

De las cogniciones a la depresión: el camino hacia la tristeza

por *Lilián R. Daset*

*A los hombres no los perturban
las cosas, sino la visión que tienen
de ellas.*

Epícteto, El Enquiridión.

Para recorrer el camino que propone el título, comenzaremos con un acercamiento a la depresión en su categorización clínica y en las expresiones que toma. En segundo término, realizaremos algunas observaciones respecto a la *perspectiva cognitivo-comportamental*, desde la que pretendemos abordar el tema. Luego nos detendremos en la explicación de los argumentos básicos que hoy día sustentan la comprensión e intervención sobre este padecimiento psíquico, desde esta corriente de la psicología. Expondremos después brevemente las características del abordaje terapéutico cognitivo-comportamental.

La autora

*Psicóloga, con estudios doctorales en Psicología. Docente de grado y posgrado. Directora de Investigación. Coordinadora del Área de Personalidad y Evaluación Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica. Psicoterapeuta.
<ldaset@ucu.edu.uy>*

La depresión como entidad clínica y como estado dolorosamente humano

La depresión como padecimiento psíquico ha sido ampliamente estudiada desde tiempos muy antiguos. Su explicación, al igual que la de otros problemas mentales, fue tomando formas diversas, en estrecha relación con las ideas imperantes en la época sobre lo que era la psiquis y sus expresiones, tanto normales como patológicas. Estas ideas estaban a su vez impregnadas por las concepciones subyacentes sobre qué era lo sano y qué lo enfermo, desde el punto de vista teológico, filosófico, biológico y psicológico.

Desde los antiguos griegos y chinos hasta nuestros días se han sucedido innumerables explicaciones y también formas de clasificar la depresión. Todo ese conocimiento y las evidencias recogidas a lo largo de los siglos se fueron acumulando y resumiendo, en gran parte, en sistemas de clasificación, con una finalidad esencialmente operativa, lo que fue dando paso a una *globalización*¹ del concepto de depresión como trastorno mental.

Los más utilizados sistemas de clasificación de los trastornos mentales —CIE² y DSM³— coinciden en conceptualizar la depresión como una *entidad clínica* que está presente y conforma distintos tipos de *trastornos*, tanto por su expresión —severidad, frecuencia y amplitud— como por su etiología. Al mismo tiempo, concuerdan —con diferencia de grado— en la importancia de atender a lo multicausal y a la relación de este padecimiento con los factores de riesgo y las capacidades de afrontamiento de las personas.

En los dos sistemas y aun en otros, la explicación de las formas en que se presenta esta entidad clínica es similar: un *trastorno del estado de ánimo* (afectivo) que tiene como característica principal las alteraciones del humor —"en menos"—. Los sentimientos de tristeza y desencanto forman parte de la experiencia normal. La depresión se convierte en un síntoma patológico en virtud de su intensidad, presentación, duración e interferencia con el funcionamiento general de la persona.

El grado con que se presenta un padecimiento psíquico es un punto relevante, en tanto conecta con el "mundo de los sanos" o, expresado de otra forma,

¹ En el sentido de un extendido consenso inter pares sobre lo que significa y las principales expresiones que toma el cuadro clínico, primariamente en el ámbito médico y luego en todo el campo de la salud mental.

² CIE en su 10ª versión (1992) refiere a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

³ DSM en su 4ª versión (1995) refiere al Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana.

con aquellos grados de un problema que no necesariamente configuran una enfermedad mental, más allá de las consideraciones etiológicas subyacentes. Hablamos entonces de *padecer, sufrir, sentir dolor*, expresiones todas que pueden acercarnos a la idea de la tristeza, esa que está implícita como posibilidad en nuestras vidas, más allá de cualquier propósito.

La depresión en su sustrato se reconoce por el desánimo, la desazón, la pérdida de interés o placer, las ideas desvalorizantes. Bajo esta mirada es entonces una vivencia dolorosamente humana. Es lo que es, en sí misma, eso que cada individuo en cualquier idioma puede describir. Remite a vivencias que en algún punto del transcurrir de nuestras vidas hemos tenido o tendremos; es insoslayablemente una posibilidad de lo humano.

Hemos planteado entonces dos formas de la depresión: la que refiere a la *entidad clínica* y se inscribe dentro de la nominación de *trastorno* y la que nos remite a modos, estilos, estados de una persona en un momento o ante situaciones determinadas en el transcurso de su historia vital. Ambas son una realidad, puntos en el continuo salud-enfermedad; también ambas pueden coexistir o primar a partir de variadas razones. Es de esas razones que hablan las distintas perspectivas, en el intento por explicar y mitigar la depresión.

La depresión desde la perspectiva cognitivo-comportamental

Algunas notas sobre la perspectiva

La *perspectiva cognitivo-comportamental* supone un esfuerzo de integración de múltiples paradigmas, modelos y propuestas del campo de la psicología y las neurociencias. El nombre en sí mismo es producto de un consenso más o menos tácito, en el que las diferentes líneas que la integran se caracterizan —mayoritariamente— por los énfasis que hacen de los aspectos cognitivos o los del comportamiento. Además de la referencia a ese espacio común de confluencia de múltiples investigadores, teóricos de la psicología, de la neurociencia y de la clínica, el término remite a un cierto ordenamiento desde lo que se ha entendido como predominante en esta corriente de la psicología, esto es, los aspectos cognitivos, dejando de lado la cronología.

La *primera nota* caracterizadora estaría dada por los campos en que la perspectiva ha incursionado más fuertemente:

- a. el estudio de los procesos psicológicos básicos o funciones cognoscitivas, como la atención, memoria, inteligencia, percepción, etcétera, y sus

estructuras y operaciones (*paradigma del procesamiento de la información, modelo conexionista, etcétera*);

- b. la comprensión de contenidos mentales como las atribuciones, actitudes, expectativas, creencias y valores y los procesos por los cuales estos contenidos modifican el comportamiento humano (*teoría del aprendizaje social, teoría del desamparo aprendido, teoría de la autoconciencia, entre otras*);
- c. el análisis y los estudios sobre la identidad, los estilos y las formas de construcción de la personalidad (*teoría de la autorregulación cognoscitiva, etcétera*).

Han sido numerosas las contribuciones de la *perspectiva cognitivo-comportamental* en el estudio de los padecimientos psíquicos y de la depresión en particular, fundamentalmente en lo que refiere a las atribuciones que hacemos sobre lo que nos ocurre, las explicaciones sobre nosotros mismos y la forma en que todo esto se erige como una construcción, a partir de la cual nos contactamos con el mundo real o simbólico.

Una *segunda nota* de esta perspectiva está dada por su propensión a un entendimiento global del psiquismo humano, con una subyacente concepción de continuidad entre salud y enfermedad. La salud mental es entendida como la habilidad de adaptación a las demandas, tanto internas como externas.

La *tercera nota* refiere a la idea de que el ser humano es:

- un ser autoconsciente y que busca activamente el conocimiento; activo y responsable;
- que construye los mundos en que habita a partir de la interrelación con ellos y se autoconstruye;
- con intencionalidad y capaz de manipular simbólicamente su entorno.

Una *cuarta nota* distingue el proceso de aprendizaje como parte fundamental del proceso constructivo de la persona. Este postulado es asumido por casi todos los paradigmas y propuestas que constituyen la perspectiva.

En la *quinta nota* debemos enfatizar el carácter dinámico de esta perspectiva, en el sentido de obra en construcción. Esta característica explica en cierta medida la dificultad para encontrar dentro de la corriente definiciones acabadas y posiciones monolíticas. Muy por el contrario, es un punto de encuentro permanente de divergencias y nuevas propuestas, en especial si se tiene en cuenta que también discurre con las neurociencias y, por lo tanto, con los desafíos permanentes que proponen sus hallazgos.

Hemos repasado algunas de las notas que distinguen a la perspectiva cog-

nitivo-comportamental. No obstante, es dable señalar que persisten múltiples discrepancias y matices sobre las características reseñadas; por tanto, debería considerarse este apartado como un marco general a partir del cual abordar la depresión.

En este escenario general de la corriente cognitivo-comportamental y en el estudio de la depresión destacan los aportes de Aaron T. Beck y los de Martin Seligman y Lyn Abramson; propuestas ambas que comparten el postulado básico de que la persona deprimida hace una inferencia distorsionada y negativa de sí misma y de la realidad.

La psicología cognitiva se orienta al estudio de los procesos mentales, lo que implica el estudio del pensamiento, sentimientos, aprendizajes, toma de decisiones, juicios, etcétera, para entender la forma como las personas perciben, interpretan, sienten y razonan la realidad.

El modelo cognitivo de la depresión de A. Beck

Los trabajos de Aaron T. Beck sobre depresión tuvieron sus inicios en los años sesenta, sustentados en la observación clínica sistemática, en investigaciones experimentales —según señaló el propio Beck en 1979— y en gran medida en el *paradigma del procesamiento de la información*.

El propio autor lo nomina como *modelo cognitivo de la depresión* (Beck, 1967, 1973, 1975, 1983). Busca explicar el sustrato psicológico que lo sustenta alrededor de tres conceptos específicos:

1. la tríada cognitiva,
2. los esquemas y
3. los errores cognitivos

1. Concepto de tríada cognitiva

Esta tríada refiere a tres patrones cognitivos fundamentales que son los que sustentan en el depresivo las ideas que tiene sobre sí mismo, sobre sus experiencias y sobre su futuro. Intentaremos resumir este concepto:

1.1. Visión negativa de sí mismo

La persona se percibe desgraciada, enferma, que vale poco, como con algún defecto (psíquico, físico o moral), carente de atributos para ser feliz. Esta

visión queda muchas veces representada en los gestos, la presentación, el estilo de esa persona que, ante propuestas externas —y aun internas— plantea que “no puede” porque “cree que no puede”

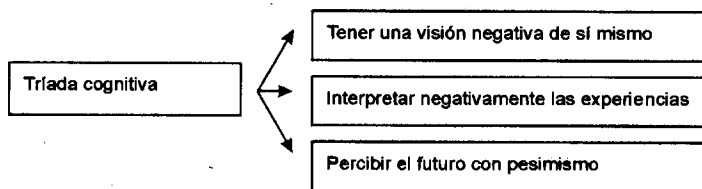
1.2. Interpretación negativa de sus experiencias

El individuo con depresión tiende a interpretar sus experiencias cotidianas de forma negativa. Tiene la idea de que “la vida”, “el mundo”, le hacen demandas exageradas, que se le pide demasiado, al tiempo que tiende a pensar que hay demasiados obstáculos y muchos de ellos son insalvables. Interpreta su interacción con el entorno en términos de frustración y derrota, incluida su relación con objetos inanimados. Percibe la vida como un cúmulo de experiencias negativas que “siempre le pasan a él”.

1.3. Perspectiva pesimista sobre el futuro

Esta visión negativa del futuro, al igual que los anteriores patrones cognitivos, tonaliza la vida de la persona con depresión. El mañana es avizorado como “tan malo como hoy”, el tiempo hacia delante también resulta pesadumbroso, porque espera sufrir tantas penas y frustraciones como en el ahora, o más. Tiene la idea de que nada se resolverá sino que, por el contrario, puede ir peor; ante cualquier proyecto predominará la idea de fracaso. Esta anticipación en sí misma puede ser determinante de la “profecía de la derrota” y terminar auto-cumpléndose.

Estos tres elementos que conforman la tríada cognitiva se comportarían como una lente a través de la cual las personas con depresión se ven a sí mismas, a lo que les ocurre y con la que miran el mañana.



2. Los esquemas

Los esquemas son patrones cognitivos bastante estables y constituyen la base de las interpretaciones; son los que organizan la información que se reci-

be en cogniciones, formando una red o matriz a través de la cual pasan y se resignifican los datos de nuestras experiencias.

En esa red o matriz de esquemas, algunos tienen mayor preponderancia que otros. En el caso de la depresión hay esquemas inadecuados que se solapan sobre los adecuados, los llamados *esquemas idiosincráticos prepotentes* (IP) (Beck, 1983).

Estos esquemas IP son en gran parte los responsables de que, cuando ingresa información "favorable", ella no pueda ser decodificada como tal. Así, en la persona que cursa depresión puede llegar a ocurrir que no surtan efecto la estimulación externa o los cambios de su entorno, en tanto la información no puede ser procesada o lo es en forma sesgada.

Este elemento es uno de los más difíciles de comprender, tanto por el propio involucrado como por sus allegados. Aquí hablamos entonces de una dificultad estructural que impide registrar aquellos aspectos de la realidad que no están en consonancia con lo que el *edificio psíquico* estipuló que es la realidad. "Lo que veo no es lo que me dicen los demás que es. Lo percibo así... así está en mi mente"; "Todos insisten en el perfume de las rosas... No entiendo por qué; yo no lo siento, pero sí siento sus espinas... No entiendo cómo no se dan cuenta...".

Los recuerdos, la memorización, así como la atención, están dirigidos por estos *autoesquemas depresivos*; la persona con depresión tiende a recordar y memorizar aquellas situaciones que tienen el mismo tono de los esquemas. En una mirada a un cielo parcialmente nublado registrarán más las nubes que la porción de cielo despejado y con ello construirán su visión de la realidad.

Estos esquemas pueden "hacerse cargo" de la matriz cognitiva, y entonces estaríamos frente a un cuadro depresivo severo. Puede ocurrir también que la persona sea capaz de ver con cierta objetividad lo que le ocurre y el tipo de pensamiento negativo que está teniendo, que sería el caso de los cuadros depresivos más leves.

Una vez instaurado el esquema depresivo, y desde el momento en que se convierte en un esquema idiosincrático prepotente, puede transformar significativamente las interacciones con el entorno y con el sí mismo. Si estas estructuras prevalecen y se retroalimentan positivamente por cierto tiempo, pueden resultar altamente patógenas por sí mismas y para el resto de la psiquis. En este caso la persona puede estar severamente incapacitada para considerar que sus interpretaciones negativas puedan ser erróneas.

3. Errores en el procesamiento de la información

En el procesamiento de la información del depresivo se dan una serie de *errores* que ocurren en forma sistemática y le permiten mantener la creencia en sus pensamientos negativos, aun si la evidencia es contraria a ello.

Los errores sistemáticos más comunes en la depresión son: *inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, minimización y maximización, personalización y pensamiento absolutista o dicotómico*.

Estos errores mantienen el *sistema de creencias* de la persona y hacen consonante la interpretación última de lo ocurrido con su visión de la realidad más permanente. No obstante, muchos de estos mecanismos son frecuentes en casos no patológicos, pero en esas personas no son sistemáticos o bien son circunstanciales, al tiempo que, al no contar con patrones cognitivos depresivos, no surten el efecto que tienen en los casos de la depresión —aunque siempre son un alerta que no se debe descuidar sobre las formas que tenemos de procesar la información.

Algunos ejemplos de estos *errores sistemáticos* pueden ser: sobregeneralización de un evento negativo —esto es, creer que a partir de un hecho desafortunado todo lo demás en nuestra vida es y será igual—; tendencia a organizar las experiencias en opuestos —o es agradable o es desagradable, o es bello o es feo, o es bueno o es malo—, juego de dicotomías en el que el depresivo se autonoma en el extremo negativo. “He fallado en esta tarea. Esto me demuestra que fallaré en todas las otras. ¿Para qué continuar? Siempre será así...”; “No me saludó... Es que nadie debe querer hablar conmigo”; “Hace un buen día pero no va a tardar en llover, porque a mí siempre me pasa cuando salgo... No va a durar el buen tiempo”.

Para A. Beck (1983), una forma posible de comprender el desorden de pensamiento presente en la depresión es planteando dos modos de pensamiento: uno *primitivo* y otro *maduro*. Esta línea argumental retoma los trabajos de Piaget, según sugiere el autor, y con ella intenta esquematizar fundamentalmente las características del modo *primitivo* del depresivo.

| Pensamiento Primitivo | Pensamiento Maduro |
|------------------------|--------------------|
| Invariable | Variable |
| Absolutista, moralista | Relativo |
| Global, no dimensional | Multidimensional |
| Irreversible | Reversible |

Adaptado de A. Beck y colaboradores (1983)

El modo *primitivo* de pensamiento, que al decir de Beck tiene prevalencia en la persona con depresión, refiere a la forma de darle estructura a la experiencia, y presenta tendencia a ser extremistas, categóricos y absolutistas en sus contenidos; poco variables en contenido y categorías; con propensión a emitir juicios globales y no detenerse en una interpretación más dimensional del tipo "esto ocurre en tal circunstancia, en tal otra ocurre otra cosa y en general esto no puede ser juzgado así". Para Beck y colaboradores:

El paciente depresivo tiende a interpretar sus experiencias en términos de privaciones o de derrotas (no dimensionales) y como algo irreversible (fijo). Consecuentemente, se considera así mismo como un perdedor (categórico, emite juicios de valor) y como una persona predestinada (déficit de carácter irreversibles).⁴

Los aportes de Seligman y Abramson

En la sección dedicada a los aspectos relevantes de la perspectiva cognitivo-comportamental hacíamos referencia a las contribuciones de las *teorías del cognitivismo social*. Entre ellas, las *teorías atribucionales* han realizado importantes aportes a la investigación de la depresión. Nos detendremos en dos: la *teoría de la indefensión aprendida* y la *teoría de la desesperanza*.

Para muchos estudiosos de la depresión, los trabajos de Martin Seligman (1975) sobre la *indefensión aprendida* han sido un invaluable aporte para ampliar la comprensión de esta problemática. Esta propuesta fue desarrollada en pruebas de laboratorio y posteriormente ha sido generalizada a muchos aspectos del comportamiento humano. Se la considera la precursora experimental de la *teoría de la depresión por desesperanza*.

En forma muy sucinta, la *teoría de la indefensión aprendida* plantea que, según nuestra historia de aprendizaje —en tanto experiencias vitales adversas—, podemos llegar a percibir que no tenemos control alguno sobre lo que nos sucede, que somos "hojas al viento", un viento que nos es ajeno y sobre el que no podemos actuar, sino sólo recibir pasivamente sus efectos. Esa creencia de que todo está controlado y dirigido de fuera, ciertamente implica un determinismo y por ende una actitud fatalista: "Todo siempre es así, yo no puedo hacer nada, no está en mis manos".

⁴ A. Beck, A. Rusch, B. Shaw y G. Emery (1983).

La indefensión aprendida explica, según estos planteos, bastante más que una entidad clínica como la depresión; abarca todo el psiquismo y por tanto lo que de él deviene. En el caso específico de la depresión, ha arrojado algunas luces para comprender los *estados de infelicidad*. Más puntualmente, nos ha acercado a una de las etiologías de la vulnerabilidad cognitiva, aquella relacionada con la construcción de las estructuras cognitivas en situaciones no deseables para el desarrollo, como lo son las originadas por el maltrato, tanto físico como psicológico.

La *teoría de la depresión por desesperanza* (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989) propone un modelo cognitivo de vulnerabilidad-estrés. Según este modelo, hay mayor riesgo de padecer depresión —especialmente del subtipo *depresión por desesperanza*— en aquellas personas cuyos *estilos inferenciales* son negativos en tanto se presenten situaciones estresantes. Estos estilos constituyen la *vulnerabilidad cognitiva* (Abramson et al., 1997), la que está formada por patrones inferenciales desadaptativos, como las tendencias a: 1) inferir que tanto los factores estables como los globales causan los sucesos negativos; 2) inferir que aquellos acontecimientos que son negativos en el presente conducirán inexorablemente a situaciones futuras negativas; y 3) inferir características negativas de sí mismo cuando ocurren acontecimientos negativos —autoinculparse, desvalorizarse—.

Otra de las contribuciones refiere a los estudios sobre *vulnerabilidad cognitiva* y *vulnerabilidad biológica*, a partir de los cuales propone una integración que resumimos con una de sus frases:

Pensamos que la vulnerabilidad atribucional [cognitiva] en conjunción con la asimetría temporal anterior derecha [refiere a hallazgos sobre una activación hemisférica anterior derecha relativa en depresivos], podría reflejar un proceso biocognitivo común que incrementa el riesgo de desarrollar depresión.⁵

Desde estos modelos entonces se plantea que las personas poseen un estilo atribucional —a modo de rasgo de personalidad— que sería una característica más o menos estable. Así, algunos individuos serían especialmente vulnerables a padecer depresión por tener un estilo cognitivo o atribucional de tipo autoinculpatório, el que se mantendría casi constante en entornos y situaciones diversos.

En los estudios comparativos del *modelo cognitivo de la depresión* de A. Beck y la *teoría de la depresión por desesperanza* de Abramson y colaborado-

⁵ Abramson, 1997.

res, surgieron múltiples puntos de coincidencia. En 1991, Beck realizó una revisión del modelo que había comenzado a desarrollar tres décadas antes, y a partir de ese trabajo aumentaron los puntos de encuentro entre su propuesta y la del equipo de Abramson, especialmente en lo que refiere a que en las personas deprimidas hay un componente diferencial fuerte en los aspectos atribucionales negativos (en relación con los no deprimidos), más aun que en los procesos mismos de la información, sin descalificar la importancia de estos últimos.

La propuesta terapéutica cognitivo-comportamental

Las explicaciones sobre la depresión que hemos desarrollado están en estrecha relación con las propuestas terapéuticas de esta corriente de la psicología. Ese vínculo está dado por el ámbito en que fueron desarrolladas y reevaluadas esas teorías y modelos: la clínica.

El objetivo de los estudios reseñados no ha sido otro que el que señalamos al principio: explicar la depresión para poder mitigarla. El tratamiento es entonces el sustrato sobre el cual se realizaron las propuestas teóricas y metodológicas.

Las psicoterapias que se inscriben dentro de esta corriente constituyen un modelo de tratamiento de tiempo limitado y tienen una serie de características comunes, de las que nos parece importante señalar:

- trabajo activo y de alta participación sobre la premisa de que vivir implica tomar decisiones permanentemente;
- rol del terapeuta directivo-colaborador;
- contienen siempre un sustrato psicoeducacional y preventivo;
- atienden a los factores cognitivos, afectivos, ambientales e interpersonales;
- se centran prioritariamente en la situación que, en acuerdo con quien consulta, es la más preocupante y limitante para alcanzar una buena calidad de vida;
- la terapia cognitiva de la depresión atiende el ahora, sin dejar de tener en cuenta la historia personal, familiar y cultural, así como los aspectos biológicos de quien consulta;
- se sustenta en un permanente ejercicio de investigación empírica;
- a partir de múltiples técnicas procura que el paciente revise sus cogniciones y las coteje con la realidad; para ello se apoya en estrategias comportamentales, además de las cognitivas.

Esta perspectiva de la psicología es en sí misma un macromodelo, dinámico y abierto, en cuanto a la acumulación de conocimiento y a la integración con otras disciplinas y áreas de la psicología, a la vez que aplicado, en tanto ayuda a la comprensión de las conductas y comportamiento humanos en los diferentes ámbitos. Las propuestas terapéuticas, por lo tanto, siguen esta línea: buscan integrar todos los aspectos de la vida de la persona a partir de una situación concreta, donde la tarea del terapeuta consiste básicamente en revisar y proponer alternativas, en permanente contacto con la realidad y los sistemas de creencias de quien consulta.

Entre las aportaciones recientes a problemáticas de alta incidencia poblacional se encuentran la psicoterapias cognitivas en personas de la tercera y cuarta edad, en grupos con patologías médicas severas —cardiovasculares, oncológicas, inmunodeprimidos, entre otras—, así como en las adicciones y muchos otros cuadros cuya comorbilidad depresiva es relevante. Lo mismo ocurre en el campo de los trastornos de la personalidad, donde la sintomatología depresiva es alta y recurrente, y en las patologías de inicio en la infancia y la adolescencia, con acercamientos no solo desde la morbilidad sino también de otros aspectos como los referidos a los factores genéticos, medioambientales y de género.

Los estudios meta analíticos realizados sobre los resultados de la psicoterapia cognitivo-comportamental arrojan resultados muy esperanzadores (Butler y Beck, 2000), en el sentido de un mayor nivel de recuperación en un tiempo más limitado.

Los últimos informes de la Organización Mundial de la Salud señalan el creciente aumento de la patología mental, a lo que se agregan los estudios transversales y longitudinales que se vienen desarrollando en múltiples universidades⁶ e institutos, cuyos resultados muestran el incremento de los padecimientos psíquicos que, sin constituirse propiamente en enfermedad, están incidiendo larvaria e incisivamente en la humanidad, sin distinciones de raza, región ni edad, con mayor prevalencia en comunidades expuestas a condiciones extremas o a sucesos adversos para un desarrollo normal.

Ante este panorama, las acciones preventivas, el apoyo psicológico básico y la investigación que puede aportar esta perspectiva se tornan una posibilidad real de acercamiento al objetivo primario de lograr una mejor calidad de vida para todos.

La ciencia psicológica aporta al resto de las ciencias una visión desde el psiquismo, lugar a partir del cual se hacen las construcciones humanas y a través del cual se establecen las formas relacionales con los demás. La psico-

⁶ La Universidad Católica del Uruguay, a través de su Facultad de Psicología, desarrolla proyectos de investigación en esta línea, tanto en adultos como en adolescentes.

logía cognitiva-comportamental debe integrar inexcusablemente los aportes de las otras ciencias, sin renunciar a su objetivo, sin el cual no tendría lugar en la construcción de conocimiento que haga más justa, más digna y más trascendente la existencia humana.

La tristeza, la desesperanza, la pérdida de sentido y gusto por vivir son producto de múltiples factores —tanto psicológicos como biológicos y ambientales—. La etiología es un capítulo inacabado; toda la ciencia que busca respuestas para los problemas esenciales y los padeceres más profundos es todavía una obra en construcción. No hay magia; solo búsquedas y algunos encuentros. Sobre esos hallazgos es que estructuramos este artículo.

Cuando miramos un atardecer, podemos centrar nuestra mirada en el colorido del sol que se va ocultando o en la oscuridad que avanza. William Shakespeare decía en Hamlet:

Porque no hay nada bueno ni malo. Así lo hace el pensamiento.

Referencias bibliográficas básicas

- ABRAMSON L. Y., et al. (1987): "Learned helplessness in humans: critique and reformation". *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 87, n° 1, pp. 49-74.
- ABRAMSON, L. Y., et al. (1989): "Hopelessness depression: A theory based subtype of depression". *Psychological Review*, n° 96, pp. 358-372.
- ABRAMSON, L. Y.; ALLOY, L.; METALSKY, G.; JOINER, T., y SANDÍ, B. (1997): "Teoría de la depresión por desesperanza. Aportaciones recientes". *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 2, n° 3, pp. 211-222.
- ACHENBACH, T. M. (1993): *Empirically based taxonomy*. Burlington, VT, University of Vermont.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson
- BECK, A. T.; KOVACKS, M., y WEISSMAN, A. (1975): "Hopelessness and suicidal behavior: An overview". *Journal of the American Medical Association*, n° 234, pp. 1146-1149.
- BECK, Aaron, et al. (1983): *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, Desclée De Brouwer
- BECK, Aaron T. (1967): *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. Nueva York, Hoeber.
- BECK, Aaron T. (1973): *The diagnosis and management of depression*. Filadelfia, University of Pennsylvania Press.
- BECK, Aaron T. (1991): "Cognitive therapy: A 30-years retrospective". *American Psychologist*, n° 46, pp. 368-375.
- BUTLER, A. C., y BECK, J. S. (2000): "Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analyses". *Journal of the Norwegian Psychological Association*, n° 37.

- DASET, L. R. (1999): "Aproximación a una taxonomía empírica: estudio en jóvenes de Uruguay". *II Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Libro de Resúmenes*, pp. 83-84.
- DASET, L. R. (1999): "Sintomatología depresiva en la adolescencia". Ponencia en el 2º Encuentro de Centros del Programa de Vigilancia Epidemiológica en Depresión, OPS-OMS, Uruguay.
- DOS SANTOS PALAZZO, L., et al. (2001): "Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva". *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol. 28, nº 8, pp. 543-549.
- LINDSAY, Peter H., y NORMAN, Donald A. (1986): *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid, Tecnos.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992): *Clasificación internacional de las enfermedades*. Madrid, OMS.
- SELIGMAN, M. E., y JOHNSTON, J. C. (1973): *A cognitive theory of avoidance learning*. Washington DC, Winston.
- SELIGMAN, Martin E. P., y CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly (2000): "Positive Psychology: An introduction". *American Psychological Association*, vol. 55, nº 1, pp. 5-14.
- SOLANO, N., et al. (2001): "Intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión en personas mayores. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión en personas mayores". *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol. 36, nº 4, pp. 189-194.
- SULLIVAN, Patrick F., et al. (2000): "Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis". *American Journal of Psychiatry*, vol. 157, nº 10.
- USALL I RODIÉ, J. (2001): "Diferencias de género en los trastornos del estado de ánimo: una revisión de la literatura". *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol. 29, nº 4, p. 269-275.

Resumen

El postulado general sobre el que se edifican las distintas explicaciones sobre la depresión concuerda en que las personas buscamos y creamos significados para nuestras experiencias, procesos a través de los cuales ocurre la adaptación al medio y a partir de ello se organiza la información sobre el sí mismo, las relaciones y el mundo en sistemas cada vez más coherentes, diferenciados y complejos. En la persona con depresión esos significados son negativos, au-

toinculpantes, poco flexibles y capaces de constituirse en las únicas lentes a través de las cuales se relaciona con el mundo y lo interpreta. Así pueden surgir la desesperanza y la falta de gusto y de sentido, todo lo que la aleja a cada paso de una vida plena y de una proyección de futuro. La terapéutica propone resignificar esos contenidos a partir de estrategias tanto comportamentales como cognitivas, posibilitando así una adaptación y ajustes internos y externos, bajo una permanente acción psicoeducativa y una integración de los múltiples factores que inciden sobre un sufrimiento humano de esta naturaleza.