

**Universidad Nacional de Rosario**

**Facultad de Psicología**



**Trabajo Integrador Final**

**Investigación Bibliográfica**

**“Depresión: desde el psicoanálisis a la terapia cognitiva Integrativa”**

Autora:

Telesco, Agustina

Legajo:

T-5019/9

Graduado responsable:

Psicóloga Laura, Soto Payva

**2017**

## **Agradecimientos:**

A mi tutora Laura por acompañarme en la recta final de esta hermosa carrera, brindándome su tiempo y sabiduría con paciencia y compromiso.

A los integrantes del espacio TIF, en especial Guillermina, por atender mis inquietudes y guiarme en la escritura.

A mis padres, Mariela y Germán, por su soporte económico y afectivo, por permitirme volar y crecer a pesar de sus miedos.

A mi hermana, Florencia, por ser ese lugar en el mundo donde siempre me voy a sentir amada, cuidada y mimada.

A mi bisabuela Teresa, a mis abuelos Ali, Marti, Calo y Tete, y a mis tíos y tías por su apoyo, presencia y amor incondicional.

A mis amigas/os de la infancia y adolescencia, por su amistad y contención. En especial a Ale, quien siempre me hizo saber que creía en mí y que estaba en el camino correcto.

A mis amigas de la facultad, mi sostén y familia estos siete años. En especial a Ami y Albi.

A Milo, mi gran compañero.

## **Índice:**

|  |    |
|--|----|
| Resumen.....   | 4  |
| Palabras Claves .....                                | 4  |
| Título.....  | 5  |
| Problema.....  | 6  |
| Objetivo general y Objetivos específicos.....        | 7  |
| Perspectiva Psicoanalítica.....                      | 8  |
| Perspectiva Cognitiva.....                           | 10 |
| Depresión.....                                       | 11 |
| Técnicas.....  | 13 |
| Instrumentos.....                                    | 14 |
| Judith Beck: Conceptos básicos y Profundización..... | 15 |
| Creencias Intermedias.....                           | 15 |
| Creencias Centrales.....                             | 16 |
| Modelo Integrativo en Psicoterapia.....              | 16 |
| Aspectos interpersonales de la depresión.....        | 17 |
| DSM V.....   | 18 |
| Conclusión.....                                      | 20 |
| Referencias Bibliográficas.....                      | 22 |

**Resumen:**

La presente investigación bibliográfica consiste en una articulación de referencias conceptuales sobre depresión situadas desde dos perspectivas diferentes. Se aborda esta problemática desde la perspectiva psicoanalista propuesta por Sigmund Freud, ya que además fue punto de partida de la investigación de Aaron Beck, a quien en un segundo momento se retomará para desarrollar su Teoría Cognitiva de la Depresión. Se consideran también, dentro del modelo cognitivo, los aportes de Judith Beck y a continuación se realiza una referencia al modelo Integrativo en psicoterapia propuesto por Héctor Fernández Álvarez. Para finalizar se describe la categorización de la depresión desde el DSM-V.

El objetivo de esta investigación consiste en abordar el desarrollo de la Depresión proveniente de la concepción psicoanalítica y la reformulación de la terapia cognitiva.

Se concluye en una demarcación de las divergencias entre ambas perspectivas.

**Palabras Claves:**

Depresión - Perspectiva Psicoanalista - Perspectiva Cognitiva - Psicoterapia Integrativa-  
DSM-V.

**“Depresión: desde el psicoanálisis a la terapia cognitiva integrativa”**

## **Problema ¿En qué consiste la reformulación de los conceptos psicoanalíticos que lleva acabo la terapia cognitiva?**

Una de las problemáticas más frecuentes que atraviesan los individuos de los últimos siglos es la depresión, debido a ello, varios autores se han referido a ésta para la elaboración de su diagnóstico y el desarrollo de modelos útiles para su tratamiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas de todas las edades, condiciones sociales y países, no obstante, se puede prevenir y tratar. Además expone que en el peor de los casos, la depresión puede provocar el suicidio, que actualmente es la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años de edad. (OMS, 2017).

La depresión es uno de los problemas psicológicos más comunes en los niños y adolescentes. Un 5% de las personas entre 9 y 17 años sufre de depresión mayor y las cifras de incidencia se elevan al 8% si se considera solamente el período adolescente. (Fernández Álvarez, 2008: 457)

El presente trabajo de investigación bibliográfica consiste en un primer momento en el abordaje de la depresión desarrollada por el psicoanalista Sigmund Freud, tomando como reseña central el texto de *Duelo y Melancolía* (2012a) en donde el autor desarrolla las características y los procesos de los mismos, resaltando la influencia del Super Yo en tanto instancia crítica. Para su ampliación retomaré los textos *El yo y el Ello* (2012b), *Introducción al Narcisismo* (2012e) e *Inhibición, Síntoma y Angustia* (2012d). Esta pequeña referencia permitirá entender qué fue lo que retomó en su investigación Aaron Beck en tanto preámbulo de su Revolución Cognitiva de la Depresión.

En un segundo momento, se llevará a cabo el desarrollo de la concepción de la depresión propuesta por Aaron Beck, quien a principios de los años sesenta desarrolla la Terapia Cognitiva y se propone investigar y poner a prueba los conceptos psicoanalíticos de la depresión, esperando encontrar pruebas que los validen. Sin embargo, los resultados de esta investigación llevaron a Beck a buscar otras formas de conceptualizar y explicar esta problemática. Caracterizó a sus pacientes depresivos por experimentar determinadas cogniciones a las que llamó pensamientos negativos, los cuales se podían clasificar en tres categorías según su contenido: en referencia a sí mismo, al mundo y al futuro. Además, se expondrán las técnicas cognitivas y conductuales que propone para abordar la depresión. Para ello se tomará el texto *Terapia Cognitiva de la Depresión* Edición 19º (2010), *Coping With Depression* (1973) y *Práctica clínica de terapia Cognitiva con niños y adolescentes* (2005). Dentro del modelo cognitivo, se retoma la descripción de los pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias centrales, expuestos en el texto *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y Profundización* (2000) de Judith Beck.

Continuando con la línea de la terapia cognitiva, se retomará el Modelo Integrativo en psicoterapia postulado por Héctor Fernández Álvarez para abordar la terapia con pacientes depresivos y la importancia de los aspectos interpersonales de la depresión.

Para finalizar, se hará referencia a la descripción de la depresión formulada en el DSM V, en tanto manual vigente para el entendimiento interdisciplinario y profesional. Se recurre a la conceptualización de trastorno mental y a un desarrollo del trastorno depresivo y sus variaciones.

**Objetivo General:**

Abordar el desarrollo de la depresión proveniente de la concepción psicoanalítica, la reformulación por parte de la terapia cognitiva y el modelo Integrativo.

**Objetivos específicos:**

- Realizar una descripción teórica del abordaje psicoanalítico de la depresión expuesta por Freud.
- Desarrollar los aportes de la teoría cognitiva de la depresión de Aaron Beck.
- Abordar los aportes de Judith Beck a la terapia cognitiva
- Explorar los aportes para un abordaje terapéutico de la depresión desde la terapia cognitiva integrativa.

## Perspectiva psicoanalítica

Desde la perspectiva freudiana, puramente psicoanalítica, es preciso referir a los procesos del duelo y de la melancolía en tanto puntos de partida para poder explicar y aproximarse a la caracterización de la depresión planteada por Freud.

En *Duelo y Melancolía* (2012) Freud define, por un lado, al duelo como “una reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc”. (Freud, 2012a: 241). El autor explica que la naturaleza de esta pérdida es real, es decir, en la realidad el objeto se ha perdido verdaderamente.

En el duelo es frecuente la manifestación de ciertas desviaciones respecto de la conducta, como falta de motivación, apatía o tristeza, a pesar de ello no se lo considera un estado patológico ya que pasado cierto tiempo se superará. Por esta razón sería inoportuno y hasta perjudicial perturbar su desarrollo.

Lo que sucede en el proceso del duelo es que “el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto” (Freud, 2012a: 242). Esta orden que ofrece la realidad no se cumple de inmediato, el retiro de la libido de los objetos no es algo que las personas realicen de buen grado, sin embargo, lo normal es que luego de un tiempo se obedezca y se ejecute. “Una vez cumplido el trabajo del duelo el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido” (Freud, 2012a: 243) pudiendo así desplazarse a un objeto distinto, nuevo; de modo que una vez concluido el proceso del duelo, éste desaparecerá sin dejar graves secuelas evidentes.

Por otro lado, Freud expone que la melancolía también puede ser una reacción frente a la pérdida de un objeto amado, pero, a diferencia del duelo, lo que se destaca es que esa pérdida suele ser de naturaleza más ideal. Es decir, que quizás el objeto no esté realmente muerto, sino que se ha perdido en tanto objeto de amor. Ésta es una pérdida sustraída de la conciencia, inconsciente. A diferencia del duelo, lo que ocurre en el proceso melancólico es que:

Hubo una elección de objeto, una ligadura de la libido a una persona determinada; por obra de una afrenta real o un desengaño de parte de la persona amada sobrevino un sacudimiento de ese vínculo de objeto. El resultado no fue normal, (...) La investidura de objeto resultó poco resistente, fue cancelada, pero la libido libre no se desplazó a otro objeto sino que se retiró sobre el yo. (...) sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado (...). De esta manera, la pérdida del objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación. (Freud, 2012a: 246)

Es decir, una parte del yo se contrapone a la otra, la crítica y la toma como objeto. A esta instancia crítica Freud la llama conciencia moral y luego en el *El yo y el ello* (2012), continúa con su elaboración y paralelamente desarrolla al Superyó en tanto instancia crítica. A éste se le atribuye la función de la conciencia moral, y la tensión entre el yo y el Superyó es reconocido como sentimiento de culpa. “El yo reacciona con sentimientos de culpa (angustia de la conciencia moral) ante la percepción de que no está a la altura de los reclamos que le dirige su ideal, su superyó” (Freud, 2012c: 172)

Como resultado del proceso melancólico por un lado tiene que existir una fuerte fijación al objeto de amor, y por el otro, y en contradicción, una escasa investidura del mismo. Freud retoma a Otto Rank quien plantea que dicha contradicción parece requerir que la elección de objeto se cumpla sobre una base narcisista, de modo que la investidura de objeto regrese a ella. De este modo, en todo o en parte, la disposición melancólica se remite al tipo narcisista de elección de objeto. El narcisismo refiere a aquella conducta por la cual una persona se trata a sí mismo y a su propio cuerpo como

lo haría con un objeto sexual. “Es el componente libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación, dosis que todo ser vivo posee”. (Freud, 2012e: 71)

Entonces, en la melancolía, se produce una identificación narcisista con el objeto perdido que desde luego, “corresponde a la regresión desde un tipo de elección de objeto al narcisismo originario”. (Freud, 2012a: 247) Esta identificación es de tipo ambivalente, amor-odio, el amor que no se resigna se refugia en la identificación, mientras que el odio se ensaña con ese objeto sustitutivo insultándolo y denigrándolo. Justamente es al objeto a quien se dirige la ira del superyó, el cual ha sido acogido en el yo por identificación. Es decir, el superyó hiperintenso e hipermoral, se lanza con furia sobre el yo, y es por eso que es considerado un componente primordial en los estados depresivos.

Si el amor por el objeto se refugia en la identificación narcisista, el odio se ensaña con ese objeto sustituto insultándolo, haciéndolo sufrir y ganando de esto una satisfacción sádica. Este martirio es gozoso, y este sadismo nos revela la inclinación al suicidio, acto por el cual una persona provoca su propia muerte. En relación a éste, lo que sucede en la melancolía es que el yo puede pretender la muerte en virtud de que la investidura de objeto ahora sobre el yo, le permite tratarse a sí mismo como un objeto.

En el *Yo y el Ello* (2012) Freud desarrolla que de acuerdo con su concepción del sadismo, lo que sucede es que

El componente destructivo se ha depositado en el superyó y se ha vuelto hacia el yo. Lo que ahora gobierna en el superyó es como un cultivo puro de la pulsión de muerte, que a menudo logra efectivamente empujar al yo a la muerte, cuando el yo no consiguió defenderse antes de su tirano mediante el vuelco a la manía. (Freud, 2012b: 54)

Tanto el duelo como la melancolía se caracterizan por “una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, y la inhibición de toda productividad” (Freud, 2012a: 242) Es decir que en ambos estados se evidencia desinterés por las relaciones interpersonales, disminución de la participación en diferentes actividades, tristeza, aislamiento, retraimiento, etc.

Siendo la inhibición una de las particularidades de la depresión, en *Inhibición, síntoma y angustia* (2012) Freud la piensa en relación con la categoría de función, ya sea sexual, nutricia, de locomoción o trabajo, y la define como una limitación de la misma. Lo que ocurre en la melancolía es que el yo, a quien se le asigna el gobierno sobre el acceso a la motilidad, renuncia a esas funciones con el fin de evitar un conflicto con el Superyó, sorteando así la angustia que conllevaría. Esto deja en evidencia el nexo entre la inhibición y la angustia.

En cuanto a la angustia, esta es la expresión de huida frente al peligro, Freud plantea que lo que se oculta tras la angustia del yo frente al Superyó es la angustia de la conciencia moral. En *El yo y el Ello* Freud distingue que lo que se juega entre el yo y el Superyó es la angustia de muerte. En la melancolía esta angustia se explica a causa de que el yo se resigna a sí mismo porque se siente odiado y perseguido por el Superyó en lugar de sentirse amado.

El autor advierte que a diferencia del duelo, en la melancolía se destaca un rasgo excepcional. El mismo consiste en una “rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autoreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo”. (Freud, 2012a: 242). Esta característica es producto de aquella identificación narcisista expuesta anteriormente, en donde el Superyó ataca deliberadamente al yo que se encuentra en posición de objeto. Para quien atraviesa un duelo el mundo se vuelve pobre y vacío, en cambio, en la melancolía es el yo a quien le sucede eso. El sujeto describe a su yo como indigno, estéril, despreciable, se reprocha, denigra, humilla, espera repulsión y castigo. Su autocrítica se extiende al pasado aseverando, de este modo, que nunca fue mejor. En analogía con el duelo, “él ha sufrido una pérdida en el objeto; pero de sus declaraciones surge una pérdida de su yo”. (Freud, 2012a: 245)

## Perspectiva Cognitiva

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. (...)Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. (Beck, Rush, Shaw, Emery, 2010: 15)

Esta terapia se basa en la teoría del aprendizaje social, la cual supone que el entorno, las capacidades personales y el comportamiento de una persona se determinan mutuamente y por lo tanto la conducta es considerada un fenómeno dinámico y en constante evolución. Los síntomas no aparecen en la nada, los profesionales deben tener en cuenta las circunstancias particulares a la hora de realizar su evaluación y tratamiento (Friedberg, McClure, 2005). Puede suceder que las personas depresivas se aparten de personas significativas, éstas se enojen por dicha actitud y contribuyan a un círculo vicioso de sufrimiento y autocrítica, por eso es muy importante un contexto de contención y entendimiento.

En relación a la depresión, las primeras ideas de Aaron Beck surgieron en 1956, cuando, por un lado, se propuso validar algunos conceptos psicoanalíticos que consideraba correctos pero, debido a la falta de datos empíricos, carecían de una aceptación generalizada entre los psicólogos y psiquiatras. Por otro lado, pretendía detallar la configuración psicológica de la depresión con el fin de desarrollar una forma breve de terapia que le sea específica.

Los resultados que arrojó su investigación empírica, al comienzo parecían apoyar la descripción psicoanalítica de la depresión, en tanto expresión de una hostilidad vuelta hacia sí mismo expresada como una necesidad de sufrimiento. Sin embargo, resultados posteriores parecían contradecir dicha hipótesis conduciendo así a una evaluación crítica de la teoría psicoanalítica de la depresión.

¿Qué es lo revolucionario del nuevo paradigma de la depresión? Éste se centra en el paradigma personal del paciente, el mismo es conceptualizado en términos de una *revolución cognitiva* dado que la organización cognitiva del individuo depresivo ha experimentado una inversión en la forma de cómo construye la realidad, es decir, ésta no refiere a un avance sino que la revolución depresiva constituye un retroceso. (Beck et al., 2010).

Las creencias que el depresivo tiene de sí mismo, del mundo y del futuro se organizan en un sistema similar al que desarrolla Kuhn (1962), el paradigma personal, tiene que ver con aquellas observaciones e interpretaciones sobre la realidad que están moldeadas por su marco conceptual. Es decir que cuando la persona se encuentra en un estado depresivo,

Da lugar a una visión distorsionada de sí mismo y del mundo. Sus ideas y creencias negativas le parecen una representación verídica de la realidad, incluso cuando a otras personas y a él mismo cuando no está deprimido les parezcan inverosímiles. (Beck et al., 2010: 29)

Este paradigma puede experimentar turbulencias si la persona llega a reconocer alguna evidencia que vaya en contra del paradigma y por lo tanto desarrollar gran variedad de síntomas.

Los autores proponen utilizar su paradigma científico para comprender y modificar las cogniciones del paciente para evitar que vuelva a llegar a interpretaciones falsas. Cuando éste logra ser invertido y ajustado a la realidad se produce una contrarrevolución y la depresión se disipa.

## Depresión

Los pacientes depresivos no tienen necesidad de sufrimiento alguno. (...) tienden a evitar conductas que pueden generar rechazo o desaprobación, en favor de respuestas que eliciten aceptación o aprobación por parte de otros. (...) Muchos de los pacientes depresivos reaccionaban negativamente a las intervenciones terapéuticas basadas en las hipótesis de la 'hostilidad vuelta hacia sí mismo' y de la "necesidad de sufrimiento. (Beck et al., 2010: 8)

Beck observó que los pacientes depresivos adoptan sistemáticamente una visión negativa de sí mismos y de sus experiencias. El depresivo tiene una forma distorsionada de interpretar la realidad, una visión global negativa de sí mismo, del mundo y del futuro expresadas dentro de un amplio rango de distorsiones cognitivas negativas. Generalmente estos pensamientos no se basan en hechos reales, por el contrario, se sustentan en interpretaciones distorsionadas de la realidad, las cuales constituirían el primer eslabón en la cadena de síntomas. Tienden a ver el lado negativo de las cosas, no buscan determinar cuál es el error en su interpretación.

Estos pensamientos distorsionados impiden que las personas aborden actividades que los hagan sentir mejor o relacionarse con personas significativas, creando así un círculo vicioso donde, por no realizar dichas actividades o no interactuar, se perciben a sí mismos como perezosos, irresponsables o desgraciados, aumentando su malestar.

Muchos de los sentimientos negativos se basan en errores del pensamiento en relación a la forma en que se conciben a sí mismos y cómo juzgan las cosas que les suceden. Los pensamientos negativos incluyen opiniones negativas sobre uno mismo, autocrítica y culpabilidad, interpretaciones negativas acerca de los eventos de la realidad, expectativas negativas sobre el futuro y una evaluación de que las responsabilidades resultan abrumadoras.

Según este autor, la depresión es un trastorno emocional que altera el funcionamiento cognitivo, emocional y fisiológico. "Típico de la depresión es un estado de ánimo triste, sombrío, solitario, apático" (Beck, 1974: 1). Las personas que padecen depresión interpretan incorrectamente muchas situaciones, lo que piensan afecta a lo que sienten. Es decir, que las personas pueden sentirse tristes o solitarias debido a una inadecuada interpretación. Algunos de los síntomas predominantes "serían el dolor psíquico, la agitación, y la pérdida de energía" (Beck et al., 2010: 27). Concretamente el autor distingue entre *síntomas afectivos* como tristeza, cólera, distracción, períodos de llanto incontrolables, sentimientos de culpabilidad, vergüenza, etc., *síntomas motivacionales*, *síntomas cognitivos* tales como indecisión, autocrítica, pensamiento absolutista, problemas de memoria y dificultad para concentrarse; *síntomas conductuales*, entre ellos la pasividad, evitación e inercia y *síntomas fisiológicos* como alteraciones del sueño, sexuales y del apetito. (Beck et al., 2010).

Desde la perspectiva cognitiva existe la hipótesis de que algunas experiencias tempranas serían la base de los conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos pueden permanecer latentes e inactivos hasta que circunstancias análogas a la experiencia inicial produzcan la formación de actitudes desafortunadas. Por otro lado, también se considera que la depresión puede ser desencadenada por una enfermedad o anomalía que activa la creencia latente de estar destinado al sufrimiento. Se aclara que una situación difícil, problemática o angustiada no conduce a la depresión a menos que la persona se encuentre sensibilizada debido a la naturaleza de sus cogniciones, ya que sus pensamientos se encuentran limitados a ideas negativas.

Para explicar el sustrato psicológico de la depresión se detallan los conceptos de Triada Cognitiva, Esquemas y Errores Cognitivos o del Pensamiento.

La *triada cognitiva* abarca tres patrones cognitivos principales que llevan al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primero de ellos es una visión negativa de sí mismo que lleva al paciente

a verse como desgraciado, enfermo, torpe, inútil. Se subestima y critica llegando a creer que todo lo malo que le ocurre es resultado de un defecto suyo, obturando así el camino hacia la felicidad. El segundo patrón es la tendencia a interpretar negativamente sus experiencias, a su parecer el mundo le hace demandas exageradas o le pone obstáculos insuperables, y todas sus relaciones con el entorno se miden en términos de derrota o frustración. Por último, el tercer componente es una visión negativa del futuro, que anticipa o prevé que sus dificultades o sufrimientos continuarán indefinidamente. (Beck et al., 2010).

En la 19ª edición de *Terapia Cognitiva de la Depresión* los autores consideran al resto de los signos y síntomas de la depresión como consecuencia de dichos patrones. Algunos de los síntomas son la poca fuerza de voluntad, deseos de escape, evitación, dependencia, inhibición psicomotriz, etc. En cuanto a:

Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviese muerto. (Beck et al., 2010: 20)

El concepto de *esquema*, es utilizado para dar cuenta del por qué los pacientes depresivos mantienen actitudes que les hacen sufrir y son contraproducentes incluso cuando existen factores positivos en sus vidas. Beck explica que toda situación está compuesta por un conjunto de estímulos, a algunos de ellos el individuo atiende selectivamente, los combina y de este modo conceptualiza sistemáticamente la situación. El término *esquema* refiere a ciertos patrones cognitivos relativamente estables como base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un conjunto de situaciones. Es decir, refieren a cómo un individuo estructura las distintas experiencias. Se podría pensar al *esquema* como una esfera por la cual pasa nuestra percepción de los acontecimientos y situaciones que nos rodean, ésta se forma a partir de ciertas experiencias y luego se proyectaría a un número cada vez más amplio de situaciones a pesar de que no estén relacionados con la experiencia que los constituyó. Los esquemas son la base donde los datos se transforman en cogniciones (idea verbal o gráfica) y permiten localizar, diferenciar y codificar los estímulos. En la depresión las conceptualizaciones de las situaciones se encuentran distorsionadas porque se ajustan a esquemas dominantes que son inadecuados. A medida que se vuelven más activos, son evocados por más estímulos aunque carezcan de relación lógica y, de este modo, el paciente pierde el control voluntario de sus pensamientos volviéndose cada vez más incapaz de acudir a esquemas más adecuados.

En estados depresivos más graves la “organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato” (Beck et al., 2010: 22). Ésta es una de las características de la depresión, la persona deja de prestar atención a los estímulos ambientales preservando así su privación y enfermedad. Esto sucede porque su organización cognitiva se vuelve autónoma y reproduce repetidamente ideas negativas.

Los errores sistemáticos en el procesamiento de la información o *errores cognitivos* permiten mantener la creencia negativa, incluso frente a evidencia que la contradice. Los errores cognitivos son:

- Inferencia arbitraria: Adelantarse a una conclusión sin evidencia que la valide o aún cuando la evidencia es contraria.
- Abstracción selectiva: Centrarse en un detalle y conceptualizar la situación en base a éste sin tener en cuenta el contexto.
- Generalización excesiva: Elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarla a distintas situaciones.
- Maximización y minimización: En relación a la significación o magnitud de un evento

- Personalización: Atribuirse a si mismo fenómenos externos sin existencia de tal conexión
- Pensamiento absolutista, dicotómico: Reducir todo a categorías de extremos opuestos. (Beck et al., 2010)

### **Técnicas**

La terapia cognitiva desarrollada por Beck propone el uso de estrategias cognitivas y conductuales para poner a prueba las falsas creencias. ¿Cómo lo hace? El método consiste en experiencias de aprendizaje que le permitan al paciente aprender a reconocer y/o registrar sus pensamientos automáticos negativos, a identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, a examinar cuál es la evidencia a favor y en contra, a reemplazar las cogniciones distorsionadas por otras que se ajusten más a la realidad y a modificar las falsas creencias que están en la base de la percepción de sus experiencias. (Beck et al., 2010)

Al comienzo del tratamiento el terapeuta debe darle al paciente una explicación del fundamento teórico tanto de la terapia como de las técnicas. La terapia se centra en la identificación de síntomas, objetivos y en aliviar los síntomas del paciente transformando sus quejas en problemas resolubles. Cualquier carácter de la depresión puede ser un síntoma objetivo, y al estar todos en relación, la modificación de uno repercute en el resto y así sucesivamente. Los objetivos de la terapia deben ser discutidos con el paciente y llegar a un acuerdo sobre el problema objetivo. Luego se identifican las cogniciones que conducen al síntoma y se las refuta con una investigación lógica y empírica. “Las cogniciones y supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo, e incremento de la conducta positiva versus mantenimiento de la patología” (Beck et al., 2010: 14).

La terapia utiliza tanto técnicas cognitivas como conductuales, en relación a estas últimas el autor aclara que

El objetivo último de estas técnicas, en el ámbito de la terapia cognitiva, es lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente que produzcan una mejoría en su ejecución. Ciertamente, los métodos conductuales pueden considerarse como una serie de pequeños experimentos dirigidos a probar la validez de las hipótesis o ideas del paciente acerca de sí mismo. Cuando las ideas negativas se ven desechadas o refutadas por estos “experimentos”, el paciente comienza a dudar de su validez y se siente motivado para emprender tareas que entrañen mayor dificultad. (Beck et, al., 2010: 116)

Entre algunas de las técnicas conductuales que se aplican a la depresión encontramos:

*La programación de actividades*, “sirve para contrarrestar la escasa motivación del paciente, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas” (Beck, et al., 2010: 118)

*Las técnicas de dominio y agrado*, el terapeuta puede asignar al paciente la tarea de realizar todos los días determinada actividad agradable durante un tiempo y que anote los cambios de humor o la posible reducción de sentimientos depresivos asociados a dicha actividad.

*La asignación de tareas graduales*, se define el problema y formula un proyecto. El terapeuta asigna tareas de más simples a más complejas y el paciente observa directamente el éxito al conseguir determinado objetivo. Luego se prosigue a eliminar las dudas del paciente, sus reacciones cínicas y las minimizaciones de sus logros, se lo estimula a que realice una evaluación más realista y se pone énfasis en que el paciente alcanza el objetivo gracias a su propio esfuerzo y capacidades. Para finalizar se asignan nuevas tareas y más complejas en colaboración con el paciente.

*Práctica cognitiva*, consiste en pedirle al paciente que imagine cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea.

*Entrenamiento en asertividad*, se centra en habilidades específicas e incluye técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, etc.

*Role-playing*, implica la adopción de un papel por parte del terapeuta, del paciente, o de ambos, y la consecuente interacción social basada en los roles. (Beck, et al., 2010)

Las técnicas cognitivas que propone Beck en la 19ª edición de *Terapia Cognitiva de la Depresión*, sirven para que tanto el terapeuta como el paciente puedan entender cuál es la interpretación que este último tiene de la realidad. Ya que el fin es identificar y modificar el paradigma personal del paciente, el terapeuta debe obtener información que le permita entrar en el mundo del paciente y de sus conceptos idiosincráticos. Luego el terapeuta expone el modelo cognitivo de la depresión y esclarece la relación entre pensamientos negativos, sentimientos, motivaciones y conductas. Como el paciente depresivo se encuentra profundamente convencido de que ve las cosas como son en realidad, el terapeuta debe proporcionar información evidente de que ese modo de pensar o ver las cosas contribuye al círculo vicioso de mantener la depresión. Para llevar a cabo el uso de las técnicas cognitivas, luego de explicar su fundamento teórico, es oportuno definir qué es una cognición, por ejemplo, "Un pensamiento o una imagen de la que uno puede no ser consciente, a no ser que le preste atención" (Beck et al., 2010: 142). Luego remarcar la influencia de éstas sobre los afectos y las conductas, detectar los pensamientos automáticos, examinarlos y someterlos a prueba.

- Las técnicas de redistribución, se aplican cuando el paciente se atribuye todas las consecuencias negativas. Se revisan los acontecimientos relevantes y se someten a la lógica para atribuir la responsabilidad a quien le corresponda. Suele sumarse a esta técnica la búsqueda activa de soluciones o interpretaciones alternativas al problema.
- Registro de pensamientos inadecuados o registro diario de pensamientos distorsionados, consiste en que el paciente anote en columnas paralelas sus cogniciones y una respuesta razonable a cada una de ellas.

La terapia cognitiva de la depresión se diferencia de la terapia psicoanalítica en dos aspectos fundamentales:

- La estructura formal de las sesiones basada en el empirismo colaborativo: "El terapeuta cognitivo se encuentra en continua actividad e interactúa intencionadamente con el paciente" (Beck et al., 2010: 16). Se requiere de la participación y colaboración del paciente, para lo que el terapeuta debe valerse de cierta inventiva, para estimular al paciente que puede encontrarse limitado o distraído a participar activamente en las operaciones terapéuticas. Los autores expresan que han observado que las técnicas psicoanalíticas como la asociación libre y la mínima actividad por parte del terapeuta, influyen de modo negativo en el paciente depresivo.
- En los tipos de problemas en los que se centra, a diferencia del psicoanálisis la terapia cognitiva se centra en problemas del aquí y ahora. El objetivo es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión y entre las mismas. No se interpretan factores inconscientes y se le presta poca atención a la época de la infancia. (Beck et al., 2010)

### **Instrumentos**

*Escala de desesperanza*: Beck y sus colaboradores elaboraron dicha escala considerando enunciados pesimistas sobre el futuro. "El objetivo de tal instrumento es evaluar las expectativas que los sujetos tienen de que ocurran acontecimientos

negativos, como también la imposibilidad percibida por los mismos de realizar acciones para evitar que estos acontecimientos negativos ocurran"- (Mikulic et al. 2009)

*Inventario de Depresión (BDI-II)*: se utiliza para medir la severidad de una depresión. Los ítems referencian a algunos síntomas tanto cognitivos como físicos relacionados con la depresión. "Presenta modificaciones sustanciales en el contenido de los ítems y en el marco temporal de las instrucciones dirigidas a conseguir que el instrumento cubra todos los criterios diagnósticos sintomáticos de los trastornos depresivos propuestos por el DSM-IV". (Sanz, 2013)

### **Judith Beck: Conceptos básicos y Profundización**

En relación a las creencias negativas y disfuncionales, y siguiendo la línea de su padre, Judith Beck, en el texto *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y Profundización*, identifica

Los pensamientos automáticos, que son palabras o imágenes que pasan por la mente del paciente en una situación dada y que conducen al estrés. (...) y describe aquellas ideas o conceptos más profundos, a menudo no expresados, que los pacientes tienen respecto de ellos, los demás y el mundo, y que dan lugar a los pensamientos automáticos". (...) Estas creencias se pueden clasificar en (...) creencias intermedias (compuestas por reglas, actitudes y presunciones) y creencias centrales (ideas globales rígidas y absolutas de uno mismo y/o los demás). Las creencias intermedias si bien no se pueden modificar tan fácilmente como los pensamientos automáticos, son más maleables que las creencias centrales (Beck, 2000: 173)

El terapeuta formula desde el comienzo una conceptualización cognitiva, donde conecta los pensamientos automáticos con creencias más profundas. Para ello se vale de un *diagrama de conceptualización cognitiva*, que irá completando a partir de la recopilación de los pensamientos automáticos típicos, las emociones, comportamiento y/o creencias del paciente. Este diagrama funciona como un mapa cognitivo de la psicopatología del paciente, ayuda a organizar los datos e ilustra las preguntas necesarias para completarlo. Se comienza por la parte inferior y se irán completando los casilleros. Debe tener lógica tanto para el paciente como para el terapeuta.

Cada interpretación del terapeuta se plantea como una hipótesis y se le pide al paciente que la confirme, discuta, modifique o plantee sus propias hipótesis. Se anotan tres situaciones en las que el paciente se sienta perturbado y para cada una de ellas, el pensamiento automático clave, su significado, emoción y/o comportamiento. "El significado del pensamiento automático de cada pensamiento debe relacionarse lógicamente con el casillero de la creencia central" (Beck, 2000: 176). Luego se pregunta cómo se originó dicha creencia y cómo se mantuvo, qué acontecimientos de la vida se relacionan, cómo sobrelleva el paciente esa creencia central dolorosa y qué creencias intermedias ha desarrollado.

A continuación el terapeuta colige aquellas estrategias conductuales que el paciente desarrolló para tolerar la creencia central negativa y completa el casillero de las estrategias compensatorias. (Beck, 2000)

### **Creencias Intermedias**

El terapeuta identifica las creencias intermedias reconociendo las creencias que se presentan como pensamientos automáticos; proporcionando la primera parte de una presunción; preguntando directamente sobre una regla o actitud; usando la técnica de la flecha hacia abajo, ya que por lo general preguntando sobre el significado de un pensamiento, a menudo hace aparecer una creencia intermedia y las preguntas sobre el significado de dicha creencia dejan al descubierto una creencia central; analizando los

pensamientos automáticos de un paciente en busca de temas comunes; y revisando un cuestionario sobre creencias que el paciente ha respondido.

Luego se decide si se debe modificar la creencia, se instruye al paciente acerca de la misma, se le da un formato de presunción a las reglas y actitudes, se examinan las ventajas y desventajas, y para finalizar, se formula una nueva creencia. (Beck, 2000)

Judith propone las siguientes técnicas semejantes a las que se utilizan con los pensamientos automáticos, para modificar las creencias:

El *cuestionamiento socrático*, consiste en preguntas que ayudan al paciente a evaluar las creencias identificadas en el contexto de situaciones específicas, permitiendo una evaluación más concreta y significativa.

Los *experimentos conductuales*, ayudan al terapeuta a diseñar una prueba conductual que permita evaluar la validez de una creencia.

El *continuum cognitivo*, hace que el paciente pueda reconocer la existencia de puntos intermedios y no en términos de todo o nada.

La *dramatización racional-emocional*, se utiliza en aquellos pacientes que intelectualmente reconocen que una creencia es disfuncional, pero emocionalmente la sienten como verdadera. El paciente dramatiza la parte emocional y el terapeuta la racional, para luego intercambiar los papeles.

*Utilizar a otras personas como punto de referencia*, les permite a los pacientes establecer una distancia psicológica respecto de sus propias creencias disfuncionales.

*Actuar como sí*, ya que a menudo los cambios en las creencias conllevan a cambios equivalentes en el comportamiento y una vez que el paciente comienza a cambiar su comportamiento, la creencia se atenúa.

*La expresión de la propia experiencia* por parte del terapeuta, utilizada adecuadamente, puede ayudar a que los pacientes vean los problemas de un modo diferente. (Beck, 2000)

### **Creencias centrales**

Para identificar y modificar las creencias centrales, el profesional realiza las siguientes actividades: “mentalmente establece una hipótesis respecto de cuál es la categoría de la creencia central (de desamparo o de no ser amado) que da origen a pensamientos automáticos específicos” (Beck, 2000: 207). Luego identifica las creencias centrales, se las presenta al paciente a modo de hipótesis tentativa, instruye al paciente acerca de las mismas y el control de la forma en que operan, y por último, modifica creencias centrales y fortalece nuevas.

Para finalizar, el terapeuta presenta un *formulario de creencias centrales* compuesto por dos partes. La parte superior, que es completada por terapeuta y paciente en conjunto, le permite al paciente identificar y evaluar el grado de credibilidad tanto de la antigua creencia disfuncional, como de la nueva, más adaptativa. “La parte inferior debe ser completada por el paciente, en sesión o como tarea, a medida que controla el funcionamiento de sus creencias y revisa las evidencias que parece avalar la antigua” (Beck, 2000: 217)

### **Modelo Integrativo en Psicoterapia**

En el artículo, *Psicología Positiva y Modelos Integrativos en Psicoterapia*, se hace referencia a una definición de psicoterapia expuesta por parte del Dr. en psicología y psicoterapeuta Héctor Fernández Álvarez. La psicoterapia es entendida como:

Un conjunto de procedimientos destinados a aliviar cierto tipo de padecimientos de los seres humanos, específicamente, aquellas formas de sufrimiento consideradas como carentes de sentido o posibles de ser evitadas por la persona que padece, o

las que derivan de la necesidad de llevar adelante la vida de otro modo.  
(Mariñelarena-Dondena, L, 2008: 59).

Al comienzo de la terapia, cuando paciente y terapeuta se encuentran, éste último realiza una exploración inicial de tres funciones cognitivas:

*La rotulación*, refiere al nombre que el paciente le pone a lo que lo aqueja. Rotular es una acción que sirve para definir el motivo de consulta, determinar si tiene un problema o no para el cual puede ser útil la ayuda, identificar el problema y sus cualidades. Se trata de observar lo que el paciente manifiesta no solo con la palabra sino también con sus gestos y actitudes, arribando así a una primera hipótesis. “Buceamos en la operación que todo sistema mental realiza, procurando darle un nombre a su experiencia, en un primer intento por lograr organizarla”. (Fernández Álvarez, 2008: 42) Es importante la transmisión al paciente de una definición del problema que ha presentado.

*La atribución*, es la tendencia de los seres humanos a atribuir cada cosa que les ocurre a algo. Generalmente las atribuciones son procesos implícitos que subyacen a nuestro comportamiento. Las hipótesis atribucionales se formulan en torno a tres operaciones principales: el *locus* (o localización) es el lugar de procedencia que da origen a una situación, éste puede ser interno o externo. En los pacientes depresivos se puede observar la presencia de un locus interno como explicación de sus dificultades; la *estabilidad* refiere a la percepción del curso de los fenómenos responsables del malestar, y el *grado de control* en referencia “al grado de dominio que el paciente cree tener sobre su situación disfuncional” (Fernández Álvarez, 2008: 46).

*La búsqueda*, marcará el rumbo, servirá para determinar los objetivos y los recursos disponibles del paciente para el cambio. Permite relacionar lo que los pacientes dicen padecer, lo que manifiestan y esperan de la terapia. No solo se tiene en cuenta la psicopatología del paciente sino también las variables socio-demográficas. (Fernández Álvarez, 2008)

### **Aspectos interpersonales de la depresión**

En la parte IV del libro *Integración y Salud Mental*, las autoras Alejandra Coppo, María del Carmen Salgueiro y María Teresa Nieto, refieren a los aspectos interpersonales de la depresión, considerando el contexto interpersonal del paciente de vital importancia para la recuperación y la prevención de futuras recaídas. Para el desarrollo de una psicoterapia que abarque la perspectiva interpersonal de la depresión es necesario:

*Establecer un contexto de elaboración y compromiso*. “La autoinculpación, característica del paciente deprimido, lo lleva a suponer que solamente él es la fuente de la depresión” (Fernández Álvarez, 2008: 459). Para realizar un tratamiento psicoterapéutico es necesario establecer el contexto de colaboración y compromiso, así como también, conquistar un espacio donde se puedan cambiar los significados que sostienen la desesperanza, disfunción y devaluación.

*Establecer la comunicación y sus procesos confirmatorios*. Desde una perspectiva interaccional la atribución del malestar a un factor histórico suele cumplir un papel resistencial. Para instalar la perspectiva interaccional, son necesarias operaciones para tratar los problemas de la comunicación en el contexto de referencia de la persona deprimida o instalar un contexto equivalente. Desde esta perspectiva se desestima la relación fija entre experiencias de la infancia y la depresión del adulto, sin embargo, es necesario superar ciertas atribuciones del malestar al pasado que operan como resistencia al cambio en el contexto.

*Favorecer la exploración de la dimensión racional de los síntomas*. Generalmente los pacientes depresivos cargan con el peso de la responsabilidad, de ser considerados dignos y preservar las apariencias.

Como causas de su depresión suelen dar motivos honoríficos, enfermedad, etc. Esto se torna paradójico en la depresión: los motivos son insuficientes para sostener la motivación.

*Identificar esquemas de vulnerabilidad interpersonal.* “Las características interpersonales de las personas deprimidas, que operan como factores de vulnerabilidad, pueden ser agrupadas en tres tipos no excluyentes”: (Fernández Álvarez, 2008: 464).

- Falta de habilidades sociales. Las personas deprimidas evalúan sus habilidades sociales más negativamente que las personas no deprimidas. Un factor de riesgo en la falta de habilidades sociales es la *búsqueda de feedback negativo*, es decir aquella tendencia a solicitar por ejemplo criticismo. Operan como factor de riesgo cuando se involucra la autoestima, ésta es considerada

Un valor relacional permanente: siempre tenemos una representación de nuestra propia valía en distintos dominios. Pero ese valor no es constante, es la resultante de: a) lo que uno cree que vale, b) lo que uno cree que los demás evalúan de uno. (Fernández Álvarez, 2008: 464)

- Excesiva dependencia interpersonal. Los depresivos no despiertan rechazo interpersonal hasta que se vuelve marcada la búsqueda de reaseguro.
- Inhibición personal. Conductas tales como la timidez, fobia social, falta de asertividad constituyen otro de los factores de riesgo. Además, cuando sienten poco sostén emocional y la vivencia es que esta situación no se modificará a largo plazo, aparecen los síntomas depresivos. (Fernández Álvarez, 2008)

Como consecuencia de estas características las personas del entorno pueden llegar a cansarse instalando un círculo interaccional negativo: mas carenciados se sienten los pacientes, mas aumentan su reclamo, más se alejan los otros significativos. Los síntomas se transforman en un intento de recuperar la iniciativa relacional.

*Identificar los factores desencadenantes y los agentes de mantenimiento.* Los factores desencadenantes se refieren a la significación que se le otorga a los acontecimientos, es decir el modo en que las personas estructuran cognitivamente la significación. En la depresión la victimización propia y de los demás opera como agente de mantenimiento. Es necesario considerar el rol de los otros significativos pero no desde la victimización, sino desde la comprensión de que están atravesando circunstancias difíciles y que su modo de enfrentarlas tiende a mantenerlas. (Fernández Álvarez, 2008)

El modelo Integrativo se sirve de distintos instrumentos de evaluación para obtener información complementaria a lo que el paciente comunica y para ajustar el juicio clínico del terapeuta. Son considerados como estudios complementarios que sirven al diagnóstico y a la elaboración de un plan de tratamiento. Existen diferentes tipos de pruebas psicológicas: entrevistas, cuestionarios, gráficos, técnicas proyectivas, etc.

Una de las principales funciones clínicas que debe tener la utilización de instrumentos es ayudar al clínico en el diseño y la evaluación del proceso terapéutico. Ello contribuirá al mejor desempeño de las habilidades terapéuticas necesarias para una práctica adecuada en salud mental. (Fernández Álvarez, 2008: 67)

## **DSM V:**

En la actualidad rige el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición, DSM-V. El propósito de este manual es la descripción de categorías diagnósticas claras para que los distintos profesionales puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información en un mismo lenguaje. De esta manera, el DSM se caracteriza por estructurar una lista de trastornos, en base a síntomas observables, que van a permitir la elaboración de un cuadro clínico. En el mismo se considera al trastorno

mental como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (Asociación Americana de Psiquiatría: 2013: 5).

En el libro “Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V” (2013) se clasifican los trastornos depresivos en:

*Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo:* Se caracteriza por accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan tanto de manera verbal y/o comportamental, y su intensidad o duración son desproporcionados a la situación o provocación.

*Trastorno de depresión mayor:* sus síntomas primordiales son :1) estado de ánimo deprimido, 2) pérdida de interés o de placer, 3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, 4) insomnio o hipersomnia, 5) agitación o retraso psicomotor, 6) fatiga o pérdida de energía casi todos los días, 7) sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, 9) pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas, intento de muerte o un plan específico para llevarlo a cabo. Uno o más de cinco de estos síntomas prevalece durante el tiempo de más de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento previo.

*Trastorno depresivo persistente (distimia):* Se caracteriza por un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, durante un mínimo de dos años. Se advierte la presencia, de dos o más de los síntomas siguientes: 1. Poco apetito o sobrealimentación. 2. Insomnio o hipersomnia. 3. Poca energía o fatiga. 4. Baja autoestima. 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. 6. Sentimientos de desesperanza.

*Trastorno disfórico premenstrual:* predominan durante los ciclos menstruales, presentando algunos de estos síntomas: labilidad afectiva intensa; irritabilidad intensa, enfado o aumento de los conflictos interpersonales; estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio, ansiedad y tensión.

*Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento:* su cualidad principal es la alteración del estado de ánimo y disminución notable del interés o placer por las actividades.

*Trastorno depresivo debido a otra afección médica:* un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades, predomina en el cuadro clínico.

*Trastorno depresivo especificado y no especificado:* en estos casos, los síntomas provocan malestar en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de la depresión. Se utilizan en situaciones en las que el profesional elige no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico determinado (Asociación americana de psiquiatría, 2013).

## **Conclusión**

En relación a los objetivos planteados y el recorrido bibliográfico se obtiene la siguiente conclusión.

En primer lugar, desde la concepción psicoanalítica fue necesario para Freud recurrir a los conceptos de duelo y melancolía, inhibición y angustia para poder desarrollar la problemática de la depresión. Desde la óptica de la segunda tópica Freudiana se presta especial atención al papel del Superyó en tanto componente primordial en los estados depresivos. Se afirma la posición crítica de esta instancia respecto del Yo, abatiéndose sobre éste con ensañamiento y haciéndose presente bajo la forma de autoreproches y autocrítica.

La depresión no se reduce a un mero trastorno del humor, más bien, se refiere a una regresión a la identificación narcisista, donde el Superyó toma como objeto al Yo y lo castiga duramente. Esta hostilidad vuelta hacia sí mismo es uno de los componentes que la investigación de Beck no afirmará.

Además se establece la relación de los estados depresivos con la inhibición de las funciones sexuales, nutricias, de locomoción o trabajo, y se referencia la angustia que se desprende tanto al abordarlas como al no hacerlo incurriendo en el círculo vicioso de la depresión. Desde esta perspectiva, a través del análisis de los sueños y la asociación libre, se plantea que los pacientes depresivos expresaban una necesidad de castigo o sufrimiento. La terapia propone la menor participación por parte del terapeuta y la atención flotante.

En relación al segundo objetivo de esta investigación bibliográfica se ha podido arribar a la concepción cognitiva de la depresión planteada por Aaron Beck en tanto trastorno emocional que altera el funcionamiento cognitivo, emocional y fisiológico. Apartándose de la concepción psicoanalítica, Beck plantea que los resultados de sus investigaciones no concuerdan con la hipótesis freudiana de hostilidad vuelta a sí mismo y la necesidad de castigo. Por el contrario, los pacientes depresivos tienden a evitar implicarse en actividades que puedan conllevar la desaprobación o el rechazo. La Terapia Cognitiva de la Depresión, se centra en el paradigma personal del paciente y explica el sustrato psicológico de la depresión a través de tres conceptos fundamentales: Tríada Cognitiva, Esquemas y Errores cognitivos.

Beck propone la utilización de técnicas cognitivas y conductuales para poner a prueba las falsas creencias y adaptar las cogniciones distorsionadas a la realidad. El terapeuta tiene un papel activo en la terapia y requiere de la participación y colaboración del paciente en todas las operaciones terapéuticas. Además propone el uso de instrumentos psicométricos aplicados a la depresión como son el BDI-II y la escala de desesperanza, a través de los cuales obtener evidencia empírica y medible sobre los estados depresivos, este es otro punto de distancia con la teoría psicoanalítica.

Por su parte Judith Beck realiza una descripción de los pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias centrales que subyacen a las cogniciones, y propone, técnicas para identificar, modificar y formular nuevos pensamientos y creencias.

En consonancia al desarrollo de la terapia cognitiva, surge en los años ochenta el modelo Integrativo. En Argentina el Dr. Héctor Fernández Álvarez es su mayor representante. Este modelo apunta a responder de manera unificada en el plano de lo afectivo, conductual, cognitivo, fisiológico y espiritual, así como también, a integrar la personalidad y los diferentes criterios sobre el funcionamiento humano.

Este autor propone dar inicio al tratamiento con la exploración de tres funciones cognitivas: la rotulación, atribución y la búsqueda. Estos tres elementos, junto a la implementación de técnicas de evaluación permitirán el desarrollo de un diagnóstico y un pronóstico adecuado para el paciente depresivo.

Desde el Modelo Integrativo se presta atención a los aspectos interpersonales de la depresión, teniendo en cuenta entre otras cosas, los síntomas, los esquemas de vulnerabilidad, los factores desencadenantes y agentes de mantenimiento.

Actualmente, dentro del sistema de salud argentino se utiliza el DSM-IV, a pesar de ello, abordé su última edición en tanto versión aprobada, el DSM-V. Si bien estos manuales suelen ser muy criticados desde diversas corrientes, y más aún su última versión por ser más clasificatoria, se destaca su utilidad al servicio de la comunicación e intercambio entre profesionales, y que constituyen una herramienta útil a la hora de aunar criterios.

“Los hombres no se perturban a causa de las cosas,  
sino por la opinión que tienen de éstas” Epicteto.

## **Referencias Bibliográficas:**

Asociación Americana de Psiquiatría (2013) Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V. Visita el 30 de Septiembre de 2017 en: <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/publica/dsm5.pdf>

Beck, A.T. y Greenberg R.L (1974) *Coping with depression*. Visita el 13 de Septiembre de 2017 en: <http://www.bradfordvts.co.uk/wpcontent/onlineresources/1300mentalhealth/patientleaflets/depression%20-%20coping%20with%20it%20by%20aaron%20beck.pdf>

Beck, A.T; Rush, A.J; Sahw, B.F; Emery, G (2010) *Terapia Cognitiva de la Depresión* 19<sup>o</sup> Edición. España: Desclée de Brouwer. Visita el 10 de Septiembre de 2017 en: <https://es.scribd.com/document/357579034/ob-142293-beck-rush-shaw-y-emeri-terapia-cog-pdf>

Beck, J.S (2000) *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.

Fernández Álvarez, H (2008) *Integración y Salud Mental*. España: Desclée de de Brouwer

Freud, S (2012a). *Duelo y Melancolía*. (Tomo XIV) Buenos Aires: Amorrortu

.....(b) *El yo y el Ello*. (Tomo XIX) Buenos Aires: Amorrortu

.....(c) *El problema económico del masoquismo*. (Tomo XIX) Buenos Aires: Amorrortu

.....(d) *Inhibición, síntoma y angustia*.(Tomo XX) Buenos Aires: Amorrortu

.....(e) *Introducción al narcisismo*. (Tomo XIV.) Buenos Aires: Amorrortu

Friedberg, R.D y McClure, J.M (2005) *Practica clínica de terapia Cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Paidós.

Mariñelarena-Dondena, L, (2008). "*Psicología positiva y modelos integrativos en psicoterapia*". *Fundamentos en Humanidades*. Visita el 05 de octubre de 2017 en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18411970003>

Mikulic, I.M, Cassullo, G.L, Crespi, M.C, Marconi, A. (2009) Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la Adaptación Argentina. Buenos Aires. Visita el 05 de Octubre de 2017 en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862009000100035](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862009000100035)

Organización Mundial de la Salud (2017) Visita el 25 de Septiembre de 2017 en: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/campaign-essentials/es/>.

Sanz, J y García-Vera M.P. (2013) *Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Universidad Complutense de Madrid, España. Visita el 05 de Octubre de 2017 en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021297282013000100008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021297282013000100008&script=sci_arttext&tlng=en)