution: Perceiving the causes of behavior* (pp. 47-62). Morristown, NJ: General Learning Press.
- KELLY, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- KENDALL, P. C., WILLIAMS, L., PECHACECK, T. F., GRAHAM, L. E., SHISSLAK, C., & HERZOFF, N. (1979). Cognitive-behavioral and patient education procedures: The Palo Alto medical psychology project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, pp. 49-58.
- KUIPER, N. A., & DERRY (1982). Depressed and non depressed content self-reference in mild depressives. *Journal of Personality*, 50, pp. 67-80.
- LEWICKA, M., & SUCHECKI, J. (1980). Positive bias in perception and organization of cognitive field. In F. Klix & J. Hoffman (Eds.) *Cognition and memory*. Amsterdam: North Holland Pub. Co.
- LEWIN, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
- MAHONEY, M. J. (1985). *Psychotherapy and human change process*. In M. Mahoney & A. Freeman (eds.), *Cognition and Psychotherapy*. New York: Plenum Press. (Traducción castellana: *Cognición y Psicoterapia*. (1988). Barcelona: Paidós.)
- MAHONEY, M. J. (1991). *Human change processes. The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- MASLOW, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. Princeton, NJ: Van Nostrand-Rheinhold.
- MAVISSAKALIAN, M., MICHELSON, L., GREENWALD, D., KORNBLITH, S., & GREENWALD, M. (1983). Cognitive-behavioral treatment of agoraphobia: Paradoxical intention vs. self-statement training. *Behavior Research and Therapy*, 21, pp. 75-86.
- MAY, R. (1972). *Power and innocence: A search for the sources of violence*. New York: Norton.
- MEICHENBAUM, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- NEALE, J. et al. (1988). The relation between immunity and health: Comment on Pennebaker, Kiecolt-Glaser and Glaser. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56, 636-677.
- NEIMEYER, R. A. (1985). Personal constructs in depression: research and clinical implications. In: *Personal Construct Theory & Mental Health*. London: Croom Helm.
- NOWLIS, V. (1965). Research with the Mood Adjective Check List. In S. S. Tomkins and C. E. Izard (Eds.), *Affect, cognition and personality*, pp. 352-389. New York: Springer.
- PAEZ, D., ECHEBARRIA, A. y VILLARREAL, M. (1989). Teorías psicosociales de las emociones. En A. Echebarría y D. Páez (Eds.): *Emociones: Perspectivas psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- PEETERS, G. (1971). The positive-negative asymmetry: on cognitive consistency and positivity bias. *European*

- Journal of Social Psychology*, 1, pp. 455-474.
- PENNEBAKER, J. W., HUGHES, C., & D'HEERON, R. (1987). The psychophysiology of confession: Linking inhibitory and psychosomatic processes. *Journal of personality and social psychology*, 52, 781-793.
- PENNEBAKER, J. W., KIECOLT-GLASER, J., & GLASER, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56, 239-245.
- PIAGET, J. (1969). The problem of common mechanisms in human sciences. *The Human Context*, 1, pp. 163-185.
- PRECIADO, I. (1991) *Depresión unipolar y estado de ánimo: Dimensiones de valencia y activación*. Trabajo de Curso de Doctorado 1990-91. Director: G. Feixas. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
- REHM, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, pp. 787-804.
- RYLE, G. (1949). *The concept of mind*. New York: Barnes & Noble.
- SACKEIM, H. A. (1986). A neuropsychodynamic perspective on the self. Brain, thought, and emotion. In: *Advances in the Study of Communication and Affect (vol II): Perception of Self in emotional Disorder and Psychotherapy*. New York: Plenum.
- SCHWARTZ, R. M., & GARAMONI, G. L. (1984). The internal dialogue and anxiety: Asymmetries between positive and negative coping thoughts. In L. Michelson (Chair), *Cognitive-behavioral assessment and treatment of major anxiety disorders: Current strategies and future perspectives*. Symposium conducted at the meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Philadelphia.
- SCHWARTZ, R. M., & GARAMONI, G. L. (1986a). *A structural-information processing model of positive and negative cognition*.
- SCHWARTZ, R. M., & GARAMONI, G. L. (1986b). A structural model of positive and negative states of mind: Asymmetry in the internal dialogue. In P. C. Kendall, *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol 5, pp. 1-62). Orlando: Academic Press.
- SCHWARTZ, R. M., & GOTTMAN, J. M. (1976). Toward a task analysis of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, pp. 910-920.
- SELIGMAN, M. E. P. (1976). *Learned helplessness and depression in animals and men*. Morristown, R.J.: General Learning Press.
- SELYE, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- SELYE, H. (1978). *The stress of life: Revised edition*. New York: McGraw-Hill.
- SPACE, L., & CROMWELL, R. L. (1980). Personal constructs among depressed patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168, pp. 150-158.
- SPACE, L., DINGEMANS, P., & CROMWELL, R. L. (1983). Self construing and alienation in depressives. En J. Adams-Webber y J. C. Mancuso (Eds.), *Applications of personal construct theory* (pp. 365-377). New York: Academic Press.
- TAUB, J. M. (1982). Effects of scheduled afternoon naps and bedrest on daytime alertness. *International journal of neuroscience*, 16, 107-127.
- TEASDALE, J. D. (1985). Psychological treatments for depression. How do they work? *Behavior research therapy*, 23, 157-165.
- THAYER, R. E. (1978). Towards a psychological theory of multidimensional activation (arousal). *Motivation and emotion*, 2, 1-34.
- THAYER, R. E. (1987). Problem perception, optimism and related states as a function of time of day (diurnal rhythm) and moderate exercise: Two arousal systems in interaction. *Motivation and emotion* 11, 19-36.
- THAYER, R. E. (1989). *The biopsychology of mood and arousal*. New York: Oxford University Press.
- THAYER, R. E., TAKAHASHI, P. J. & PAULI, J. A. (1988). Multidimensional arousal states, diurnal rhythms, cognitive and social processes, and extraversion. *Personality and individual differences*, 9, 15-24.
- THOMPSON, D. W. (1942). *On growth and form*. London: Cambridge University Press.
- TOUS, J. M. (1988). La personalidad y el método científico natural. *Revista de psicología. Universitas Tarraconensis*, X (1), pp. 3-24.
- TUCKER, D. M., & WILLIAMSON, P. A. (1984). Asymmetric neural control systems in human self-regulation. *Psychological Review*, 91, pp. 185-215.
- TURK, D. C., & SPEERS, M. A. (1983). Cognitive schemata and cognitive processes in cognitive-behavioral interventions: Going beyond the information given. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. (Vol 2, pp. 1-31), New York: Academic Press.
- TVERSKY, A., & KAHNEMAN, D. (1981). The framing of decision and the psychology of choice. *Science*, 211, pp. 453-458.

- VALERIO, H. P., & STONE, G. L. (1982). Effects of behavioral, cognitive and combined treatments for assertion as a function of differential deficits. *Journal of Counseling Psychology*, 29, pp. 158-168.
- VELTEN, E. C. (1968). A laboratory task for induction of mood states. *Behavior research and therapy* 6, 473-482.
- WARR, P. B. (1971). Polyanna's personal judgements. *Eur. J. soc. Psychol.* 1, pp. 327-338.
- WATSON, J. B. (1925). *Behaviorism*. New York: Norton.
- WOJCISZKE, B. (1979). Affective and descriptive factors in organization of cognitive structures. *Polish Psychological Bulletin*, 1.
- ZAUTRA, A. J., & REICH, J. W. (1983). Life events and perceptions of life quality: Developments in a two factor approach. *Journal of Community Psychology*, 11, pp. 121-132.



PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA DEL REALISMO DEPRESIVO: IMPLICACIONES PARA LA TEORIA Y TERAPIA COGNITIVAS.

David A. H. Haaga y Aaron T. Beck
Universidad de Pennsylvania

Cognitive theory of depression (Beck, 1967) holds that depressed people's negative thinking is sustained even in the face of the contradictory evidence because they distort feedback from the environment, perceiving it as more negative than it is. Recent research has challenged this hypothesis, suggesting instead that depressives may be realistic perceivers of genuinely negative life circumstances, while nondepressives engage in optimistic but unrealistic thinking. Debate on this issue has been conducted within a metatheoretical framework of realism, conceptualizing an objective reality that is stable and external to the perceiver. This paper broadens the debate by examining the implications of constructivism (e.g., Mahoney, 1988b) for concepts of depressive realism vs. depressive distortion or bias. Finally, several implications of this debate for cognitive theory and therapy of depression are discussed.

La teoría cognitiva de la depresión desarrollada por Beck (1967, 1987) reconoce la importancia de los factores biológicos, ambientales y conductuales, pero coloca el énfasis sobre la contribución de la cognición en el inicio y mantenimiento de la depresión. En pocas palabras, esta teoría mantiene que las depresiones unipolares reactivas sobrevienen al activarse, debido a acontecimientos negativos, ciertas vulnerabilidades cognitivas preexistentes que consisten en creencias (o esquemas) disfuncionales. Esta activación puede depender de la correspondencia específica entre el estilo de personalidad y el tipo de acontecimiento experimentado. Así, una persona dependiente o “sociotrópica” (Beck, 1983) con creencias disfuncionales sobre el significado del rechazo personal (por ejemplo, “Si alguien no quiere salir conmigo ya no podré ser feliz nunca más”) puede tener mucha más propensión a deprimirse por acontecimientos negativos que tengan que ver con relaciones interpersonales.

La teoría postula un cierto número de características cognitivas en los episodios depresivos. Estas características son independientes del subtipo de

depresión y de las causas del episodio. En resumen, los “pensamientos automáticos” de las personas deprimidas se centran en temas de pérdida y revelan una visión negativa de sí mismos y de su pasado, del mundo y de sus perspectivas de futuro. La persistente negatividad de sus interpretaciones y expectativas es mantenida pese a las evidencias que la contradicen mediante sesgos en el procesamiento de la información (p.ej., abstracción selectiva, sobregeneralización). En suma, que los depresivos no sólo “se quejan de sí mismos” (Coyne y Gotlib, 1983, p. 496), sino que además estas quejas reflejan a menudo percepciones distorsionadas e incorrectas basadas en estilos aberrantes de procesamiento de la información.

La asociación prevista de depresión y pensamientos negativos acerca de pérdidas viene avalada por muchos estudios (p. ej., Beck, Brown, Steer, Eidelson y Riskind, 1987; Crandell y Chambless, 1986; Eaves y Rush, 1984; Greenberg y Beck, 1989; Hollon, Kendall y Lumry, 1986; Wilkinson y Blackburn, 1981). La noción de que estas interpretaciones negativas son con frecuencia distorsiones de la realidad ha sido mucho más controvertida. Existen investigaciones que sugieren que:

- (a) los pensamientos negativos de las personas deprimidas generalmente reflejan realidades genuinamente negativas (Krantz, 1985),
- (b) las personas no depresivas muestran cogniciones ilusorias que, al parecer, refuerzan el bienestar psicológico (Taylor y Brown, 1988), y
- (c) los depresivos puede que sean más realistas que los no depresivos, reflejando así un “realismo depresivo” (Alloy y Abramson, 1979, 1988).

Este artículo explora algunas implicaciones de estos argumentos para la teoría cognitiva de la depresión y la terapia que se deriva de ella (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). En el estudio de la relación entre las cogniciones y las circunstancias externas deberemos previamente diferenciar las perspectivas metateóricas *realistas* y *constructivistas*.

DISTORSIONES, ERRORES Y SESGOS

En primer lugar va a ser necesario definir más claramente lo que es una “distorsión” cognitiva. Funder (1987, p. 76) definía el error (“error” en el original inglés), como el “juicio de un estímulo de laboratorio que se desvía del modelo de cómo debería realizarse este juicio. Cuando este modelo es normativo y racional el error representa un juicio incorrecto”. En cambio, la equivocación (“mistake”) era definida como “un juicio incorrecto en el mundo real”. En la misma línea, Alloy y Abramson (1988, p. 226) consideran como erróneo o distorsionado “un juicio o conclusión que no esté de acuerdo o sea inconsistente con algunas medidas comúnmente aceptadas de la realidad objetiva”. La “racionalidad”, por otra parte, denota estrategias inferenciales que, en un medio natural conducen generalmente a inferencias realistas que, por lo tanto, causan pocas equivocaciones. Con la denominación de “sesgo” inferencial estos autores se refieren a “la tendencia a

realizar juicios de una forma sistemática y consistente en momentos y situaciones específicas (por ejemplo, una tendencia a extraer conclusiones negativas acerca de uno mismo, independientemente de las circunstancias particulares)” (p. 227).

Así, los teóricos han distinguido al menos tres tipos de productos cognitivos no normativos: distorsiones (errores), equivocaciones (irracionalidades) y sesgos. Sus características están resumidas en la Tabla 1.

Tabla 1				
Taxonomía de los productos cognitivos no normativos				
Término	Estímulo		Respuesta	
	¿Objetivo?	¿Ecológicamente válido?	¿Se desvía de la norma?	¿Constante en todas las situaciones?
Distorsión (Error)	SI	NN	SI	NN
Equivocación	SI	SI	SI	NN
Sesgos	NN	NN	NN	SI

Nota. NN=No necesariamente

PUNTOS DE VISTA OPUESTOS SOBRE LA ENTIDAD EMPÍRICA DEL REALISMO DEPRESIVO

Se han realizado varias revisiones sobre la cuestión del realismo depresivo, cuyas conclusiones varían entre un apoyo a este realismo (Alloy y Abramson, 1988) y una posición más escéptica respecto a que los depresivos sean especialmente realistas (Ackermann y DeRubeis, 1989; Dobson y Franche, en prensa). Para nuestros propósitos será útil esbozar los desacuerdos y puntos comunes de los distintos puntos de vista.

Desacuerdos

En primer lugar, las revisiones difieren en el grado de rigor con el que se construye la hipótesis del realismo depresivo, que requiere tests de percepciones de estímulos “objetivos”. Es difícil estudiar percepciones de estímulos objetivos que además sean válidos ecológicamente (por ejemplo, buscar equivocaciones). En consecuencia, no queda claro si los estudios que sugieren la existencia de un realismo depresivo llegan a demostrar que las personas no depresivas tienen tendencia a las equivocaciones o solamente a las distorsiones bajo determinadas condiciones de laboratorio.

Un segundo punto en que hemos de tener precaución en este tema del realismo depresivo se refiere al uso frecuente de autoinformes como únicos instrumentos de medida sintomática de la depresión. Las muestras escogidas mediante estos autoinformes contienen muchos sujetos que no cumplen los criterios del síndrome depresivo; de forma que estos grupos debieran etiquetarse con mayor propiedad como “disfóricos” más que como “depresivos” (Kendall, Hollon, Beck, Hammen, & Ingram, 1987). De todos modos, si el único problema de esta estrategia de selección fueran los falsos positivos (por ejemplo, la identificación como depresivos de algunos sujetos que en realidad no lo son), se obtendrían resultados más moderados, en el sentido de que las diferencias entre depresivos y no depresivos estarían subestimadas en este tipo de estudios. Sin embargo, el hecho de incluir sujetos disfóricos en las muestras de depresivos tiene otros efectos que oscurecen los resultados. En primer lugar, dada la alta correlación entre las medidas sintomáticas de ansiedad y depresión (ver, p. ej. Gotlib, 1984), los efectos de la ansiedad pueden ser erróneamente adjudicados a los de la depresión (Kennedy y Craighead, 1988). En segundo lugar, es posible que las personas moderadamente disfóricas sean relativamente más precisas, mientras que las que no sufren distrés sesguen positivamente la información, y las gravemente deprimidas se inclinen a distorsionar la información de forma negativa (Ackermann y DeRubeis, 1989).

Supuesto común subyacente

Es importante explicitar los desacuerdos en los criterios de elección de sujetos y tareas para realizar pruebas sobre el realismo del depresivo. De no ser así (y no indicar, por ejemplo, si consideramos a los disfóricos como depresivos o no), los investigadores que revisan estudios empíricos y que desconocen el supuesto común pueden llevarse fácilmente a error. Vemos que ambas tendencias de opinión en este conflicto (realismo depresivo frente a distorsión depresiva) comparten varias premisas: (a) la cuestión central que hay que comprobar empíricamente consiste en saber si las personas depresivas distorsionan negativamente la realidad, si los no-depresivos la distorsionan positivamente, o si ocurren ambas situaciones, o ninguna de ellas; y (b) si resulta que los depresivos realizan pocas distorsiones, la teoría cognitiva de la depresión resultaría incorrecta (que es la conclusión a la que llegan Beidel y Turner, 1986, en base fundamentalmente a los hallazgos acerca del realismo depresivo).

Estas premisas que comparten ambas partes en conflicto son el reflejo de una perspectiva realista de la cognición. La perspectiva realista asume que la realidad es singular, estable, externa al observador y puede ser juzgada de forma correcta o incorrecta (Mahoney y Gabriel, 1987). Si utilizamos los términos a los que nos hemos referido con anterioridad para describir los productos cognitivos no normativos, el encuadre realista supone que es posible calibrar hasta qué punto las personas cometen errores, de forma que podremos encontrar diferencias importantes en la

tendencia a cometer equivocaciones o distorsiones cognitivas entre grupos distintos de personas.

CONSTRUCTIVISMO

Desde un encuadre constructivista los temas más importantes de la cognición en sujetos depresivos se observan de forma muy distinta. Una perspectiva constructivista sobre estos temas va a conducirnos a modificar significativamente dónde colocamos el énfasis en la teoría y terapia cognitiva. El resto de este artículo está dedicado a presentar una breve descripción del constructivismo (para una descripción más detallada podemos ver Kruglanski y Jaffe, 1988; Mahoney, 1988 abc) y un esbozo de sus implicaciones para la teoría y terapia cognitivas.

La metateoría constructivista reconceptualiza la realidad como algo múltiple, maleable y subjetivo. Los procesos cognitivos no se conciben como registros sensorios pasivos de la información sino como transacciones activas, de dentro a afuera (“inside-out” en Mahoney, 1988a, p. 364) entre el observador y los acontecimientos del mundo físico. El constructivismo mantiene que “somos literalmente cocreadores de las *realidades* a las que respondemos” (Mahoney, 1988b, p. 3). Mahoney (1988b) diferencia este enfoque del idealismo puro, haciendo notar que el constructivismo acepta “la existencia de un mundo externo *real*... al que podemos llegar a conocer únicamente de forma indirecta e imperfecta” (p. 4).

Desde un punto de vista constructivista se asume que *todas* las cogniciones están parcialmente determinadas por sesgos personales; y que no son registros directos de la información que el medio ofrece. Toda construcción puede ser considerada una distorsión desde otras perspectivas, dependiendo de si encaja o no con los sesgos del observador y con el feedback que ofrece generalmente el mundo externo. Este punto de vista es claramente consistente con las investigaciones recientes que sugieren que el realismo aparente (juzgado desde una perspectiva desvinculada) de los sujetos disfóricos y no-depresivos puede ser manipulado por las alteraciones en el grado de correspondencia entre el feedback y las creencias/construcciones previas acerca del self (Dykman, Abramson, Alloy y Hartlage, 1989).

De forma que, algunos de los términos que Beck ha utilizado para describir procesos que supuestamente conducen a distorsiones cognitivas en la depresión (por ejemplo la sobregeneralización, abstracción selectiva, inferencia arbitraria) son, desde un punto de vista constructivista, redundantes (Kruglanski y Jaffe, 1988). *Todas* las abstracciones son selectivas, todas las inferencias tienen un sentido arbitrario, todas las generalizaciones no están lo suficientemente justificadas. Estos son hechos que ocurren en el pensamiento tanto del sujeto depresivo como del no-depresivo. El *contenido* de los sesgos cognitivos y su utilidad relativa para la persona pueden diferir entre las poblaciones clínicas y no clínicas, pero no la presencia de construcciones sesgadas per se (Hollon y Garber, 1988).

IMPLICACIONES PARA LA TEORÍA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN

Las aportaciones constructivistas parecen exigir una modificación, o al menos una clarificación, por parte de la teoría cognitiva de la depresión. Los escritos teóricos de Beck no distinguen sesgos de distorsiones y no aportan un punto de vista consistente sobre el pensamiento de la persona no depresiva. De hecho, existen muchos indicios en estos escritos que apoyan la interpretación de los investigadores realistas de que la teoría cognitiva postula una ausencia de sesgos entre las personas no depresivas y distorsiones en los depresivos. Beck declara que “las construcciones que utilizan los depresivos están guiadas por esquemas más que por datos, al revés de lo que ocurre en los sujetos normales” (Beck, 1987, p.14). Afirma también que los depresivos realizan “juicios incorrectos” (Beck, 1976, p. 217), “distorsionan la realidad” (1976, p. 218), “distorsionan su visión de sí mismos y del mundo” (Beck et al., 1979, p. 21), y tienen “ideas...(que)...parecen poco creíbles para otras personas” (Beck et al., 1979, p. 21).

La investigación del medio social e interacción interpersonal de las personas depresivas sugiere que las grandes distorsiones (por ejemplo “un hombre de negocios deprimido se queja de que está al borde de la bancarrota y, sin embargo, el examen de sus cuentas indica que es solvente y que, de hecho, sus negocios están prosperando”; Beck, 1976, p. 218) no son frecuentes entre las construcciones depresivas. Un lector neutral estaría generalmente de acuerdo con el hecho de que la historia de las circunstancias que acompañan a una persona deprimida son predominantemente negativas. De forma que si retiramos el énfasis de la distorsión en favor del sesgo negativo, el constructivismo haría que la teoría cognitiva fuera más compatible con la teoría e investigación del ambiente social que rodea a la persona depresiva.

Observando este tema desde una perspectiva más amplia, el énfasis constructivista en la inevitabilidad de los sesgos pondría a la teoría cognitiva en comunicación con algunas de las tendencias más importantes de la psicología social y de la personalidad, que sugieren que la distinción entre los acontecimientos internos y externos se va tornando cada vez más borrosa. Por ejemplo, supongamos que una persona depresiva puede actuar de tal forma que evoque (Buss, 1987) una respuesta del medio ambiente que concuerde con una construcción inicialmente sesgada del tipo “Mi esposa está nerviosa conmigo, y no hay nada que pueda hacer para cambiar esta situación”. Una lectura realista, estática de esta transacción nos llevaría a la conclusión de que la persona depresiva, percibía los datos indicativos de que su esposa estaba de mal humor y se daba cuenta de que, hasta el momento, ni él ni ella habían sido capaces de cambiar esta situación. Un constructivista también buscaría sesgos en la construcción inicial. Es decir, basándose en una tendencia aprendida a construir las situaciones negativas como desesperanzadoras, la persona puede haber (sobre)generalizado a partir de la experiencia pasada a asumir que la situación va a continuar sin cambios.

Como ejemplo empírico de este fenómeno, la predicción de los sujetos disfóricos en cuanto a la ocurrencia de acontecimientos negativos en los dos meses siguientes al experimento fue mayor que la predicción de este tipo de acontecimientos que realizaron los sujetos no depresivos (Osberg y Shrauger, 1988). Para un realista esta investigación indica que los sujetos disfóricos fueron simplemente observadores precisos de lo que tenían delante. Sin embargo, un constructivista podría tener en cuenta la posibilidad de que estas predicciones estén sesgadas en cierto grado y sean autoconfirmadoras (por ejemplo, que las predicciones negativas por sí mismas aumenten la probabilidad de actuar de tal forma que los resultados negativos sean más factibles). Las investigaciones que muestran que la depresión está asociada con la generación de menos soluciones alternativas a los problemas personales (Nezu, 1987) parecen apoyar esta especulación acerca de los mecanismos que conectan las autopredicciones con los resultados subsiguientes.

La contrapartida a este sesgo de desesperanza que se les supone a los depresivos no es la ausencia de sesgos en los no depresivos sino la existencia de un sesgo hacia el optimismo (Taylor y Brown, 1988). El afecto positivo parece facilitar el acceso a estrategias creativas de solución de problemas (Isen, Daubman, y Nowicki, 1987). Por lo tanto, en las situaciones en que es posible utilizar el feedback y formular gradualmente una acción efectiva podemos encontrarnos que las personas que no sufren de distrés intentan una solución y luego otra y finalmente encuentran una personalmente viable a sus dificultades (Greenwald, 1980).

La investigación sobre la deshabituación al tabaco ilustra la presencia de un sesgo optimista amplio y de gran viabilidad. Las personas que han dejado de fumar en un pasado reciente esperan mantener su abstinencia por lo menos un año (Haaga, 1989), pese a que muchos no lo logran en un solo intento (ver, por ejemplo, Schwartz, 1987). De todas formas, este optimismo impulsa muchos intentos de cambio y parece ser adaptativo y autocumplidor, además de llevar a resultados positivos a largo plazo (ver, por ejemplo, Schachter, 1982); aunque, naturalmente, existen situaciones en las que un potente sesgo optimista puede llevar a una ignorancia y pasividad peligrosas, particularmente cuando se deberían adoptar precauciones para evitar resultados negativos (Weinstein, 1987).

En resumen, la metateoría e investigación constructivista del medio social de las personas depresivas converge en sugerir que una modificación del punto donde colocamos el énfasis haría más viable la teoría cognitiva. Una formulación más viable, en lugar de considerar que la depresión está asociada con sesgos y un procesamiento esquemático que conduce a distorsiones cognitivas, mientras que la ausencia de depresión está asociada a un procesamiento que tiene más en cuenta los datos, debería incluir los siguientes principios:

(a) Tanto las personas deprimidas como las que no lo están construyen su mundo de forma sesgada, que sólo en parte tiene en cuenta los datos. Esta construcción puede conducir tanto a percepciones certeras como distorsionadas,

dependiendo de las circunstancias que concurren, del contenido de las creencias sesgadas y de las oportunidades que la persona tiene para convertir sus creencias en resultados por medio de las acciones que escoge realizar, y

(b) Un dato llamativo de los sesgos depresivos parece consistir en la subestimación de la capacidad de mejora en circunstancias negativas. En efecto, existe un déficit en creatividad y persistencia, más claro que el de la capacidad de percibir correctamente lo que ocurre frente a la propia nariz.

IMPLICACIONES PARA LA TERAPIA COGNITIVA

Los análisis constructivistas ya citados tienen implicaciones para la comprensión de los mecanismos por los que la terapia cognitiva parece tener un alto grado de éxito en la ayuda a superar la depresión (Dobson, 1989). La noción de que los depresivos pueden mostrar un sesgo negativo pero no necesariamente un alto grado de distorsiones cognitivas conduce a la hipótesis de que la eficacia de la TC puede ser el resultado de facilitar la acción constructiva y el pensamiento divergente (las preguntas “¿Qué puedo hacer?” y “¿Hay alguna otra forma de encarar esta situación?”) más que por su focalización en el tema de la precisión per se (La pregunta “¿Qué evidencias existen?” que se emplea con los pensamientos negativos automáticos).

El pensamiento divergente y la acción constructiva pueden trabajar mano a mano. Por ejemplo, al facilitar tareas graduales (Beck et al., 1979) ayudamos a los pacientes a adquirir nuevas habilidades y por tanto a alterar el feedback que les llega. Por la misma razón, diversas técnicas cognitivas de la TC animan a un estilo más graduado y menos polarizado de construcción del significado de este feedback. La mayor atención prestada a los éxitos parciales y una mayor variedad de actividades en las que la persona se involucre le ayudarán a interrumpir los sesgos cognitivos producto de la atención selectiva a una realidad negativa (probablemente genuina).

En suma, la TC no fue diseñada para la enseñanza de pensamiento positivo poco fundamentado. Pese a la terminología “prospective empirical hypothesis-testing” (“comprobación de hipótesis de forma prospectiva y empírica” que aparece, por ejemplo en Piasecki y Hollon, 1987), probablemente no funciona haciendo aprender al paciente formas de exponer sus constructos personales a la amenaza de la rigurosa desconfirmación empírica. En lugar de ello puede resultar más adecuado enseñar a los pacientes a convertirse en teóricos personales más optimistas mediante el empleo de estrategias de sesgos autoconfirmadores. Estas estrategias pueden resultar apropiadas para los científicos (MacKay, 1988) y también para la adaptación personal. Al principio del tratamiento el terapeuta adherido a estas teorías optimistas puede, en ocasiones, ayudar a contrarrestar la desesperanza y pesimismo de los pacientes acerca de la propia experiencia de estar deprimido (“depression about depression” citada por Fennell y Teasdale, 1987; Teasdale, 1985).

CONCLUSIONES

Hemos intentado mostrar que las propuestas acerca del realismo depresivo y el sesgo de ilusión de las personas normales no necesitan ser consideradas necesariamente como antagónicas a la teoría y terapia cognitiva de la depresión, sino más bien pueden ser heurísticos para un refinamiento teórico posterior.

En particular sugerimos que la teoría cognitiva de la depresión es más viable si la incluimos en un encuadre constructivista que si lo hacemos en uno realista. Muchos aspectos de la teoría han sido siempre consistentes con el constructivismo (por ejemplo el concepto de “abstracción selectiva” da cuenta de la posibilidad de que los pensamientos negativos de las personas depresivas sean a menudo observaciones precisas, pero reflejen sólo *parte* del cuadro). La compatibilidad de la teoría cognitiva con el constructivismo se ha visto, sin embargo, oscurecida por (a) especulaciones acerca de que la cognición de la persona no depresiva realiza lecturas no sesgadas de los datos objetivos, y (b) el fracaso en la distinción entre sesgos y distorsiones.

No pretendemos aportar evidencias irrevocables de que la aproximación constructivista a la terapia cognitiva de la depresión sea más precisa o válida que la realista. Este artículo ha sido escrito con un espíritu de “redescripción” (Rorty, 1989) y recontextualización de la teoría cognitiva. Su utilidad quedará demostrada si ayuda a formular cuestiones conceptuales y empíricas que nos conduzcan a una comprensión más satisfactoria de la depresión o de la terapia cognitiva.

Para finalizar describiremos dos de las preguntas que nuestro análisis parece sugerir:

(a) ¿Mostrarán los análisis de los procesos que ocurren en la TC de la depresión que ésta tiene éxito gracias a que favorece el pensamiento divergente y la acción constructiva en mayor medida que a enseñar a los pacientes a aumentar la precisión de su lectura de las evidencias ambientales?

(b) ¿Existen variaciones de la utilidad terapéutica de las conceptualizaciones constructivistas en contraste con las realistas según el trastorno de que nos ocupemos, añadiendo así otra dimensión a la teoría e investigación sobre la “especificidad cognitiva” en psicopatología (Clark, Beck y Brown, 1989)? Por ejemplo, las crisis de ansiedad pueden ser superadas en mayor o menor grado (Beck, 1988) mediante el aporte de suficiente documentación acerca de que no son ciertas las cogniciones del tipo “tengo palpitations porque estoy a punto de sufrir un ataque cardíaco” puesto que podemos demostrar que dichas palpitations pueden ser el resultado de algún otro mecanismo (por ejemplo, la hiperventilación). Por otra parte, en un episodio depresivo no suele existir un pensamiento desagradable único y central que exprese una verdad fácilmente falsificable. Es por ello que el constructivismo puede tener mucho que aportar en este tema.

La teoría cognitiva de la depresión (Beck, 1967) considera que el depresivo mantiene su pensamiento negativo pese a la existencia de evidencias que lo contradigan, debido a que distorsiona el feedback que recibe del ambiente, percibiéndolo más negativo de lo que en realidad es. La investigación reciente pone en entredicho esta hipótesis, sugiriendo en cambio que los depresivos pueden ser realistas en la percepción de circunstancias vitales genuinamente negativas, mientras que los no depresivos son los que mantienen un pensamiento optimista no realista. El debate sobre este tema se ha realizado dentro de un encuadre metateórico realista que conceptualiza la realidad objetiva como algo estable y externo al que la percibe. En este artículo ampliaremos el debate mediante el exámen de las implicaciones de la teoría constructivista (ver Mahoney, 1988b) sobre los conceptos de realismo depresivo versus distorsión o sesgo depresivo. Finalmente veremos algunas implicaciones de este debate para la teoría y terapia cognitiva de la depresión.

Traducción: Ignacio Preciado

Referencias bibliográficas

- ACKERMAN, R., & DERUBEIS, R.J. (1989). *Is depressive realism real?: A critical analysis*. Manuscript submitted for publication.
- ALLOY, L.B., & ABRAMSON, L.Y. (1979). Judgement of contingency in depressed and nondepressed students: Sadder but wiser? *Journal of Experimental Psychology: General*, 108, 441-485
- ALLOY, L.B. & ABRAMSON, L.Y. (1988). Depressive realism: Four theoretical perspectives. In L.B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression* (pp. 223-265). New York: Guilford Press.
- BECK, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- BECK, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- BECK, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P.J. Clayton & J.E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-284). New York: Raven Press.
- BECK, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of cognitive Psychotherapy: An International quarterly*, 1, 5-37.
- BECK, A.T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman, & J.D. Masser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 91-109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- BECK, A.T., BROWN, G., STEER, R.A., EIDELSON, J.L., & RISKIND, J.H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 179-183.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F., & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- BECKER, R.E. (1988). Interpersonal interaction and depression. *The Behavior Therapist*, 11, 115-118.
- BEIDEL, D.C., & TURNER, S.M. (1986). A Critique of the theoretical bases of cognitive-behavioral theories and therapy. *Clinical Psychology Review*, 6, 177-197.
- BUSS, D.M. (1987). Selection, evocation, and manipulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1214-1221.
- CLARK, D.A., BECK, A.T., & BROWN, G. (1989). Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 958-964.
- COYNE, J.C., & GOTLIB, I.H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological Bulletin*, 94, 472-505.
- CRANDELL, C.J., & CHAMBLESS, D.L. (1986). The validation of an inventory for measuring depressive thoughts: The Crandell Cognitions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 430-411.
- DOBSON, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57, 414-419.
- DOBSON, K.S., & FRANCHE, R. (In Press). A conceptual and empirical review of the depressive realism hypothesis. *Canadian Journal of Behavioral Science*.

- DYKMAN, B.M., ABRAMSON, L.Y., ALLOY, L.B., & HARTLAGE, S. (1989). Processing of ambiguous and unambiguous feedback by depressed and nondepressed college students: Schematic biases and their implications for depressive realism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 431-445.
- EAVES, G., & RUSH, A.J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 31-40.
- FENNELL, M.J.V., & TEASDALE, J.D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 253-271.
- FUNDER, D.C. (1987). Errors and mistakes: Evaluating the accuracy of social judgment. *Psychological Bulletin*, 101, 75-90.
- GOTLIB, I.H. (1984). Depression and general psychopathology in university students. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 19-30.
- GREENBERG, M.S., & BECK, A.T. (1989). Depression versus anxiety: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 9-13.
- GREENWALD, A.G. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. *American Psychologist*, 35, 603-618.
- HAAGA, D.A.F. (1989). *Issues in relating self-efficacy to smoking relapse: Importance of an Achilles heel situation and of prior quitting experience*. Manuscript submitted for publication.
- HOLLON, S.D., & GARBER, J. (1988). Cognitive therapy. In L.Y. Abramson (Ed.), *Social cognition and clinical psychology: A synthesis* (pp. 204-253). New York: Guilford.
- HOLLON, S.D., KENDALL, P.C., & LUMRY, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 52-59.
- ISEN, A.M., DAUBMAN, K.A., & NOWICKI, G.P. (1987). Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1122-1131.
- KENDALL, P.C., HOLLON, S.D., BECK, A.T., HAMMEN, C. L. & INGRAM, R.E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 289-299.
- KENNEDY, R.E., & CRAIGHEAD, W.E. (1988). Differential effects of depression and anxiety on recall of feedback in a learning task. *Behavior Therapy*, 19, 437-454.
- KRANTZ, S.E. (1985). When depressive cognitions reflect negative realities. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 595-610.
- KRUGLANSKI, A.W., & JAFFE, Y. (1988). Curing by knowing: The epistemic approach to cognitive therapy. In L.Y. Abramson (Ed.), *Social cognition and clinical psychology: A synthesis* (pp. 254-291). New York: Guilford Press.
- MacKAY, D.G. (1988). Under what conditions can theoretical psychology survive and prosper? Integrating the rational and empirical epistemologies. *Psychological Review*, 95, 559-565.
- MAHONEY, M.J. (1988a). The cognitive sciences and psychotherapy: Patterns in a developing relationship. In K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 357-386). New York: Guilford Press.
- MAHONEY, M.J. (1988b). Constructive metatheory: I. Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 1-35.
- MAHONEY, M.J. (1988c). Constructive metatheory: II. Implications for psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 299-315.
- MAHONEY, M.J. & GABRIEL, T.J. (1987). Psychotherapy and the cognitive sciences: An evolving alliance. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International quarterly*, 1, 39-59.
- MOOK, D.G. (1983). In defense of external invalidity. *American Psychologist*, 38, 379-387.
- NEZU, A.M. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144.
- OSBERG, T.M., & SHRAUGER, J.S. (1988). Depression and the accuracy of pessimistic versus optimistic self-predictions of future life events. In T.M. Osberg (Chair), *Self-prediction: The role of depression, defensive pessimism, and usage inexpectations for the future*. Symposium presented at the annual meeting of the Eastern Psychological Association. Buffalo, NY. April 1988.
- PIASECKI, J., & HOLLON, S.D. (1987). Cognitive therapy for depression: Unexplicated schemata and scripts. In N.S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 121-152). New York: Guilford Press.
- RORTY, R. (1989). *Contingency, irony, and solidarity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SCHACHTER, S. (1982). Recedivism and self-cure of smoking and obesity. *American Psychologist*, 37, 436-444.
- SCHWARTZ, J.L. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada*

- 1978-1985. U.S. Department of Health and human Services .Public Health Service. National Institutes of Health. NIH Publication No. 87-2490.
- TAYLOR, S.E., & BROWN, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- TEASDALE, J.D. (1985). Psychological treatments for depression: How do they work? *Behaviour Research and Therapy*, 23, 157-165.
- WACHTEL, P.L. (1973). Psychodynamics, behavior therapy, and the implacable experimenter: An inquiry into the consistency of personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 324-334.
- WEINSTEIN, N.D. (1987). Unrealistic optimism about illness susceptibility: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481-500
- WILKINSON, I.M., & BLACKBURN, I.M. (1981). Cognitive style in depressed and recovered depressed patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 283-292.



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.

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 narra 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 rumiaciones 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.

COMPRESION Y TRATAMIENTO DEL SINDROME DEPRESIVO DESDE LA PERSPECTIVA SISTEMICA

Gaspare Vella

Profesor de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Roma.

Camillo Lorio

Investigador de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Roma y Director del "Centro per la Psicoterapia della Coppia e della Famiglia de Roma".

On the basis of a general review of the literature of the field and of their clinical experience the authors discuss about the interpersonal relationships of the depressive patient from the point of view and clinical experience of relational therapy. The depressive patient has some characteristic modalities of relation in couple, such as care eliciting behavior, a helping relationship, and incongruencies in couple hierarchy. The depressive's family system has less interactive interchanges with the environment and among its members than the "normal" family. There is a high frequency of parents with affective disorders. The authors suggest a hypothesis about the family dynamics of the depressive disorder, and propose some general notions about the relational intervention on depressive patients.

En la actualidad, las investigaciones sobre la depresión desde la perspectiva relacional son muy abundantes y, quizás debido a su tardía aparición, se han visto menos afectadas por las actitudes simplistas y los entusiasmos acríticos que habitualmente caracterizan la introducción de una nueva perspectiva, como ha sucedido con otros síndromes.

Actualmente, por ejemplo, se reconocen no sólo los efectos que las relaciones significativas ejercen sobre la depresión, sino también los efectos de la depresión sobre las relaciones significativas.

Este segundo grupo de efectos, menos obvio pero no por ello menos importante que el primero, ha sido mostrado por estudios experimentales de considerable interés que permiten reconocer el profundo impacto que los individuos deprimidos ejercen sobre los demás.

Gotlib y Robinson (1982) han puesto en evidencia que bastan tres minutos de

interacción entre un deprimido y otra persona para que ésta última asuma un comportamiento verbal y no verbal significativamente más negativo.

Coyne (1976), asimismo, pudo observar que el comportamiento de las personas depresivas tiende a reflejarse e inducir estados de ánimo hostiles en los otros, pero puede, por contra, suscitar inhibición y sentimientos de culpa, unidos a actitudes de solidaridad.

Examinaremos las relaciones que tienen lugar en torno a los síntomas depresivos, en los diversos contextos en que se manifiestan.

LA RELACION DE PAREJA

En general, del análisis de la literatura sobre los aspectos relacionales de la depresión, surge la tendencia a considerar la relación de pareja como el ambiente privilegiado para que se manifieste la sintomatología depresiva. En este ámbito, veamos ahora los aspectos considerados como más significativos.

Acontecimientos vitales (life events) y acontecimientos estresantes.

Paykel y col. (1973), después de haber valorado las diferentes circunstancias estresantes y sus efectos sobre la depresión en una muestra de 220 pacientes, llegaron a la conclusión de que las desaveniencias conyugales son las situaciones que más frecuentemente preceden a la manifestación de la sintomatología depresiva.

Los autores refieren, en concreto, que las peleas en los seis meses precedentes al inicio del cuadro depresivo son los "acontecimientos" de los que se lamentan más a menudo las mujeres deprimidas que acuden a terapia.

En el estudio se citan algunas problemáticas relacionadas con el distanciamiento, la hostilidad, la dificultad de comunicación con la pareja, y las tensiones y conflictos sexuales. Tales problemáticas se resuelven muy lentamente y tienden a persistir aún después de la remisión del cuadro sintomático.

También Rousanville y col. (1979) han comprobado la presencia de una relación significativa entre las disputas conyugales y el proceso clínico de la depresión femenina. Muchas de las mujeres entrevistadas en la fase aguda, mientras se encontraban en tratamiento psicoterapéutico o farmacológico antidepresivo, presentaban problemas conyugales o de desacuerdo con el compañero.

Estas mujeres deprimidas con problemas de relación se diferenciaban del grupo control por mostrar escasa tendencia a la remisión de la sintomatología, irrelevantes mejoras en las relaciones interpersonales y una muy marcada tendencia a las recaídas. Sin embargo, las mujeres que dentro de este mismo grupo mejoraban la relación con su pareja durante el tratamiento, mostraban una mejoría tanto en los síntomas depresivos como en sus relaciones interpersonales parecida a la que presentaban las mujeres deprimidas sin problemas conyugales pertenecientes al grupo control.

Durante el seguimiento, de uno a cuatro años, posterior al tratamiento, B. J. Rousanville y col., (1985) puso en evidencia que las mujeres con problemas conyugales al inicio de la terapia, presentaban una escasa mejora en su vida conyugal. Incluso cuando se había notado una mejoría durante la terapia, ésta había sido generalmente de corta duración. En cambio, las parejas que durante el tratamiento de la mujer presentaban una relación relativamente buena tendían a mantenerse estables y a presentar muchas menos dificultades.

Igualmente interesante es un estudio más reciente llevado a cabo por Crowther (1985) sobre una muestra de 22 parejas, 12 de las cuales tenían un cónyuge deprimido mientras las otras 10 habían sido diagnosticadas de patologías distintas a la depresión.

Se pidió a los cónyuges que rellenaran tres cuestionarios diferentes (Beck Depression Inventory, Locke and Wallace Marital Adjustment Test, y el Areas of Change Questionnaire). Los resultados de este estudio también mostraron una correlación estadísticamente significativa entre depresión y desacuerdo matrimonial.

En la investigación se observaba una mayor sensibilidad al desacuerdo conyugal por parte de las mujeres en comparación con los hombres y, por tanto, una manifestación más frecuente de la sintomatología depresiva en la mujer en relación a este tipo de situaciones.

Friedman (1975) realizó un estudio sobre 196 pacientes, de edad comprendida entre los 21 y los 67 años, que fueron diagnosticados de depresión reactiva, psicótica y de psicosis maniaco-depresiva. El estudio reveló una elevada correlación entre el trastorno depresivo y los conflictos conyugales que a menudo conducen a una ruptura de la relación.

En dicho estudio se proponen las hipótesis de que el desacuerdo entre cónyuges pueda preceder al episodio depresivo y predisponerlo, o de que pueda ser consecuencia del episodio, o que el desacuerdo se potencie y amplifique con la aparición del episodio depresivo.

Según este autor, ciertas tendencias personales de ambos cónyuges pueden reforzarse recíprocamente hasta el punto de inducir o mantener una reacción depresiva en uno de ellos.

Mc Mahon (1980), partiendo de la observación de la elevada incidencia de problemáticas conyugales en la depresión, sugiere la hipótesis de que las personas gravemente deprimidas sean más propensas a la separación y al divorcio que los no deprimidos.

Los datos resultantes no han confirmado esta hipótesis: no se ha encontrado ninguna diferencia significativa en el número de separaciones y divorcios en los matrimonios con miembros deprimidos respecto a aquellos con sujetos que presentaban otros diagnósticos psiquiátricos.

Briscoe y Smith (1973) han encontrado una mayor incidencia de depresión en

las mujeres divorciadas respecto a los hombres durante el matrimonio, mientras que la depresión resultaba más frecuente en el hombre después de la separación.

Con respecto a la hipótesis de que la depresión consiguiente a acontecimientos estresantes corresponde generalmente a la forma reactiva, Thompson y Hendrie (1972) valoraron la incidencia de tales acontecimientos tanto sobre la depresión reactiva como sobre la endógena, pero no encontraron ninguna diferencia ni en el número ni en el tipo de situaciones que preceden a las dos formas de depresión.

Modalidades de relación

En muchos estudios (Feldman, 1976; Friedman, 1975; Hautzinger y col. 1982; Coyne, 1984; Hincliffe y col., 1978) se observa un comportamiento depresivo inicial, no necesariamente grave, que recibe conductas de refuerzo por parte del cónyuge sano. La conducta de refuerzo habría sido a su vez alentada por otros y más graves episodios depresivos. En nuestra experiencia hemos podido reconocer este modelo, pero también otros tipos de trato que caracterizan la relación de pareja del paciente deprimido y que describiremos seguidamente.

La relación del deprimido con su compañero adquiere características particulares que pueden ser definidas mediante modelos de relación que en nuestra observación han demostrado ser redundantes.

La conducta provocadora de cuidados (Care Eliciting Behavior)

Henderson (1974) ha descrito la conducta provocadora de cuidados, el "Care Eliciting Behavior" como el conjunto de comportamientos que un individuo pone en acción para provocar respuestas en los demás que puedan servirle de consuelo o que tienen un efecto de reafirmación. Estas respuestas asumen, por lo general, un aspecto de cercanía física y emotiva, y se transmiten a través de comportamientos verbales y no verbales que indican interés, estima y afecto.

El "Care Eliciting Behavior" (comportamiento de solicitud de cuidados), expresión esencial del vínculo de apego, constituye un componente importante de la conducta del hombre en el transcurso de toda la vida: los niños lloran, extienden los brazos, buscan el calor materno abrazándose al seno; los adultos piden apoyo y afecto en los momentos de mayor dificultad, sufren por la separación de aquellos a quienes aman, buscan la compañía de ciertas personas y nutren la esperanza de recibir consuelo.

Se produce un "care eliciting" patológico cuando un individuo vive de manera discrepante el afecto, las atenciones y la ayuda que realmente le son ofrecidos, y que percibe regularmente como insuficientes respecto a sus demandas y a sus expectativas.

Estas continuas e inagotables demandas de atención, afecto, ayuda y apoyo acaban por volverse destructivas no sólo para la persona que las expresa, sino también para aquellas a quienes van dirigidas.

En la depresión, el “care eliciting” disfuncional, que está presente quizás en otras patologías (alcoholismo, hipocondría, etc.), es particularmente evidente. Generalmente se mantiene constante durante toda la fase depresiva y, en algunos casos, sobrepasa esta fase, reclamando intervenciones reafirmantes y reconfortantes a los otros y, sobre todo, a la pareja.

La relación de ayuda

El “care eliciting behavior” introduce en la relación de pareja un reforzamiento de la designación como paciente del cónyuge deprimido, en contraste con un rechazo igualmente fuerte de su pareja para reconocer en sí mismo cualquier forma de patología o debilidad. Estas posiciones tan rígidas dan lugar a la característica “relación de ayuda” en la cual uno de los miembros de la pareja parece dedicar todas sus energías a la inagotable necesidad de asistencia del otro: la conducta dispensadora de cuidados (“care giving behavior”).

La severidad benévola

La ayuda prestada se incluye muy a menudo dentro de una actitud de severidad, que, en ocasiones, se transforma incluso en punitiva. Estas actitudes, sin embargo, se ven como una prueba de afecto: “Si te castigo es porque te quiero”.

La victoria del derrotado y la jerarquía conyugal incongruente

En la relación, el ejercicio del poder es atribuido sin dificultad al cónyuge sano, que a menudo se muestra supercompetente en casi todas las áreas. La única excepción a este indiscutible predominio está constituida por los comportamientos sintomáticos del sujeto deprimido, que se demuestran indefectiblemente capaces de resistir a cualquier tentativa de control.

De este modo, la depresión acaba por representar “la victoria del perdedor”, la única realidad en la cual el compañero deprimido puede vanagloriarse de una inaceptable supremacía. De ello deriva una especie de “jerarquía conyugal incongruente”, como la ha definido Madanes (1981), en la cual ambos componentes de la pareja son al mismo tiempo fuertes y débiles en lo que al otro respecta. La enfermedad se transforma para el deprimido en una fuente de poder, pero es también una demostración palpable de su debilidad.

Por otro lado, el cónyuge sano se encuentra en una posición de supremacía en cuanto puede ofrecer ayuda y apoyo, pero sus continuos fracasos lo sitúan en una posición de inferioridad.

El ciclo interactivo de la depresión

Combatir la depresión se convierte cada vez más en una obligación para el sujeto sano, que no acepta la derrota y la impotencia. Para él la apatía, la tristeza, la pasividad del cónyuge deprimido tienen el valor de un auténtico reto: cada fracaso

de las tentativas realizadas con el fin de modificar la situación se convierte en un estímulo para realizar esfuerzos mucho más enérgicos, cada frustración reactiva y exaspera posteriormente la relación de ayuda.

Coyne (1984) ha descrito esta situación como “punto muerto interactivo”. En nuestra opinión, se trata más bien de un ciclo de interacción que tiene inicio en una primera conducta depresiva que tiene el efecto de un “care eliciting behavior” al cual el compañero responde con un “care giving behavior” que, generalmente, no consigue solucionar el comportamiento depresivo; el fracaso empuja al sujeto sano hacia un distanciamiento temporal que acrecienta la depresión y el “care eliciting behavior”, lo cual induce nuevos intentos para resolver la condición depresiva con un “care giving” más intenso que, a su vez, reactiva la respuesta depresiva. Se trata de ciclos susceptibles de ser repetidos varias veces durante cada episodio depresivo.

La sumisión de la pareja

En casi una quinta parte de los casos hemos podido constatar un modelo distinto de relación. El cónyuge sano, aunque se mantenga muy activo respecto al síntoma, no domina en otras áreas de la relación o, al menos, no lo hace en el modo usual: asume una postura de extrema sumisión que imposibilita al cónyuge deprimido la censura de su comportamiento.

En uno de estos casos, una mujer deprimida lamentaba los muchos sufrimientos que le imponía la conducta egoísta del marido. Contaba que habían pasado la noche de bodas mirando la televisión porque él no podía perderse un partido de fútbol. Cuando ella estaba a punto de dar a luz, él la acompañó a la clínica con el coche, pero después, a pesar de estar sufriendo contracciones, la obligó a esperar en el coche durante más de una hora porque así, pasada la medianoche, tendrían que pagar un día menos de estancia en la clínica.

Frente a estos y otros numerosos reproches el marido no se defendía nunca, pero respondía en tono contrito: “Perdóname querida, pero sabes que yo soy así. Por desgracia soy superficial y ciertas cosas no llego a entenderlas...”.

El deprimido sólo consigue contrarrestar esta desarmante capacidad de autoacusación culpándose a sí mismo con mayor intensidad.

EL SISTEMA FAMILIAR

Como hemos visto con anterioridad, las manifestaciones depresivas tienen un efecto muy acusado en la relación de pareja; probablemente por este motivo la mayoría de estudios que versan sobre este tema toman como marco únicamente la relación conyugal. Sin embargo, desde hace algunos años van siendo más frecuentes los estudios sobre el “sistema depresivo”.

Senay (1973), que ha aplicado la teoría general de los sistemas a los síndromes depresivos, considera que la depresión aparece en un sistema incapaz de responder mediante mecanismos cibernéticos adecuados al cambio de equilibrio interior

provocado por trastornos (pérdidas, stress) provenientes del exterior. De todos modos, Senay no toma en consideración los sistemas interpersonales, sino que se refiere exclusivamente al individuo y a sus mecanismos homeostáticos.

Por otra parte, refiriéndose a los sistemas interpersonales, pero limitando su estudio a la pareja, Feldman (1976) sostiene el punto de vista opuesto: que, en la depresión, los mecanismos homeostáticos serían excesivamente activos al intentar anular cualquier forma de injerencia externa.

Boszormeny-Nagy y Spark (1973), ponen en evidencia que, en una situación familiar, la depresión de uno de los hijos a menudo pasa inadvertida, y relacionan la sintomatología depresiva del paciente identificado con su tentativa de hacerse cargo de todas las preocupaciones y sufrimientos que los padres tienden, por el contrario, a ignorar.

Wolkind y col. (1980) señalaron el papel activo del niño, incluso muy pequeño, en la depresión de la madre. Stierlin y col. (1986) describen la “complementariedad restrictiva” que se establece entre los cónyuges y en la que se ven implicados los hijos de parejas con miembros deprimidos. Dicha forma de complementariedad está caracterizada por la tendencia hacia el polo depresivo por parte del otro. Estas posiciones pueden ser mantenidas de forma estable por cada uno de los dos o puede haber (circunstancia menos habitual) una alternancia con un relativo cambio de posiciones.

Los hijos entran en el juego, reclamados por los padres o por su propia iniciativa, y también ellos toman parte en la complementariedad restrictiva, de tal modo que todo miembro de la familia desarrolla sólo aspectos circunscritos a su personalidad delegando los otros a sus familiares.

La competencia “cuasi terapéutica”

La descripción que nos da Hoffman (1981) de este tipo de familia corresponde a la acertada analogía de “un gigante adormecido que es molestado por un mosquito”. Según Hoffman, se trata de familias desorganizadas en las que, cuando la madre (o el padre) cae, por uno u otro motivo, en la depresión, los hijos empiezan a mostrar comportamientos agresivos; el padre se ve entonces forzado a salir de su inercia depresiva para bloquear estos comportamientos. Apenas los hijos se reponen, el progenitor regresa a su estado depresivo y, en este punto, el ciclo comienza de nuevo.

En nuestra experiencia hemos confirmado las observaciones de Hoffman, al menos en parte. En efecto, en el sistema familiar del deprimido los intercambios que se realizan en el seno de la familia son notablemente reducidos y sucede a menudo que estos intercambios consisten casi exclusivamente en actitudes de reproche o en medidas punitivas. Pero, por lo que vemos, estas medidas no se demuestran en absoluto eficaces y, al no haber obtenido los resultados esperados, aumenta el sentimiento de fracaso en el padre deprimido.

Al contrario que la típica familia con recursos de relación, la del deprimido presenta límites poco permeables hacia el exterior. El compañero sano tiene a veces alguna relación de amistad o, mejor dicho, alguna relación exterior en la cual asume su habitual actitud paternal y establece por enésima vez una relación de ayuda.

Por su parte, el paciente identificado tiene sólo relaciones superficiales con personas que mantienen hacia él una benévola postura de reafirmación.

Sin embargo, en algunos casos, el deprimido demuestra sorprendentes capacidades de terapeuta hasta el punto de dejarse inducir a dejar a un lado todos sus males para preocuparse por los de los otros.

Una madre deprimida puede abandonar su inercia para socorrer a la hija que está atravesando una grave crisis conyugal; un abogado que ha abandonado casi completamente su trabajo supera su episodio depresivo para defender a un pobre hombre que ha sufrido un grave atropello; una anciana olvida su depresión para animar a una amiga que se encuentra en un estado similar al suyo. Estos son algunos de los muchos ejemplos de la vocación terapéutica del depresivo.

Las observaciones llevadas a cabo por Billings y Moos (1982) indican que el sistema familiar del deprimido está caracterizado por una menor cohesión y expresividad interpersonal respecto a los grupos de control.

Miklovitz, Goldstein y col. (1988) han encontrado una relación significativa entre los valores de las Emociones Expresadas (EE) y del Estilo Afectivo (AS) de las familias con un sujeto deprimido y la aparición de episodios depresivos. En el estudio llevado a cabo por estos autores, el nivel AS de la familia resultó también útil para predecir el grado futuro de adaptación social de los pacientes deprimidos.

El vínculo con la familia de origen y la adquisición de la predisposición a la asistencia.

En las familias de origen de ambos cónyuges se evidencian muy a menudo fuertes trastornos afectivos entre los cuales con frecuencia aparece una depresión declarada. Otras veces, en la historia de un deprimido o de su pareja existe un padre alcohólico o farmacodependiente. De estas experiencias en la familia de origen y, por tanto, de una larga costumbre a hacer frente al trastorno afectivo, deriva probablemente la relativa competencia "cuasi terapéutica" del deprimido y de su cónyuge.

En concreto, el cónyuge sano ha dedicado, con frecuencia, una buena parte de su vida a asistir a uno o más familiares crónicamente incapaces de cuidarse a sí mismos.

La hipótesis de la competencia transgeneracional

Un aspecto muy interesante de este modelo es la presencia de una competición (generalmente sin vencedores, dada la absoluta falta de resultados) entre el cónyuge sano y su padre sano en el cuidado del familiar enfermo. Esta competición para

establecer quién consigue hacerlo mejor sufre un drástico cambio cuando, como para demostrar que se las arregla mejor que su padre, el hijo elige para sí una pareja depresiva.

El fracaso en la tarea de curar la depresión del cónyuge acaba por unirlos en la misma suerte y, tal vez, reconciliar al cónyuge sano con el propio padre sano.

Se podría extraer de todo ello una hipótesis sugerente, aunque habrá que esperar posteriores confirmaciones: un “matrimonio depresivo” sería el surgimiento de una competición transgeneracional de larga duración con respecto al progenitor del mismo sexo.

Esta competición, junto al comportamiento y el estado de ánimo del deprimido, parecen desafiar continuamente las capacidades de una persona y su competencia social.

LA RELACION CON LOS HIJOS

Tal como hemos visto, en la familia del deprimido prevalecen las actitudes punitivas respecto a los hijos. El castigo, por un lado, es propuesto siempre como una demostración de afecto y, por otro, es una de tantas “medidas ineficaces” que se adoptan en estas familias.

El fracaso en la relación con los hijos aumenta el sentimiento de derrota del deprimido. Sin embargo, la actitud casi terapéutica del deprimido acaba por prevalecer frente a la condición de enfermedad de uno de los hijos. Por lo que hemos podido ver, no es tanto la necesidad de mantener la disciplina (como ha sostenido Hoffman) como el comportamiento sintomático de uno de los hijos lo que logra sacar de su letargo al deprimido. De este modo, la aparición de un síntoma en un hijo consigue muchas veces mantener veladas formas de depresión (incluso graves) en uno de los padres.

Las respectivas familias de origen, a menudo con conflictos entre ellas, encuentran en la ineficacia paterna del deprimido una justificación válida para entrometerse en la educación de sus hijos. Desde este punto de vista la familia del deprimido presenta un sistema de funcionamiento atípico: siempre en nombre de la necesidad de ayuda, se crean con las familias de origen extraños “lazos indirectos” que tienen como trámite los hijos del paciente identificado.

LA INTERVENCION TERAPEUTICA

Frente a la patología depresiva se han propuesto intervenciones de tipo estratégico (Watzlawick y Coyne, 1980; Coyne, 1982), sistémico (Weber y col., 1988) y psicoeducacional (Anderson y col., 1986; Clarkin y col., 1986). Los estudios realizados hasta ahora no son numerosos, pero da la impresión de que existe un creciente interés y la necesidad de una aproximación relacional en la terapia de los trastornos depresivos.

En nuestra experiencia, la intervención sobre el sistema familiar del deprimido

se ha mostrado indudablemente útil, al menos hasta el punto de considerar injustificada la actitud de renuncia asumida durante mucho tiempo por los terapeutas más reconocidos de la aproximación sistémica en lo que respecta a este ámbito.

Las numerosas dificultades con las que nos hemos encontrado en la experiencia terapéutica con este tipo de familias nos ha llevado a considerar algunos aspectos cruciales en la terapia familiar de la depresión y algunas precauciones que frecuentemente han demostrado ser útiles.

La fidelidad a la relación terapéutica

Las relaciones del sistema depresivo con el exterior son muy escasas y se reducen casi exclusivamente a recibir u ofrecer ayuda. En efecto, el deprimido, a pesar de sus males, está a menudo considerado por los amigos y conocidos como una persona que sabe comprender y dar consejos justos. Una mujer explicaba así esta capacidad que le era reconocida: “Nadie puede comprender mis sufrimientos, porque nadie ha sentido nunca lo que yo siento. Por el contrario, yo puedo comprender lo que sienten los otros, porque ya he vivido los mismos sufrimientos”.

Dado el tipo de relación que el deprimido, y el sistema del que forma parte, tiene con el mundo exterior (una relación basada exclusivamente en la recíproca necesidad de cuidados y apoyo), no hay por qué maravillarse de que, entre los personajes que mantienen lazos más intensos con estas familias, los médicos y terapeutas ocupen un puesto de primer orden. A diferencia de otros tipos de familias, aquí la relación terapéutica se instaura con rapidez y se mantiene en el tiempo: el riesgo de interrupciones precoces y abandonos de la terapia es prácticamente inexistente. A pesar de todo, esta fidelidad a la terapia por parte del deprimido y su familia no excluye la presencia de otras insidias en el transcurso del proceso terapéutico.

Limitar las expectativas

Un principio general es el de no crear expectativas demasiado fuertes. Este principio resulta tanto o más veraz cuanto más graves son las condiciones del paciente identificado. A menudo es útil renunciar al término de terapia y sustituirlo con definiciones menos comprometidas como “tentativa”, “apoyo” o también “subsidio”, indicando que se trata simplemente de un complemento de otras terapias.

Otro principio es el de limitarse a pedir sólo pequeños cambios: este tipo de sistema no tolera modificaciones desproporcionadas a sus posibilidades y, además, tentativas de grandes cambios no corresponderían a la concepción catastróficamente inmovilista que gobierna a estas familias. Por el contrario, el pequeño cambio no resulta amenazador y puede ser ampliado poco a poco en proporción a las adaptaciones que la familia consigue realizar.

Evitar las reafirmaciones

Respecto al paciente identificado es necesario corregir la instintiva postura de reafirmación que el deprimido tiende a suscitar. En otros términos, se debe evitar la típica relación de ayuda en la cual el compañero sano se encuentra ocupado sin éxito ya desde hace tiempo. Otra postura que se asume de un modo instintivo, y que debe sin embargo ser puntualmente evitada, es el intento de disuadir al individuo sano de la carga de iniciativas que toma para apoyar al cónyuge.

El compañero sano, por regla general, espera estas actitudes disuasivas y sabe encontrar muy válidas razones para contrastarlas; por el contrario, es desarmado por la actitud favorable del terapeuta, que acepta su “care giving behavior” o que incluso lo invita a hacer todavía más para “levantar” al cónyuge.

No asignar tareas al deprimido

Es necesario reconocer como válidas las motivaciones de las cuales se sirve el deprimido para explicar su estado; las razones que a primera vista pueden aparecer inconsistentes deben ser tomadas en serio y, si es posible, deben ser anticipadas y reconocidas como últimas y válidas justificaciones para la condición depresiva del paciente identificado.

Es un esfuerzo inútil el de intentar minimizar las motivaciones del sufrimiento depresivo y lleva frecuentemente a un incremento de la sintomatología inicial.

Otros aspectos a tener en cuenta

Querríamos, finalmente, indicar algunos aspectos que generalmente han sido poco considerados en la literatura sobre este tema y que, a nuestro entender, no deberían ser descuidados en el proyecto de intervención sobre el sistema depresivo.

1. No desatender a la familia de origen.

La depresión se manifiesta casi siempre en el contexto de la relación de pareja y, debido a ello, las relaciones con las familias de origen escapan fácilmente a la observación y, muy a menudo, ni siquiera se incluye en la estrategia terapéutica.

Las manifestaciones depresivas surgen en la fase del ciclo vital en la que la relación de pareja se ha formado ya de forma estable, pero, por su naturaleza, ponen en juego inexorablemente a las familias de origen trasladando a la familia a una fase de su ciclo vital que debería haber sido superada desde hace tiempo.

2. No descuidar a los hijos.

Existen al menos tres buenas razones para no incurrir en este error:

a) los hijos, cuando uno de los progenitores está deprimido, se ven mezclados, por norma general, en la dinámica de la relación de pareja, sobre todo en las dinámicas de culpa y de acusaciones recíprocas.

b) los hijos representan en estas familias el área de expresión más intensa de la afectividad y en el que la ineficacia se advierte de forma más grave.

c) el riesgo de que los hijos presenten formas serias de patología es muy

elevado en estas familias.

3. No descuidar la propia depresión.

La depresión del terapeuta no debe ser enmascarada, como sucede alguna vez, detrás de conductas pseudomaniacas o intentos de mostrarse siempre a la altura de las circunstancias. Si esta regla es válida en general, lo es con más razón en la terapia familiar del deprimido.

Naturalmente, hay que aclarar que no se trata de fingir estratégicamente una depresión inexistente, sino de utilizar, en clave terapéutica, sentimientos depresivos auténticos que el terapeuta utilizará en los momentos difíciles de la labor con este tipo de familia.

Los autores examinan las relaciones interpersonales del paciente depresivo a partir de la literatura y la experiencia clínica desarrollada por la terapia relacional.

Se indican algunas modalidades de relación características de la vida de pareja del sujeto deprimido, como el comportamiento de solicitud de cuidados ("care eliciting"), la relación de ayuda y la jerarquía conyugal incongruente. El sistema familiar del depresivo no tiene, en su seno, muchos intercambios interactivos que, por regla general, son igualmente reducidos hacia el exterior.

Se discute la observación de una alta frecuencia de padres con trastornos en la esfera afectiva y se sugiere una hipótesis sobre las dinámicas familiares del trastorno depresivo.

Para concluir, se proponen algunos principios generales para la intervención relacional en la depresión.

Traducción: Nuria Ortego

Nota Editorial: Este artículo apareció en su versión original italiana en la revista *Psicobiattivo*, (1990) 2, pp.39-50. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- ANDERSON, C.M., GRIFFIN, S., ROSSI, A., PAGONIS, I. HOLDER, D.P. & TREIBER, R. (1986). A comparative study of the impact of education versus process groups of families with affective disorders. *Family Process*, 25, 185-206.
- BILLINGS, A.G. & MOOS, R.H. (1982). Social Support and functioning among community and Clinical Groups. *Journal of Behavioral Medecin*, 5, 293-311.
- BOSZORMENY-NAGY I., & SPARK G.M. (1973). *Invisible Loyalties*. Harper and Row: New York.
- BRISCOE C.W., & SMITH J.B. (1973). Depression and Marital Turmoil. *Archives of General Psychiatry*, 29, 811-817.
- CLARKIN J.F., HAAS G.L., & GLICK I.D. (1986). *Affective Disorders and The Family Assesment and Treatment*.

The Guildford Press: New York, London.

- COYNE J.C. (1976). Towards an Interactional Description of Depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.
- COYNE J.C. (1984). Strategic Therapy with Depressed Married persons: Initial Agenda Themes and Interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, 53-62.
- CROWTHER J.H. (1985). The Relationship between Depression and Marital maladjustment. A Descriptive Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 227-231.
- FELDMAN L.B. (1976). Depression and Marital Interaction. *Family Process*, 15, 4, 389-398.
- FRIEDMAN A.S. (1975). Interaction of Drugs with Marital Therapy in Depressive Patients. *Archives of General Psychiatry*, 32, 619-637.
- GOTLIB I.H., & ROBINSON A.L. (1982). Responses to Depressed Individuals: Discrepancies between Self-Report and Observer-Related Behavior. *Journal of Abnormal Psychology* 91, 231-240.
- HAUTZINGER M., LINDER M., & HOFFMAN N. (1982). Distressed Couples with and without a Depressed Partner: An Analysis of their verbal Interaction. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry* 13, 4, 307-314.
- HENDERSON S. (1974). Care Eliciting Behavior in Man. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 159, 172-181.
- HINCLIFFE M.K., HOOPER D., & ROBERTS F.J. (1978). *The Melancholy Marriage*. Wiley: New York
- HOFFMAN L. (1981). *Foundations of Family Therapy: a Conceptual Framework for Systems Change*. Basic Books: New York: Basic Books.
- MADANES C. (1981). *Strategic Family Therapy*. Jossey Bass: San Francisco.
- Mc MAHON S.L. (1980). *Women in Marital Transition*. In Brodsky A.M., Hare-Mustin, R.T., (Eds). Guilford Press: New York, 365-382.
- MIKLOWITZ D.J., GOLDSTEIN M.J., NEUCHTERLEIN K.H., SNYDER K.S., & MINTZ J. (1988). Family Factors in the Course of Bipolar Affective Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 45, 225-231.
- PAYKEL E.S., & WEISSMAN M.M. (1973). Social Adjustment and Depression. *Archives of General Psychiatry*, 28, 659-663.
- ROUSANVILLE B.J., WEISSMAN M.M., & PRUFOFF B.A. (1980). Process of Psychotherapy among Depressed Woman with Marital Disputes. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 505-510.
- ROUSANVILLE B.J., WEISSMAN M.M., PRUFOFF B.A. (1980). The Course of marital Disputes in Depressed Woman: a 48-Month Follow-up Study. *Comparative Psychiatry*, 21, 111-118.
- SENAY, E. (1973). General Systems Theory and Depression. In J. Scott & E. Senay (eds.), *Separation and depression: Clinical and research aspects*. Washington: American Association for the Advancement of Science.
- STERLIN, H., WEBER, G., SCHMIDT, G. & SIMON, F. (1986). Some Features of Families with Major Affective Disorders. *Family Process*, 25, 325-336.
- THOMSON, K.C. & HEDNDRIE, H. (1972). Environmental Stress in Primary Depressive Illness. *Archives of General Psychiatry*, 26, 130-132.
- WATZLAWICK, P. & COYNE, J.J.C. (1980). Depression following stroke: brief problem-focused treatment. *Family Process*, 19, 13-18.
- WEBER, G. SIMON, F.B., STERLIN, H. & SCHMIDT, G. (1988). Therapy for families manifesting manic-depressive behavior. *Family Process*, 27, 33-50.
- WOLKIND, S., ZAJICEK COLEMAN, E. & GHODSIAN, M. (1980). Continuities in Maternal Depression. *International Journal of Family Psychiatry*, 1-2, 167-182.



LA DIMENSIÓN RELACIONAL DE LAS DEPRESIONES

Juan Luis Linares

Profesor Titular de Psiquiatría de la Universitat Autònoma de Barcelona
Director de la Escuela de Terapia Familiar (Sant Pau)

From a systemic perspective depression can be seen in the whole of psychopathology as a specific phenomenon, but interrelated with the different styles of conjuality and parentality which determines the different states of psychic and relational un/balance

INTRODUCCIÓN

Por alguna razón misteriosa la depresión no ha ocupado en la atención de los autores sistémicos el lugar que por su incidencia merece. Quizás porque, en una distribución emblemática de los trastornos más importantes, el pensamiento sistémico ha mantenido en la esquizofrenia, y posteriormente en la anorexia y las drogodependencias, su foco preferente (al igual que el psicoanálisis y el conductismo en cierto tipo de neurosis), dejando a las depresiones en el centro del punto de mira de la psiquiatría biológica.

Y, sin embargo, más allá del indudable éxito de los fármacos antidepresivos, las implicaciones interaccionales de estos trastornos son tan evidentes que sus portadores constituyen uno de los mayores contingentes de usuarios en cualquier centro de Terapia Familiar. Si a ello se añade que bajo la etiqueta común de depresión se alinean conductas y situaciones muy diversas, se hace más patente la necesidad de un esfuerzo de reflexión y de investigación que, desde el campo relacional-sistémico, arroje nueva luz sobre tan importante sector del sufrimiento humano.

Un primer intento clarificador debe dirigirse a la distinción entre las distintas formas de depresión, evitando la fobia a las clasificaciones que, como comprensible reacción frente a los excesos nosográficos, ha venido impregnando el pensamiento sistémico. A este respecto, Cancrini (1987) propone cuatro entidades depresivas (traumática, neurótica, endoreactiva y psicótica) que compatibilizan diversas perspectivas: la evolutiva, la psicoanalítica y la nosológica psiquiátrica.

Bowen (1978) habla de un mecanismo depresógeno que relaciona con el mantenimiento de la posición “adaptativa” o “subfuncional”, opuesta a la “dominante” o “sobrefuncional”, en un análisis que tiene mucho en común con la descripción de la complementariedad cismogenética de Bateson (1936).

Coyne (1984), Glick (1981) y Prata (1983), entre otros autores, realizan importantes aportaciones a una visión relacional de la depresión, aunque no se plantean el problema de sistematizar, ni siquiera de abordar, la multiplicidad de cuadros que denomina en común dicho término: desde la más intensa alienación psicótica hasta simples reacciones a momentos vitales críticos.

De entre un grupo de trabajos, honestos y rigurosamente cuantificados pero anonadados por las implicaciones médico-biológicas que gravitan sobre la depresión (Clarkin, et al. 1988), destacan algunos pocos que abordan sin complejos sus entresijos relacionales. Merecen citarse al respecto las ideas de Stierlin (1986) sobre el trastorno bipolar.

Lo que sigue constituye el desarrollo de unas premisas realizadas hace algunos años (Linares, 1988, 1990), referentes a la familia de procreación de los depresivos, que ahora se amplían con una reflexión sobre la familia de origen.

FAMILIA DE ORIGEN

Hablar de la familia de origen del depresivo nos remite a una reflexión sobre la familia de origen en general y su relación con diversas situaciones de malestar y sufrimiento en el niño.

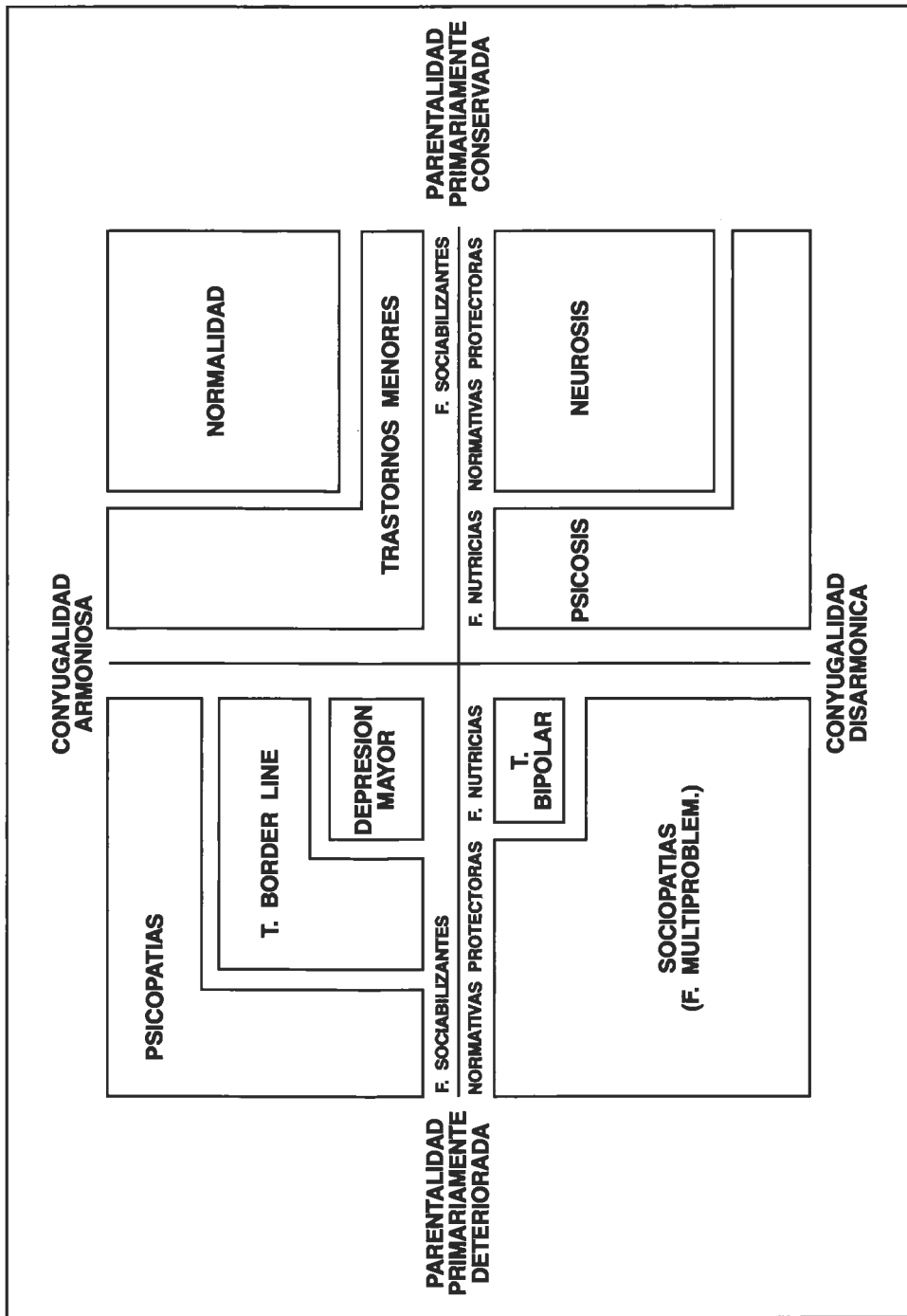
Situaciones que pueden evolucionar hacia síntomas o patologías precisas, ya sea en el propio niño, ya en el futuro adulto.

La sistematización que voy a proponer parte de aspectos relacionales característicos de la pareja paterna, aunque es evidente que la ecuación salud/enfermedad de los hijos de tales parejas dependerá de su inserción en un ecosistema mucho más amplio y complejo y, por tanto, de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales.

Las parejas paternas pueden agruparse según su posición con respecto a dos dimensiones que resumen sus funciones básicas: la conyugalidad y la parentalidad (ver gráfico).

La conyugalidad recoge las relaciones centradas en la misma pareja, en el apoyo y la satisfacción mutuos de sus miembros, en concordancia con su situación institucional. A este respecto, una pareja separada puede preservar su conyugalidad en armonía si consigue disolver sus vínculos de dependencia de manera satisfactoria para ambos.

La parentalidad refleja la capacidad de la pareja de nutrir y educar a sus hijos, garantizándoles un adecuado aporte emocional y una buena socialización. Se distinguen, según ello, dos niveles: el que corresponde a las funciones sociabilizantes superficiales y vulnerables, pero también de menor trascendencia para la integridad



psicológica de los hijos, y el de las funciones nutricias, ancladas más profundamente a núcleos instintivos y, por ello, más resistentes, aunque de efectos más dañinos en su deterioro.

La connotación de primariedad, ya sea en la conservación o en el deterioro de la parentalidad, no alude a supuestas esencias inmutables, inimaginables en una conceptualización interaccional vinculada a los avatares del ciclo vital y del ecosistema, sino a su condición previa de repercusión sobre ella de la conyugalidad.

Porque, en efecto, la conyugalidad disarmónica puede alterar una parentalidad primariamente conservada.

Si tal ocurre, el conflicto entre los padres puede traducirse en trianguladoras propuestas de alianzas a los hijos. Mensajes del tipo: “Yo soy quien de verdad se interesa por tí”, “pónte de mi parte”. Triangulaciones que cabría calificar de manipuladoras por cuanto suponen la implicación de algún hijo en el conflicto de los padres, pero que no afectan básicamente a la identidad de aquél porque le aseguran el sólido interés que éstos sienten por él. El hijo prendido en tales juegos siente presiones arbitrarias sobre lo que debe y no debe hacer, núcleo de sus adquisiciones normativas, y experimenta una ansiedad ligada a las pugnas de sus padres por controlarse mutuamente y definir la pareja. Es una experiencia relacional neurótica, cuya capacidad de generar sistemas neuróticos en el niño o en el futuro adulto vendrá definida por la complejidad evolutiva del ecosistema.

Que los síntomas neuróticos se decanten por la distimia dependerá, probablemente, del peso específico que alcancen las pérdidas en la biografía del sujeto y de la presencia de determinados indicios de los ingredientes de los juegos depresivos, tanto en la familia de origen como en la futura pareja. De todas formas, se impone la evidencia de un sustrato relacional común a los diversos síntomas neuróticos, razón de la mútua compatibilidad de muchos de éstos.

La conyugalidad disarmónica puede propiciar propuestas trianguladoras más arduas a los hijos, hasta el punto de arrastrar a alguno de ellos a verdaderas trampas relacionales (Selvini-Palazzoli, 1988). Se trataría de seducciones engañosas que instrumentalizarían demandas de apoyo estratégico, sin verdadero interés por un hijo reducido a la condición de peón temporero en la interminable lucha de la pareja paterna. Estos triángulos desconfirmadores sitúan el deterioro de la parentalidad en el terreno de las funciones nutricias, amenazando el aporte emocional necesario para la consolidación de la identidad. Es el universo psicótico, en cuyo centro se ubican las esquizofrenias: el insoportable sufrimiento de la desconfirmación, aliviado paradójicamente por una enfermedad que confiere identidad.

Una peligrosa simplificación psico-relacional propende a vincular mecánicamente el sufrimiento psicológico infantil con situaciones de conflicto en la pareja paterna. Y, sin embargo, hay casos en que la ausencia de tales conflictos no hace menos evidente el malestar de los hijos. Se trata de aquéllos en los que coexisten la conyugalidad armoniosa y la parentalidad primariamente deteriorada.

Hay padres que, sin sombra de controversia entre ellos, y bajo el revestimiento de una preocupación por recabar ayuda para su hijo, muestran rechazos globales hacia él, lo critican inflexiblemente y ponen en serias dificultades al terapeuta para encontrarle siquiera una virtud.

Las adopciones fracasadas suministran algunos de los más dramáticos ejemplos: el voluntarismo con que los padres asumen su parentalidad cede ante los embates de la profecía autocumplidora que quiere al niño prostituta o delincuente, como sus verdaderos progenitores. Pero también la parentalidad biológica puede fracasar a nivel psicológico, mientras que la conyugalidad se mantiene plenamente funcional.

A veces, puede ocurrir que la inevitable afectación de las funciones nutricias que estas situaciones conllevan se vea acompañada de una hipertrofia de la normatividad. En tal caso, los niños desarrollarán prematuramente responsabilidades excesivas o se parentalizarán en mayor o menor medida. El sufrimiento carencial que ello comporta puede evolucionar, ecosistema mediante, hacia futuras depresiones mayores. Tampoco es raro encontrar situaciones de este género bajo el "inexplicable" drama de algunos suicidios infantiles. No es, entonces, el fracaso escolar el que mata al niño, sino el insoportable peso de una responsabilidad emocionalmente mal compensada.

Si las funciones sociabilizantes se inhiben, a la vez que se alteran las nutricias, el sufrimiento del niño se expresará, fundamentalmente, en vías comportamentales. Es el campo abonado para futuras psicopatías, que trazan perfiles de inadaptados sociales incapaces de sociabilizarse aun entre sus iguales y que a duras penas ocultan una profunda depresión bajo una conducta desafiante y destructiva. O para los trastornos "borderline", que sufren dicha inhibición en la vertiente protectora de las funciones sociabilizantes.

El deterioro primario de la parentalidad y la disarmonía conyugal delimitan un espacio marcado por el caos y el desarraigo. El sufrimiento infantil a él ligado incluye con frecuencia malos tratos, abandonos y abusos sexuales, representando estos últimos la más expresiva metáfora de una parentalidad deteriorada en la que, además, se proyecta la insatisfacción conyugal.

La sociabilización de estos niños se puede ver seriamente comprometida y, de hecho, no es raro su deslizamiento hacia formas diversas de delincuencia. Sin embargo, hay factores internos y externos a la pareja paterna que atenúan los efectos de una combinación tan problemática. Entre los primeros hay que destacar la paradójica influencia de la disarmonía conyugal sobre la parentalidad deteriorada. A diferencia del bloque monolítico sordamente rechazante que encuentra el niño en unos padres deteriorados como tales pero con buena relación de pareja, aquí los padres conflictualizados como pareja pueden compensarse mutuamente algunas de sus carencias parentales. Además, la espectacularidad de ciertas situaciones de caos y desarraigo hace que sean el campo privilegiado para la intervención de terceros

y, principalmente, de los servicios sociales y otras instancias asistenciales o de control. ello suministra figuras parentales sustitutorias o complementarias que alivian la destructividad de los efectos, aunque también descalifiquen a los verdaderos progenitores, reforzando su irrecuperabilidad.

Aunque este espacio sociopático, que corresponde a grandes rasgos a las familias multiproblemáticas, contempla generalmente un deterioro emblemático de las funciones normativas, puede ocurrir que éstas se hallen razonablemente preservadas. Es probable, en tal caso, que se hallen sometidas a una bipolarización inducida por unos padres conflictualizados y representando signos psicosociales opuestos: uno tendente a la expansividad y el otro a la inhibición. Tal es el marco en el que un niño puede sentirse aceptado sólo si se aviene a mediar entre sus padres y sólo, alternativamente, por aquél cuya extremosidad es legitimada por su alianza unilateral. Stierlin (1986) ha relacionado situaciones de este género con futuras evoluciones bipolares maníaco-depresivas.

El espacio delimitado por la conyugalidad armónica y la parentalidad primariamente preservada es, obviamente, el de la normalidad. No obstante, la incursión esporádica, parcial y provisional, de situaciones correspondientes a los cuadrantes vecinos, puede generar trastornos menores de muy diversa naturaleza pero, por lo general, de buen pronóstico. Es el caso de ciertas desadaptaciones de expresión comportamental, trastornos esfinterianos, dificultades escolares, rasgos neuróticos varios y hasta episodios disociativos y depresivos.

DESARROLLOS DE PAREJA

A diferencia de otros pacientes, como los esquizofrénicos, los depresivos no tienen sólo familia de origen con quien actuar sintomáticamente, sino también familia de procreación. De ahí que la dinámica de pareja del depresivo resulte de particular interés en el desarrollo y mantenimiento de sus síntomas.

En lo que respecta al distímico, la selección de pareja y la correspondiente relación ulterior siguen pautas de tipo simétrico, sin que en ello se diferencie gran cosa del resto de los neuróticos.

Por regla general el apareamiento se produce en términos igualitarios en cuanto a la pugna por definir la naturaleza de la relación. El equilibrio se mantiene con relativa funcionalidad hasta que uno de los miembros experimenta dificultades relacionadas con pérdidas: muertes de seres queridos, incidencias laborales,... Un caso frecuente es el de la mujer que abandona el trabajo al tener un hijo. La pérdida entristece y la tristeza se neurotiza si encuentra el terreno abonado en una infancia marcada por triangulaciones manipulatorias. El síndrome distímico resultante encuentra un lugar privilegiado en la relación de pareja, hasta entonces igualitaria. En lo sucesivo, la simetría inestable que presidirá la relación precisará del concurso del síntoma para no desequilibrarse.

Tales dinámicas de pareja son propicias, a su vez, a facilitar la triangulación

de los hijos, por lo que no resulta raro que éstos reproduzcan, en el futuro, síntomas neuróticos.

También es frecuente que, con el tiempo, permanezca la relación simétrica inestable pero cambiándose los roles de los cónyuges en ella, es decir, desarrollando síntomas el antes sano y dejando de presentarlos el enfermo. Por regla general ello se corresponde con un cambio de circunstancias externas que, bajo forma de nuevas pérdidas, vienen a perjudicar al primero, mientras que favorecen al antes paciente con ganancias compensatorias. No es extraño que una terapia individual suministre a éste último apoyo suficiente para beneficiarse de las circunstancias protagonizando uno de tales cambios.

En el caso de un paciente afecto de una depresión mayor, la pareja se establece de acuerdo con pautas complementarias.

Reservada por el deprimido la posición complementaria inferior, queda para el cónyuge la superior. ¡Y cómo suele ocuparla! Se trata, por lo general, de un cónyuge abnegado, servicial, colaborador,... A veces puede haber hasta entusiasmo en su actitud, otras predomina el sentido práctico o simplemente la resignación, pero casi siempre destaca una actitud de atención responsable. Sorprende que los autores (Dobson et al., 1988) tiendan a destacar la hostilidad en la relación de pareja del depresivo. En nuestra opinión, la hostilidad existe, pero suele estar encubierta por un juego de apariencias.

Personas dispuestas a controlar y definir la pareja sin discusión, suelen ocultar debilidades que fácilmente generan abusos, turbios juegos generacionales bajo fachadas a resguardo de toda sospecha. Cuando el depresivo, presente o futuro, que ha elegido a alguien poderoso y protector impelido por sus propias carencias de origen, se da cuenta de que de nuevo es víctima de las apariencias, convierte sus síntomas en expresión de rencor y venganza. Eso sí, guardando las apariencias para respetar las reglas del juego... del juego de la respetabilidad.

La tristeza que emana de carencias profundas, confirmadas en sucesivos espacios y tiempos relacionales, se convierte en paradójico instrumento de interacción, siempre y cuando consolide la progresiva e inexorable aniquilación. Tal es la esencia de la complementariedad rígida que infiltra a la familia del depresivo.

En auxilio del cónyuge suelen acudir padres y suegros (más frecuentemente madre y suegra) y hasta algún raro hijo que haya producido la pareja. En la especie de Santa Alianza resultante se encuentran, pues, tres generaciones, hermandadas en el benévolo y sufrido ejercicio de su superioridad. No puede sorprender que, entre ellos, estallen conflictos simétricos secundarios, como el muy pintoresco (y nada infrecuente) que opone a un niño, ejerciendo funciones parentales para con su progenitor depresivo, y a su fraternal abuela.

Dadas la infinita variedad de situaciones relacionales vividas y la fluidez de aquéllas que hemos definido como características de la distimia y de la depresión mayor, es evidente la existencia de vías de paso que pueden propiciar la presentación

de cuadros mixtos, con elementos de ambas series. También pueden producirse evoluciones y que, por ejemplo, un cuadro distímico se agrave hasta la depresión mayor si ambos cuentan con adecuados antecedentes históricos y las circunstancias actuales los confirman sucesivamente.

Una pareja a interacción distímica puede deslizarse de la simetría inestable hacia la complementariedad rígida si el equilibrio favorecido por el síntoma deja de ser posible: el cónyuge se crecerá hasta una superioridad más o menos abnegada, y el paciente, si encuentra en su biografía carencias suficientes, se hundirá en una desesperanzada y negativa depresión mayor renunciando a la lucha anterior. A veces, los procesos de este género ocurren ante los ojos de terapeutas cuyas intervenciones pueden tener un peso decisivo en la determinación de su evolución.

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

Los adultos que consultan por depresión suelen estar emparejados, por eso es razonable empezar con un abordaje de pareja. Si no basta, se puede ampliar el foco a la familia de origen.

Probablemente ello dará la medida de la gravedad. Con una distimia la terapia de pareja puede ser suficiente. No es que carezca de importancia la historia pasada, ni que no haya en ella carencias, pero la nutrición emocional básica se ha producido. Las carencias son más superficiales y pueden ser compensadas a través de la pareja.

Con una depresión mayor, en cambio, las carencias son profundas y afectan a la nutrición emocional. Por ello, la pareja puede ser insuficiente para acceder a ellas. La familia de origen jugará un papel importante en la terapia, ya sea desde el principio, ya a partir de un momento dado. La oportunidad puede darse después de un trabajo con la pareja que haya reconocido su espacio y colaborado a ampliarlo y consolidarlo. Empezar directamente con la familia de origen puede parecer más coherente desde el punto de vista histórico- biográfico, pero puede chocar con la realidad de que el depresivo está, muy probablemente, emparejado, y como tal acude a la terapia.. Enfocar prematuramente la familia de origen puede desestabilizar aún más una pareja de bases ya bastante precarias.

Finalmente puede ocurrir que, tras etapas terapéuticas centradas en la pareja y en la familia de origen, sea necesaria una etapa final centrada en el individuo (el paciente, claro está) y con eventual recurso a psicofármacos. Manfrida (et al. in press) propone que esta etapa individual/farmacológica se sitúe al principio del tratamiento, aunque en muchos casos ello no aportaría diferencias sensibles con los tratamientos similares practicados con anterioridad, y fracasados.

No es raro que el paciente depresivo, particularmente celoso de su imagen de “buena persona”, que por otra parte le persigue y culpabiliza, se resista a aceptar las consecuencias, que deberían ser la curación, de un trabajo psicoterapéutico que pone de manifiesto la turbia relación con sus “seres queridos”. Por ello se aferra a los últimos síntomas, en un intento desesperado por “salvar la cara”.

La etapa de terapia individual puede significar, desde esta perspectiva, el puente de plata por el que huyan los enemigos-síntomas, dado su significado de concesión epistemológica a la linealidad y hasta al modelo médico-biológico. El paciente puede permitirse un cambio final en el que incluso tendrán efectos positivos fármacos que habían sido ensayados sin resultados anteriormente, puesto que, a pesar de todo, se le ha reconocido su inocente condición de enfermo.

Desde una perspectiva sistémica la depresión puede contemplarse en el conjunto de la psicopatología como un fenómeno específico, pero interrelacionado con los diversos estilos de conyugalidad y parentalidad que determinan diferentes estados de equilibrio o desequilibrio psíquico y relacional.

Referencias Bibliográficas

- BATESON, Gregory (1936). "Naven: a survey of the problems suggested by a composite picture of the culture of a New Guinea tribe drawn from three points of view". Cambridge University Press, Cambridge.
- BOWEN, Murray (1978). "Family Therapy in Clinical Practice". Jason Aronson, New York.
- CANCRINI, Luigi (1987). "La Psicoterapia: grammatica e sintassi". N.I.S., Roma.
- CLARKIN, John et al. (1988). "Affective disorders and the family assessment and treatment". The Guilford Press, New York.
- COYNE, James (1984). "Strategic therapy with depressed married persons: initial agenda, themes and interventions". Journal of Marital and Family Therapy, vol 10, nº 1 (pp. 53-62).
- DOBSON, Keith S. et al. (1988). "Integration of Cognitive Therapy and Behavioral Marital Therapy". (en: "Affective Disorders and the Family", John F., CLARKIN et al. Eds.). The Guilford Press, New York.
- GLICK, Ira y CLARKIN, John (1981). "Family Therapy when an affective disorder is diagnosed". (en: "Questions and answers in the practice of Family Therapy", I. Alan GURMAN ed.). Brunner/Mazel, New York.
- LINARES, Juan L., CAMPO, Carmen y CASTILLO, Félix (1988). "El juego interaccional en la pareja a transacción depresiva". Cuadernos de Terapia Familiar, nº 11 (pp. 5-9).
- LINARES, Juan L. (1990). "Schismogenesi e interazione depressiva". Psicobiettivo, vol.10, nº 2 (pp. 67-74).
- MANFRIDA, Gianmarco y MELOSI, Alessandra. (en prensa). "En los orígenes de la depresión: la perspectiva relacional entre hipótesis biológicas y mediaciones sociales". Terapia Familiar.
- PRATA, Giuliana (1983). "Seminaire: un cas de depression conjugale avec idées de suicide de la femme". Therapie Familiale, vol. 4, nº 1 (pp 23-56).
- SELVINI-PALAZZOLI, Mara et al. (1988). "Il giochi psicotici nella familia". Raffaello Cortina, Milano.
- STIERLIN, Helm. et al. (1986). "Some features of families with major affective disorders". Family Process, vol. 25, nº 3 (pp. 325-336).



ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

(ASEPCO)

La Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) agrupa a profesionales de la Psicoterapia y a psicólogos en formación de orientación cognitiva. En la actualidad subsisten diferentes modalidades psicoterapéuticas que pueden ser denominadas genéricamente como Psicoterapias Cognitivas. La necesidad de facilitarles un marco institucional y asociativo en nuestro país ha dado origen a nuestra Asociación, que en fecha 27 de octubre de 1992 ha sido reconocida por el Ministerio del Interior e inscrita con el número 113.710 en el registro de Asociaciones.

Socios:

ASEPCO cuenta con una sección integrada por psicoterapeutas acreditados de acuerdo con los criterios establecidos por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) y admite como socios adherentes a todos aquellos que se hallen en periodo de formación. Para formar parte de la Asociación se requiere presentar una solicitud de ingreso, acompañada de la siguiente documentación:

- a) Titulación (fotocopia del original),
- b) Curriculum personal, profesional y académico documentado,
- c) Justificante de haber satisfecho la cuota de ingreso.

Objetivos:

- Fomentar la investigación y el estudio en psicoterapia cognitiva.
- Promover la formación permanente de los miembros acreditados y posibilitar la acreditación de los miembros adherentes.
- Organizar actividades de divulgación científica tales como conferencias y congresos.
- Colaborar con entidades afines y establecer lazos institucionales con asociaciones homólogas de ámbito internacional.

Información e inscripciones:

- Para inscribirse como socio de ASEPCO enviar la documentación requerida y la cuota de ingreso mediante un talón a nombre de ASEPCO (ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS) por el importe de 5.000 pts.

Dirigir toda la correspondencia a:

ASEPCO. C./ Numancia 52, 2º 2ª 08029 - BARCELONA
Tel.: (93) 321.75.32

SOBRE LA ELABORACION DEL DUELO EN TERAPIA FAMILIAR

Alberto Espina.

Psiquiatra. Profesor Universidad del País Vasco.

Josu Gago.

Psicólogo. Terapeuta familiar.

M^a Mar Perez.

Psicóloga. Terapeuta familiar.

The elaboration of mourning has been related since the origins of the psychopathology and the psychotherapy with depression. In this article both phenomena are treated from a multidisciplinary theoretical perspective and with a clinical systemic approach.

INTRODUCCIÓN

Freud (1917) describió el “trabajo del duelo” como un proceso intrapsíquico en el que el sujeto retira su interés del mundo exterior y elabora la pérdida, esto es, se despidе del muerto liberando la libido a él ligada para dirigirla a nuevos objetos. En los duelos patológicos estaría en primer plano la ambivalencia frente al objeto perdido, dando lugar a sentimientos de culpa, negación de la pérdida, identificaciones con el objeto etc..., lo cual impediría esa despedida. Posteriormente, Freud (1923), consideró normal la identificación con el objeto perdido.

Bowlby (1980) propone un sentido más amplio para el duelo, que incluiría todos los procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que una pérdida pone en marcha, y reserva el término aflicción para la expresión del dolor por la pérdida.

El proceso de elaboración del duelo va a desarrollarse a lo largo de varias fases que varían según los autores: Kubler-Ross (1969) distingue 2 etapas: Una de rechazo hacia la pérdida y otra de enojo y rabia.

Según Lindeman (1944), Parkes (1970) y Moos (1976) la elaboración del duelo sigue 3 fases:

1) Respuesta de letargo o negación de sentimientos y separación emocional de la realidad de la muerte.

2) Sobresalen los sentimientos relacionados con la pérdida: Preocupación por la persona muerta, depresión, cólera y desorganización.

3) Aceptación gradual de la pérdida, el rompimiento de vínculos con el muerto y gradual desarrollo de nuevas relaciones.

Bowlby (1980, 1983), siguiendo su teoría del apego, ha estudiado los fenómenos asociados a la pérdida realizando valiosas aportaciones. Este autor divide el duelo en 4 fases:

1) Fase de embotamiento de la sensibilidad. Dura de unas horas hasta una semana y puede verse interrumpida por episodios de aflicción y cólera. El sujeto se siente aturdido y le cuesta aceptar la realidad.

2) Fase de anhelo y búsqueda del objeto perdido. Aparece anhelo intenso, llanto, inquietud, insomnio y cólera dirigida a quienes considera responsables de la pérdida, y como protesta por no poder recuperar al objeto amado. Este deseo de recuperación puede llevar a no aceptar la pérdida, predominando entonces la rabia hacia los que intentan consolarle. “La búsqueda inquieta, la esperanza intermitente, el desengaño repetido, el llanto, la rabia, las acusaciones y la ingratitud son rasgos de la segunda fase del duelo y deben ser entendidos como expresiones de la imperiosa necesidad de encontrar y recuperar a la persona perdida” Bowlby (1980, p.109).

3) Fase de desorganización y desesperanza. Durante esta fase es frecuente la aparición de momentos de desesperanza y depresión.

4) Fase de reorganización. La aceptación de la pérdida conlleva una redefinición de sí mismo (huérfano, viudo, divorciado..) y de su situación, el desempeñar papeles nuevos y el adquirir nuevas habilidades.

En el duelo normal, que puede durar entre uno y dos años, es frecuente que persista una sensación de que el muerto está presente, ya sea como una compañía constante o en algún lugar específico. También es frecuente una sensación de soledad que nadie puede mitigar; Weiss (1975) diferencia la soledad fruto del aislamiento social, que se puede aliviar con la compañía, del aislamiento emocional que solo puede ser aliviado con una relación de mutuo compromiso que brinde seguridad.

Otro aspecto a tener en cuenta, es que el trabajo del duelo requiere un gran esfuerzo y aumenta la vulnerabilidad a la enfermedad y la tasa de muertes prematuras (Osterweis et al. 1984).

“La única forma de vencer a la muerte se da a través del duelo y es ese penoso proceso de preocupación por la persona que ha fallecido, ese duro trabajo de aflicción, esa tarea de recordar y mantener la imagen del que se ha ido, de rever su vida y la propia relación con él, para poder superar la experiencia de la pérdida” Cadden (1964, p.302).

VARIABLES QUE AFECTAN A LA PÉRDIDA

El tipo de pérdida (muerte, separación, amputación, objetivos en la vida etc..) y el contexto amplio en el que se produce va a determinar, en gran medida, que el proceso del duelo sea adecuado o no. Entre los aspectos que se deben explorar en detalle, cara a la intervención, se encuentran los siguientes:

- Identidad y rol de la persona perdida.
- Edad, sexo, personalidad y situación vital de la persona que sufrió la pérdida.
- Causas y circunstancias de la pérdida. Entre las adversas tenemos la muerte súbita, la exigencia de cuidados prolongados antes de la muerte, si la muerte entraña mutilación del cuerpo, como se informó de la muerte, a quién se culpa de la misma, muertes violentas, suicidio etc..
- Aspectos psicosociales del que sufre la pérdida: Apoyo y estrés social, si tiene que hacerse cargo de niños pequeños, situación económica, posibilidades de reorganizar su vida, sistema de creencias en torno a la muerte, actitud de parientes y amigos, etc..

Weisman (1976) distingue entre muerte oportuna e intempestiva. La oportuna es aquella en que la supervivencia se iguala a la esperada. La intempestiva puede ser prematura, inesperada (accidente) o trágica (violenta). El duelo puede adquirir características de crisis cuando la muerte es intempestiva.

La intervención inicial en una crisis por pérdida intempestiva consiste, según este autor, en transformar cognoscitivamente las dificultades de las muertes intempestivas dentro de formas más aceptables.

DUELO Y FAMILIA

La pérdida de un miembro de la familia exige una reorganización del sistema familiar, para adaptarse a la nueva situación. Walsh y McGoldrick (1988) describen 4 tareas que la familia debe llevar a cabo ante la pérdida de uno de sus miembros:

1. Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte. Se favorece con los funerales, el entierro y visitas a la tumba por parte de todos, incluyendo niños.
2. Experiencia compartida del dolor de la pena, expresando libremente todos los sentimientos asociados.
3. Reorganización del sistema familiar asumiendo las funciones del rol del difunto.
4. Establecimiento de nuevas relaciones y metas en la vida, lo cual se ve muchas veces dificultado por un sentimiento de lealtad al muerto, el temor a nuevas pérdidas etc..

A parte de las variables ya comentadas y otras que veremos en el siguiente apartado, las características del sistema familiar, especialmente su flexibilidad y grado de diferenciación de sus miembros, y otras variables familiares como la aparición de síntomas en algún miembro de la familia, la coincidencia de aconteci-

mientos vitales estresantes (otras pérdidas, nacimientos, cambio de domicilio etc..) y el haber tenido pérdidas no elaboradas, son de suma importancia para la elaboración del duelo y deben explorarse cuidadosamente.

Vamos a referirnos seguidamente a dos pérdidas especialmente significativas en el seno de la familia: La de un hijo y la de un progenitor.

La pérdida de un hijo es difícilmente elaborable por la herida narcisista que supone y porque mueren a la vez expectativas y proyección en el futuro de los padres, además de todo lo que implica cualquier pérdida de un ser querido. Shiff (1977) y Videka-Sherman y Lieberman (1985) llaman la atención sobre el deterioro de la relación de pareja y el aumento de divorcios en los padres que han perdido a un hijo pequeño. Ello es propiciado por los roles sociales atribuidos al hombre y la mujer, según los cuales el hombre tiene que ser instrumental y no expresar sus emociones y la mujer ser expresiva haciéndose cargo de las emociones; de manera que el hombre se vuelca en el trabajo y se encierra en sí mismo y la mujer muestra depresión y pena. Ella se siente abandonada e incomprendida y él no puede expresar sus sentimientos.

Ante una pérdida de un hijo es importante ayudar a elaborar el duelo a los hermanos y no desatender sus necesidades. No es infrecuente que los padres tengan otro hijo para cubrir el vacío dejado por el muerto; esto puede ayudar a los padres pero puede originar problemas en el nuevo hijo si es un sustituto del muerto y no puede desarrollar su propia identidad.

En la pérdida de un progenitor hay que tener en cuenta el grado de desarrollo de los hijos y su capacidad para comprender la pérdida, no hay que excluir a los niños de la experiencia de la pérdida y hay que procurar que algún familiar cumpla el rol que desempeñaba el difunto. Más adelante los hijos pueden ver dificultada su autonomización si deben hacer compañía al padre viudo.

Paul (1967) y Paul y Grosser (1965) resaltan la importancia de duelos incompletos para la aparición de patología en algún miembro de la familia, el cual vendrá a ocupar el lugar del difunto. En este sentido la sintomatología cumpliría una función homeostática, al neutralizar la pérdida evitando el cambio que debería afrontar el sistema. Es frecuente también que la familia estreche sus lazos dificultando la individuación de su miembros, en el divorcio sucede algo semejante. Guthell y Averiy (1977) describen casos en que después de la muerte de un progenitor aparecía el incesto como una defensa frente a la pérdida. Pincus y Dare (1978) describen los secretos familiares como intentos de evitar las culpas y el dolor de la pérdida, a costa de rigidificar el sistema, disminuyendo la confianza entre sus miembros y obligando a invertir energía en mantenerlos.

DUELO Y CULTURA

Cada cultura tiene sus propias creencias sobre la muerte aunque, como señala Bowlby (1980), hay unas creencias casi universales, como son que el muerto sigue

viviendo de alguna forma y mantiene relaciones con los suyos, que el duelo debe terminar en un plazo (un año o más) y que los familiares deban sentir odio hacia los responsables de la pérdida.

Los ritos del duelo hacen más llevadera la separación, permiten que el familiar dé durante un tiempo al muerto un lugar tan importante en su vida como el que tuvo antes, al tiempo que enfatizan la muerte como un hecho crucial cuyas consecuencias es necesario reconocer. Según Gorer (1965) los ritos señalan “límites temporales” para guiar y confirmar las etapas de recuperación.

Firth (1961) afirma que el funeral cumple 3 funciones básicas:

1. Ayuda a los deudos a demostrar que la pérdida es real, proporciona una oportunidad para la manifestación pública del dolor y limita la duración del duelo. Además se asigna a los deudos un nuevo rol social.

2. Permite que otros miembros de la comunidad se enteren de la pérdida y puedan expresar las emociones de temor o cólera, de manera que cumple la función social de canalizar la conducta emocional en formas aceptables. Además los ritos funerarios sirven para mantener la integridad de la sociedad a lo largo del tiempo.

3. Favorece el intercambio de bienes y servicios.

Bowlby (1980) añade una cuarta función: Expresar gratitud al muerto, cumplir sus deseos y orar por él.

Las comunidades con tradiciones religiosas muy arraigadas, judíos (Van der Hart y Goossemns, 1991), Amish (Bryer, 1987), favorecen la elaboración del duelo no siendo necesaria la intervención del profesional. Mientras que en la sociedad occidental actual se ha perdido en gran medida ese bagaje cultural que guiaba el trabajo de duelo en un ambiente de contención y compañía, haciendo necesarias en mayor medida la intervención del profesional.

Al entrevistar a una familia que ha tenido una pérdida es necesario explorar sus creencias culturales en torno a la muerte, rituales, esperanza de vida en el más allá etc.. para realizar una buena acomodación y poderles ayudar con intervenciones acordes con esas creencias.

DUELO PATOLÓGICO

Cuando la elaboración del duelo no se lleva adecuadamente, hablamos de duelo patológico y éste puede adoptar tres formas según Bowlby (1980):

1. Duelo crónico: La depresión es el síntoma predominante, junto a autorreproches, accesos de cólera, ansiedad y ausencia de pena.

2. Ausencia de aflicción: El deudo sigue su vida normalmente, como si nada hubiera pasado, es frecuente que se deshaga de recuerdos y que cuide compulsivamente a alguien que ha tenido alguna pérdida (identificación proyectiva), posteriormente padece algunas dolencias físicas o psicológicas y finalmente cae en la depresión, coincidiendo con el aniversario, otra pérdida menor, al llegar a la edad del muerto etc..

3. Euforia: Ya sea negando la pérdida o alegrándose de ella (defensa maníaca).

En todos los tipos el duelo permanece inconcluso ya que el sujeto sigue creyendo que la pérdida puede repararse. En el duelo patológico es frecuente que la persona que ha sufrido la pérdida tenga un embotamiento de la sensibilidad, aparte su atención hacia cosas agradables y conserve la creencia de que la pérdida no es definitiva. También suelen aparecer mecanismos de defensa del Yo, como desplazamiento de la rabia y el aislamiento.

Entre los predictores del duelo crónico tenemos: Ausencia de respuesta las primeras semanas, un proceso más intenso y desorganizado de lo normal, si la recuperación no comienza al año, si la cólera y el resentimiento persisten después de las primeras semanas, si expresan que nadie les sirve para nada al cabo de unas semanas, la "momificación" (Gorer, 1965) que consiste en dejar todo exactamente como estaba antes en el hogar y, finalmente, ideas persistentes de suicidio como medio de reunirse con el muerto.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Como señala Slaikeu (1984) no todas las pérdidas entrañan una crisis. Si las condiciones son favorables, el duelo puede realizarse normalmente sin que la familia necesite ayuda especializada. La intervención del experto va a ser necesaria fundamentalmente en dos situaciones: 1) Las pérdidas que, por sus características y la del contexto en que se producen, provocan una crisis que impide elaborar el duelo adecuadamente. 2) Los duelos crónicos o incompletos. Vamos a ver estas dos situaciones por separado y cómo se pueden abordar.

1. Crisis por una pérdida:

Aplicando el modelo ecosistémico, debemos realizar en primer lugar una evaluación del contexto en el que se produce la pérdida y ello incluye:

a) La persona. Slaikeu (1984) propone considerar a la persona como un sistema cuyo funcionamiento incluye cinco subsistemas: Conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo.

b) La familia nuclear.

c) La familia extensa.

d) El contexto comunitario. Que incluye el sistema socio-profesional, escolar, tribunales, seguros, instituciones asistenciales (instituciones hospitalarias, ambulatorias, médico derivante, institución del terapeuta etc.), sistema terapéutico.

e) La subcultura: raza, clase social, religión.

f) La cultura: medio, región, país.

Para cada sistema existen diferentes técnicas de evaluación, pertenecientes a diferentes disciplinas y modelos teóricos. La evaluación ecosistémica debe tener muy presente el momento evolutivo del sistema en crisis, la red social de apoyo y las fuentes de estrés, para entender cuáles son las necesidades propias del sistema

en un momento vital determinado, qué factores estresantes influyen y con qué apoyos podemos contar, (Espina, 1989).

La línea conductora en una terapia de crisis es que los sujetos afectados prosperen a través de la crisis, integren la pérdida dentro del proceso vital y continúen viviendo.

Slaikeu (1984) afirma que para resolver una crisis es necesario cumplir 4 tareas: Supervivencia física, expresión de sentimientos relacionados con la crisis, dominio cognoscitivo de la experiencia completa y adaptaciones conductuales e interpersonales requeridas para la vida futura.

Caplan (1964), en su modelo de intervención en crisis, recomienda ayudar a enfrentar la pérdida favoreciendo que hablen de sus sentimientos y vivencias, descubrir los hechos no dando falsas reaseguraciones, no alentar a culpar a otros, ayudarles a aceptar ayuda, ayudarles a afrontar la pérdida en dosis manejables (puede ser necesaria la medicación) y ayudarles en las tareas domésticas.

Según este autor, la persona afligida debe advertir el dolor de lo irreparable y experimentar su permanencia pues, hasta que no lo haya hecho, no logrará dominar e independizarse de ese episodio de su vida, ni podrá recuperar la estabilidad. Ello incluye, como propuso Raphael (1977), hablar de la pérdida y experiencias que le siguieron, del difunto como persona y de su relación con él (es útil mirar fotos y recuerdos), de otras pérdidas anteriores y explorar sentimientos de culpa y cólera. Es importante estimularles a procesar repetidas veces y por completo toda la información.

Cuando la pérdida es de un hijo, hay que ayudar a los cónyuges a compartir la pena y a asumir la dirección de la familia. Cuando se pierde a uno de los progenitores, hay que ayudar en primer lugar al adulto que queda con ellos, pues si no expresa sus sentimientos, los hijos tampoco lo harán; luego se favorecerá que compartan los sentimientos y vivencias en torno a la pérdida. A los hijos hay que explicarles claramente que el muerto no regresará y que está enterrado, y es conveniente que vayan al funeral y entierro.

2. Duelos crónicos o incompletos.

Paul y Gosser (1965) propusieron el término de “duelo funcional” para la experiencia de duelo realizada en la terapia. Ya hemos visto las consecuencias negativas que tiene para la familia un duelo no realizado, la intervención irá pues dirigida a desbloquear el proceso de duelo y favorecer su completo desarrollo.

Una vez detectado el duelo incompleto en el curso de las sesiones de terapia familiar, motivadas generalmente por otra demanda, debemos planificar la intervención valorando los problemas actuales y su relación con el duelo. Es frecuente encontrar factores asociados al problema presentado que no tengan que ver con el duelo irresuelto o pautas de mantenimiento de síntomas que han adquirido un peso específico en la actualidad, por ello hay que evitar caer en soluciones apoyadas

únicamente en la elaboración del duelo, aunque esto último sea una tarea primordial y hay que llevarla a cabo preferentemente en la primera fase de la terapia.

Para retomar el duelo podemos seguir una serie de pasos: En primer lugar hacer una redefinición del problema y/o relacionarlo con la pérdida no elaborada, en segundo lugar mostrar cómo se ha organizado la familia después de la pérdida y las posibles disfunciones y, finalmente, hay que reactivar las emociones a ella vinculadas, para lo cual es necesario “traer el recuerdo” a través de fotografías, objetos significativos, hablar del difunto, de las circunstancias de la pérdida etc.. Una vez planteada la elaboración del duelo como problema a resolver, el uso de tareas y rituales es de gran utilidad.

Entre las tareas tenemos: La visita a la tumba (Lindeman, 1978), que la familia entregue al terapeuta símbolos claves referidos al difunto para poner en marcha el duelo (Volkan, 1981) etc..

Entre los rituales, Van der Hart y Goossemns (1991) proponen un ritual terapéutico de “despedida”, basado en los rituales de duelo judíos, que consta de 3 fases:

- a) Fase preparatoria en la que se expresa la pérdida de forma desestructurada.
- b) Fase de reorganización, en la que se siguen conductas propias del luto, y se escribe una “carta continua” al difunto según un ritual prescrito.
- c) Fase de finalización: Que comprende una “ceremonia de despedida” a modo de funeral, un “rito de purificación” (bañarse o ducharse) y un “rito de reunión”, por ejemplo, una comida con amigos y familiares.

Estos autores resaltan la falta de rituales de duelo en la sociedad occidental actual como factor que favorece los duelos incompletos, y por ello proponen realizarlos en terapia.

El uso de técnicas psicodramáticas ayuda a explorar el fantasma de la pérdida y permite afrontar el duelo, especialmente en familias con niños pequeños (Espina, 1986).

CASO CLÍNICO

Se trata de una familia formada por Elena, la madre, de 50 años, Jon de 12 años y Lide de 11 años. El padre murió hace 2 años, después de una larga enfermedad que le imposibilitaba trabajar fuera de casa, hacía recados y se ocupaba de los niños.

El motivo de consulta es que Jon no quiere estudiar, es irresponsable e inquieto, “aunque vive feliz y es muy cariñoso”.

En la primera sesión, a la que acuden los tres, se explora el problema y la muerte del padre. La madre comenta que Jon habla de su padre en presente y no quiere ir a las misas, y que Lide siempre procura que la madre no llore, es muy estudiosa y llora frecuentemente (en ese momento la niña rompe a llorar). Ella intentó que a partir del día siguiente todo siguiera como si nada y se ha mantenido fuerte.

También comenta que con el marido podía cambiar impresiones y que quizás

ha pecado de blanda, ahora sólo tiene a su madre que riñe a destiempo y le desautoriza (Jon es el “ojito derecho” de la abuela).

Hipótesis:

1. El duelo por la muerte del padre no ha sido realizado. Jon niega la muerte del padre (habla de él en presente), está agitado y de esa manera no piensa en la pérdida y además mantiene ocupada a su madre preocupándole por él. Por otra parte le falta un modelo de identificación masculina.

Lide se queda con la pena de todos (llora por ella y por los demás, evitando que lo haga la madre y se pueda derrumbar) y se vuelca en los estudios. La madre se ha volcado afectivamente en los hijos sobreprotegiéndolos, fallando a nivel normativo (era tarea del padre). La familia no ha elaborado el duelo adecuadamente y su reorganización es disfuncional.

2. La abuela intrusiva dificulta el funcionamiento de una adecuada jerarquía.

Objetivos terapéuticos:

- Elaborar el duelo.
- Reorganizar la familia (creación de límites entre subsistemas e individuales, jerarquía congruente, abrir el sistema hacia el exterior..).
- Resolución de los problemas presentados.

Intervenciones:

La terapia, 9 sesiones, se desarrolló a lo largo de 5 meses.

En primer lugar voy a nombrar brevemente las intervenciones que no tienen que ver con el trabajo del duelo por alejarse de nuestro tema: Para abordar los problemas de jerarquía se aplicaron técnicas estratégicas (Haley, 1976); y para la reorganización familiar técnicas estructurales (Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman, 1981); también se exploró el sistema escolar y se intervino en el mismo.

En cuanto a la elaboración del duelo incompleto se realizaron las siguientes intervenciones:

A) Preparación al trabajo del duelo: 1) Se redefinió la conducta de Jon y se connotó positivamente: “Jon está preocupado por su madre, teme que lllore y no pueda parar, al igual que Lide, y por eso la distrae con problemas”. 2) Se les explicó que al preocuparse tanto unos por otros no habían podido llorar y recordar juntos, lo cual es muy necesario. 3) Se valoró el esfuerzo de todos por seguir adelante unidos, especialmente a la madre. 4) Se les mostró los roles rígidos que habían adquirido para adaptarse a la pérdida: La madre “la fuerte” y “entregada a los hijos”, Jon el “despreocupado cariñoso” y Lide la “responsable llorosa”. Se les ayudó a flexibilizar los roles para que pudieran funcionar haciéndose cargo cada uno de los diferentes aspectos depositados en los otros.

B) Tareas: 1) En la sesión se habló del padre, su muerte, las vivencias de cada uno etc..2) En casa se les pidió que hablaran de todo ello los tres juntos y grabaran la conversación para traernosla a la sesión siguiente. 3) A Jon se le indicó, durante la primera fase de la terapia, que podía mantener a su madre “ocupada entretenida”

en vez de “ocupada agobiada”, y para ello debía comentarle las cosas del colegio. 4) La madre deberá iniciar una vida social para demostrar a Jon que no necesita que la “entretenga” y a Lide “que tiene ganas de vivir”. Esta tarea, realizada con la terapia más avanzada, dio más libertad a los hijos, aunque tuvieron que pasar sus celos cuando la madre salía arreglada.

C) Para ayudar a Jon a contactar con su pena, el terapeuta varón hizo dos sesiones con él solo, en las que utilizó técnicas de mimetismo (mostrando como se sentiría el terapeuta en una situación semejante), hablaron de cómo era la relación con su padre, que fantasías tenía con él, si le veía desde el cielo, etc.. Y se le sugirió que, si le apetecía, que hablara con su madre de todo ello (a ella se le dijo que lo favoreciera).

Al finalizar la terapia habían podido hablar del padre y compartir la pena y se había reorganizado la familia: Los límites estaban claros, cada uno podía ejercer roles instrumentales y expresivos, la madre ponía las normas no dejando que la abuela interfiriera, la madre y Lide salían más y Jon era responsable. En el seguimiento realizado a los 3 años todos estaban bien, Jon estudiaba en un politécnico habiendo aprobado todo, Lide seguía bien y podían hablar de sus sentimientos no habiendo aparecido, en este tiempo, ningún problema que no hubieran podido resolver.

CONCLUSIONES

En este caso podemos ver cómo el duelo incompleto tiene repercusiones en cada uno de los miembros de la familia, obligándoles a adoptar roles estereotipados y a bloquear sus emociones, y en el sistema al reorganizarse de una manera disfuncional. En estos dos niveles pueden originarse patologías manifiestas o perturbar el normal desarrollo de los miembros de la familia y por ello hay que evaluarlos en la fase diagnóstica.

Las intervenciones que favorecen en primer lugar la expresión de sentimientos en torno a la pérdida y, posteriormente, la reorganización familiar para poder funcionar de una manera acorde con el momento evolutivo, permiten resolver el problema presentado y mejorar la salud, entendida como el bienestar físico, psíquico y social, de la familia.

La elaboración del duelo se ha relacionado ya desde los orígenes de la psicopatología y de la psicoterapia con la depresión. En este artículo se tratan ambos fenómenos con una perspectiva teórica multidisciplinar y con una aproximación clínica de inspiración sistémica.

Referencias bibliográficas

- BOWLBY, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. III. Loss, Sadness and Depression*. London: The Hogart Press. [Hay versión castellana, Buenos Aires: Paidós, 1983].
- BOWLBY, J. (1983). The Impact of Death on the Family System. *Journal of Family Therapy*, 5, 279-294.
- BRYER, K.B. (1987). The Amish Way of Death. En R.H. Moos (Ed.) *Coping with Life Crisis. An Integrate Approach*. New York: Plenum Press.
- CAPLAN, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books. [Hay versión castellana, Buenos Aires. Paidós. 1980].
- ESPINA, A. (1986). La Familia como Continente y la Intervención en Crisis. *Clínica y Análisis Grupal*, 40, 178-195.
- ESPINA, A. (1989). Psicoterapia en el Contexto. Un Caso de Depresión Postparto en el Marido. En J.L. Cifuentes (Ed.), *Psicoterapias Dinámicas. Modelos de Aplicación*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- FIRTH, R. (1961). *Elements of Social Organization*. London: Tavistock Publications.
- FREUD, S. (1917). *Mourning and Melancholia*. SE. 13, 1-162. [Hay versión castellana, Buenos Aires. Amorrortu. 1979].
- FREUD, S. (1923). *The Ego and the Id*, SE.19, 12-66. [Hay versión castellana. Buenos Aires. Amorrortu. 1979].
- GORER, G. (1965). *Death, grief and Mourning in Contemporary Britain*. London: Tavistock Publications.
- GUTHELL, T.G. & AVERIY, N.C. (1977). *Multiple Incest as a Family Defense Against Loss*. New York: Family Process.
- HALEY, J. (1976). *Problem Solving Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass. [Hay versión castellana, Buenos Aires Paidós. 1980].
- KÜBLER-ROSS, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: McMillan Co.
- LINDEMAN, E. (1944). Syntomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- LIEBERMAN, S. (1978). Nineteen Cases of Morbid Grief. *Brithis Journal of Psychiatry*, 132, 159-156.
- MINUCHIN, S. (1974). *Families and Fammily Therapy*. Cambrigde: Harvard University Press. [Hay versión castellana, Barcelona: Granica, 1977].
- MINUCHIN, S. & FISCHMAN, H.CH. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambrigde: Harvard University Press. [Hay versión castellana, Barcelona: Paidós, 1984].
- MOOS, R.H. (1976). *Human Adaptation: Coping With Life Crisis*. Lexington, Mass.:DC. Heath & Co.
- OSTERWEIS, M., SOLOMON, F. & GREEN, M. (1984). *Bereavement: Reactions, Consequences and Care*. Washington: DC. National Academy Press.
- PARKES, C.M. (1970). The First Year of a Bereavement. *Psychiatry*, 33, 444-467.
- PAUL, N.L. (1967). The Role of Mourning and Empathy in Conjoint Marital Therapy. En G.H: Zuk & Bozsormenyi-Nagy (Eds.). *Family Therapy and Disturbed Families*. Palo Alto: Science & Behavior Books.
- PAUL, N.L. & GROSSER, G.H. Operational Mourning and its Role in Conjoint Family Therapy. *Community Health Journal*, 1, 339-345.
- PINCUS, L. & DARE, C. (1978). *Secretos en la Familia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- RAPHAEL, B. (1977). Preventive Intervention With the Recently Bereaved. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454.
- SCHIFF, H.S. (1977). *The Bereaved Parent*. New York: Penguin Books.
- SLAIKEU, K.A. (1984). *Crisis Intervention*. Massachusetts: Allyn & Bacon. [Hay versión castellana, Mexico. El Manual Moderno].
- VIDEKA-SHERMAN, L. & LIEBERMAN, L. (1985). Effects of the Self-Help Groups and Psychotherapy after a Child Dies: The Limits of Recovery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 70-82.
- WALSH, F. & MCGOLDRICK, M. (1988). Loss and Family Life Cycle. En C. J. Falicov (Ed.). *Family Transitions. Continuity and Change over the Life Cycle*. New York: The Guilford Press.
- VAN DER HART, O. & GOOSSEMNS, F. A. (1991). Rituales de despedida en la terapia de duelo. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 17, 35-44.
- VOLKAN, V.H. (1981). *Linking Objets and Linking Phenomena*. New York: International Universities Press.
- WEISS, R.S. (1975). The Provisions of Social Relationships. En Z. Zubin (Ed.). *Doing Unto Others*. New York: Prentice Hall.
- WEISMAN, A.D. (1976). Coping with Untimely Death. En R.H: Moos (Ed). *Human Adaptation: Coping With Life Crisis*. Lexington, Mass.:D.C. Health & Co.

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán en un diskette flexible de 3.5 o 5.25 escritos con un procesador de textos Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

RESULTADOS DE UNA PSICOTERAPIA EXISTENCIAL/HUMANISTA: UN TRIBUTO A ROLLO MAY

James F. T. Bugental
Psicoterapeuta

R. May (1983) states that the context (i.e., the patient as a human being who makes decisions about life), and not the concrete techniques, distinguishes existential therapy from other forms of psychotherapy. A case study of a depressed female patient is discussed.

INTRODUCCION

Mary Campbell, de 37 años, profesora ayudante de Historia en la Western University vive en una "celda" que se va haciendo cada vez más pequeña. Tiene miedo a acabar aplastada por la situación. Siente que su vida ha sido sórdida, y piensa en matarse si esta tortura no se detiene. En ocasiones se mata un poco a sí misma a base de agredirse emocionalmente y también físicamente, de forma deliberada. La profesora Mary Campbell vive en una "celda" pero la puerta no está definitivamente cerrada.

En 1964, mientras estaba preparando mi primer libro, al que había titulado provisionalmente "The Search for Authenticity: The Existential-Analytic Approach to Psychotherapy" (La búsqueda de la autenticidad: La aproximación analítica-existencial a la psicoterapia), envié una copia del manuscrito a Rollo May, a quien tenía el honor de contar entre mis amistades, rogándole que me hiciera llegar sus comentarios y sugerencias. Su respuesta, cortés como siempre, fue en general de apoyo, pero añadió una sugerencia puntual: colocar el artículo "An" (Una) en lugar de "The" (La) en el subtítulo.

Me pareció muy apropiado, y además acorde con una característica central del pensamiento existencial: no se pueden hacer declaraciones definitivas, ni sobre psicoterapia, ni sobre psicología humana, ni sobre la vida. Estamos siempre en el proceso de esbozar posibilidades, de ir haciendo descubrimientos. Y como prueba de ello habréis comprobado que el artículo "una" aparece en el título de este trabajo.

Mary Campbell quiere hacer terapia para abrir la puerta de su "celda". Acude con la queja de que la vida ha perdido su sabor, que sus relaciones están vacías y que ve pocas razones para seguir viviendo.

El tipo de psicoterapia existencial que practico no lleva ya el adjetivo "analítica" pese a deberle mucho a los insights y otros métodos de psicoanálisis. Sin embargo, hoy prefiero referirme a ella como "humanista" para enfatizar un sistema de valores menos preocupado por encontrar los componentes (análisis) que en fomentar la realización de las posibilidades humanas (El término "potencial humano" ha quedado tan erosionado que prefiero no emplearlo más). Cuando hablo de posibilidades humanas tengo en mente como objetivo de una terapia el crecimiento de un auténtico sentido de la vida en aquellos que se comprometen en este proceso. Pero, ¿en qué consiste el verdadero sentido de la vida?

La revista *New Yorker* llevaba una tira cómica hace varios años que mostraba a una joven pareja paseando tranquilamente en un cochecito a un niño que preguntaba: "¿Estamos vivos o en una película?" De las bocas de los niños pueden surgir las cuestiones existenciales básicas. O de las plumas de los dibujantes de comics.

Mary vive sola en un triste apartamento. Se levanta diariamente con desgana, come poco y sin apetito, imparte sus clases con frases rancias, y se pasa las tardes trabajando en artículos relacionados con su profesión, sobre los que manifiesta que debe acabar para conseguir un ascenso de categoría que niega desear.

La mayoría de nosotros pasamos gran parte de nuestro tiempo como si estuviéramos en una película repetitiva. Sin darnos cuenta de que vamos cumpliendo acciones preprogramadas, que sentimos emociones preseleccionadas y que actuamos según juicios y opiniones predeterminadas. Esta vida pregrabada no proviene del hecho de ser criaturas a merced de nuestros sistemas de hábitos, nuestro medio ambiente, nuestras hormonas o nuestra herencia, sino de haber perdido nuestro centro. May describe con elocuencia el origen de esta alienación:

"Los hombres modernos tuvieron éxito al validarse a sí mismos imponiendo su poder sobre la naturaleza. Pero, ¿qué sucedió con la naturaleza humana, parte integrante también del medio ambiente? En el siglo diecinueve, los métodos que tuvieron tan magnífico éxito en la medición y aprovechamiento de la naturaleza inanimada fueron aplicados a la humana. Empezamos a concebirnos a nosotros mismos como objetos que debían ser pesados, medidos y analizados. Y, en consecuencia, comenzamos a vernos como algo *impersonal*, al igual que considerábamos al medio inanimado. La naturaleza humana se transformó en algo sobre lo que obtener poder y que se podía manipular y explotar, como el carbón de nuestras minas y el acero que, a golpe de martillo, transformamos en carrocerías para nuestros automóviles. Así, el hombre moderno se vió embarcado en una guerra contra sí mismo. El "conquistate a tí mismo" de la era victoriana se

transformó en un “manipúlate a tí mismo” en el siglo XX. El dilema del hombre, el del sujeto que se relaciona con el objeto...se acabó pervirtiendo, transformándose en “Yo”, el sujeto, que explota al resto de mí mismo, al objeto impersonal, al “Ello”...Este círculo vicioso, mientras continúe de este modo, sólo puede provocar un encogimiento del sujeto, es decir una reducción de la consciencia”. (1967, p. 78-79).

Las enseñanzas orientales nos advierten que necesitamos despertar; nuestro sueño es el sueño de la falta de atención, de la irreflexiva cosificación de nuestras vidas, de comportarnos como actores en una película. Quiero tratar de dejar claro que éste es el punto más importante de este ensayo. Para comenzar a ilustrarlo recurriré a la útil distinción que realiza May entre “awareness” (darse cuenta) y “consciousness” (consciencia) (1967, pp. 124-125):

El “darse cuenta” constituye la faceta subjetiva de la persona centrada. El darse cuenta es una capacidad que compartimos con los animales y con parte de la naturaleza... La consciencia es la forma específicamente humana de darse cuenta, la capacidad especial humana no sólo de saber algo, sino de además saber que se sabe algo, es decir de experimentarse a uno mismo como sujeto en relación a un objeto o como un Yo en relación a un Tú.

Mary muestra una versión determinista de la historia, observa la experiencia humana como el producto inexorable de fuerzas interpersonales que superan nuestros insignificantes poderes. En su propia vida se siente como si fuera una cosa, sin posibilidad de cambiar su destino.

COMO COMIENZA TODO

Todos nacemos con las posibilidades de ser realmente humanos. Lo que hacemos con estas posibilidades es producto de la interacción de tres fuerzas principales: destino, contingencia e intención.

Rollo May (1981) ha aportado una buena descripción de la naturaleza del destino, al igual que definió otras muchas dimensiones fundamentales de la experiencia humana. Define este concepto como “un conjunto de límites y talentos que constituye lo dado en la vida” (p. 89), y considera estos dones como los parámetros ineludibles de nuestras vidas. No los ve como determinantes de nuestro futuro, sino como realidades que debemos tener en cuenta. May identifica cuatro niveles de destino (p. 90), entre ellos el “cósmico” (por ejemplo, nacimiento y muerte) y el “genético” (por ejemplo, las fuerzas históricas como guerras, cambios económicos, plagas, etc.)

Mary, reconociendo las fuerzas de su destino, las confunde con determinantes absolutos. Nuestro trabajo debía proceder a dos niveles: ayudarle a descubrir poco a poco la miseria emocional que ha ido acumulando durante mucho tiempo, su sentimiento de haber sido valorada por sus padres como un puro objeto decorativo y de no haber sido querida como persona. También elaborar la seducción temprana

de que fue objeto por parte de un amigo de la familia, y su convicción de falta de atractivo para otros. En un segundo nivel, el trabajo de terapia iba insistentemente desafiando sus protestas de impotencia en cuanto a cambiar cualquier aspecto de su vida.

Al pensar en las formas en que un individuo acepta y elabora su destino, estoy seguro que May estaría de acuerdo con nuestro amigo mutuo George Kelly, que comentó que “la clave del destino de una persona es la habilidad de reconstruir (reinterpretar) lo que no puede ser negado”. Obviamente, los parámetros del destino no pueden ser negados, pero podemos provocar grandes variaciones según la interpretación que les demos.

La posibilidad de ser humanos es la oportunidad de formarnos una identidad y la necesidad de crear/descubrir un mundo. La vida creativa es aquella que colma plenamente el desafío de nuestra naturaleza, que está abierta a posibilidades y que se aferra proactivamente a aquello que no puede ser negado en lugar de someterse a ello reactivamente. May (1981, p. 93) cita a Ortega con aprecio:

“La vida implica la inexorable necesidad de darnos cuenta del proyecto de existencia que cada cual es... El sentido de la vida... no es otro que la aceptación de su inexorable circunstancia y, al aceptarla, irla convirtiendo en creación propia”

COMO CREAMOS NUESTROS MUNDOS

Con el encuadre que nos provee el destino debemos poner en contacto el mundo y nuestra propia concepción de identidad. Para esta tarea utilizamos las enseñanzas, consejos, deseos y ambiciones, halagos, amenazas u otros estímulos empleados por padres, parientes, maestros, compañeros, religiones, escuelas, entretenimientos populares y cualquier otra cosa que nos afecte. Hay tantas cosas que nos empujan, y existen tantas competiciones y conflictos entre estas fuerzas, que el ser-en-el-mundo que creamos es incompleto y a menudo contradictorio.

Pese a ello, es esta construcción self-y-mundo, falible y siempre en evolución, la que consultamos al tomar las decisiones que guían nuestras vidas. No existen otras fuentes de información. Incluso el esfuerzo de colocar a un maestro, a un sistema espiritual o a una causa más elevada en la posición de conducir nuestra vida no deja de ser en última instancia otra forma de realizar esta construcción.

¿Quién soy yo? ¿Qué soy yo? Estas son las preguntas más básicas que se puede hacer una criatura que se da cuenta, y que es consciente de que se da cuenta de su existencia. Las respuestas que nos damos provienen de muchas fuentes y rápidamente las incorporamos a nuestro autoconcepto. De esta forma el ser humano se convierte en algo más que una criatura, se convierte en *creador*. Todos debemos crear nuestras propias identidades, incluso mientras estamos viviéndolas. Sin suficiente examen, la auto-construcción puede conducir a un desastre o a vivir una existencia a medias. Cuando aportamos una mayor consciencia, descubrimos que

somos autores de nuestra vida, y tomamos una postura proactiva para dialogar con los otros en la determinación del destino y la contingencia.

Con un tono que indica que no acaba de creerse lo que dice, Mary explica: "Me he equivocado de planeta. No pertenezco a éste. No debería seguir viva en este mundo. No me adapto a él. Estoy mal, siempre estoy equivocada". De forma que mi tarea es ir logrando que Mary descubra que el verse como una extraña ha sido una forma de justificarse a sí misma y a su vida tan circunscrita, cómo se empeña en ser la víctima de las circunstancias y se niega su propio poder, y la forma con que está continuamente reduciendo su mundo en un esfuerzo fútil por sentirse segura.

Esta construcción self-y-mundo no es un logro estático; sino más bien un trabajo en continua progresión, que cambia y evoluciona. No es, en absoluto, un proceso exclusivamente consciente, de modo que nos damos cuenta de él de una forma limitada, de igual forma que también es limitada nuestra consciencia del uso de la construcción en la toma de decisiones personales.

Las dos principales dimensiones del mundo de la construcción personal son la valoración y el poder. ¿Con qué propósito voy a invertir mis emociones, mi tiempo, mi energía y mis recursos? La respuesta a esta pregunta puede ser tanto en términos de lo que busco en mi vida como de lo que intento evitar, que va a variar entre orientaciones de tipo muy amplio (amor y calidez en las relaciones) a puntos muy limitados y concretos (conseguir un coche mejor). Idealmente las respuestas tienen coherencia, pero si somos realistas evocan con frecuencia nuestras confusiones, frustraciones y conflictos internos.

Nuestras concepciones sobre lo que causa los acontecimientos que nos afectan y de cómo podemos protegernos ante circunstancias indeseables nos pueden igualmente acarrear conflictos con nosotros mismos y con los demás. Obviamente, nuestras valoraciones se interrelacionan íntimamente con nuestras creencias. Valoramos lo que nos aporta medios (por ejemplo dinero, una posición importante, etc.) para conseguir y mantener lo que deseamos: ocio, comodidades, seguridad en la vejez. Demasiado a menudo estos medios se convierten en fines en sí mismos, de forma que nos queda poca energía extra para saborear los fines que originariamente buscábamos.

Mary únicamente conoce un tipo de poder, el que proviene del conocimiento. Consiguió su licenciatura en historia cuando sólo tenía 24 años, y sigue estudiando para no perderse las novedades que van surgiendo en su especialidad. Sin embargo, estos estudios son tan específicos y limitados que existen pocas personas que trabajen en el mismo campo. El único riesgo que Mary corre en su vida es el cuidado de sus gatos, y ha tenido tres. Recientemente uno de ellos murió atropellado, y su primer impulso fué deshacerse de los otros dos. De esa forma estrechaba aún más sus fronteras. Porque para ella cuidar es dejar abierta la posibilidad de pérdida y dolor.

La ansiedad es el potente estímulo que nos impele a reducir nuestra explora-

ción del mundo. Todos nosotros, bajo los efectos de la amenaza, hacemos lo mismo que los niños asustados o los animales que se encogen hasta formar una bola y así presentar menos superficie corporal al peligro. Nos encogemos y tratamos de que nuestras vidas ocupen menos espacio y, por tanto, sean menos accesibles desde fuera. May, al referirse a las enfermedades físicas, pero intentando claramente abarcar un significado más amplio (1977, p. 86), dice que “la enfermedad es un método para reducir nuestro mundo de forma que, con menos responsabilidades y preocupaciones por lo de fuera, la persona tiene más oportunidades de afrontar con éxito lo interno”.

La ansiedad es inevitable en un ser vivo y despierto pero, tal como May apunta (1977, p. 66), “al afrontarla y superarla, más que al intentar escapar de ella, es como el individuo se va desarrollando y amplía su visión del mundo”. La forma en que construimos nuestro mundo delimita el reino en el cual nos sentimos capaces de movernos sin vivir rodeados de excesivas amenazas y con la posibilidad de conseguir suficiente cantidad de las cosas que valoramos. De forma sutil y en gran parte preconsciente sopesamos los beneficios que podemos obtener a partir de diferentes cursos de acción en comparación con sus costes en términos de las amenazas que podemos sufrir y las renunciaciones que deberemos realizar.

Este balance continuo nos conduce a menudo a bloqueos en nuestra consciencia de los propios deseos y de esta forma se va reduciendo el sentido de nuestro propio poder de reconocimiento de lo que está a nuestro alcance en el mundo que nos rodea. Y, de forma opuesta, cuando prestamos atención a nuestra potencia personal y abrimos nuestra consciencia, expandemos nuestro mundo de experiencia, podemos reconocer más alternativas, y encontramos formas de ir realizando nuestras motivaciones. “El poder y el sentimiento de significación están entrelazados”, tal como nos hace observar May (1972, p. 35).

A medida que Mary se va arriesgando en la comunicación con otros va encontrando oportunidades allí dónde creía que no existían. Se había dedicado a leer ponencias en reuniones profesionales, pero siempre se había retirado a su habitación inmediatamente después de su lectura. Ahora se queda a las discusiones informales posteriores, y a cenar con sus compañeros, y empieza a hacer amistades.

Al contarme estas experiencias, Mary presenta la tendencia inicial a minusvalorar sus logros. Después descubre que su ansiedad aumenta al irse abriendo al mundo exterior, hasta que finalmente comienza a relacionarse poco a poco más abiertamente con sus nuevos amigos.

RECAPITULACION

La vida es consciencia. Y la consciencia nunca lo abarca todo. De día en día, de relación en relación y de circunstancia en circunstancia vamos variando la amplitud de nuestra visión del mundo.

La terapia no es un procedimiento médico sino un esfuerzo educativo.

Mediante ella intentamos mostrar al cliente las situaciones en que se empequeñece más de lo que sería necesario. La terapia sigue la convicción de que cuando uno es plenamente consciente de sus limitaciones, estas comienzan a disolverse. El elemento importante de la frase anterior reside en las palabras “plenamente consciente” porque gran parte de las veces en que hablamos de ser conscientes en realidad nos estamos refiriendo a prestar atención a medias y a seguir actuando según pautas prefijadas que hemos ido coleccionando para manejar situaciones sin que en realidad tengamos que estar verdaderamente presentes.

El descubrimiento crucial que la terapia puede aportar sobre estas limitaciones que colocamos frente a nosotros mismos puede ser explicitado de forma simple: prestar consciencia plena a la forma en que uno se limita es colocarse fuera de esos límites. La consciencia de por sí ya hace que los límites se amplíen. Sin embargo, esto es fácil de decir, pero llevarlo a la práctica en la terapia es un proceso que presenta dificultades y exigencias, y que suele requerir tiempo. Gran parte del trabajo terapéutico habrá de dedicarse a observar las formas en que hemos ido reduciendo nuestra consciencia, es decir a nuestras resistencias (Bugental, 1987).

Mary Campbell, de 39 años, profesora titular de Historia en la Western University, está abriendo la puerta de su “celda” y comenzando a vivir su vida.

LO QUE PRETENDE CONSEGUIR LA TERAPIA

“El objetivo de la terapia consiste en que el paciente *experimente su existencia como real...* lo cual incluye darse cuenta de sus potencialidades y ser capaz de actuar en base a ellas” (May, 1958, p. 85).

Cuando este tipo de terapia procede de forma correcta logra varios objetivos: ayuda al paciente a darse cuenta de la forma en que, de forma repetitiva, iba limitando su autoimagen, y consiguientemente también su sensación de poder y sentimientos de ser valioso. Ayuda a los clientes a experimentar un abanico más amplio de posibilidades, a que se sientan más relacionados con otras personas, y finalmente a que reconozcan que son algo más que un mero darse cuenta consciente.

La terapia no pretende producir personas que vivan felices para siempre. “Nuestro objetivo con respecto a la ansiedad y la culpa no debe consistir en hacerlas desaparecer (si es que realmente lo pudiéramos hacer realmente), sino ayudar a las personas, a nuestros pacientes y a nosotros mismos a afrontar constructivamente esta ansiedad y culpa” (May, 1967, p. 104)

SINOPSIS

La vida, entendida en su plena autenticidad, es consciencia, es darse cuenta de que uno presta atención. El mundo es siempre una construcción, no un descubrimiento. El “mundo” es una forma de denominar los límites de nuestra consciencia. Expandimos nuestro mundo justo hasta los límites establecidos por el nivel de ansiedad que podemos tolerar. Cuando nos sentimos amenazados contraemos

nuestro mundo; cuando estamos centrados y prestamos atención, lo expandemos. La psicoterapia es necesaria cuando el mundo de una persona ha quedado tan reducido que no puede estar realmente vivo dentro de él.

Al constreñir el mundo llegamos a amenazar la propia vida. La psicoterapia trata de alertar al paciente de la peligrosidad escondida en el procedimiento de constricción del mundo con el que precisamente intentamos estar más seguros. La psicoterapia apoya al cliente en su avance hacia la expansión de su propio mundo. Le ayuda a descubrir y utilizar su poder de ampliación de consciencia, ayudándole así a sentirse engrandecido, más potente y menos víctima. La psicoterapia actúa al ir señalando (incluso de forma repetida y enérgica) las formas en que el paciente constriñe su mundo y mostrándole que estas constricciones son alternativas que ha escogido y no necesidades reales.

May resume la postura existencial en psicoterapia: “quede claro... que lo que distingue la terapia existencial no es lo que el terapeuta haga específicamente... sino más bien el *contexto* en que sitúa la terapia... un contexto en que el paciente no es un conjunto de dinamismos o mecanismos psíquicos, sino un ser humano que escoge, se involucra y se encamina hacia un objetivo. El contexto es dinámico, real y presente” (1983, p. 52).

R. May (1983) estableció la distinción entre la terapia existencial y otras formas de psicoterapia en el contexto que provee el terapeuta (por ejemplo, considerar al paciente como un ser humano que toma decisiones en su vida) y no en las técnicas concretas que emplea. En este artículo Bugental revisa un caso de una mujer deprimida.

Traducción: Ignacio Preciado.

Nota Editorial: Este artículo apareció publicado en *The Humanistic Psychologist*, 19, 1, 1991, pp.2-9. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- BUGENTAL, J.F.T. (1987). *The art of the psychotherapist*. New York: Norton.
MAY, R. (1958). *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books.
MAY, R. (1967). *Psychology and the human dilemma*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
MAY, R. (1972). *Power and innocence: A search for the sources of violence*. New York: Norton.
MAY, R. (1977). *The meaning of anxiety*. New York: Norton.
MAY, R. (1981). *Freedom and destiny*. New York: Norton.
MAY, R. (1983). *The discovery of being: Writings in existential psychology*. New York: Norton.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
APARTADO DE CORREOS 90.097
08080 BARCELONA
Tel.: (93) 321 7532**

Gestión y Administración:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.
c./ de l'Art, 81
08026 BARCELONA
Tel.: (93) 435 2311**