

Terapia cognitiva de Beck para la depresión. Elia Roca

Más información en: www.cop.es/colegiados/PV00520/

El contenido de este apartado es, en su mayor parte, una adaptación de “Terapia cognitiva para la depresión”, de A. Beck (ver bibliografía).

MODELO COGNITIVO

El modelo cognitivo de la depresión, considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información.

Durante la depresión están activados una serie de esquemas (formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones) que la favorecen. Estos esquemas suelen adquirirse en la infancia, pero pueden permanecer latentes (inactivos) y activarse cuando el sujeto se encuentra con situaciones estresantes similares a aquellas en que se formaron.

Estos esquemas activados durante la depresión llegan a ser predominantes, favoreciendo (filtrando) la percepción y el recuerdo de los estímulos congruentes con ellos. Por eso, la persona deprimida está convencida de que las cosas son tan negativas como ella las ve.

Para Beck, el contenido de los esquemas depresógenos está constituido por la “tríada cognitiva”, que es la **visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro**.

La modalidad depresiva (conjunto de esquemas relacionados con la depresión) presenta una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información, entre las que destaca:

- Sobregeneralización
- Pensamiento dicotómico
- Inferencias arbitrarias
- Magnificación-minimización
- Abstracción selectiva
- Personalización
-

Estos sesgos sistemáticos en el procesamiento de la información, junto a la tríada cognitiva producen las alteraciones en el procesamiento de la información que se manifiestan en la depresión

En ella, el paciente tiende a mantener su visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, aunque pudiesen hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.

Las emociones y conductas típicas de la depresión están determinadas en gran medida por la forma en que el depresivo percibe la realidad.

La organización del sistema cognitivo personal es comparable a un paradigma científico.

El paradigma personal del depresivo le lleva a tener una visión distorsionada de sí mismo y del mundo

Cómo ocurre en el cambio de teorías científicas, un paradigma personal (visión de la realidad) puede tambalearse y cambiar cuando surgen evidencias que van en contra de (que no pueden integrarse) en su anterior visión de la realidad.

La terapia cognitiva se centra en formular las ideas y creencias desadaptativas (tríada cognitiva) en términos de hipótesis cuya validez intentamos comprobar de modo sistemático.

LA TERAPIA

Objetivos:

El objetivo de la terapia cognitiva para la depresión es eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas.

Desde el modelo cognitivo, esto se consigue, ayudándole a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que le producen emociones y conductas contraproducentes.

La forma más poderosa de modificar esas cogniciones es su contrastación con la realidad empírica. Con esta finalidad se utilizan técnicas cognitivas y conductuales.

La prevención de recaídas se considera desde los primeros momentos de la terapia. También se le prepara para que espere fluctuaciones en sus síntomas y para que no se desanime por ello.

Una vez superados los síntomas depresivos, se tratarán los esquemas básicos que le predisponen a la depresión, para prevenir depresiones futuras

Estructura de las sesiones:

La estructura a seguir en las sesiones consiste en:

- Revisar las tareas para casa y analizar cualquier problema que surgiese en su realización, así como las razones por las que se propusieron
- Enumerar los problemas a tratar durante la sesión y las técnicas a utilizar para resolverlos
- Al final de la sesión, se proponen nuevas tareas para casa

Las tareas suelen ser: experimentos para comprobar hipótesis, y autorregistros de actividades, pensamientos, etc.

Si el paciente no está de acuerdo con las tareas propuestas, se le explica las razones por las que conviene llevarlas a cabo y, en ocasiones, se modifican, para llegar a un consenso.

Conforme va avanzando la terapia, el rol del paciente va haciéndose más activo

Fases de la terapia cognitiva de Beck para la depresión

1º Establecer la relación terapéutica

- 2º Comprender sus quejas y transformarlas en síntomas-objetivo
- 3º Explicarle el modelo cognitivo de la depresión
- 4º Demostrarle cómo influyen las cogniciones en las emociones
- 5º Las técnicas conductuales
- 6º Las técnicas cognitivas

1. ESTABLECER LA RELACION TERAPEUTICA

Actitudes deseables del terapeuta:

Inspirarle confianza, lo cual conseguiremos con:

- Consideración positiva incondicional, empatía y congruencia (las clásicas condiciones que proponía Rogers), y conseguir que el paciente lo perciba así
- Estar bien preparado
- No mostrarte demasiado interesado, reforzante o afectado
- Conjugar la honestidad con la diplomacia, teniendo en cuenta la propensión del paciente a hacer interpretaciones negativas

Destacar y mantener en todo momento una actitud de trabajo en equipo

Actitud positiva: Reencuadrar y buscar la parte útil de cualquier situación.

Ejemplos:

- Escepticismo encauzarlo como poner a prueba “es muy útil que te cuestiones las cosas y más aún que busques evidencias y las pongas a prueba para aceptar o rechazar una idea”,
- Impulsos suicidas: explicarle su utilidad para prevenir este problema en el futuro, porque lo que aprendemos en un estado emocional lo recordamos más fácilmente cuando volvemos a experimentar un estado emocional similar (aprendizaje dependiente del estado).

Hacer resúmenes de lo que él te ha dicho y pedirle que él los haga

Destacar siempre el trabajo en equipo

Hacer preguntas:

- La mayor parte de verbalizaciones del terapeuta se hacen en forma de preguntas, ejs. ¿es esto lo que quieres decir?, ¿puedes resumir lo que te he dicho?, etc.
-
- Las preguntas se usan para:
 -
 - Asegurarte de que te ha comprendido
 - Saber cómo te percibe
 - Conocer su actitud ante la terapia
 - Comprender bien lo que quiere decir (su marco de referencia)
 - Dirigir su atención al examen de sus cogniciones (aprendizaje guiado)
 - Acostumbrarlo a que se haga preguntas a sí mismo; a que considere tus ideas y las tuyas como hipótesis a comprobar (procesamiento de la información)

controlado para contrarrestar la influencia del procesamiento automático derivado de la modalidad depresiva)

- Posibilitar una toma de decisiones presentando diferentes alternativas para solucionar un problema
- Animarlo a examinar las consecuencias de su conducta contraproducente, preguntándole por ej., ¿qué consigues quedándote en la cama?
- Evaluar la importancia de una conducta más adaptativa: ¿qué puedes perder?, ¿qué ventajas obtendrías si ..?, ¿cuáles son los inconvenientes...?
- Elicitar cogniciones relacionadas con emociones o conductas inadecuadas
- Determinar el significado que atribuye a un suceso
- Inducirlo a examinar los criterios que definen su autoestima negativa (ej., “soy un inútil”) preguntándole: ¿cómo definirías la inutilidad?, ¿en qué te basarías para considerar a alguien un inútil?, ¿puedes hacer una lista de criterios?
- Demostrar la abstracción selectiva de datos negativos que hace el paciente cuando elabora sus inferencias (por ej., “no tengo autocontrol”) preguntándole: ¿en qué te basas para decir eso?, ¿lo haces todos los días?, ¿has hecho algo positivo en relación a eso? ¿qué porcentaje de veces fallaste?, etc.
- Destacar la tendencia del paciente a negar o quitar importancia, indiscriminadamente, a las experiencias positivas, preguntándole: ¿no es cierto qué...?, ¿por qué dices esto?, etc.
- Hacer preguntas en vez de discutir o sermonear
- Hacer preguntas para: suscitar su curiosidad, convertir en hipótesis de trabajo sus puntos de vista aparentemente rígidos, ayudarle a identificarlos, evaluarlos con objetividad, y reconsiderar y corregir sus cogniciones y creencias
- Ayudarle a que exprese lo que él piensa, no decirle lo que el terapeuta cree que piensa

Veamos un ej., de cómo utilizar las preguntas para ayudar a un paciente a cambiar su conducta contraproducente y habitual de pasar todo el día en la cama:

- ¿Cuál es la probabilidad de que vuelva a la cama después de la consulta?,
- ¿Por qué piensa volver a acostarse?,
- ¿Durante cuánto tiempo se siente mejor?
- ¿Y qué ocurre después?.

Tras el debate pedir que reevalúe su deseo de volver a la cama (en el caso de Beck, pasó del 100% al 5%)

El paciente suele habituarse a hacerse este tipo de preguntas en forma de diálogo interno. Los que no lo hacen espontáneamente se entrenan para que se habitúen a hacerlo. También les podemos pedir que anoten sus diálogos internos o que los graben.

Cuidar:

- No usar las preguntas para pillarle en contradicciones (se sentiría atacado)
- Que no se ponga a la defensiva tratando de adivinar lo que esperas que responda

Usar el humor con prudencia y sensatez (puede ayudar al paciente a darse cuenta de lo absurdo y perjudicial de algunas ideas): exagerando, provocando una disonancia cognitiva y haciéndole buscar explicaciones alternativas más adaptativas. Cuidar de que el paciente no lo interprete mal (algunos están tan convencidos de la validez de sus ideas que si bromeas sobre ellas pueden tomarlo como que lo desprecias o ridiculizas).

Hacer resúmenes de lo que él te ha dicho y pedirle que él los haga

Destacar siempre el trabajo en equipo

Conocer el paradigma personal del paciente. Sus ideas le parecen razonables y plausibles: Cree que es un fracasado, un inútil o un antipático. Esa visión se mantiene a veces, incluso aunque existan evidencias externas que las contradigan. Las creencias suelen estar organizadas en un sistema de creencias en el que se apoyan unas a otras.

Las observaciones e interpretaciones del paciente están moduladas por su marco conceptual.

Cómo ocurre en el cambio de creencias científicas, un paradigma personal puede tambalearse y cambiar cuando surgen evidencias que no pueden integrarse en dicho paradigma (que contradicen a sus principales creencias).

Pero, el paciente no suele prestar atención, y distorsiona los eventos que contradicen a sus supuestos depresógenos (por ej., alguien le dice guapo y lo toma como evidencia de lo feo que es).

Para mantener sus interpretaciones negativas, el paciente se basa en su visión de experiencias pasadas y en su interpretación de ciertos eventos actuales. Estos últimos son más fáciles de poner a prueba y, por tanto, más susceptibles de ser corregidos.

Aunque sus ideas, p. ej., el concepto negativo de sí mismo, no posea ninguna validez externa, sí que tiene un alto grado de “validez interna” para el paciente: sus ideas son consistentes con otras ideas acerca de sí mismo, con sus percepciones, sus recuerdos, etc.

En primer lugar hay que comprender su punto de vista, no rechazarlo. Un ataque a su paradigma haría que no se sienta comprendido por ti.

Ejercicios para practicar esas actitudes: reencuadrar, hacer preguntas, resumir: ¿es esto lo que quieres decir?, ¿puedes resumirme, a tu manera, lo que te he dicho?, ¿qué te ha parecido la sesión?, juegos de roles.

2. COMPRENDER LAS QUEJAS DEL PACIENTE Y TRANSFORMARLAS EN SÍNTOMAS-OBJETIVO (EVALUACIÓN).

Tenemos que **escucharle empáticamente para comprender su “paradigma personal”, su visión de sí mismo, del mundo y del futuro, ya que solo así se sentirá comprendido y motivado para decidirse a ponerlo a prueba.**

Al principio, el paciente expresa sus quejas en forma confusa y, es nuestro papel el ayudarle a clarificarlas y mostrarle cómo se relacionan con su depresión: Ejs:

- Una mujer quiere divorciarse y, en el fondo, lo que le ocurre es que su pensamiento dicotómico la lleva a ver a su esposo peor de lo que es.
- Otro, está convencido de que está iniciando una demencia, cuando lo que le ocurre es que tiene dificultad para concentrarse a causa de su depresión.
- Otra, asegura que es una mala persona cuando nota que ha perdido el afecto hacia su familia.

- Otro, afirma que es un inútil a causa de su lentitud y dificultad en concentrarse, que interpreta como un cambio irreversible en su personalidad

Nosotros **le explicamos que todos esos síntomas, son propios de la depresión, haciendo un repaso de los síntomas afectivos, motivacionales, fisiológico-vegetativos, conductuales y cognitivos típicos de este trastorno**

A continuación, para completar la evaluación, **indagamos cuáles son los síntomas particulares que le aquejan y su grado de intensidad** en orden a planificar la terapia. Para ello podemos usar los criterios del DSM-IV y el listado de síntomas propuesto por Beck (ver párrafos siguientes).

En función de los resultados de la evaluación, estableceremos la forma de **plantear la terapia**, teniendo en cuenta que si existe **ideación suicida** o **depresión es severa**, empezamos con **técnicas conductuales**

3. EXPLICARLE EL MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN Y DEMOSTRARLE CÓMO INFLUYEN LAS COGNICIONES EN LAS EMOCIONES

En base a la información que da el paciente, le explicamos los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva

Para ello **describimos la relación entre pensamientos y emociones**, usando ejemplos concretos experimentados por el paciente.

También se le cuentan otros ej., como los propuestos por Beck:

- Un cliente depresivo contó que, mientras esperaba para entrar en la consulta se ponía peor ya que si el terapeuta le atendía enseguida pensaba que era porque su caso era muy grave y si tardaba en atenderle pensaba que era porque lo consideraba un caso perdido.
- Si una persona que duerme sola en su casa se despierta sobresaltada por un ruido, si piensa que es un ladrón se sentirá muy ansiosa. En cambio, si piensa que se dejó la ventana abierta y el ruido se deberá a que la golpeo el viento, las emociones resultantes serán muy diferentes, y se quedara bastante tranquila.

Hay que explicar con claridad y hacer preguntas concretas para que el paciente pueda experimentar la sesión como un “éxito” ya que podremos reforzarle por haber comprendido y respondido adecuadamente. Esto mejorará también un poco su estado de ánimo y le predispondrá favorablemente a la terapia

A continuación se le pone una **tarea para casa** que sea también **fácil** de hacer para que la pueda interpretar también como éxito. Ej., leer un folleto de autoayuda sobre la depresión y hacer anotaciones sobre lo leído.

Indagar y concretar la historia del sujeto, anterior a la depresión (antecedentes), teniendo en cuenta:

- Factores predisposicionales: genéticos; biológicos; traumas infantiles, y esquemas. disfuncionales

- Factores desencadenantes, ej., pérdidas reales o percibidas.

4. APLICAR TECNICAS CONDUCTUALES

Se utilizan para cambiar cogniciones. Sirven entre otras cosas para:

- Probar la validez de las ideas (hipótesis) del paciente acerca de sí mismo: ej. Una experiencia satisfactoria como conseguir realizar una tarea de dominio (ver técnica nº 3) suele ser más efectiva que los métodos cognitivos a la hora de modificar pensamientos erróneos como "soy incapaz de hacer algo bien" o "soy incapaz de experimentar ningún placer"
- Comprobar la relación entre la actividad realizada y el estado de ánimo
- Fijar su atención en las sensaciones agradables que experimente superando así el pensamiento dicotómico (todo o nada). Así se da cuenta de que puede experimentar, al menos cierto grado de placer

TIPOS DE TECNICAS

- 1) **Lista de actividades potencialmente agradables:** Podemos incluir las que le gustaban antes
- 2) **Lista de actividades de dominio:** cosas que le gustaría hacer pero que, actualmente, no puede hacer por encontrarse deprimido
- 3) **Programa semanal de actividades,** incluyendo actividades de las listas señaladas (1 y 2) y evaluándolas entre 0 y 5 en "dominio" o "agrado"
- 4) **Asignación de tareas graduales:** dividiendo una tarea compleja (que él considera imposible de llevar a cabo) en pequeños pasos, practicando los primeros pasos en la consulta (si es posible), o ayudándose con práctica en la imaginación (el paciente visualiza la realización de la tarea y la describe verbalmente, y cuando surge algún problema u olvida algún paso, el terapeuta le ayuda mediante preguntas ej. ¿qué puedes hacer para...?). A veces ayuda, practicar la tarea previamente, mediante juego de roles
- 5) **Práctica cognitiva:** pedir al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Esto le obliga a prestar atención a los detalles esenciales de dicha actividad, contrarresta su tendencia a divagar y facilita la realización al programarla paso a paso. También ayuda a identificar posibles "obstáculos" (cognitivos, conductuales o ambientales) que pudieran impedir la realización de la tarea. El terapeuta identificará y desarrollará soluciones para esos problemas antes de que den lugar a una experiencia de fracaso no-deseada

Lo más importante, son los cambios cognitivos que se producen durante la realización de las tareas y después, al analizar los registros, buscando pruebas a favor y en contra de sus creencias depresógenas (ej., "soy incapaz de hacer algo bien")

Elicitar sus pensamientos contraproducentes mediante preguntas: Ej., si un paciente se autoevaluó con una destreza igual a cero en su tarea de cortar el césped o de

empapelar la cocina, ayudarle a ver lo que hizo bien (visión de conjunto) preguntándole: ¿hizo algo bien?, ¿cómo lo vieron otras personas?, ¿cómo lo vería si ese trabajo lo hubiese hecho otra persona?

En las tareas graduales, si dice “no puedo”, proponerle “vamos a hacer un experimento” y fijar objetivos modestos y graduales.

Los éxitos repetidos acaban por minar su creencia de que “no soy capaz”. Por ej., una señora ingresada no era capaz de centrarse en la lectura, Beck le pidió que leyese un párrafo y le explicase qué decía. Después otro, etc. Así, la señora comprobó que si que era capaz de leer enterándose del contenido.

Tienden a hacer las cosas mejor de lo que creían pero también tienden a minusvalorar sus logros

Asegúrate de que han comprendido que tareas tienen que hacer y cual es su utilidad

5. APLICAR TECNICAS COGNITIVAS

Tras explicarle el fundamento teórico y mostrarle una actitud empática: preguntando, reflejando su visión de sí mismo y del mundo, etc.; habremos podido “penetrar en su mundo”, experimentando su forma de organizar la realidad y así, podremos empezar a explorar conjuntamente cómo ve sus problemas y cuáles son las causas de estos.

Las técnicas cognitivas son una serie de procedimientos para identificar y modificar los sesgos sistemáticos y los contenidos disfuncionales típicos del pensamiento depresivo. Podemos dividirlos en:

5.1. Detectar pensamientos automáticos (P.A.)

5.2. Comprobar cómo los P.A. influyen en las emociones: ponerle ejemplos ajenos y propios

5.3. Entrenamiento en observación y registro de cogniciones, mediante:

- Análisis de autorregistros
- Imágenes inducidas (solo en depresiones moderadas)
- Preguntas acerca de qué pensaba al venir o que piensa cuando observamos un cambio emocional.

5.4. Registrar pensamientos automáticos (registro diario de pensamientos)

- lo más pronto posible (o a una hora fija)
- en los periodos más difíciles
- en los lugares más difíciles (a veces ir con él)

5.5. Traducir o reducir el pensamiento a su esencia (Burns, 1995)

5.6. Clasificar las cogniciones en función de sus:

- contenidos o temas (visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro)
- distorsiones: sobregeneralización, pensamiento dicotómico, etc.

5.7. Someter los pensamientos automáticos a prueba de realidad:

- evaluarlas preguntándoles por datos reales
- examinar su validez o su tipo de distorsión

- buscar evidencias a favor y en contra

5.8. **Técnicas de re-atribución** (interna, estable y global para lo negativo)

- fijar su atención en la responsabilidad de otras personas o de las circunstancias
- revisar y aplicar leyes lógicas a los acontecimientos

5.9. **Búsqueda de interpretaciones alternativas**

- buscar todas las alternativas posibles, igual que en la solución de problemas
- asignar porcentajes de verosimilitud
- hacer preguntas para que se fije en detalles de interés
- buscar pruebas (argumentos o experimentos) que las confirmen o invaliden
- acostumbrarse a manejar varias hipótesis (de paso, disminuye el grado de certeza del pensamiento automático).

5.10. **Introducir en los autorregistros el apartado "interpretaciones alternativas"**

CÓMO IDENTIFICAR LOS ESQUEMAS SUBYACENTES

Desde el principio se formulan hipótesis, yendo desde lo específico-explicito, a lo general-inferido: Pensamientos automáticos → Contenidos más comunes → Supuestos básicos de los que emanan

Se infieren a partir de:

- Pensamientos automáticos más reiterados y /o con mayor carga emocional
- Sesgos
- Contenidos
- Palabras idiosincrásicas y /o repetidas (ej. ser "un inútil", "ser agradable", etc.)
- Frases Ej. "María es feliz porque está casada"

En base a todo ello, se formulan hipótesis que se proponen al paciente para que decida si le parecen acertadas. Esto se hace en forma socrática:

- Poniéndote en su "onda"
- Permaneciendo ingenuo y curioso
- Haciéndole diagramas completos e incompletos
- Pidiéndole que piense y escriba sobre ello

ESQUEMAS BASICOS QUE PREDISPONEN A LA DEPRESIÓN

Son una serie de esquemas que predisponen a

- Tener una visión negativa de sí, el mundo o el futuro
- Propiciar y exagerar: las pérdidas percibidas; la aversividad y la indefensión

Veamos algunos ejemplos:

- "Para ser feliz necesito..." (la aprobación de..., tener éxito en...)
- "Mi valía personal depende de..."(logros, aceptación,...)
- "No puedo vivir sin..."
- "Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo, significa que soy un inútil"

Tipos principales:

- **Los debería o "reglas de vida".** Si el "debo" es contraproducente; ej. "debo aguantar los malos tratos". Durante la terapia, se actúa contra ellos mediante técnicas como: asignar tareas graduales; ensayo en la imaginación; juegos de roles, y práctica en la vida real.
- **Los contratos personales.** Se trata de creencias firmemente arraigadas del tipo "si hago..., entonces ocurrirá...". Tienen su origen en la infancia, cuando el niño cambia el principio del placer, por el principio de realidad, renunciando al hedonismo inmediato por conseguir algo más importante (hedonismo a largo plazo); pero, a veces aunque fuesen útiles en la infancia, en la actualidad suponen una forma de autoengaño, ej., "si soy humilde y sumiso, todos me querrán". Cuando, en la realidad, no se cumplen estos "contratos", el sujeto tiende a pensar que la vida, la gente, Dios, etc., son terriblemente injustos, que no deberían ser así, etc. En realidad, lo que le conviene es darse cuenta de su existencia y de sus consecuencias emocionales y conductuales y tras esta revisión, si no son convenientes, cambiarlos.
- **Las profecías autocumplidas.** La mayoría de supuestos depresógenos lo son. Ej., si piensas "no puedo ser feliz sin...", realmente será así, ya que si crees algo, sientes y actúas como si fuese cierto.

Para evidenciar este tipo de supuestos disfuncionales, Beck aconseja usar técnicas de imaginación, así como preguntas dirigidas a que el paciente se dé cuenta de que los mantiene.

MÉTODOS PARA CAMBIAR ESQUEMAS DISFUNCIONALES.

EjS., el perfeccionismo, la autocrítica,...

- Listar las ventajas e inconvenientes de mantenerlo y de dejarlo
- Utilizar al paciente para hallar contraargumentos: Hacerle preguntas para elicitar información que él posee y que contradice a su creencia desadaptativa: ej., si el paciente afirma "la persona que no busca aprobación se ve socialmente marginada" el terapeuta puede preguntar ¿quiénes son las personas que tu más admiras?. Así, es fácil que reconozca que la sumisión suele producir más desprecio que éxito
- Neutralizar los supuestos relacionados con la autoestima: Hacerle ver que puede y que le conviene habituarse a aceptarse incondicionalmente, independientemente de la aceptación de los demás e independientemente de sus logros
- Señalar y discutir la arbitrariedad de los supuestos desadaptativos: discutir la diferencia entre creencias y hechos en supuestos como: a) para ser feliz necesito..., b) la felicidad es cuestión de todo-o-nada, c) la felicidad depende de los logros y/o la aceptación, ...
- Demostrarles que la felicidad es algo gradual, transitorio y dinámico, y que está producida, en buena parte, por las actividades agradables

- Demostrarles la existencia de círculos viciosos cómo: "estoy deprimido, por tanto, soy un inútil" y "soy un inútil, por tanto, me deprimó"
- Ver la utilidad a corto y largo plazo de sus supuestos. A veces, los esquemas desadaptativos, se mantienen porque son útiles a corto plazo Ej., piensa "para ser feliz necesito...", y esa creencia le impulsa a buscar lo que cree que necesita, y cuando lo obtiene, se siente realmente feliz, pero, no se da cuenta de que a largo plazo, es una creencia peligrosa, que crea vulnerabilidad
- Las intervenciones del terapeuta se basan siempre que es posible en preguntas (método socrático). También se usan otras técnicas, similares a las utilizadas en la RET, como:
 - Juegos de roles
 - Buscar evidencias a favor y en contra
 - Hacer el terapeuta de abogado del diablo (ej., juego de roles autocrítica, dialogo 7)
 - Considerar sus supuestos como hipótesis y diseñar experimentos para ponerlos a prueba (en creencias que al paciente le parecen verdaderas, o útiles, y al terapeuta contraproducentes
 - Actuar en contra (por ej., de los "debo" contraproducentes)
 - Buscar explicaciones alternativas
 - Hacerle preguntas para que se fije en detalles

ESQUEMAS QUE PREDISPONEN

(ej., rasgos de personalidad): exigencias; autoestima dependiente de aprobación y logros; autoengaños en forma de "profecías autocumplidas"; "contratos personales" desadaptativos, ...

Son activados por estresores similares a aquellos que originaron el esquema depresivo

Estilo atribucional del depresivo

Atribuye los sucesos negativos a causas	ejemplos
Internas Estables Globales	"es por mi ineptitud" "siempre fui y seré un inútil" "soy un desastre en todo"
Atribuye los sucesos positivos a causas	Ejemplos
Externas Transitorias Específicas	"el mérito fue de ..." "solo por esta vez" "solo en esto"

Esta forma de procesar la información, contribuye a desencadenar y / o mantener la depresión

Darse cuenta y corregirlo, contribuye a superarla.

ESQUEMA PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON IDEAS O PLANES SUICIDAS

Indagar si tiene este tipo de ideas. Hablarlo...

Empatía: mostrarse comprensivo, tratar de ponerse en su lugar y comprender cómo ve las cosas

Pedirle que aplaze la decisión un tiempo

Preguntarle

- Cuáles son sus razones para vivir (pasadas, presentes y futuras)
- Cuáles son las ventajas e inconvenientes de morir (para sí mismo y para sus allegados).
- De qué quiere huir
- Qué formas alternativas de huir podría encontrar (que no sea morir)

Indagar si hay problemas reales. Si es así, aplicar solución de problemas. Buscar otras opciones

Procurar que tenga apoyo social. Brindarle teléfono de contacto, procurar la colaboración de familiares y amigos, incluirlo en grupo de autoayuda.

Más información en web de Elia Roca: www.cop.es/colegiados/PV00520/