



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología

Terapia cognitiva y terapia asistida con
animales en el tratamiento de la depresión

N° 565

Camila Piqueras

Tutora: Mercedes Mazzulla

Departamento de Investigaciones
Mayo 2013

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

Índice

RESUMEN.....	5
Objetivos.....	5
Introducción.....	5
Justificación de la temática.....	6
Alcances y limitaciones	6
<u>Capítulo 1: Trastornos del Estado de Ánimo: La Depresión</u>	
1.1 Definición y características generales de los trastornos del estado de ánimo	6
1.2 Tipos de trastornos del estado de ánimo.....	8
1.3 Depresión y ansiedad.....	9
1.4 Depresión, cortisol y memoria	9
1.5 Surgimiento del modelo cognitivo de la depresión de Aaron Beck	9
1.6 El modelo cognitivo de la depresión.....	10
<u>Capítulo 2: La Terapia Cognitiva</u>	
2.1 Psicología cognitiva y psicoterapia cognitiva	12
2.2 Antecedentes y surgimiento de la terapia cognitiva	13
2.3 Características y principios generales de la terapia cognitiva.....	14
2.4 Curso y estructura de la terapia cognitiva	15
2.5 El papel de las creencias en la terapia cognitiva.....	16
2.6 La relación terapéutica en la terapia cognitiva	17
2.7 Técnicas utilizadas	18
2.8 Indicaciones de terapia cognitiva para la depresión	20
<u>Capítulo 3: Intervenciones Asistidas con Animales - La Terapia Asistida</u>	
3.1 Antecedentes y surgimiento del uso de animales con fines terapéuticos	21
3.2 Características de la interacción humano-animal.....	22
3.3 Definición y características generales de las intervenciones asistidas con animales.....	24
3.4 El papel del animal dentro de la relación terapéutica.....	25
3.5 El papel del terapeuta dentro de la relación terapéutica	27
3.6 Beneficios de las intervenciones asistidas por animales para la salud humana.....	27
3.7 ¿Por qué es terapéutica la interacción humano-animal?	31
3.8 Las Intervenciones Asistidas por Animales en Depresión	32
<u>Capítulo 4: Comparación Técnica y Metodológica de la Terapia Cognitiva y la Terapia Asistida con Animales</u>	
4.1 Características generales.....	33
4.2 Estructura y metodología.....	34
4.3 La relación terapéutica	36
4.4 Técnicas utilizadas	37
<u>Capítulo 5: Los Beneficios Terapéuticos de la Terapia Cognitiva y la Terapia Asistida con Animales sobre la Depresión</u>	
5.1 Algunas consideraciones generales de la TCG y la TAA sobre la depresión	39
5.2 Beneficios terapéuticos de la TCG y la TAA sobre los síntomas depresivos	40
Conclusiones	43
Referencias Bibliográficas.....	44

Resumen

En la siguiente revisión bibliográfica, hemos estudiado la Terapia Cognitiva (TCG) y la Terapia Asistida con Animales (TAA) en el tratamiento de la depresión. Se comenzó por comprender las características generales y síntomas del trastorno tomando como base el modelo cognitivo de Aaron Beck.

Se prosiguió con el estudio de las características generales, aspectos técnicos y metodológicos de la TCG y la TAA, para luego realizar una comparación entre ambas alrededor de dichos puntos. Esto nos condujo a encontrar algunas similitudes entre ellas, a saber: que ambas se enfrentan con obstáculos durante su práctica; que surgen ante la falta de resultados de otras terapéuticas frente a determinadas patologías; ambas requieren de la participación activa del paciente; la actitud que debe mantener el terapeuta cognitivo coincide con la que mantiene el perro co-terapeuta; ambas se basan en técnicas que promueven la relajación del cuerpo, la experimentación, la realización de actividades, el entrenamiento en habilidades específicas, el trabajo sobre la propia atención, etc. También hemos encontrado diferencias, como por ejemplo: el papel que toma el terapeuta dentro del proceso; la inclusión de un animal en la alianza (en el caso de la TAA); los objetivos perseguidos y su definición; los requisitos para la conformación de la alianza terapéutica, entre otros.

Por último, hemos recopilado los beneficios terapéuticos que otorgan la TCG y la TAA para aliviar los síntomas de la depresión. De esta manera, vimos que ambas generan mejoras en la autoestima y autoconfianza; promueven la realización de actividades que consiguen evitar el deterioro físico y caída en la inercia; aumentan el contacto del sujeto con su entorno y la realidad; fomentan la interacción social; mejoran la memoria y atención; disminuyen los sentimientos de ansiedad. Todo lo enumerado anteriormente, produce mejoras en el estado de ánimo del paciente ayudándolo a retomar poco a poco las actividades de su vida cotidiana.

Objetivos

Objetivo general

Estudiar la *Terapia Cognitiva (TCG)* y la *Terapia Asistida con Animales (TAA)* en el tratamiento de la *depresión*.

Objetivos específicos

- Estudiar y comprender los *síntomas* y *características* de la *depresión* a partir del modelo cognitivo de Aaron Beck.
- Estudiar y comprender las *características*, *principios generales* y *metodología* de la *terapia cognitiva (TCG)* de Aaron Beck.
- Estudiar y comprender las *características*, *principios generales* y *metodología* de la *terapia asistida con animales (TAA)*.
- Comparar los *aspectos técnicos* y *metodológicos* de la *TCG* y la *TAA*.
- Estudiar los *beneficios terapéuticos* de la *TCG* y la *TAA* para aliviar los *síntomas de la depresión*.

Introducción

En el siguiente trabajo se realizará una *revisión bibliográfica* respecto a la Terapia Cognitiva (TCG) propuesta por Beck y la Terapia Asistida con Animales (TAA) en el tratamiento de la depresión. Para ello, comenzaremos por comprender el trastorno desde la concepción de dicho autor. Luego, trataremos de comprender el funcionamiento de la TCG y la TAA para proseguir con una comparación entre ambas en torno a sus características generales y aspectos metodológicos y técnicos. Por último, realizaremos una recopilación de los beneficios terapéuticos que ellas pueden brindar al alivio de los síntomas de la depresión.

Partiendo de la concepción establecida por la American Psychiatric Association en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1994) (Citado en Durand y Barlow, 2007, p.211, 212) la depresión se caracteriza por: un *estado de ánimo* deprimido; marcada pérdida de la *energía vital*, sentimientos de *poca valía*, *soledad e indecisión*; *ideación suicida* e ideas de *ruina*; disminución de la *actividad motriz*; *pérdida de interés en el mundo* que rodea al sujeto; *aislamiento* y deterioro de las *relaciones interpersonales*. Desde el punto de vista de Beck, el paciente con depresión adopta una visión global negativa respecto

a sí mismo, el mundo y el futuro que como consecuencia, lo conduce a interpretar la realidad de forma distorsionada generando en él un estado de ánimo deprimido. Si bien las distorsiones cognitivas son el fenómeno principal del trastorno, no dan cuenta de la etiología última de la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/1983; Feixas y Miró, 1993).

Siguiendo con las ideas de Beck, definimos la Terapia Cognitiva como un procedimiento activo, directivo, de tiempo limitado y basado en objetivos específicos. Dicha terapia se basa en el supuesto de que las emociones y la conducta están determinadas por la forma que tiene el sujeto de estructurar el mundo. Su método se basará en la creación de una serie de experiencias de aprendizaje, que brinden al paciente la posibilidad de poner a prueba sus hipótesis respecto a sí mismo, el mundo y su futuro buscando datos en la realidad que permitan contrastar y comprobar su grado de veracidad o falsedad. El objetivo perseguido, es la reestructuración cognitiva del sujeto (Beck et al., 1979/1983; Camacho, 2003).

Finalmente, partiendo de las ideas del Centro de Terapia Asistida con Animales de Rosario (fecha de acceso: 2010, septiembre), definimos la TAA como una terapia complementaria en la cual se utiliza un animal como herramienta psicoterapéutica para establecer un nexo entre el paciente y el profesional. El animal forma parte integral del proceso y es utilizado para fomentar mejoras en el funcionamiento físico, social, emocional y cognitivo del paciente.

Justificación de la Temática

Se considera relevante la realización de esta investigación ya que son escasos los estudios en torno a la TAA en patologías como la depresión. Por otro lado, porque trataremos de encontrar puntos en común entre la TAA y la TCG. Dicha comparación, podría abrir las puertas para realizar nuevas investigaciones que intenten explicar las causas ocultas detrás de la TAA y hasta podría investigarse el posible uso de la TAA como complemento de una TCG.

Por otro lado, es relevante porque nos focalizaremos en los beneficios terapéuticos que ambas pueden brindar al tratamiento de la depresión. La TCG ya ha sido muy estudiada y ha demostrado su efectividad para el tratamiento de dicho trastorno. No podemos decir lo mismo de la TAA. Según investigadores como San Joaquín (2002) y Walsh (2009a), la TAA ha demostrado ser muy efectiva en el tratamiento de pacientes con problemas en la comunicación interpersonal, baja autoestima, problemas motrices, problemas de autovalimiento, etc. Se ha aplicado fundamentalmente en niños del espectro autista y con trastornos del aprendizaje pero se ha aplicado en menor medida en pacientes depresivos. Los mismos justamente, presentan un deterioro en sus relaciones con el mundo externo, ideas de suicidio, aislamiento, sentimientos de soledad, estado de ánimo deprimido, etc. que podría verse mejorado si se lo impulsa a establecer una relación con un animal. El perro no discrimina a la persona por su patología e insiste hasta lograr su atención. Además promueve sentimientos de autoeficacia porque el sujeto podrá sentirse útil al poder cuidar al animal; disminuye la sensación de soledad porque estará siempre disponible; ayuda a mejorar el estado de ánimo y a aumentar la autoestima del paciente porque le permite jugar, crear, liberar endorfinas y sentirse acompañado.

Alcances y Limitaciones

Como se dijo anteriormente, intentaremos comprender la depresión desde la concepción cognitiva de Beck, dejando al margen la explicación brindada por otros representantes de la corriente cognitiva u otros marcos teóricos. Por otro lado, como abordaje terapéutico, nos basaremos en la TCG propuesta por dicho autor y en la TAA. Finalmente, en esta oportunidad, dejaremos de lado el estudio del suicidio e ideación suicida, una de las problemáticas importantes del cuadro depresivo.

1. Trastornos del Estado de Ánimo: La Depresión

1.1 Definición y características generales de los trastornos del estado de ánimo

Tomando como punto de partida la definición de la American Psychiatric Association en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales III (1980) (Citado en Durand y Barlow, 2007, p. 210-211)

los *trastornos del estado de ánimo* se caracterizan por importantes variaciones existentes, justamente, en el estado de ánimo de la persona. El *DSM-IV TR* (2000) (Citado en Durand y Barlow, 2007, p.210, 211) al referirse a estos trastornos, da cuenta de un grupo de alteraciones emocionales donde el sujeto puede llegar a vivenciar experiencias de *depresión y/o manía* ya sea de forma individual, o bien ambas vivencias alternándose, o bien los síntomas de ambas coexistiendo simultáneamente en un mismo episodio.

Según el *DSM-IV-TR* (2000) (Citado en Durand y Barlow, 2007, p.2010) el *Episodio Depresivo Mayor* presenta un estado de ánimo deprimido con duración de al menos dos semanas que va acompañado de *síntomas cognitivos* y de una alteración en las *funciones vegetativas*. Se observa:

- *Anhedonia*. La misma es entendida como la incapacidad para sentir placer o interés en la mayor parte de las actividades diarias que debe realizar el sujeto.
- *Sentimientos de poca valía, indecisión o de culpa excesiva*
- *Cambios significativos del apetito ó de peso* que pueden expresarse a través de una pérdida o subida de peso sin haber realizado ningún tipo de dieta ó como un aumento ó falta de apetito
- *Modificaciones en el patrón de sueño-vigilia* que pueden expresarse desde insomnio hasta hipersomnía
- *Agitación o retardo de la actividad psicomotriz*
- *Marcada pérdida de la energía vital* motivo por el cual cualquier ligera actividad ó movimiento exige un gran esfuerzo para el sujeto
- *Disminución de la destreza para pensar ó concentrarse*
- *Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida ó intentos de suicidio.*
- Estado de ánimo que no se asocia a un duelo

Según estos autores los indicadores medulares del Episodio Depresivo Mayor son los cambios *somáticos* y la *suspensión conductual ó emocional*. Sin tratamiento puede llegar a persistir alrededor de nueve meses (Durand y Barlow, 2007).

Como se ha nombrado anteriormente, otro de los estados fundamentales de los trastornos del estado de ánimo es la *manía*. Ella se define como un período donde el ánimo se caracteriza por *júbilo, dicha, euforia ó irritabilidad* excesiva con duración de una semana o hasta días en los casos más graves. Durante estos estados la persona con frecuencia niega tener un problema y es tal el placer que siente que muchas veces tienden a abandonar la medicación prescrita para su control. En este caso se observa:

- *Hiperactividad*
- *Autoestima inflada* hasta el punto de realizar planes grandiosos con la creencia de que pueden lograr cualquier cosa que deseen. Esto puede llevar a la persona a verse envuelta en comportamientos autodestructivos de compras que pueden conducirlo a endeudarse gravemente.
- *Necesidad disminuida de sueño*. Este punto está anexado con los anteriores. La persona al estar excesivamente activa y al creerse capaz de realizar todo lo que se disponga también cree que no necesita dormir mucho.
- *Verborragia*
- *Fuga de ideas*. Este punto se conecta con el anterior. El sujeto habla de forma rápida y en algunas ocasiones hasta puede tornarse incoherente porque se intentan expresar demasiadas ideas al mismo tiempo.
- *Dificultad para concentrarse* en actividades dirigidas hacia una meta.
- *Agitación psicomotriz*
- *Irritabilidad*. Por lo general esta emoción se presenta hacia la etapa final del episodio maníaco.
- Esta alteración del estado de ánimo no se asocia a los efectos psicológicos causados por el consumo de sustancias ó condición médica.

Sin tratamiento la manía puede persistir de tres a seis meses (Durand y Barlow, 2007, p.210, 211).

En adición a lo anterior, los autores también señalan la existencia de *episodios hipomaniacos* entendidos como una versión menos disruptiva que el episodio maníaco ya que no impacta fuertemente sobre el funcionamiento ocupacional o social (Durand y Barlow, 2007, p.211).

Siguiendo las ideas de Durand y Barlow (2007, p.211) los trastornos del estado de ánimo presentan una estructura particular. Aquellos sujetos que padecen depresión ó manía y no ambas se entiende que presentan un trastorno del estado de ánimo *unipolar*. En cambio, se habla de trastorno del estado de ánimo *bipolar* cuando la persona alterna entre depresión y manía. Finalmente la vivencia de síntomas maníacos combinados simultáneamente con sentimientos de depresión o ansiedad, se denomina *episodio maníaco mixto ó episodio maníaco disfórico*. En general estos últimos pacientes tras experimentar el sentimiento de estar fuera de control o de ser peligrosos como consecuencia de los síntomas maníacos, se deprimen o se sienten ansiosos por ello.

1.2 Tipos de trastornos del estado de ánimo

En la siguiente sección se hará una clasificación de los distintos tipos de trastornos del estado de ánimo y se ahondará en la definición y características generales de cada uno de ellos.

Durand y Barlow (2007, p. 212-218) clasificarán los trastornos del estado de ánimo en dos grandes grupos: los *trastornos depresivos* y los *trastornos bipolares*.

Siguiendo los lineamientos del DSM-IV-TR (citado en Durand y Barlow, 2007, p.216), los *trastornos bipolares* se definen como la alternancia entre *episodios maníacos* con *episodios depresivos mayores*. Ellos se subdividirán en:

1. *Trastorno Bipolar tipo I*: Es un tipo de trastorno bipolar en el cual se alternan episodios depresivos mayores con episodios maníacos completos existiendo al menos dos meses entre ellos donde el paciente no expresa síntomas.
2. *Trastorno Bipolar tipo II*: En este caso, el paciente presenta episodios depresivos mayores alternados con episodios hipomaníacos donde los síntomas de estos últimos son menos graves que en la manía.
3. *Trastorno ciclotímico*: Es un tipo de trastorno bipolar donde se produce una alternación crónica de la elevación del estado de ánimo y la depresión que no llegan a presentarse con la gravedad sintomática de los episodios maníacos ni de los episodios depresivos mayores. El paciente puede permanecer en uno u otro estado de ánimo durante años con muy pocos períodos de eutimia, llegando a persistir al menos durante dos años. Estos pacientes presentan riesgos significativos de desarrollar cualquiera de los otros tipos de trastornos bipolares descriptos anteriormente.

Por otro lado, Durand y Barlow (2007, p.212) señalan la existencia de diferentes tipos de *trastornos depresivos* que se distinguen entre sí por la *frecuencia* en que se presentan los síntomas depresivos y la *severidad* de los mismos. De esta manera clasificarán los trastornos depresivos de la siguiente manera:

1. *Trastorno Depresivo Mayor de Episodio Único*: Como bien lo indica su nombre, es la ocurrencia de un solo episodio depresivo aislado en la vida del paciente. Se caracteriza por la ausencia de episodios maníacos o hipomaníacos antes o durante el episodio. Es un tipo de trastorno depresivo poco frecuente.
2. *Trastorno Depresivo Mayor Recurrente*: Este tipo de trastorno se diagnostica cuando ocurren dos o más episodios depresivos mayores en la vida del paciente, existiendo entre los mismos un período de al menos dos meses donde el sujeto no presenta síntomas. La duración promedio del episodio es de cuatro a cinco meses. En general este tipo de pacientes presentan un historial familiar de depresión.
3. *Trastorno Distímico*: Este tipo de trastorno depresivo se presenta con un estado de ánimo deprimido que persiste por al menos dos años. En ese período el paciente no puede permanecer libre de sus síntomas por más de dos meses seguidos. Cabe señalar que en comparación con el episodio depresivo mayor, el trastorno distímico presenta síntomas más leves y menos numerosos pero por un período de tiempo mayor que el episodio depresivo mayor. Según un estudio llevado a cabo en el 2001 por Klein, Levinson y Seeley (tal como se cita en Durand y Barlow, 2007, p. 212) la mayoría de estos sujetos a largo plazo terminan presentando un episodio depresivo mayor.
4. *Depresión Doble*: Este tipo de trastorno depresivo caracteriza a los pacientes que padecen tanto de episodios depresivos mayores como de un trastorno distímico siendo el trastorno distímico el que por lo general se presenta primero presentándose luego uno o más episodios depresivos mayores. Es un trastorno de curso futuro grave.

En lo que respecta a la prevalencia, las mujeres presentan dos veces más probabilidades de presentar trastornos del estado de ánimo que los hombres, fundamentalmente para el trastorno depresivo mayor y distimia. No obstante, en el caso del trastorno bipolar, las probabilidades se distribuyen más equitativamente. Los trastornos depresivos son menos frecuentes durante la niñez. En la adolescencia, en cambio, sí son más frecuentes, de hecho más que en la adultez. Los adolescentes presentan mayor probabilidad de presentar un TDM que una distimia. El TDM en esta etapa al igual que en la adultez, también prevalece más entre las mujeres que entre los hombres (Durand y Barlow, 2007).

El desequilibrio en la proporción de género se reduce hacia la vejez. Aún siendo mayor la cantidad de mujeres que padecen depresión, son cada vez mayores las cifras de hombres que también resultan afectados. Algunos estudios estiman que un 20% de los ancianos residentes en geriátricos, experimentan un TDM. Por lo general, las depresiones de aparición tardía se expresan con importantes dificultades para conciliar el sueño, hipocondriasis y agitación. Cabe destacar, que luego de los 60 años, se torna muy difícil el diagnóstico del trastorno, ya que el mismo puede verse dificultado por la presencia de enfermedades médicas o síntomas de demencia. Es común que las personas de edad avanzada que padecen una demencia o una enfermedad física, se depriman como consecuencia de ello. Entonces, bajo estas

circunstancias, muchas veces la presencia de un cuadro depresivo puede resultar ignorado (Durand y Barlow, 2007, p. 224).

Por lo general, a ella se suman trastornos de ansiedad, en particular el TAG y el trastorno de pánico. En pacientes que hayan sufrido ataques cardíacos, la presencia de un trastorno depresivo, duplica los riesgos de muerte. Las cifras de la presencia de síntomas depresivos en ancianos han ido aumentando con el paso del tiempo. Este incremento puede ser adjudicado al aumento de enfermedades y a la disminución del apoyo social sufrido en esta etapa del ciclo vital. La viudez, la enfermedad de un cónyuge y la pérdida de independencia a causa de una enfermedad médica, resultan importantes factores de riesgo que pueden disparar una depresión en este grupo etáreo (Durand y Barlow, 2007).

En lo que resta del capítulo, nos focalizaremos en el trastorno depresivo por ser la patología de nuestra incumbencia para este trabajo.

1.3 Depresión y ansiedad

Es importante que tengamos en cuenta la siguiente consideración. Hallazgos muy recientes han demostrado que casi cualquier paciente con depresión se encuentra en un estado de ansiedad. No así, todo ansioso se halla deprimido. Se ha descubierto que los estados de ansiedad graves, con el tiempo pueden convertirse en depresión. El TDM casi siempre prosigue a la ansiedad y en muchos casos, hasta resulta consecuencia de ella (Durand y Barlow, 2007).

Existen síntomas medulares tanto en la depresión como en la ansiedad, que permiten realizar un diagnóstico diferencial entre ambos cuadros. La *depresión* presenta síntomas como la *anhedonia* y un *enlentecimiento de las funciones motrices y cognoscitivas* que no se halla presente en la ansiedad. Además, el contenido del pensamiento del paciente con depresión es aún *más negativo*. Los síntomas troncales de la *ansiedad* son la *activación del sistema nervioso autónomo* (en el pánico); *tensión muscular* y una *preocupación excesiva por el futuro*. No obstante, muchas personas con depresión pueden presentar síntomas de ansiedad o de pánico (Durand y Barlow, 2007).

A continuación enumeramos algunos de los *síntomas compartidos* por ambos cuadros (citados en Durand y Barlow, 2007, p. 227):

- Mala *concentración*
- Mala *memoria*
- *Anticipación* de lo peor
- *Preocupación*
- *Irritabilidad*
- *Hipervigilancia*
- *Llanto*
- *Sentimientos de culpa*
- *Cansancio*
- *Insomnio*
- *Desesperanza*
- *Sensación de desamparo*

1.4 Depresión, Cortisol y memoria

Se ha descubierto que en pacientes con depresión existe un aumento en los niveles de *cortisol*. El cortisol es una hormona, conocida como la hormona del estrés porque aumenta su concentración durante sucesos de vida estresantes. A partir de dicho hallazgo, los investigadores han intentado estudiar las consecuencias producidas por dicho incremento. Es así como se ha descubierto que niveles muy elevados de cortisol producen el encogimiento del *hipocampo*. Esta estructura cerebral desempeña una importante función para facilitar procesos cognitivos como la *memoria*. Hallazgos más recientes realizados en animales, demuestran que una exposición prolongada a la sobreproducción de dicha hormona, a largo plazo puede conducir a una incapacidad del organismo para producir nuevas neuronas. Entonces, los altos niveles de cortisol en un paciente con depresión conlleva la supresión de la neurogénesis en el hipocampo. Esta podría ser una de las explicaciones para las fallas de memoria presentes en dichos sujetos (Durand y Barlow, 2007, p.230-231).

1.5 Surgimiento del modelo cognitivo de la depresión de Aaron Beck

En la siguiente sección comenzaremos a adentrarnos en las características específicas otorgadas la depresión desde el punto de vista de Beck. La terapia propuesta por dicho autor, surge en respuesta a su insatisfacción respecto a la explicación teórica brindada por el psicoanálisis sobre la depresión y a la carencia de resultados empíricos que demuestren la eficacia de los tratamientos psicodinámicos.

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979/1983, p.7-10) explican que las primeras formulaciones acerca de la TCG sobre la depresión, surgen en 1956 cuando Beck decide contrastar algunos de los conceptos esquemáticos por Freud acerca de la depresión. Si bien en un primer momento apoyó estas formulaciones, los resultados arrojados por investigaciones posteriores, denunciaron ciertas inconsistencias. Desde el punto de vista de Beck, en el paciente con depresión no existe una necesidad de sufrimiento. En cambio, se presenta una tendencia a evitar conductas que, ante la presencia de otros, puedan generar rechazo o desaprobación. Por tal motivo, el paciente con depresión, adopta conductas que cree serán aceptadas y aprobadas ante los ojos de los demás. En adición, las reacciones negativas a las terapéuticas que se basaban en las hipótesis psicoanalíticas de la hostilidad vuelta hacia el yo y la necesidad de sufrimiento, hicieron que emprendiera la búsqueda de nuevas explicaciones para descifrar la conducta de este tipo de personas.

Inicialmente, partió del material de sueños de pacientes con depresión donde observó que el sujeto siempre se presentaba como una persona derrotada. A esto se añadieron las descripciones que ellos realizaban sobre sí mismos y sus vivencias: de forma sistemática adoptaban una percepción de sí mismos negativa. Fue así como el autor elucubró su teoría acerca de que los pacientes con depresión adoptan una *visión global negativa de sí mismos, del mundo y del futuro* que los lleva a interpretar la realidad de forma distorsionada, lo cual impacta fuertemente sobre su estado de ánimo. Es por ello que para la terapia elaborará técnicas que le permitan identificar, someter a prueba y modificar las creencias distorsionadas y excesivamente negativas mediante la reevaluación y modificación de ellas por otras más adaptativas. Se trata de un procedimiento activo, directivo, breve y focalizado en los síntomas actuales y su cancelación (Beck et al., 1979/1983, p. 8-9, p. 12-23).

1.6 El modelo cognitivo de la depresión

Para poder comprender la depresión desde el modelo cognitivo de Beck, precisaremos basarnos en las siguientes nociones (Beck et al., 1979/1983; Camacho, 2003; Egiluz et al., 2008):

- El concepto de *cognición y esquemas de pensamiento*
- *La tríada cognitiva*
- *Los errores cognitivos / errores del procesamiento de información*

Su pensamiento se basa en el supuesto teórico de que tanto los efectos como la conducta de las personas, están predeterminados por la forma en que todos nosotros percibimos y organizamos el mundo que nos rodea. Beck y cols. (1979/1983) llamarán *cognición* a “cualquier idea con contenido verbal o gráfico” (p.20, 21) de la conciencia. Ampliaremos adhiriendo la definición de Camacho (2003) quien indica que la cognición se relaciona con “constructos personales, las creencias, las imágenes, las atribuciones de sentido o significado, las expectativas, etc.” (p.1). Ambos autores destacan su importancia e incidencia sobre los procesos humanos en general y en la génesis de los trastornos mentales. Beck y cols. (1979/1983) dirán que tienen su raíz en actitudes o supuestos que fueron desarrollándose a partir de experiencias anteriores.

Varios autores (Beck et al., 1979/1983; Camacho, 2003; Feixas y Miró, 1993) hablarán de la existencia de determinados patrones cognitivos a los que llamarán *esquemas*. Ellos son relativamente estables y sirven como base para interpretar un conjunto de situaciones. De esta manera, atendemos de forma selectiva a estímulos específicos, los codificamos, categorizamos y combinamos para conceptualizar y evaluar nuestras experiencias. Los mismos se activan ante situaciones específicas y determinan nuestra forma de conducirnos. Ellos guiarán nuestra atención y percepción. Feixas y Miró (1993) hablan de *estructura cognitiva* para referirse a la forma en que se encuentra organizada la información del sistema cognitivo. Llamarán *proposiciones cognitivas* al contenido de dicha información. La estructura cognitiva establecerá las prioridades del procesamiento del sistema perceptivo. Camacho (2003) señala que las *creencias* son los contenidos de los esquemas que surgen como producto de la relación entre la realidad y estos últimos. Se referirá a las ideas como “mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia” (p. 3). Pensando en el contenido de dichos esquemas, Feixas y Miró (1993) los clasifican en tres grupos: *esquemas sociales, esquemas del self y esquemas de los otros*.

Los conceptos de cognición y esquema permiten comprender por qué el paciente con depresión sostiene actitudes y conductas que le hacen sufrir aún existiendo elementos positivos en su vida. En este tipo de personas, la percepción de diversas situaciones se encuentra distorsionada por la presencia de esquemas inadecuados e idiosincráticos que poco a poco van tornándose más activos y evocados con mayor frecuencia por un grupo cada vez más grande de estímulos. El pensamiento llega a estar dominado por estos esquemas, haciendo que el sujeto quede inmerso en pensamientos negativos, repetitivos y perseverantes aún no existiendo una conexión lógica entre la situación real y las interpretaciones que realiza. Como consecuencia, en los casos más graves, a la persona le resulta muy difícil concentrarse

en estímulos externos, pierde gran parte del control voluntario sobre los procesos de pensamiento y le resulta cada vez más difícil evocar esquemas más adaptativos (Beck et al., 1979/1983; Camacho, 2003; Feixas y Miró, 1993)

A continuación citaremos un ejemplo tomado de Beck y cols. (1979/1983) para una mejor comprensión del concepto de esquema:

Por ejemplo, si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si es competente y está capacitada, su pensamiento puede verse dominado por el esquema, "Si no lo hago todo a la perfección, significa que soy un fracaso". Consecuentemente, esta persona responderá a las situaciones en términos de adecuación, incluso aunque las situaciones no tengan nada que ver con la dimensión de competencia personal (p.13).

Otra noción importante a tener en cuenta en la concepción de la depresión, es el concepto de *tríada cognitiva*. Ella como bien lo indica su nombre, está conformada por tres patrones cognitivos (Beck et al., 1979/1983; Camacho, 2003; Egiluz et al., 2008; Feixas y Miró, 1993):

- *Percepción de sí mismo*: El sujeto con depresión tiende a conformarse una visión negativa acerca de sí mismo, atribuyendo las malas experiencias a defectos personales psicológicos, físicos o morales. La persona cree que debido a esos defectos es una persona inútil y carente de valor.
- *Percepción del mundo*: Se refiere a la tendencia del paciente con depresión a interpretar el mundo que lo rodea y sus vivencias de forma negativa. El sujeto siente que el mundo le exige lo que él no puede dar ó se le presentan obstáculos imposibles de superar para alcanzar sus metas. Sus interacciones se interpretan en términos de relaciones de derrota o frustración, tergiversando los hechos de la realidad para que se ajusten a sus esquemas negativos y desadaptativos preexistentes.
- *Percepción del futuro*: Este componente da cuenta de la visión negativa que el paciente con depresión tiene sobre el futuro. El sujeto al pensar en un proyecto, se anticipa a los resultados pensando que fracasará, sufrirá, se frustrará ó deberá tolerar privaciones.

El modelo cognitivo va a considerar los signos y síntomas de la depresión como efecto de la existencia de estos patrones cognitivos negativos. Beck y cols. (1979/1983) explican: "Por ejemplo, si el paciente *piensa* erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es *real*. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo" (p.20). Siguiendo estos lineamientos, intentan esclarecer algunos de los síntomas de la depresión, a saber: la *abulia* puede ser consecuencia de la creencia pesimista de que siempre todo lo que se haga va a salir mal porque está predestinado al fracaso; la *ideación suicida* puede ser consecuencia de creerse inútil y una carga para los demás por lo que es mejor morir; la *inhibición psicomotriz* puede ser efecto de la visión negativa del futuro, entre otras.

La tercera noción que hemos citado para poder comprender la depresión, es la de los *errores en el procesamiento de la información* que explicaremos más detalladamente en el próximo capítulo. Por el momento, diremos que durante el procesamiento de la información pueden producirse determinadas alteraciones que conducen al paciente a arribar a conclusiones arbitrarias. Estos errores sistemáticos que se producen en el pensamiento de este tipo de sujetos, es lo que se llamarán *distorsiones cognitivas*. Ellas se agrupan de la siguiente manera (Beck et al., 1979/1983; Beck, 1995/2000; Camacho, 2003; Feixas y Miró, 1993):

- *Inferencia Arbitraria*: se refiere al proceso mediante el cual se adelanta una conclusión en ausencia de evidencia que le brinde sustento, o bien, cuando se sostienen afirmaciones aún existiendo evidencia de lo contrario.
- *Maximización*: Surgen en el momento de evaluar un significado o magnitud de un evento. En este caso, se magnifican los errores, carencias, las faltas ó pérdidas.
- *Minimización*: Siguiendo el punto anterior, tiene que ver con subestimar aspectos o cualidades que tienen que ver con los logros alcanzados, éxitos, buenas cualidades o aciertos del paciente.
- *Abstracción selectiva o Filtro mental*: Este tipo de distorsión consiste en centrarse en un detalle, aspecto o atributo negativo del contexto general, ignorando las características relevantes del mismo. A partir de esto, se conceptualiza toda la situación en base a ese fragmento. Es así como se arriba a conclusiones que de alguna manera comprueban la inutilidad o defectos del sujeto.
- *Generalización excesiva*: Es la elaboración de una regla general a partir de uno o varios hechos o situaciones aisladas. Esa regla luego se traslada a otras situaciones.
- *Personalización*: Es la tendencia del sujeto con depresión a atribuirse a sí mismo hechos y fenómenos externos sin evidencia firme para sostener dicha conexión.
- *Pensamiento dicotómico ó absolutista*: Es la tendencia a clasificar situaciones o personas utilizando categorías polares sin capacidad de ver matices.
- *Pensamiento catastrófico o visión del futuro*: El sujeto predice el futuro negativamente sin tener en cuenta otras posibilidades.

- *Razonamiento emocional*: La persona piensa que algo es real porque ella lo siente. Lo cree de manera tan firme que ignora y deja de lado la evidencia contraria.
- *Leer la mente*: La persona cree que sabe lo que piensan los demás y no es capaz de tener en cuenta otras posibilidades.
- *Imperativos*: El sujeto presenta una idea precisa y rígida de la forma en que hay que comportarse y sobrestima lo negativo de no alcanzar esas expectativas.

Puede abordarse el desorden de pensamiento de los pacientes depresivos, conceptualizándolo en términos de *modos primitivos* de organizar la realidad en contraposición a los *modos maduros* de hacerlo. Se otorgan a los modos primitivos y maduros las siguientes características respectivamente (Beck et al., 1979/1983, p.22, 23):

1. *No dimensional y global* vs. Multidimensional
2. *Absolutista y moralista* vs. Relativo y sin emitir juicios de valor
3. *Invariable* vs. *Variable*
4. *Diagnóstico basado en el carácter* vs. *Diagnóstico conductual*
5. *Irreversible* vs. *Reversible*

Los modos primitivos de organizar la realidad, llevan al sujeto a preservar en su pensamiento contenidos extremos, negativos, categóricos y absolutistas que traen como consecuencia una respuesta emocional negativa y extrema. En cambio, el pensamiento maduro "...integra automáticamente las situaciones en varias dimensiones (en lugar de una única categoría), en términos cuantitativos más que cualitativos, y de acuerdo con criterios más relativos que absolutistas" (Beck et al., 1979/1983, p.22).

Es importante que mencionemos que el modelo cognitivo que nos presenta Beck no va a focalizarse en la etiología última de la depresión o sus causas. Para él las distorsiones cognitivas no dan cuenta de la etiología última de la patología, sino que representan el *fenómeno principal* al que deben apuntar los esfuerzos terapéuticos para mejorar el cuadro clínico. Para él es importante no dejarse distraer por los síntomas manifiestos (dolor psíquico, pérdida de energía, abulia, etc.) ya que nos harían perder de vista el fenómeno principal que desde su concepción son las alteraciones presentes en el pensamiento del individuo con depresión (Beck et al., 1979/1983; Feixas y Miró, 1993).

Para finalizar, Fernández Álvarez (1992) señala que una de las críticas fundamentales que se ha realizado a este tipo de enfoques, es la supremacía brindada al papel de los pensamientos erróneos y de los sistemas de creencia en detrimento de las emociones. Para él, en el modelo de depresión de Beck, las emociones ocupan un papel secundario en la determinación de la conducta. Para Fernández Álvarez existe una permanente co-determinación entre ambas y le resulta imposible encontrar formas de conducta que prescindan de cualquiera de estos componentes.

2. La Terapia Cognitiva

2.1 Psicología cognitiva y psicoterapia cognitiva

Antes de comenzar a definir y caracterizar la psicoterapia cognitiva, es relevante que realicemos una aclaración entre los conceptos psicología cognitiva y psicoterapia cognitiva.

Partiendo de la definición de Camacho (2003), el término *psicología* halla sus raíces en las palabras griegas *psique* y *logos*. La primera de ellas hace referencia al alma, mente, espíritu y vida. La palabra *logos* se utiliza para referirse a la razón, inteligencia y pensamiento. De esta manera, según indica Camacho (2003) etimológicamente podemos definir a la *psicología* como "la razón o palabra con sentido que puede dar cuenta de la mente humana o del espíritu" (p.1).

Ahora pensaremos en la etimología del término *psicoterapia*. Nuevamente encontramos en su raíz la palabra *psico* que mencionamos en el párrafo anterior como *psique* (mente, alma, espíritu y vida). La terminación *terapia* encuentra sus orígenes en la palabra griega *terapeûo* que significa tratar, curar, cuidar. Tomando nuevamente las palabras del autor (2003) entendemos por *psicoterapia* "el cuidado del alma o espíritu actual" (p.1).

Según Camacho (2003), el término *cognitiva* también encuentra su etimología en la palabra griega *gnome* que significa "facultad de conocer, entendimiento, razón, juicio" (p.1).

Ahora que ya hemos definido cada uno de los términos que nos competen, estamos en condiciones de definir y diferenciar la psicología cognitiva de la psicoterapia cognitiva según Camacho (2003). Diremos entonces que la *psicología cognitiva* es "el estudio y comprensión de las facultades del entendimiento humano, y abarcará los diferentes procesos de la adquisición del conocimiento" (p.1). Por su parte, la *psicoterapia cognitiva* "será el cuidado y cura del espíritu mediante la razón" (p.1). Ella tiene que ver con un procedimiento a través del cual podemos curar y/o conocer la mente humana.

A diferencia de la psicoterapia cognitiva, la psicología cognitiva va a encargarse de investigar procesos mentales como la memoria, el aprendizaje, procesamiento de la información, entre otros. La psicoterapia cognitiva, tiene que ver con el diseño de métodos específicos para tratar diferentes patologías mentales partiendo de los desarrollos realizados por la psicología cognitiva. No obstante, tomando las palabras de Camacho (2003), “la práctica clínica de la psicoterapia cognitiva no se sustenta ni encuentra su fundamentación exclusiva en los principios básicos de la Psicología Cognitiva” (p.1).

A lo largo del siguiente trabajo, pondremos nuestro foco de atención en la psicoterapia cognitiva.

2.2 Antecedentes y surgimiento de la terapia cognitiva

Los orígenes filosóficos de la terapia cognitiva pueden remontarse a los Estoicos. Epícteto ha escrito en *El Enchiridión* (citado en Camacho, 2003): “No son las cosas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de las cosas” (p.1-2). En esta frase podemos encontrar uno de los principios básicos sostenidos por el cognitivismo, a saber: no son los hechos o circunstancias lo hegemónico en los trastornos, sino la forma en que las personas construyen y atribuyen significado a la realidad que las rodea. Otra idea que el cognitivismo ha tomado del Estoicismo, fue la importancia que han brindado a las pasiones porque consideraban que ellas tenían un fuerte impacto sobre el pensamiento. Además, destacaron el lado subjetivo de la realidad. Como último aporte filosófico importante, destacaremos el pensamiento de Kant y de filósofos existencialistas, si bien hay que considerar que las distintas líneas y escuelas cognitivas tomarán algún referente particular (Beck et al., 1979/1983; Camacho, 2003; Feixas y Miró, 1993).

En lo que atañe a los aportes desde la psicología, Freud ha expuesto la idea de que los sentimientos y los efectos tienen su raíz en ideas inconscientes. La Psicología Individual de Alfred Adler destacará la importancia de cómo el ser humano se encuentra autodeterminado por el significado que brinda a las situaciones. Desde su concepción, debemos comprender al paciente dentro del marco de sus propias experiencias conscientes. La terapia va a consistir entonces, en poder entender y explicar la forma en que los sujetos perciben el mundo. Kant, Heidegger y Husserl fueron quienes han enfatizado las experiencias subjetivas conscientes (Beck et al., 1979/1983, p.17-18).

Otro aporte importante a la terapia cognitiva desde la psicología, es la figura de Piaget y sus estudios sobre los procesos de desarrollo, maduración y adquisición de capacidades cognitivas en los niños. Si retomamos el capítulo anterior, recordaremos el concepto de esquema el cual justamente, ha sido profundamente trabajado y estudiado por dicho autor (Beck et al., 1979/1983; Camacho 2003; Feixas y Miró, 1993).

Dos fenómenos importantes marcan el inicio de la Psicoterapia Cognitiva (Camacho, 2003):

1. *El Simposio de Hixon y el surgimiento de las Ciencias Cognitivas*: Este Simposio se ha realizado en 1948. A partir de él se sentaron las bases de un nuevo paradigma que va a focalizar su atención en el procesamiento de la información.
2. *Las críticas contra el psicoanálisis y conductismo*: Modelos hegemónicos que en aquel entonces, despertaban las críticas de varios sectores por la escasez de resultados terapéuticos alcanzados por sus métodos.

El conductismo se presentaba como el paradigma principal en el campo de la psicología experimental (desde el siglo XX a la década del 40'). Los modelos y desarrollos del mismo, centraban su atención en los estímulos ambientales ante los cuales las personas respondían únicamente a partir de condicionamientos o aprendizajes conductuales. El cognitivismo va a devolver a la “la caja negra” (mente) la importancia que había sido dejada de lado por los conductistas y, estudiará la forma en que las personas configuramos los estímulos que recibimos. Esto dará lugar al llamado *Paradigma del Procesamiento de la Información*. En lo que respecta al psicoanálisis, el mismo ejercía su influencia en el campo de la práctica clínica no logrando resultados satisfactorios, sobretodo en patologías como la depresión (Camacho, 2003).

El autor señalado como primer teórico cognitivo es Kelly. Él fue el desarrollador de la *Terapia de los Constructos Personales*. Tras el estudio minucioso de la organización de las estructuras que permiten otorgar significaciones a la realidad, las mismas pueden comprenderse y modificarse. La terapia apunta al cambio de las experiencias cotidianas conscientes. En la *terapia de rol fijo*, el paciente asume un papel que se basa en supuestos sobre sí mismo y el mundo que no coinciden con sus verdaderas creencias. Al asumir este nuevo rol, se enfrenta con supuestos que realizaba sobre él y del mundo que lo rodea (lo que se define como *constructos personales*) que desde el punto de vista del autor, son estructuras disfuncionales. Gracias a la experiencia de asumir un nuevo papel, es posible modificar esos constructos (Beck et al., 1979/1983; Camacho, 2003; Feixas y Miró, 1993).

Los principales exponentes de la psicoterapia cognitiva, provienen de los campos del psicoanálisis y del conductismo. Ellis y Beck son los más reconocidos de los que provienen del psicoanálisis. Ambos se alejaron de esta escuela por la escasez de evidencia empírica y resultados clínicos favorables. Fue así

como en la psicoterapia cognitiva se tornó muy importante la comprobación, validación e investigación de las teorías y la práctica (Camacho, 2003; Feixas y Miró, 1993).

Ellis fue el creador de la *Terapia Racional Emotiva Conductual*. En ella hablará de tres componentes interrelacionados, a saber: un *estímulo ambiental activador (A)* que a través de una *creencia interviniente (Cr)* generará *consecuencias emocionales (C)*. El objetivo terapéutico, será que el paciente tome conciencia de la presencia de ciertas creencias irracionales, la forma en que ellas impactan sobre sus emociones y modificarlas. Otro de los aportes realizados a la terapia cognitiva, es la idea de que el terapeuta debe tomar una actitud activa y directiva. Además promovió el reemplazo de la escucha pasiva por un diálogo entre paciente y terapeuta donde se discute y cuestionen los pensamientos distorsionados que sostienen los síntomas (Camacho, 2003; Feixas y Miró, 1993). Por su parte, Beck evaluó críticamente los aportes psicoanalíticos en torno a la depresión y desarrolló una de las psicoterapias más efectivas para tratar esta patología (Beck et al., 1979/1983).

Finalmente, entre los representantes provenientes del campo de la psicología conductista, destacaremos las figuras de Bandura, Meichenbaum, Lazarus y Bowers. Este último, defendió el modelo interactivo en contra del situacionismo de los enfoques clásicos. El trabajo de Arnold Lazarus acrecentó la importancia de la reestructuración y modificación de las cogniciones del paciente a donde, según él, debían dirigirse los esfuerzos terapéuticos. Lo que se conoce como Terapia Cognitivo-Conductual hace referencia a la integración de estos dos modelos. El aporte realizado por esta línea, es la inclusión del *determinismo bidireccional* entre el sujeto y su ambiente además del uso en la clínica de la técnica conocida como *desensibilización sistemática* (Beck et al., 1979/1983; Camacho, 2003; Feixas y Miró, 1993).

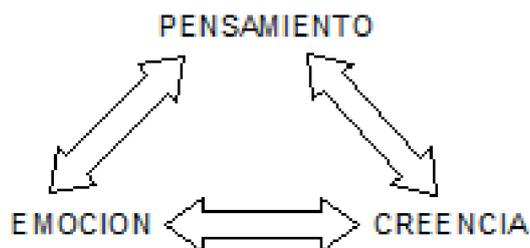
2.3 Características y principios generales de la terapia cognitiva

Beck y cols. (1979/1983) dicen:

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado (...) 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 el individuo de estructurar el mundo (p.13).

Analizando esta definición, entendemos la terapia cognitiva como un *procedimiento*, porque se basa en una serie de etapas donde cada una tiene un objetivo específico. Es *activo*, porque requiere de la participación del paciente y del terapeuta. Es a su vez *directivo*, porque el terapeuta dirige el proceso mediante sus intervenciones aplicando técnicas basadas en la lógica y reglas de evidencia para corregir las distorsiones del paciente y ajustarlas a la realidad. Es *estructurado*, porque existen pasos a seguir para la realización del mismo y transcurre en un *tiempo limitado* que lo determinará el terapeuta según la patología y las características del paciente (Beck et al., 1979/1983; Beck, 1995/2000; Camacho, 2003).

Además, la definición menciona el supuesto teórico de la conexión que existe entre la percepción de la realidad, los afectos y la conducta. Si recordamos lo que hemos venido trabajando en los apartados anteriores, notaremos que la definición se basa en el *modelo cognitivo* que según Judith Beck (1995/2000, p.32), plantea la hipótesis de que la *forma en que percibimos los eventos* impacta fuertemente sobre nuestras emociones y comportamientos. Los sentimientos no están determinados por la situación *per se*, sino por la forma en que interpretamos y significamos dicha situación. Si bien existe una influencia recíproca entre pensamiento, emoción y conducta, este circuito no debe considerarse como una causalidad. En la terapia cognitiva, el terapeuta va a focalizar su atención en como el sujeto procesa la información que recibe, los pensamientos automáticos que se activan ante dicha información, las creencias que subyacen a esos pensamientos y la respuesta emocional conductual que da como resultado todo este proceso (Beck et al., 1979/1983; Beck, 1995/2000; Camacho, 2003). El diagrama que presentamos a continuación fue tomado del autor Camacho (2003, p.6) y nos permite ilustrar lo que acabamos de explicar:



La terapia va a centrarse en *síntomas objetivos específicos*. Se trabaja sobre las cogniciones que se encuentran sosteniendo a dichos síntomas someténdolas a una reevaluación e investigación lógica y empírica. Para ello el terapeuta va a valerse de diversas técnicas cognitivas y conductuales que le permitan identificar y modificar pensamientos automáticos y las creencias distorsionadas subyacentes a los

mismos. A través de la reflexión racional sobre estos pensamientos disfuncionales, las emociones del paciente pueden cambiar (Beck et al., 1979/1983; Beck, 1995/2000; Feixas y Miró, 1993).

Es importante que estudiemos el concepto de *empirismo colaborativo*. Esta es una de las características típicas e innovadoras de la terapia cognitiva. Se refiere al intercambio e interacción presente entre el terapeuta y su paciente; supone la participación activa y de la colaboración continua de ambos. En el caso particular de la depresión, las técnicas psicoanalíticas tradicionales de asociación libre y la mínima intervención del analista, impactan negativamente sobre el cuadro clínico. Cuando hablamos de *empirismo*, lo hacemos en referencia a las evidencias que se buscan a través de todo el proceso terapéutico que refuten o confirmen los supuestos y creencias del paciente. Ellos no sólo se debatirán a lo largo de las sesiones, sino que además se crearán situaciones específicas que le permitan al sujeto experimentar y encontrar por sí mismo, datos en la realidad que permitan contrastar y comprobar el grado de veracidad o falsedad de los mismos (Beck et al., 1979/1983; Camacho, 2003).

A diferencia del psicoanálisis, la terapia cognitiva no se centra sobre aspectos inconscientes sino en los problemas del *aquí y ahora* del individuo. Prestará atención a la infancia en el caso de que permita clarificar algunos hechos puntuales que ocurran en su presente. (Beck et al., 1979/1983, p. 15-16).

Respecto a la duración de la terapia, para la depresión por lo general se prescriben entre 15-20 sesiones una vez a la semana. En los casos más comprometidos, suelen darse 2 sesiones semanales durante 4-5 semanas y luego una semanal durante 10-15 semanas. Durante las últimas fases del tratamiento, suele reducirse la frecuencia de los encuentros a una sesión cada dos semanas. Una vez finalizado, se recomienda la terapia de apoyo tres a cuatro veces a lo largo del año que sigue al de la terminación de la terapia. Las mismas sirven para realizar un seguimiento de cómo fue evolucionando el paciente y reforzar algunas cuestiones (Beck et al., 1979/1983, p.15).

La terapia cognitiva puede desarrollarse no sólo de forma individual sino que también puede brindarse en contexto *grupal*, dentro de la *pareja* o del *sistema familiar*. La participación de un pariente puede convertirse en una ventaja terapéutica sobre todo si la actitud crítica de éste hacia el paciente o su enfado por la situación, puede poner en riesgo el cumplimiento del tratamiento. Además, también permite trabajar sobre las interacciones sociales perjudiciales (Durand y Barlow, 2007).

Para concluir con esta sección, diremos que el método de la terapia cognitiva entonces, consiste en una serie de experiencias de aprendizaje dirigidas por el terapeuta con el objetivo de que el paciente:

1. Pueda *detectar y controlar pensamientos automáticos negativos*.
2. Logre identificar la *interrelación* que existe entre sus *pensamientos, afecto y conducta*.
3. Pueda realizar un *balance* acerca de la *evidencia que existe a favor y en contra* de sus pensamientos distorsionados.
4. Aprenda a realizar *interpretaciones más realistas de su mundo y sobre sí mismo*
5. Aprenda a *identificar y modificar las falsas creencias* que lo predisponen a distorsionar sus vivencias.

Para ello el terapeuta se valdrá de técnicas cognitivas y conductuales capaces de delimitar y poner a prueba las falsas creencias y supuestos desadaptativos presentes en el paciente (Beck et al., 1979/1983, p.13).

2.4 Curso y estructura de la terapia cognitiva

Como hemos nombrado anteriormente, se trata de un procedimiento activo, directivo, estructurado y de duración preestablecida. El objetivo del mismo es la reestructuración cognitiva del paciente para que pueda tener un funcionamiento más adaptativo. Para lograr esta meta, el terapeuta va a valerse de experimentaciones conductuales y del cuestionamiento del sistema de creencias del paciente (Beck et al., 1979/1983; Beck, 1995/2000; Feixas y Miró, 1993).

En la primera sesión, paciente y terapeuta realizan un consenso explícito sobre cuáles serán los objetivos a perseguir a través de la terapia. Esto a su vez va a permitir ajustar las expectativas que ambos tienen respecto al proceso. Terapeuta y paciente deben cooperar y colaborar en pos de alcanzar los objetivos propuestos, a través de la confección de un plan de trabajo (Beck, 1995/2000; Feixas y Miró, 1993).

Desde el primer contacto, el terapeuta realizará una *conceptualización* del paciente. Este concepto hace referencia a las hipótesis que comenzará a realizar el profesional en torno a lo que está ocurriéndole al paciente en cuestión. Ella estará sujeta a modificaciones en la medida en que vayan presentándose nuevos datos y que las hipótesis iniciales vayan confirmándose o rechazándose. La conceptualización se comparte con el paciente para que el terapeuta pueda obtener una retroalimentación respecto a si se encuentra orientado o no, y, a su vez, porque esto ayudará al paciente a comprenderse a sí mismo y sus dificultades (Beck, 1995/2000).

Es importante que señalemos que otro objetivo perseguido para la primera sesión es la creación de confianza y *rapport* del lado del paciente. El terapeuta transmite de forma implícita y explícita su preocu-

pación por el paciente, su confianza en que juntos podrán ayudarlo y que desea comprender lo que está ocurriéndole. Hacia el final de la sesión, puede preguntar al paciente cómo se ha sentido y cuál es su percepción respecto al proceso terapéutico y de la persona del terapeuta. Esto colabora para consolidar la alianza terapéutica (Beck, 1995/2000).

Es primordial que en la primera sesión el terapeuta exponga las ideas fundamentales del modelo cognitivo. Esto es importante porque uno de los objetivos perseguidos será que el paciente se convierta en su propio terapeuta cognitivo. Puede valerse de explicaciones e ilustraciones que tomen como ejemplo al propio paciente para que de esa manera, el modelo sea mejor comprendido. Otro elemento importante sobre el que debe instruirse al paciente, es sobre su trastorno - sin utilizar términos técnicos que puedan dificultar la comprensión del mismo. Estas técnicas *psicoeducativas*, permiten disminuir la ansiedad que genera el inicio de una terapia, brindan esperanzas al sujeto de que podrá ser ayudado y consecuentemente, fortalecer la alianza terapéutica (Beck, 1995/2000; Feixas y Miró, 1993).

Finalmente, es primordial que en la primera sesión el terapeuta determine el *grado de tendencia al suicidio y grado de desesperanza del paciente*. La intervención en estados críticos que supongan la exposición a riesgos contra la propia persona o cuando representa un riesgo potencial para los demás, se antepone a cualquier otro tipo de intervención (Beck, 1995/2000).

En las sesiones subsiguientes, se valdrá del uso de distintas técnicas para poco a poco ir comenzando la *reestructuración cognitiva del sujeto*. En sus inicios, el curso de la terapia cognitiva irá dirigido a la detección, evaluación y modificación de los pensamientos automáticos. Se comienza por ellos, por ser el nivel más superficial y menos rígido para fomentar cambios. Luego, se proseguirá a identificar las emociones vinculadas a los pensamientos automáticos disfuncionales, intentando demostrar al sujeto la conexión existente entre ambos. Una vez que el paciente logra controlar sus pensamientos automáticos, el proceso terapéutico apuntará a identificar y modificar las creencias intermedias y centrales que se asocian con ellos y que resultan relevantes por sostener el síntoma. Una vez que estas creencias son evaluadas y modificadas logrando que el paciente extraiga conclusiones más realistas de la percepción de los hechos, se alcanza la meta de incidir sobre el estado emocional (Beck, 1995/2000).

Al curso de tratamiento que hemos venido señalando, pueden adherirse las ideas esbozadas por Fernández Álvarez (1992) en torno a las reglas de inicio para la puesta en marcha de la psicoterapia. Independientemente de cuál sea el tipo de estrategia terapéutica seleccionada, desde un principio el terapeuta debe:

1. *Delimitar los objetivos a seguir* para promover los cambios requeridos en el paciente.
2. *Explicitar todo tipo de modificación* que se produzca en los objetivos iniciales en el caso de que el tratamiento así lo requiera.
3. Que el paciente atribuya su malestar a un fenómeno psicológico (*locus interno*)
4. *Diseñar una estrategia terapéutica progresiva y gradual* que promueva la menor cantidad de cambios necesarios para el cumplimiento de cada objetivo. Para ello, deberán tenerse en cuenta una serie de variables como el tipo de trastorno, profundidad de las construcciones personales, el nivel del procesamiento de la información, entre otras.

A modo de síntesis, diremos que a lo largo del proceso terapéutico se irán generando cambios en distintos niveles del sistema cognitivo, yendo desde los niveles más superficiales a aquellos que tienen que ver con los esquemas nucleares del paciente, los cuales son más rígidos y difíciles de modificar por haberse formado en momentos evolutivos tempranos. Además, porque funcionan como sustentos del *self* y de la identidad del sujeto. Las técnicas y duración de la psicoterapia, se definirán según la profundidad del cambio a promover (Beck, 1995/2000; Fernández Álvarez, 1992).

2.5 El papel de las creencias en la terapia cognitiva

A lo largo de este trabajo, hemos venido insistiendo en la importancia que tienen las creencias en la formación de los trastornos psicológicos. Es por ello que a continuación las definiremos mejor.

Anteriormente, dijimos que desde la postura de Camacho (2003), entendemos a las *creencias* como el contenido de los esquemas cognitivos y que resultan de la relación entre la realidad y nuestros esquemas. Funcionan como mapas internos que permiten dar sentido al mundo. También dijimos que se construyen y generalizan a través de la experiencia. Beck (1995/2000), destaca la importancia que tiene para el ser humano desde las primeras etapas de su desarrollo, la comprensión de su entorno y la capacidad de organizar las experiencias de forma coherente para adaptarnos al mismo. La interacción con el mundo y los demás nos permite adquirir ciertos aprendizajes que conformarán nuestro sistema de creencias.

Beck (1995/2000) y Camacho (2003) señalan la existencia de distintos tipos de creencias:

- Creencias Centrales o Nucleares
- Creencias Intermedias
- Creencias Periféricas o Secundarias

El primer tipo, constituyen el nivel más esencial (las llamadas *centrales o nucleares*). Ellas se irán conformando desde la infancia. Son creencias respecto a nosotros mismos, los demás y el mundo. Estas ideas se encuentran fuertemente arraigadas en nuestro sistema cognitivo y no suelen expresarse. La persona las considera verdades absolutas, son globales, incuestionables, rígidas y se generalizan en exceso. Constituyen nuestros valores más firmes, sostienen nuestro self y nos dan sentido de identidad. Ellas son las que nos brindan estabilidad son puestas en duda, al individuo le genera una sensación profunda de angustia y de inestabilidad. A partir de las creencias nucleares se asientan otras creencias.

Un segundo tipo, son las *creencias intermedias*. Beck (1995/2000) indica que las creencias centrales inciden en su creación. Las mismas consisten en actitudes, reglas y presunciones que a menudo no son expresadas.

Por último, ubicamos un tercer tipo de creencias, que llamamos *periféricas o secundarias*. Camacho (2003) las define como aspectos de la persona que son más fáciles de cambiar ya que no involucran aspectos centrales de la personalidad. Beck (1995/2000) para referirse a este nivel, no utilizará el nombre de creencias periféricas, sino que es aquí donde situará a los *pensamientos automáticos*. Los define como las palabras e imágenes que se activan ante determinadas situaciones y que constituyen el nivel más superficial de la cognición. Los representa como un flujo de pensamiento que coexiste con otro flujo de pensamiento más manifiesto. Surgen de manera espontánea, no basándose en la reflexión o deliberación, haciendo que el sujeto no tenga demasiado registro de los mismos. Suelen ser tan breves y fugaces, que el sujeto es más consciente de la emoción que ellos generan que de su presencia. La emoción experimentada, se conecta de manera lógica con el contenido de dichos pensamientos. Pueden aparecer de forma verbal, visual o de ambas maneras. La identificación y evaluación de los mismos en la terapia cognitiva, suele producir cambios significativos en las emociones. Las personas con una alteración psicológica, no realizan un examen crítico de los mismos, provocándose la distorsión de la realidad, las perturbaciones emocionales y/o interfieren con la capacidad del sujeto de alcanzar objetivos deseados.

Los pensamientos automáticos pueden evaluarse según su *validez y utilidad*. En una mayor proporción, ellos de alguna manera se encuentran distorsionados, mas allá de que existan evidencias objetivas que indiquen lo contrario a su contenido. Existe un segundo tipo de pensamientos, que son adecuados pero el paciente extrae de ellos conclusiones erróneas. Por último, señala un tercer tipo de pensamientos automáticos, donde los mismos son correctos pero fuertemente disfuncionales porque aumentan los niveles de angustia del paciente. En este último caso, se trabaja con el *grado de utilidad* que presenta la persistencia sobre los mismos. La técnica más utilizada para intentar afrontarlos, es la de resolución de problemas (Beck, 1995/2000).

2.6 La relación terapéutica en la terapia cognitiva

Es importante que podamos definir las características que se hayan presentes en la relación terapéutica en este tipo de psicoterapias. Entre las señaladas por algunos autores (Beck et al., 1979/1983; Beck, 1995/2000; Camacho, 2003; Fernández Álvarez, 1992) podemos destacar tres particularidades que deben estar presentes en los terapeutas cognitivos, a saber:

1. *Actitud de aceptación*: Mas allá de que la cosmovisión o filosofía de vida del terapeuta coincida o no con la del paciente, debe aceptarlo a él, a su mundo y sus problemas.
2. *Autenticidad*: El terapeuta debe ser genuino y auténtico con su paciente para que pueda establecerse un buen vínculo terapéutico. La falta de honestidad y franqueza pueden impactar negativamente sobre la alianza, componente crucial para llevar a cabo el tratamiento.
3. *Empatía*: El terapeuta debe comprender y acompañar al paciente en su padecimiento. Esta característica se refiere a la capacidad de poder colocarse en el lugar del otro, no mimetizándose con el paciente, pero sí siendo receptivo a su sufrimiento. La capacidad de desarrollar empatía, permite comprender mejor la situación por la que está atravesando, cómo se siente y percibir el mundo a través de los ojos del paciente.

Es importante que en este punto también retomemos el concepto de *empirismo colaborativo* que ya hemos explicado. Esta actitud de colaboración activa entre terapeuta y paciente forma parte del vínculo terapéutico y es necesario que se produzca para poder avanzar (Beck et al., 1979/1983; Camacho, 2003).

Para finalizar, ilustraremos estas ideas a través de la *metáfora de los dos científicos*. La misma señala que terapeuta y paciente mantienen la misma actitud investigadora de los científicos. Ambos a lo largo del tratamiento, intentarán identificar creencias disfuncionales presentes en el paciente. Esas creencias se transformarán en hipótesis a ser contrastadas y, para ello, se generarán las experiencias necesarias para comprobarlas ó refutarlas en la realidad. Al igual que el científico, el terapeuta, debe mantener una actitud desprejuiciada, de apertura y estar impulsado por la curiosidad. De esa manera, ambos trabajarán en pos de los objetivos comunes: la reestructuración cognitiva del paciente (Camacho, 2003; Feixas y Miró, 1993).

2.7 Técnicas utilizadas

Según Camacho (2003), la psicoterapia cognitiva desarrolló una gran variedad de recursos técnicos y, al mismo tiempo, utiliza otros que han sido desarrollados por otras escuelas. El autor, se valdrá de las ideas de Lazarus (citado en Camacho, 2003, p. 9) sobre el *eclecticismo técnico* con consistencia teórica. Éste, en sus intentos hacia la integración en psicoterapia, sostendrá que manteniendo una mirada teórica particular- la psicología cognitiva en este caso-se seleccionarán las mejores herramientas técnicas, independientemente de su origen teórico, para alcanzar los objetivos terapéuticos. Esta idea permitió a muchos terapeutas cognitivos, una mayor flexibilidad técnica para trabajar en el terreno de la clínica.

Los terapeutas cognitivos, seleccionarán las técnicas a partir del objetivo que se persiga en cada momento de la psicoterapia (Fernández Álvarez, 1992). Entre algunas de las estrategias más utilizadas podemos destacar:

1. **Psicoeducación**: Si recordamos la caracterización que hemos realizado en el apartado anterior respecto a la primera sesión de terapia, podremos encontrar un ejemplo concreto del uso de esta técnica. Ella consiste en explicar al paciente de forma sencilla el modelo teórico de la terapia cognitiva y brindarle información sobre sus problemas y padecimientos. Esta técnica aumenta la adherencia al tratamiento ya que el paciente logra comprender lo que le ocurre y a su vez notar que el terapeuta también lo puede entender. Como consecuencia, el paciente se siente motivado a continuar el proceso y participar en el mismo (Beck, 1995/2000; Camacho, 2003)
2. **Registro de Pensamientos Automáticos**: En un primer momento, esta técnica consiste en la identificación de pensamientos automáticos e imágenes que surgen durante la sesión y que se asocian a un cambio o incremento en las emociones. Beck (2000) se referirá a ellas como *cogniciones candentes*. En un segundo momento, el terapeuta va a valerse de recursos para detectar los pensamientos automáticos que surgen en el paciente entre las sesiones. Por ejemplo:
 - a. **Imaginería**: Se solicita y guía al paciente para que imagine una situación pasada como si estuviese sucediendo en el momento de la sesión. Se realiza la pregunta básica: *¿Qué estaba pasando por tu mente?* (Beck, 1995/2000)
 - b. **Dramatizaciones**: Ambos actúan la situación. Existen distintas formas de llevarla a cabo. El paciente puede ocupar su papel y luego intercambiar de roles con el terapeuta. Existe un tipo de dramatización llamada racional-emotiva, donde uno de ellos ocupa la parte “emocional” de la mente mientras que el otro ocupa la “racional”. En un segundo momento, se intercambian los roles. Esto último permite al paciente tener la oportunidad de expresar los argumentos racionales utilizados por el terapeuta, permitiéndole reaccionar ante sus propias preocupaciones de una manera más lógica (Beck, 1995/2000).
 - c. **Registro de Pensamientos Disfuncionales**: Una vez que el paciente aprende a detectar sus pensamientos automáticos, se le puede solicitar registrarlos a través de un formulario. Éste consta de dos columnas donde se registran las situaciones y emociones asociadas a las mismas; una tercer columna, donde se registran los pensamientos automáticos que provocan el estado emocional negativo; una cuarta, que indica la respuesta adaptativa y racional al pensamiento automático; y una quinta columna donde se deja asentada la emoción que resultaría en el caso de aplicar la respuesta adaptativa. Como tarea posterior, se solicita al sujeto aplicarlo en su vida cotidiana (Beck, 1995/2000; Feixas y Miró, 1993)
3. **Ordenamiento en Escalas**: El terapeuta puede pedir al paciente que brinde un puntaje ó porcentaje a la intensidad de una emoción o al grado de malestar que puede generarle una situación particular (Beck, 1995/2000). Esta técnica se relaciona con la de *valoración de dominio y agrado* descrita por Feixas y Miró (1993), donde se solicita al sujeto que registre mediante una escala del 1 al 5 el nivel de agrado o dominio con que realiza sus actividades diarias. La ventaja cognitiva obtenida, es que el individuo aprende a valorar éxitos parciales y niveles bajos de agrado que permitan contrarrestar el pensamiento absolutista típico del paciente depresivo.
4. **Análisis de costos y beneficios**: En esta técnica terapeuta y paciente analizan las ventajas y desventajas que tiene para el paciente la persistencia de un pensamiento automático, conducta o creencia disfuncional. El terapeuta intentará minimizar las ventajas y reforzar las desventajas de su persistencia (Beck, 1995/2000; Feixas y Miró, 1993).
5. **Cuestionario socrático ó disputa racional**: Es una técnica que consiste en el cuestionamiento abierto y directo de las creencias disfuncionales del cliente. Para ello, el terapeuta se valdrá de toda una serie de argumentos para intentar demostrar al paciente la irracionalidad de muchas de sus creencias. Son preguntas persuasivas y menos imparciales (Beck, 1995/2000; Feixas y Miró, 1993).

6. Experimentos conductuales: Esta técnica consiste en diseñar un experimento conductual a través del cual el paciente tendrá oportunidad de comprobar directamente por sí mismo la validez de una creencia o pensamiento. Estas experiencias, tienen mayor poder para generar cambios en los esquemas de los pacientes que las técnicas verbales utilizadas durante las sesiones (Beck, 1995/2000). Es una manera de comprobar empíricamente las hipótesis que el sujeto presenta sobre sí mismo, el mundo y los demás, siendo su finalidad, la producción de un cambio en el sistema cognitivo. Para el terapeuta conductual, modificar el comportamiento es un fin en sí mismo. En el caso de un terapeuta cognitivo, el cambio conductual es un medio para alcanzar una modificación cognitiva (Feixas y Miró, 1993).
7. Entrenamiento en habilidades específicas: El terapeuta genera situaciones de entrenamiento para incrementar determinadas habilidades en el paciente (ej. Hábitos, resolución de problemas, comunicación, etc.). Los efectos de dicho entrenamiento, aumentan el sentimiento de confianza impactando sobre el *esquema del self* y dando como resultado una *imagen más positiva y competente de sí mismo* (Feixas y Miró, 1993, p. 230).
8. Actuar "como si": Es similar a la técnica descrita por Feixas y Miró (1993) como *técnica de rol fijo* utilizada por Kelly. El paciente brinda una descripción de sí mismo que luego es tomada por el terapeuta quien la redefinirá y ofrecerá nuevas alternativas. Una vez que se ofrecen nuevas perspectivas, se solicita al paciente que ejecute ese nuevo rol en su vida cotidiana a lo largo de una semana, o que actúe como si creyera realmente en esa nueva posibilidad que le fue presentada. Es una nueva forma de contrastar sus hipótesis empíricamente. Si el paciente comienza a cambiar su comportamiento ó rol, simultáneamente comenzará a atenuarse la creencia distorsionada.
9. Asignación gradual de tareas: Esta técnica impulsa al paciente a ejecutar ciertas conductas fuera de la sesión, que apuntan a demostrarle empíricamente que sí puede llevarlas a cabo por sí mismo. La ventaja cognitiva, es que aumenta la confianza del sujeto (Feixas y Miró, 1993).
10. Programación de actividades: Se establece una agenda de actividades a realizar durante la semana. Esto permite al terapeuta controlar las actividades que realiza el sujeto y le permite analizar y medir el placer que obtiene de ellas. De esta forma el terapeuta obtiene una fuente importante de información para controlar el estado de ánimo del individuo, aumentar la cantidad de actividades o tareas que le generan placer y trabajar sobre aquellas que le resultan abrumantes. Se observa que cuando los pacientes producen cambios en las actividades que realizan, mejora de forma significativa su estado de ánimo (Beck, 1995/2000). Otra ventaja de esta técnica, es vencer la dificultad para tomar decisiones e impacta sobre la rumiación e inercia en la que se encuentran inmersos los pacientes depresivos. De esta manera, se incrementan las posibilidades de que se lleven a cabo determinadas conductas (Feixas y Miró, 1993).
11. Técnicas de distracción y refocalización: Este tipo de técnicas supone la realización de actividades durante momentos de depresión o ansiedad que resultan agradables o entretenidas para el paciente. Entre ellas puede pedirse al sujeto que realice ejercicio físico, escuche música, escriba, etc. Esto permite dirigir la atención hacia otros estímulos, aumentando las posibilidades de generar procesos cognitivos más adaptativos (Feixas y Miró, 1993, p. 230). Según Beck (1995/2000, p. 255-256), refocalizar la atención del paciente, es una técnica útil cuando el sujeto necesita concentrarse para la tarea que se está desarrollando (Ej. continuar una conversación). El terapeuta le enseña a concentrarse en la tarea inmediata. También puede utilizarse en momentos en que el paciente se siente abrumado ante una situación específica. En algunos casos, se recomienda salir a hacer ejercicio, ordenar, llamar por teléfono a alguien, etc. No obstante, desde el punto de vista de la autora, el distraerse y dejar de lado los pensamientos automáticos no es la solución más satisfactoria para aliviar sentimientos depresivos. Pero se recomienda cuando la reestructuración cognitiva no es suficiente para aliviar al paciente. El terapeuta debe encargarse de hacer que el sujeto no recurra a estas técnicas de forma abusiva, impidiéndole evaluar y modificar los pensamientos automáticos.
12. Relajación: Este tipo de técnicas es uno de los procedimientos tomados del conductismo. El beneficio cognitivo de la misma se relaciona con fomentar y aumentar la *percepción de autocontrol* en el paciente *mejorando su autoimagen*. A nivel psicofisiológico, actúa reduciendo el *arousal* (Feixas y Miró, 1993, p. 230). Los ejercicios de relajación se enseñan y practican durante las sesiones porque es allí donde pueden resolverse problemas y evaluar su eficacia. Es una técnica que ayuda a reducir los niveles de angustia (Beck, 1995/2000, p. 257).
13. Ensayo conductual y role playing: Es una técnica en la que paciente y terapeuta practican juntos determinadas conductas que luego el sujeto realizará en su contexto natural. Se trabaja sobre los esquemas anticipatorios que se activan ante dicha situación (por lo general negativos), o bien,

sirve para proporcionar al paciente pruebas favorables acerca de las posibilidades con las que cuenta para ejecutar él mismo dichas conductas (Feixas y Miró, 1993, p. 231).

2.8 Indicaciones de terapia cognitiva para la depresión

En el siguiente apartado estudiaremos algunas cuestiones que debemos tener en cuenta para indicar a un paciente la realización de una psicoterapia cognitiva.

Según el enfoque de Beck (citado en Feixas y Miró, 1993, p.240-241), la actitud terapéutica no varía en función del tipo de trastorno que se esté tratando. Para el autor, lo que varía de un tipo de trastorno a otro, es el contenido cognitivo distorsionado o irracional, no la terapéutica. El *criterio de éxito* sobre el que se focaliza es la *eliminación de los síntomas*.

Desde el punto de vista de Beck y cols. (1979/1983), el clínico se encuentra con obstáculos importantes al momento de tener que identificar a los pacientes que precisan terapia cognitiva, cuáles farmacoterapia y cuáles una combinación de ambas. A su vez, la respuesta al tratamiento es heterogénea en todas las depresiones. Es por ello que recomiendan un examen minucioso del paciente antes de tomar una decisión. Una vez comenzado el tratamiento, también deben realizarse evaluaciones frecuentes para decidir si el camino elegido está resultando satisfactorio o bien, si es necesario reestructurar el método. Destacan que en varios casos también puede producirse un *error en el diagnóstico*. En la depresión bipolar, por ejemplo, no existe evidencia de que la terapia cognitiva sea más efectiva que el Litio. La falta de respuesta al tratamiento debe advertir al clínico la necesidad de reevaluar no sólo el tratamiento seleccionado, sino que también la reevaluación del paciente.

Siguiendo la idea del párrafo anterior, podríamos decir que el primer obstáculo a la hora de indicar una terapia cognitiva, es el *diagnóstico de la depresión*. No existe un acuerdo común acerca de los criterios consistentes para diagnosticar el síndrome depresivo. No obstante, para el diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor, Beck y cols. (1979/1993) se basarán en los criterios del DSM IV descriptos en capítulos anteriores. Señalan que algunos trastornos depresivos mayores pueden responder satisfactoriamente a la terapia cognitiva sola o combinada, mientras que los trastornos depresivos menores responden mejor a la terapia cognitiva sola. A su vez, destacan la existencia de algunos factores que influyen en cómo se manifiesta el trastorno, a saber:

- Edad
- Sexo
- Personalidad pre mórbida
- Nivel socioeconómico
- Nivel intelectual
- Gravedad de la enfermedad

De manera que, si bien los criterios del DSM IV proporcionan una base para determinar la presencia o no de un síndrome depresivo, para Beck y cols. (1979/1993) aún no se ha establecido la validez de este método para todos los tipos de depresión.

Otra consideración importante a tener en cuenta para indicar o no una terapia cognitiva, es disponer del historial médico, farmacológico y de una exploración médica reciente. Esto se debe a la existencia de varios *trastornos médicos* que se asocian con síntomas depresivos. Tal es el caso de las disfunciones tiroideas, cáncer, infecciones producidas por un virus (HIV, por ejemplo), etc. Sin conocer estos datos puede prescribirse inadecuadamente una terapia cognitiva o un antidepresivo cuando la causa original es otra (Beck et al., 1979/1993, p. 327).

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, los investigadores concluyen en que el término “depresión” abarca un conjunto muy heterogéneo de problemas. La falta de un sistema unificado para clasificar las depresiones y la falta de datos empíricos, desembocan en las limitaciones existentes a la hora de determinar qué depresiones responderán mejor a la TCG. No obstante, presentan una serie de sugerencias susceptibles de ser revisadas (Beck et al., 1979/1993, p. 330-332):

- Las *depresiones bipolares* y las *depresiones psicóticas* parecen responder mejor a los *tratamientos biológicos*. La terapia cognitiva como tratamiento único está contraindicado para estos casos.
- Se indica *terapia cognitiva* sin combinarse con farmacológica en aquellos casos en que:
 - Existe *ausencia de respuesta o respuesta parcial* a dosis correctas de *antidepresivos*
 - *Ausencia de respuesta o respuesta parcial* ante otras *terapias psicológicas*
 - Diagnóstico de *trastorno afectivo menor*
 - *Estado de ánimo variable reactivo a estímulos ambientales* y que se correlaciona con *cogniciones distorsionadas y negativas*
 - *Alteraciones somáticas de intensidad media* (peso, actividad, apetito, sueño)
 - El sujeto es capaz de llevar a cabo *pruebas de realidad, concentrarse* y goza de un buen *funcionamiento de su memoria*.

- Se indica terapia combinada (TCG y farmacológica) en aquellos casos en que:
 - Existe una respuesta parcial o ausencia de respuesta a la TCG por sí sola
 - Existe respuesta parcial incompleta a la farmacoterapia por sí sola
 - Falta de adherencia al tratamiento farmacológico
 - Presencia de síntomas somáticos graves e importantes distorsiones cognitivas
 - Memoria y capacidad de concentración levemente deterioradas y dificultad psicomotriz
 - Riesgo de suicidio

Según Beck y cols. (1979/1993) y Durand y Barlow (2007) la TCG combinada con farmacoterapia, es útil para promover el *mantenimiento* y *adherencia* a la medicación y prevenir *recurrencias* y *recaídas*. De esta forma, se aprovecha la acción rápida del fármaco para incrementar el funcionamiento social del paciente, mientras que, la TCG, funciona como “protección psicológica” contra la recurrencia de los síntomas o recaída que eventualmente conducirían al abandono de la medicación. Para Beck y cols. (1979/1993, p.323, 335) es importante que en la sesión se trabaje en torno a las percepciones y actitudes del paciente hacia la farmacoterapia. El paciente con depresión presenta dificultades para introducirse y adaptarse al tratamiento. Las distorsiones cognitivas que presenta sobre sí mismo, contribuyen a esta parálisis de su voluntad y motivación. Suelen creer que su enfermedad no tiene cura y la visión negativa que tienen del mundo también suele distorsionar y generar una actitud negativa hacia el uso de la medicación. Resulta muy importante trabajar sobre estas cogniciones contraproducentes y esto solo se logra a través de la psicoterapia. La terapia cognitiva sirve para que el paciente aprenda a *ejercer un control* sobre lo que le ocurre, permite efectuar pruebas de realidad y detectar pensamientos negativos estereotipados. Así es como el paciente va adquiriendo nuevas formas de pensarse a sí mismo y al mundo. Mientras que estos patrones de pensamiento distorsionados no se modifiquen porque solo se utiliza un fármaco, el paciente estará expuesto a las recaídas.

A modo de conclusión, Beck y cols. (1979/1993, p. 333) dirán que la selección del tratamiento adecuado deberá basarse en una evaluación minuciosa del paciente que permita:

1. La formulación de un diagnóstico descriptivo
2. La identificación de las distorsiones cognitivas a modificar
3. Valorar los riesgos y beneficios asociados al tratamiento seleccionado

3. Intervenciones Asistidas con Animales - La Terapia Asistida

3.1 Antecedentes y surgimiento del uso de animales con fines terapéuticos

Varios autores indican que el vínculo entre el hombre y el animal ha ido mutando a lo largo de la historia. Hace unos 10 mil años, durante la primera parte de la historia evolutiva de los humanos, nuestros ancestros sobrevivían a partir de la *caza y recolección*. La relación entre ambos era de coexistencia, competencia o presa-depredador. Los animales servían de alimento, abrigo, compañeros de caza y protección. Luego el hombre comenzó un proceso de *domesticación* de plantas y animales pasando a ser cultivador y a producir su propio alimento (Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Walsh, 2009a).

Los autores Gutiérrez, Granados y Piar (2007) señalan que para pensar el proceso de domesticación, requerimos pensar en cambios que se produjeron simultáneamente en el hombre y en el animal. Por un lado, como *cazador*, para el hombre el animal tenía un valor meramente *instrumental* y su interés se focalizaba en dar muerte al mismo. En cambio, en el proceso de *domesticación*, el interés se centra en mantenerlo vivo, facilitar su capacidad de reproducción y a seleccionar determinadas características que hagan más fácil su domesticación y convivencia con los humanos. Esta evolución en el vínculo tuvo que ver con cambios culturales en el estilo de vida y cambios económicos que fueron aumentando la importancia de los animales como compañía. Por otro lado, en los animales, el proceso de domesticación, implicó modificaciones en su anatomía, fisiología y comportamiento.

Gunter (1999/2002) señala que la asociación entre humanos y animales se produjo hace aproximadamente 500.000 años. Destaca la existencia de restos fósiles que indican que el *homo erectus* se asociaba a un animal similar al lobo.

Varios autores coinciden en que el perro ha sido el más antiguo de los animales domésticos (Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Walsh, 2009a).

Tanto Gunter (1999/2002) como Gutiérrez, Granados y Piar (2007) ubican los inicios de la domesticación del perro hace 12.000 años. En 1976, se hallaron restos fósiles pertenecientes a una tribu de cazadores-recolectores en Israel. Entre ellos, se descubrió un cachorro enterrado con los restos de un humano que tenía sus manos alrededor del animal. Según Gunter (1999/2002), esto condujo a varios

investigadores a pensar que la domesticación del perro pudo haber comenzado mientras se lo tuvo como mascota antes que como fuente de comida o ayuda para la caza. No obstante, Gutiérrez, Granados y Piar (2007) sostienen que no necesariamente la convivencia de especies animales con el hombre implica, en todos los casos, un proceso de domesticación.

Una vez desarrollada la domesticación, en culturas antiguas como Egipto, Roma, China y culturas posteriores en Europa, Asia y América, la posesión de animales se relacionó con *símbolos de poder y estatus social*. Determinadas especies comenzaron a recibir un trato diferencial y a adjudicárseles nuevos papeles como el entretenimiento y compañía de sus dueños (Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Walsh, 2009a).

La mayoría de los autores coinciden en que el uso de animales con fines psicoterapéuticos puede situarse en los años 60' tras la publicación *El perro como coterapeuta* del psiquiatra Levinson. En este artículo, el autor destaca el valor terapéutico que tiene para una familia la tenencia de una mascota, así como los beneficios que puede aportar un perro como coterapeuta durante una sesión de psicoterapia. El autor fue uno de los primeros en documentar sus observaciones de cómo su perro, Jingles, ayudó durante las sesiones a establecer una relación más relajada y sin sensación de amenaza entre terapeuta y paciente. También incidía mejorando la predisposición de este último al proceso terapéutico. Levinson fue pionero en emplear la *Terapia Asistida con Animales (TAA)* en niños con trastornos del comportamiento, déficit atencional y problemas de comunicación (Folse, Minder, Aycock y Santana, 1993; Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Jofré, 2005; Oropesa Roblejo, García Wilson, Puente Saní y Matute Gaínza, 2009; San Joaquín, 2002; Walsh, 2009a, b).

No obstante, antes de la aparición del artículo de Levinson, ya se habían utilizado animales con fines terapéuticos. Tal es el caso del Retreat de York, Inglaterra, fundado en 1792 por Tuke. Allí se utilizaron perros para el tratamiento de pacientes con diversos trastornos mentales sin métodos coercitivos. Tuke creía que los animales eran capaces de promover valores humanos en los sujetos, aumentando el autocontrol por refuerzo positivo (Gunter, 1999/2002). También, en 1867, se utilizaron animales para el tratamiento de pacientes epilépticos en Alemania (Oropesa Roblejo et al., 2009; San Joaquín, 2002).

Entre 1944 y 1945 en Nueva York, se utilizaron animales para la rehabilitación de aviadores del Army Air Force Convalescent Center. La función primordial de los mismos era distraer a los militares que se encontraban inmersos en intensos programas terapéuticos (Oropesa Roblejo et al., 2009; San Joaquín, 2002).

En 1966 en Noruega, Stordahl, un músico ciego, fundó el Centro Beitostolen para la rehabilitación de personas ciegas y con discapacidad física. Allí, perros y caballos intervinieron en los tratamientos para fomentar la actividad física de los pacientes (Oropesa Roblejo et al., 2009; San Joaquín, 2002).

En 1974, Corson y Corson intentaron evaluar la eficacia de la TAA en un hospital psiquiátrico. Se utilizaron perros con aquellos pacientes hospitalizados que no habían respondido satisfactoriamente a terapias tradicionales. En ellos la TAA mostró resultados positivos promoviendo el aumento de la interacción social entre los pacientes, mejoras en la autoestima, independencia y capacidad de asumir la responsabilidad del cuidado del animal (Gunter, 1999/2002; San Joaquín, 2002).

Lee, utilizó animales, especialmente aves, en el Centro Médico Forense de Dakwood (Ohio), donde estaban internados pacientes con trastornos mentales y peligrosos para la sociedad. La introducción de los animales funcionó como catalizadora de las interacciones sociales entre el personal y los pacientes así como también redujo de forma significativa la violencia presente en estos sujetos (Oropesa Roblejo et al., 2009; San Joaquín, 2002).

Por último, destacaremos el uso de perros en 1981 en la prisión de mujeres de Purdy, en Washington. El programa consistía en el entrenamiento de perros rescatados de un refugio, para ser utilizados en TAA con personas discapacitadas. Esta experiencia permitió a las reclusas tener la oportunidad de asumir la responsabilidad del cuidado de un ser vivo. A su vez, mejoró su autoestima ya que el perro que ellas mismas habían entrenado, luego era ofrecido para ayudar a pacientes con diversas discapacidades físicas. También sirvió para que puedan aprender un oficio. Este programa promovió una mejor reinserción social (San Joaquín, 2002).

Fue a partir de todas estas experiencias que el uso de animales con fines terapéuticos comenzó a hacerse cada vez más popular.

3.2 Características de la Interacción Humano-Animal

En la siguiente sección, intentaremos dilucidar las características y principios generales del vínculo humano-animal que permiten explicar los motivos por los cuales los hombres pueden resultar beneficiados a partir de dicha interacción.

Partiendo de las definiciones de Ainsworth y Bowlby, Gutiérrez, Granados y Piar (2007, p. 169), dirán

que un *vínculo* se caracteriza por una *interacción afectiva y duradera* con un sujeto único que *no es intercambiable* con otro. Dicha interacción presenta además otras dos características: se busca *mantener la proximidad* con el otro, restaurándola cuando ha sido interrumpida; y la especificidad del otro sujeto que supone su *reconocimiento*. Los investigadores agregan que, si bien los vínculos afectivos por lo general se desarrollan entre miembros de una misma especie, también existe el desarrollo de vínculos con individuos de especies distintas. Serpell (citado en Gutiérrez, Granados y Piar, 2007, p. 169) expresa que en los perros se observa la habilidad y capacidad de generar vínculos afectivos fuertes con los seres humanos, en ocasiones similar o incluso mayor que con los de su misma especie. Es por ello que es el animal que más se utiliza en la TAA.

Katcher (citado en Gutiérrez, Granados y Piar, 2007, p.169) declara cuatro principios básicos presentes en la interacción humano-animal que dan lugar al establecimiento del vínculo entre ambas especies, a saber:

- 1) La *seguridad* que ambos se proveen
- 2) La *Intimidad* existente
- 3) La *Afinidad*
- 4) La *Constancia* del vínculo

En el primer punto, se refiere a la *protección* que los humanos proveen al animal a través de sus cuidados. En adición, el animal con su mera presencia ofrece seguridad al humano tranquilizándolo y mejorando la percepción de las relaciones sociales y de las personas acompañadas por él (la persona es percibida como buena, confiable, accesible, simpática). El *efecto de intimidad* se produce espontáneamente a través de las caricias que el hombre provee al animal, cuando le habla, cuando el animal responde a las órdenes y demostraciones de afecto, etc. La interacción con otros seres humanos, no es necesariamente tan libre y espontánea como la que se genera con un animal. Este último, la mayor parte del tiempo se encuentra dispuesto a jugar, ser acariciado y responder al humano. La comunicación no verbal que existe entre ambos colabora para fortalecer el efecto de intimidad. Bentosela y Mustaca (citados en Gutiérrez, Granados y Piar, 2007, p. 170) han demostrado que los perros presentan una habilidad especial para comprender señales verbales y no verbales de los seres humanos lo que permitió y funcionó como base para el establecimiento de dicha relación. Por último, los autores explican que los animales, a diferencia de los seres humanos, tienden a mostrar comportamientos poco variables. Todo lo dicho anteriormente sumado a la *afinidad y constancia del vínculo*, contribuyen a afianzar la relación entre el hombre y el animal (Gutiérrez, Granados y Piar, 2007).

Gunter (1999/2002, p.64-87) insiste en la importancia del *grado de apego* establecido entre el animal y el hombre para comprender los beneficios que provee dicha relación. Desde el punto de vista del autor, si no existe un *vínculo de apego*, los beneficios físicos, sociales y psicológicos serán prácticamente nulos. Para definir este concepto se basará en autores provenientes de la literatura psicológica como Ainsworth y Bowlby, entre otros. Gunter (1999/2002) lo define como un determinado *estado emocional o sentimiento*, pero también como un *conjunto de comportamientos específicos* llevados a cabo por los individuos para mantener la *proximidad* con otro. Señala la importancia de la formación de lazos emocionales en el desarrollo normal de los seres humanos y destaca la existencia de similitudes con otros animales en relación a las necesidades básicas y comportamientos exhibidos para cubrir dichas necesidades. Al igual que el hombre, los animales comparten instintos como el hambre, el sexo, la agresión, etc. y ambos comparten necesidades como la exploración y el apego. En el ser humano la relación inicial entre la madre y el bebé, constituye una parte fundamental para la supervivencia y desarrollo del niño. Dicho vínculo se origina en las necesidades de seguridad y crianza del recién nacido. Los vínculos sociales comienzan a desarrollarse con la madre y luego se irán extendiendo al padre, hermanos, amigos, pareja, etc.

Siguiendo las ideas del párrafo anterior, Gunter (1999/2002, p.63) declara que las acciones que ayudan a construir y mantener los lazos entre los seres humanos, también tienen lugar en el vínculo entre el hombre y el animal. Muchas veces las características de esta interacción se asemejan a la de los padres con sus hijos: una mascota precisa de los cuidados de su dueño; algunos animales buscan llamar la atención del hombre; otros buscan ser acariciados; los hombres muchas veces los cargan en sus brazos como suelen hacerlo con sus bebés, etc. Por otro lado, subraya que ellos pueden proporcionar al ser humano la *oportunidad de experimentar el significado de establecer vínculos emocionales con otro*. Por ejemplo, en el caso de personas que carecen de habilidades sociales, un animal puede permitirles el establecimiento de una relación y *practicar sus habilidades* sin la ansiedad que implica el encuentro real con otro ser humano.

Gunter (1999/2002, p.65) nombra dos aspectos fundamentales del vínculo humano-animal que contribuyen a que dicha interacción se considere positiva, a saber:+

1. Los animales *ofrecen afecto sin juzgar*

2. Los animales presentan *tres características* simultáneamente: ser un *animal*, un *niño* y *simbolizar nuestro propio yo infantil*.

Otra característica importante de la interacción humano-animal son los *mecanismos de vinculación afectiva*. La *comunicación* es uno de los puntos señalados entre estos mecanismos y es fundamental para que pueda establecerse un vínculo. El *tacto* es un aspecto vital de dicha comunicación. Otro de los mecanismos asociados a la relación, es el *tipo de lenguaje* utilizado para dirigirse al animal. Si bien uno de los obstáculos que encontramos para que esta interacción se asemeje a la de los humanos es que éstos carecen de lenguaje, aún así muchos hombres se comportan como si el animal pudiera entenderles y hablarles. Frecuentemente, la manera en que los dueños de mascotas se dirigen a ellas, se asemeja a la forma en que se les habla a niños pequeños -denominado *lenguaje maternal*. Dicho lenguaje es unidireccional y consiste en frases cortas, imperativos, preguntas, frases simples y repeticiones (Gunter, 1999/2002).

Por último, otra característica de la relación entre animales y humanos tiene que ver con la habilidad del hombre de *proyectar pensamientos y sentimientos en ellos*. En este punto Gunter (1999/2002) se refiere a que la mayoría de los hombres consideran que los otros seres cuentan con mentes propias (sentimientos, creencias, intenciones) extendiendo dicha característica a los animales, antropomorfizándolos. Como consecuencia, el hombre establece con ellos, vínculos que se asemejan a los que se mantienen con otros seres humanos.

3.3 Definición y características generales de las intervenciones asistidas con animales

El concepto *Terapia Asistida por Animales (TAA)* ha sido utilizado por varios autores y se lo ha confundido con el concepto de *Actividades Asistidas por Animales (AAA)*. Muchos para referirse a la TAA o a las AAA han usado términos como terapia de mascotas, terapia facilitada por mascotas, terapia asistida por mascotas, terapia facilitada por animales, visitas de animales, entre otras (Fine, 2010; Souter y Miller, 2007).

Es importante entonces que podamos definir estos conceptos. Para ello tomaremos la definición de la organización internacional Delta Society, líder en el entrenamiento y preparación para la práctica de la TAA y de las AAA en USA (citada en Fine, 2010; Souter y Miller, 2007):

- *Terapia Asistida por Animales (TAA)*: La organización define a la *Terapia Asistida por Animales* como una intervención orientada por *objetivos* donde un *animal* que reúne ciertos *criterios específicos* forma *parte integral del proceso terapéutico*. La TAA se encuentra dirigida por un *profesional experto en salud* dentro del campo de práctica que corresponde a su profesión. Está diseñada para promover mejoras en el *funcionamiento físico, social, psicológico, emocional y/o cognitivo* del sujeto. Puede llevarse a cabo en una *variedad de contextos* y puede ser *grupal o individual*. Es un proceso que debe ser *documentado y evaluado* por el profesional que lo dirige. Los objetivos se delimitan a partir de las necesidades específicas que presenta cada individuo.
- *Actividades Asistidas por Animales (AAA)*: Son *actividades* que brindan oportunidades *motivacionales, educativas, recreativas y beneficios terapéuticos* para *mejorar la calidad de vida* del sujeto. Las AAA son dirigidas por *profesionales especialmente entrenados, paraprofesionales y/o voluntarios* que utilizan un *animal* que reúne una serie de *características específicas*. Las mismas pueden desarrollarse en distintos entornos. *No hay objetivos* específicos predeterminados, el *encuentro con el animal* es *espontáneo* y no se realiza un registro de lo que ocurrió durante el encuentro o de cómo fue evolucionando el individuo.
- *Intervenciones Asistidas por Animales (IAA)*: Este concepto engloba la TAA y las AAA. Son todas aquellas actividades donde, a través del vínculo con el animal, se intentan promover mejoras en la salud y calidad de vida de los sujetos involucrados.

Gunter (1999/2002) va a utilizar el término de *terapias facilitadas por animales domésticos*. Las define como todas aquellas intervenciones terapéuticas que involucran la presencia de un animal. Para él el término engloba desde las visitas de un animal en un hogar de ancianos donde no existe una interacción estructurada entre el humano y el animal, hasta la utilización de un animal como componente del proceso psicoterapéutico. Retomando la definición presentada anteriormente, lo que Gunter (1999/2002) denomina *terapia facilitada por animales domésticos* es lo que Delta Society (citada en Fine, 2010; y Souter y Miller, 2007) denomina *intervenciones asistidas por animales*. Desde el punto de vista de esta organización, cuando Gunter (1999/2002) habla de visitas espontáneas de animales en hogares de ancianos, para ellos es una *actividad asistida*, no una *terapia*. Cuando Gunter (1999/2002) se refiere a la utilización de un animal como componente del proceso psicoterapéutico, es lo que Delta Society conceptualiza como *terapia asistida*. Varios autores (Fine, 2010; Gunter, 1999/2002; Souter y Miller, 2007) coinciden en que, el amplio rango de actividades que se clasifican como *terapias facilitadas por animales* y la confusión y uso incorrecto del concepto, producen inconvenientes para delimitar y estudiar las ventajas y desventajas

de estas intervenciones. Para evitar confundirnos, a lo largo de este trabajo tomaremos como referencia la definición otorgada por Delta Society (citada en Fine, 2010; Souter y Miller, 2007).

Las IAA pueden desarrollarse en distintos entornos y pueden utilizarse distintos animales. En base a estos criterios, Gunter (1999/2002, p. 144-150) clasificará los principales programas de la siguiente manera:

1. **Programas con Animales para Servicios**: En estas intervenciones se utiliza un animal que por lo general es un *perro*. En algunos casos, son animales que se crían con el fin específico de *ofrecer un servicio*. En otros casos, son animales rescatados de refugios que luego son entrenados para llevar a cabo tareas específicas que más tarde deberán ejecutar junto a humanos con ciertas discapacidades físicas. Es así como existen *perros-guía* para ciegos, perros para sordos y animales de ayuda para minusválidos. Oropesa Roblejo y cols. (2009) señalan tres funciones para los que son entrenados:
 - a. Mejorar la motricidad de la persona
 - b. Alcanzar objetos
 - c. Facilitar la socialización e independencia
2. **Programas Residenciales Basados en Instituciones**: Estas intervenciones pueden llevarse a cabo en *hospitales que ofrecen cuidados para las personas a largo plazo, residencias de ancianos, hospitales psiquiátricos y cárceles*. Gunter (1999/2002) señala que la presencia de un animal en estos contextos, provee a los individuos una actividad diferente a la rutina diaria a la que acostumbran. Por otro lado, funcionan como reductores de ansiedad, aumentan las interacciones verbales, promueven la enseñanza de un sentido de responsabilidad, entre otros beneficios que explicaremos más adelante. En este tipo de programas *el animal convive por un periodo de tiempo* con los ancianos, pacientes o reclusos según la institución a la que se haga referencia. Estas intervenciones han sido muy utilizadas con ancianos ya que, según algunos autores (Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007), este grupo etario puede resultar muy beneficiado debido a las características de la etapa del ciclo vital que atraviesan (por ejemplo, la muerte del cónyuge, la reducción de sus habilidades motrices, sentimientos de soledad, sentimientos de inutilidad, abandono, el padecimiento de enfermedades, etc.).
3. **Programas de Visitas**: Este tipo de programa ha sido el más difundido entre las IAA. A diferencia de los programas residenciales, en este caso *los animales no viven* con la persona, sino que realizan *visitas temporales y luego se retiran del lugar*. Por lo general, son dirigidos por los mismos empleados de la institución o voluntarios. En algunas ocasiones, los animales también visitan la casa de los sujetos involucrados en el programa. El perro es el animal más utilizado pero también se trabaja con gatos y aves (Gunter, 1999/2002).
4. **Programas Equinos**: En este punto Gunter (1999/2002) hace referencia a las intervenciones que utilizan *caballos*. El autor hará hincapié en los buenos resultados obtenidos en personas con discapacidades físicas.
Es importante que consideremos la distinción que realiza Fine (2010) entre la *equinoterapia* e *hipoterapia*. En el primer caso, se refiere a una psicoterapia experiencial que puede incluir actividades equinas como montar, cabalgar, realizar saltos o acariciar al animal. En ella participan un *especialista en salud mental* y un *especialista en caballos*. El objetivo se orienta a mejorar el *vínculo entre el terapeuta y su paciente*. En cambio, la hipoterapia la realiza un *terapeuta ocupacional* y el caballo se utiliza para *facilitar mejoras físicas* en el paciente. En este caso no se le enseña al sujeto a montar sino que se utilizan técnicas que promuevan el *neurodesarrollo e integración sensorial* a través del movimiento del animal. El objetivo es *mejorar la coordinación, postura, motricidad fina, mejorar las funciones cognitivas*, entre otras.
5. **Programas con Animales Salvajes**: Gunter (1999/2002) en este punto incluye las intervenciones que utilizan *delfines*. En este caso, los sujetos interactúan con el animal ya sea realizando actividades dentro del agua o bien desde la orilla de un delfinario. No obstante, estas intervenciones han recibido críticas debido a que el animal debe permanecer en cautiverio y porque algunos delfines no demuestran un temperamento lo suficientemente seguro como para trabajar con ellos.

Si bien Gunter (1999/2002) se refiere a la TAA cuando define los programas equinos, en su descripción omite el uso que puede realizarse de otros animales como el perro.

3.4 El Papel del animal dentro de la relación terapéutica

En el siguiente apartado, intentaremos comprender las características y funciones que tiene el animal dentro de una sesión de psicoterapia.

Walsh (2009b) en sus trabajos intenta describir los beneficios psicológicos, físicos y sociales que aportan las mascotas a las familias que conviven con ellas. En muchas ocasiones pide a sus pacientes

que lleven a sus animales a la sesión para lograr develar algunos aspectos sobre la dinámica familiar a partir del vínculo que se establece con ellos. En este trabajo no nos focalizaremos en el rol que cumple una mascota para una familia, sino en la ayuda que puede proveernos la utilización de un animal durante una sesión terapéutica. Por ello tomaremos los ejemplos brindados por Walsh (2009b) sobre el uso de distintos animales que no pertenecían a la vida cotidiana de sus pacientes.

Resulta interesante, que la autora nombra a Freud como uno de los primeros en utilizar a su perro, Jofí, como herramienta a través de la cual realizaba determinadas observaciones e interpretaciones sobre sus pacientes. Para ello cita el caso clínico del psiquiatra Grinker quien escribió algunas líneas sobre sus sesiones con Freud (citado en Walsh, 2009b):

Durante las sesiones de terapia el perro Chinese Chow de Freud permanecía sentado en el sillón (...) Con frecuencia Freud ofrecía comentarios e interpretaciones a través de su perro. Si Jofí se levantaba y rasguñaba la puerta para que se la dejara salir, Freud decía, "Jofí no aprueba lo que dices". Cuando el perro rasguñaba la puerta para que se le permitiera entrar nuevamente, Freud decía, "Jofí quiere darte una nueva chance". Grinker agrega, "Una vez que comencé a hablar vigorosamente y a emocionarme, el perro saltó sobre mí y Freud dijo "Ves, Jofí está emocionada de que estés a punto de descubrir la causa de tu ansiedad" (p.493).

Walsh (2009b, p. 494) basará su método clínico en los estudios de Levinson con niños y adolescentes donde el animal (un perro) permitía reducir la ansiedad y habilitaba a los jóvenes a establecer relaciones más positivas con los demás. En la TAA, el terapeuta incluye al animal, generalmente un perro, como *parte integral del proceso terapéutico*. Uno de los beneficios más importantes, es que el perro *fortalece la alianza* y *facilita la interacción* con el paciente. Como hemos dicho antes, la TAA puede desarrollarse en una variedad de contextos. La autora indica que algunos terapeutas hasta suelen salir a caminar con el paciente y el perro por la calle.

Las sesiones terapéuticas, por los temas que allí se tratan y principalmente cuando recién se comienza el proceso, producen un quantum de ansiedad muy intensa en los pacientes. Varios autores (Fine, 2010; Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Walsh, 2009b) concuerdan en que el beneficio fundamental de la TAA es que la presencia del animal como co-terapeuta, produce un *efecto de calma* y promueve un *sentido de seguridad* en los *primeros contactos* más difíciles de alcanzar en su ausencia. Varios estudios recopilados por Gunter (1999/2002) y Walsh (2009b) indican que las personas acompañadas por un perro son percibidas por los demás como más *amigables, simpáticas y sociables*. Un terapeuta que tiene en su consultorio un animal, se torna más amigable para su paciente reduciendo el temor ante esta situación nueva y desconocida. Walsh (2009b, p. 494) adhiere que jugar y acariciarlo al principio de la sesión, *disminuye la tensión, fomentando la confianza y rapport* necesarios para *generar la alianza*. Subraya que algunos estudios revelaron que hasta la presencia de una pecera denota al paciente que el consultorio es un lugar seguro. Vázquez Caxide y Paz (2011) agregan que se genera un contexto que *mejora la predisposición del paciente* al tratamiento, aumentando su *motivación* y *adherencia* al mismo.

Fine (2010) y Gutiérrez, Granados y Piar (2007) indican que los animales en la TAA también pueden utilizarse como *metáfora o símbolos* de aspectos fundamentales de la vida, ó incluso, funcionar como modelo pasivo para *juegos de roles*.

Otro aporte del animal expresado por varios autores (Fine, 2010; Gunter, 1999/2002; Walsh, 2009b) es que muchos pacientes se *relacionan e interactúan más fácilmente con él* que con el terapeuta. Algunas personas hablan con el animal y en reiteradas ocasiones hablan a través de ellos sobre lo que les ocurre a ellos mismos en su interior. Tener animales en el consultorio, *facilita la exploración de los sentimientos* del paciente. Mientras la persona relata determinadas situaciones o cuando emociones y sentimientos muy fuertes comienzan a aparecer, el sostenerlo y acariciarlo, relaja y genera mayor comodidad para poder experimentar dichas vivencias y poder tramitarlas de mejor manera. Gutiérrez, Granados y Piar (2007) y Walsh (2009b) denominan esta característica con el término de *catalizadores de emociones*.

Para poder comprender mejor la función de catalizador emocional, citaremos algunos casos clínicos:

- Sesión con una niña de 8 años atendiéndose por depresión con el psiquiatra Fine (citado en Walsh, 2009b):
Intrigada por el pájaro presente en el consultorio, se acercó a él para acariciarlo. Fine le explica que antes de tocarlo debe pedir permiso. Él luego deja que toque su cabeza y agregó que había determinadas partes que al animal no le gustaba que le toquen. La niña responde, "Entiendo lo que tratas de decirme". Luego de esto, la niña reveló haber sido abusada sexualmente por su abuelo. La interacción con el animal sirvió como catalizador para abrir la discusión (p.495)
- Sesión con un joven llamado Sean atendiéndose con el terapeuta familiar Wöhlsifer (citado en Walsh, 2009b):
Cuando Sean comenzó a contar su historia sobre el abuso sexual sufrido en su infancia, comenzó

a llorar. Mi perro co-terapeuta, Jake, se acercó a él y acarició su cara con su hocico. Sean abrazó fuerte a Jake y continuó con su historia mientras yo sentado observaba a mi co-terapeuta Jake hacer su trabajo. Después de que Sean terminó su historia, lo felicité por su fuerza y coraje en compartir conmigo una historia tan personal y dolorosa. Sean me miró y dijo “No le conté la historia a usted; se la conté a Jake” (p.495).

Gunter (1999/2002, p.199) sugiere que a través de un tema de conversación sencillo como puede ser el animal, pueden surgir nuevas reflexiones sobre un amplio rango de temas personales y familiares: recuerdos de la infancia y de la familia asociados a los animales; la interrelación entre la pérdida de un animal y la pérdida de un humano, etc. Fine (2010) señala que el animal es utilizado como tópico externo de conversación permitiendo una mayor relajación del paciente.

3.5 El papel del terapeuta dentro de la relación terapéutica

Hasta ahora hemos hablado de los beneficios y funciones de la inclusión del animal en el proceso psicoterapéutico. En este apartado, nos focalizaremos en la función del terapeuta y el impacto que genera la presencia del animal en la alianza entre él y el sujeto.

Oropesa Roblejo y cols. (2009) señalan que la *función del terapeuta* en la TAA es ser el encargado de *seleccionar y adaptar* a cada paciente o grupo el tipo de intervención que va a realizarse. Define el diseño a partir de los cambios que deben producirse en las distintas áreas (física, psicológica y/o social), adaptando la forma y contenido de las sesiones para que cada participante obtenga de ellas el mayor beneficio posible. Él será quien conducirá el proceso terapéutico y la dinámica de las sesiones.

Si el terapeuta logra sacar provecho de la participación del animal, contribuye a (Oropesa Roblejo et al, 2009):

- Motivar al paciente: Porque es un elemento novedoso que genera diversión y dinamismo.
- Implicar y promover la iniciativa: Las personas suelen implicarse más en las actividades que se llevan adelante con los animales realizándolas con mayor agrado.
- La atención, concentración y estimulación: La presencia del animal, por lo general, focaliza la atención del paciente pudiendo aprovechar para lograr un mejor rendimiento de la misma y la concentración. Por otra parte, el animal supone una fuente de estimulación multisensorial, que permite alcanzar de forma más rápida y sencilla los objetivos terapéuticos que no logran alcanzarse a través de otras intervenciones terapéuticas.

Fine (2010) en este punto también coincide con Oropesa Roblejo y cols. (2009). Para él la presencia del animal *mejora la alianza terapéutica y aumenta el compromiso* del paciente con el proceso terapéutico.

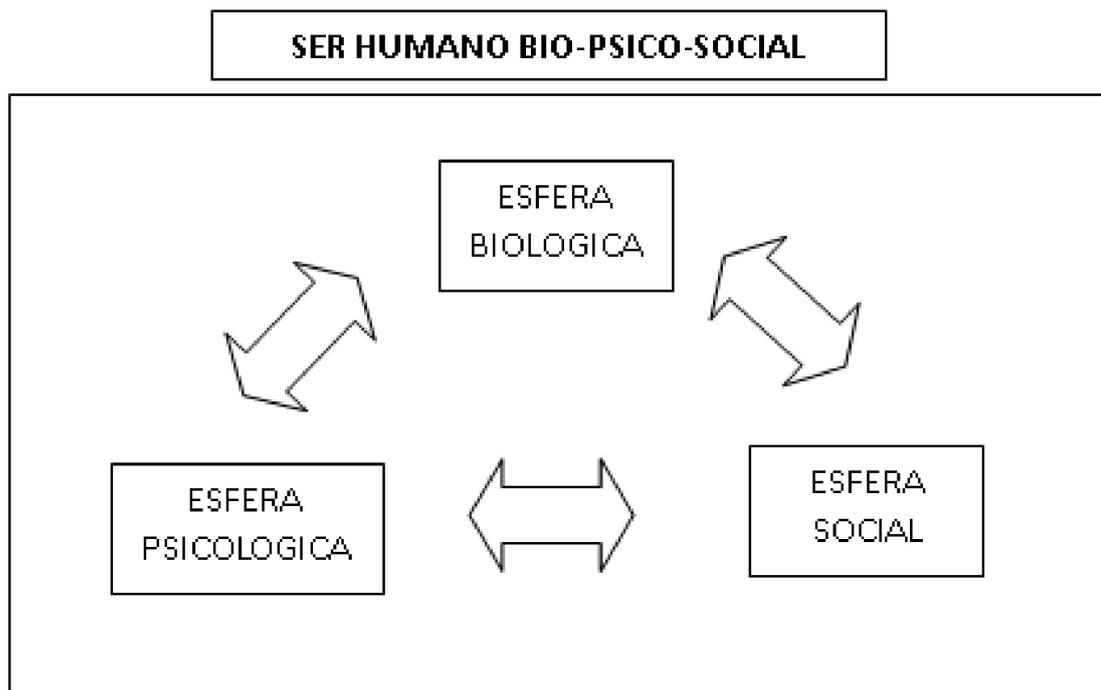
3.6 Beneficios de las intervenciones asistidas por animales para la salud humana

Si pensamos al ser humano como un ser *bio-psico-social*, comprenderemos que los efectos terapéuticos promovidos en cualquiera de estas esferas, contribuirá a mejorar las otras restantes.

Según Gunter (1999/2002, p. 122) existen diversos datos científicos de que la presencia de un animal puede proveernos una ayuda para enfrentarnos a situaciones de estrés y que el contacto físico con ellos, promueve determinados *cambios fisiológicos medibles*. El autor distingue *siete funciones* que desempeñan los animales y que podrían contribuir a la *salud física* de los hombres:

1. Representan un motivo para no estar solos
2. Representan alguien a quien cuidar
3. Representan un motivo para mantenerse ocupados
4. Son alguien a quien podemos tocar y acariciar
5. Son algo que se tiene para observar
6. Contribuyen a que las personas se sientan más seguras ante su presencia
7. Proporcionan un estímulo para hacer deporte

Señala que algunas de estas características tienen efectos físicos *directos e inmediatos*, mientras que, otras de ellas, actúan de manera *indirecta* para promover cambios en la esfera psicológica. Es esperable que las primeras tres funciones contribuyan a *mejorar la depresión* reduciendo los *sentimientos de soledad y aislamiento* mientras que, las últimas tres, colaboran para *disminuir la ansiedad*. Retomando la idea del ser humano como bio-psico-social y analizando las ideas esbozadas por Gunter (1999/2002, p.122), cualquier factor que reduzca o prevenga los sentimientos depresivos, la ansiedad, la soledad e indefensión, impactará positivamente sobre la salud física de las personas disminuyendo la ocurrencia de un gran número de enfermedades crónicas, como por ejemplo, las coronarias u oncológicas.



En este punto el autor realiza una aclaración importante a tener en cuenta. Los efectos que producen los animales sobre la salud física y mental de las personas, no se deben a la presencia del animal *per sé*, sino que dependen de *otros factores* de la vida, como por ejemplo, la red social del paciente. También hay que tener en cuenta un aspecto crucial del cual ya hemos hablado y que tiene que ver con el *vínculo* que el sujeto establece con el animal (Gunter, 1999/2002, p.123).

Varios autores (Fine, 2010; Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Oropesa Roblejo et al., 2009; San Joaquín, 2002; Walsh, 2009a, b) coinciden en que uno de los efectos terapéuticos de las IAA sobre la esfera física es la *disminución de la presión sanguínea y tasa cardíaca*. Katcher, Friedman, Beck y Lynch en 1992 (citados en Gunter, 1999/2002) indicaron que la observación de un acuario de peces disminuye la presión sanguínea de forma similar a la hipnosis. Los mismos investigadores realizaron un estudio sobre niños a los que se les midió la presión sanguínea y tasa cardíaca mientras descansaban o leían un libro al lado de un perro desconocido que se encontraba presente durante la mitad del experimento. Los resultados demostraron una disminución significativa tanto en la presión sanguínea como en la tasa cardíaca durante los momentos de descanso y lectura, aún cuando no había existido interacción alguna entre el niño y el perro. El *efecto relajante* del animal era aún mayor si el niño permanecía con él desde el inicio del experimento. Los autores sugirieron que el efecto beneficioso del animal podría deberse a que los chicos ante su presencia asociaban la situación de experimentación como *menos estresante y segura*. En otro experimento que realizaron, demostraron que la comunicación verbal entre personas produce un aumento significativo de la presión sanguínea mientras que la misma disminuye cuando las personas hablan y acarician a un animal.

Un estudio australiano llevado a cabo por Anderson, Reid y Jennings en 1992 (citado en Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Jofré, 2005; San Joaquín, 2002; Walsh, 2009a) investigó algunos factores de riesgo cardiovascular en dueños y no dueños de mascotas. Observaron que los dueños realizaban *mayor cantidad de ejercicio físico*, mostraron valores más saludables de *presión sanguínea* y niveles de *colesterol y triglicéridos* más bajos que los no dueños.

En 1980 Friedmann, Lynch y Thomas (citados en Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Oropesa Roblejo et al., 2009) realizaron un estudio donde se observó que *la tasa de supervivencia* de pacientes coronarios un año después de haber sido dados de alta tras sufrir un infarto de miocardio o angina de pecho, era mayor en aquellos que tenían mascota que en aquellos que no tenían una.

Otros investigadores como Thorpe y cols. en el 2006 (citados en Gutiérrez, Granados, y Piar, 2007) exploraron si la posesión de un animal mejora y permite mantener la movilidad en personas entre 70 y 79 años. Los resultados arrojaron que aunque una mascota puede *facilitar la realización de ejercicio físico*, no es garantía de que todos los dueños de mascotas caminen o hagan ejercicio junto a ellas. Sin embargo, sí se comprobó que aquellas personas que caminaban junto a sus mascotas por lo menos tres veces por semana, obtenían importantes ganancias en el cumplimiento del nivel de ejercicio que se recomienda

realizar por semana en los EEUU. Por otro lado, los dueños de mascotas que realizaban ejercicios con ellas desde el inicio del estudio, fueron los que mantuvieron sus niveles de actividad en comparación con los no dueños o los dueños que no caminaban con ellas.

Otro de los efectos terapéuticos de las IAA sobre la esfera física es la disminución del estrés. Una de las causas posibles para que esto se produzca es la que aporta Odendaal (citado en Jofré, 2005). Él indica que la interacción humano-animal genera un aumento en la concentración plasmática de endorfinas, oxitocina, prolactina y dopamina disminuyendo la concentración plasmática de cortisol. En una investigación llevada a cabo en 1991 por Allen, Blascovich, Tomaka y Kelsey (citados en Gunter, 1999/2002, p.130) se pidió a un grupo de mujeres que resolvieran un ejercicio de aritmética en un laboratorio en presencia sólo del experimentador, o en su propio hogar con una amiga presente, con un animal doméstico o a solas. Los resultados arrojaron una mejor resolución de la tarea y una menor activación fisiológica en presencia del animal. Los investigadores pensaron que la presencia de otro ser humano generaba mayor ansiedad porque las mujeres sentían que estaban siendo evaluadas. En cambio, la presencia de los animales, no despertaba esta sensación. Luego del estudio se les realizó una entrevista a las participantes y todas ellas señalaron que siempre habían sido entusiastas de los animales y ya desde su infancia venían compartiendo su vida con ellos. Gunter (1999/2002) indicará que el efecto fisiológico calmante que puede producir el animal, estará relacionado con la naturaleza del vínculo que se establece entre el ser humano y éste. La mera presencia puede no ser suficiente para reducir el estrés o ansiedad. El efecto calmante es más pronunciado en la medida en que el vínculo entre ambos se vuelve más fuerte.

Vormbrock y Grossberg (citados en Gunter, 1999/2002, p.132) destacan la importancia del tacto. Ellos explican que la presión sanguínea disminuye aún más cuando la persona acaricia al animal. Cuando se le habla la presión también disminuye pero no de la forma en que lo hace cuando se lo toca. Según Grossberg y Alf (citados en Gunter, 1999/2002, p. 132) cuanto mayor sea la predisposición de las personas hacia los animales, mayor será el efecto relajante que puede proporcionar la interacción con ellos. Gutiérrez, Granados y Piar (2007) explican que al tocar al animal se previene la activación (arousal) de mecanismos fisiológicos a través del condicionamiento clásico de la relajación. Oropesa Roblejo y cols. (2009) agregan que en la hipoterapia la transmisión del calor corporal de los caballos es de aproximadamente 30° C. Esto, permite distender y relajar la musculatura y los ligamentos además de estimular la sensorpercepción táctil y aumentar el flujo sanguíneo hacia el sistema circulatorio. El caballo también transmite impulsos rítmicos al cinturón pélvico, columna y miembros inferiores del jinete permitiendo estimular la motricidad. Gunter (1999/2002) además dice que la presencia del equino permite distraer la atención del paciente de los males que lo aquejan. De esta manera, cuando se lo expone ante una situación que normalmente le genera ansiedad, la misma puede controlarse o reducirse si al mismo tiempo se lo distrae con un animal. Todos estos factores contribuyen a reducir la ansiedad y a promover la relajación del cuerpo.

Como hemos señalado al principio del apartado, las IAA también generan beneficios psicológicos. Gunter (1999/2002) recopila los resultados obtenidos en varias investigaciones y arribó a la idea de que el vínculo con el animal permite al ser humano:

1. Obtener la satisfacción de una relación necesaria de cercanía con alguien
2. Desarrollar un sentimiento de respeto hacia uno mismo
3. Desarrollar un sentido de independencia y responsabilidad
4. Mantenerse en contacto con la realidad
5. Desarrollar la autoestima y autoconfianza

Ross en 1983 (citado en Gunter, 1999/2002, p. 151) indicó que en niños mental o emocionalmente discapacitados, la aceptación incondicional del animal y la responsabilidad de cuidarlo promueve en ellos un sentimiento de valía personal y autoestima. Por otro lado, a través de la TAA obtienen el reconocimiento de un otro que muchas veces no logran encontrar en las personas. Gunter (1999/2002) resalta que estos sentimientos se amplifican cuando el paciente observa que los cuidados que puede otorgarle a otro ser vivo son exitosos y que además ese otro lo necesita y depende de él. En muchos programas de TAA, se realizan actividades en las que el paciente adiestra al animal. Cuando la persona es capaz de hacer que éste responda adecuadamente a sus órdenes y su terapeuta colabora apreciando los logros obtenidos, se va despertando en él un sentimiento de dominancia que sumado a la sensación de ser necesitado por el animal, se va contribuyendo a aumentar la confianza de los pacientes en sí mismos. Gutiérrez, Granados y Piar (2007) comparten estas ideas y agregan que la interacción favorece la independencia, el sentido de valor y utilidad, promoviendo un estado afectivo positivo, un aumento de la autoestima y sentido del logro. Williams (citado en Gutiérrez, Granados y Piar, 2007) sugiere que en la equinoterapia el sujeto mejora su autoestima porque traducirá el cariño hacia el animal por cariño hacia sí mismo. Oropesa Roblejo y cols. (2009) agregan que la sensación de impulso hacia adelante y de avance, reestablecen la confianza en el propio yo y producen la experiencia de nuevas reacciones psicológicas.

Kidd y Kidd en 1980 (citados en Gunter, 1999/2002, p. 190-191) en una investigación observaron que adultos mayores dueños de mascotas demostraban personalidades más positivas y mejor humor que los no dueños. Además, puntuaban más alto en cuanto a la necesidad de cuidar y asumir la responsabilidad sobre otros seres mientras que obtenían puntuaciones más bajas en la escala de necesidad de ser cuidados. También tenían más alta autoestima, mayor confianza en sí mismos, demostraban mayor optimismo sobre la vida y eran menos egocéntricos que aquellos que no convivían con un animal. Estas ideas también las comparten Guitierrez, Granados y Piar (2007) quienes agregan que la interacción con animales mejora el sentido del humor, favorece el contacto físico y las demostraciones de afecto tanto con el animal como con las otras personas.

Gunter (1999/2002, p.192), Jofré (2005) y Gutiérrez, Granados y Piar (2007), destacan el papel de los animales en los programas de visita en hospitales psiquiátricos y geriátricos para reducir los sentimientos de soledad, aislamiento, abandono y retraimiento de los pacientes. Su presencia, colabora para evitar el deterioro físico de los mismos haciendo que se sientan más involucrados con la vida tras tener que levantarse de la cama y moverse.

Corson (citada en Gunter, 1999/2002, p.194) realizó un trabajo en el que proporcionó perros a pacientes psiquiátricos para que pudieran desarrollar con ellos una relación afectuosa y poner en práctica sus habilidades sociales. Otra de las consignas era que los pacientes sean los encargados de cuidar a los animales, lo que se traducía en el autocuidado de los pacientes mismos (si el animal depende de uno, uno debe cuidarse para poder asumir esa responsabilidad). Los resultados arrojaron una menor necesidad de medicación y mejoras en el sentimiento de valía personal. Zisselman, Rovner, Shmuely y Ferrie (citados en Gunter, 1999/2002, p.195-196) mostraron que el contacto con perros, torna a los individuos menos irritables y retraídos y realizan mayores esfuerzos por ayudarse a sí mismos. Jofré (2005) agrega que en los ancianos mejoran los sentimientos depresivos, disminuyen los sentimientos de soledad y se estimula la realización de actividad física. Además, para Haughie, Milne y Elliot (citados en Gunter, p.196) el animal en estos contextos funciona como tema de conversación entre los pacientes y como fuerza de distracción de las preocupaciones diarias.

Según Estivill (citado en San Joaquín, 2002, p.144) en pacientes con depresión internados en unidades psiquiátricas, las IAA son de gran ayuda para reducir el número de suicidios y disminuir el tiempo de permanencia de los sujetos en el hospital. Vázquez Caxide y Paz (2011) revelan que en personas con demencia, las IAA además de aumentar la autoestima, mejorar la comunicación y relajar a los pacientes, despiertan su placer e interés. Walsh (2009a, p.466) señala que las IAA en pacientes con esquizofrenia, depresión y ansiedad disminuyen los niveles de apatía, permiten que deje de focalizarse en aspectos negativos de sí mismo, aumentan su motivación, se involucran más con el medio que los rodea y se sienten menos amenazados.

Otro de los beneficios que otorgan las IAA es el efecto de cambio de foco explicado por Gutiérrez, Granados y Piar (2007). Al introducir un animal, el paciente deja de hablar de sus problemas y de focalizarse en ellos, para fijar su atención en otros aspectos de la realidad -en este caso el animal, hablándole o hablando sobre él-.

Siguiendo las ideas de San Joaquín (2002), Gutiérrez, Granados y Piar (2007) y Walsh (2009a), los animales son compañeros de juego. En las IAA al jugar con el animal, la persona se divierte, incrementa su actividad física y aumenta la cantidad de expresiones faciales positivas.

Otro beneficio psicológico es que facilitan el proceso del recordar y con ello mejoran la memoria, particularmente en adultos mayores (Gunter, 1999/2002, p.193). El vínculo puede desencadenar recuerdos de la infancia y de otras etapas de la vida. Los animales se relacionan directamente con acontecimientos reales que han ocurrido en la historia personal de aquellos que siempre han convivido con mascotas. Por otro lado, Gunter (1999/2002) al igual que Levinson (citado en San Joaquín, 2002, p.193), coinciden en que ellos motivan a los pacientes a implicarse en juegos de tipo regresivo que caracterizaron etapas anteriores del desarrollo. También sostienen que los animales funcionan como símbolos y señales que fomentan la comunicación con nuestros aspectos inconscientes.

Como hemos nombrado al principio del apartado, las IAA también proveen importantes beneficios sociales por la función que cumplen los animales como lubricantes ó catalizadores sociales. Como ya hemos dicho, ellos facilitan el acercamiento entre las personas sirviendo como motivo de conversación. Además, también dijimos que las personas acompañadas por uno, son percibidas por los extraños como menos amenazantes y mejor predispuestas a entablar una conversación. En muchas ocasiones, cuando los dueños de mascotas salen a pasear con ellas, aprovechan dicha situación para conversar con otros que también estén realizando la misma actividad (Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Oropesa Roblejo et al., 2009; Walsh, 2009a).

Gunter (1999/2002) presenta la investigación de Corson realizada en un hospital psiquiátrico donde la presencia de un perro durante la psicoterapia, mejoraba la interacción social no sólo entre el terapeuta y su paciente, sino que además se trasladaba al vínculo entre los pacientes entre sí y entre ellos y las enfermeras u otros empleados del lugar.

Robb, Boyd y Pritash (citados en Gunter, 1999/2002) realizaron un estudio en un hogar de ancianos que alojaba pacientes con Alzheimer. Se observó que la introducción de un perro en la vida diaria de los internos, generó un aumento de conductas sociales como *sonreír, reír, moverse, hablar y llamarse por sus nombres*. El animal funcionó como tema de interés común sobre el que hablaban los pacientes entre sí. Lo importante de esta investigación, es que las conductas permanecían aún cuando el animal era retirado del lugar.

Otra investigación realizada en niños autistas por Redefery y Goodman (citados en Gunter, 1999/2002, p.152) demostró que la presencia de un perro como co-terapeuta, disminuye las conductas de ensimismamiento y mejora la conducta social de estos niños. Vázquez Caxide y Paz (2011, p.3) coinciden con dicha apreciación y agregan los resultados obtenidos por Bass y cols. quienes señalan que la TAA además reduce los síntomas de inatención y distracción.

Vázquez Caxide y Paz (2011, p.3) recopilan varias investigaciones realizadas sobre la TAA en demencia e indican que además de ayudar al paciente a relajarse, aumentar su autoestima y funcionar como fuente de placer e interés, también produce mejoras en la comunicación.

Caín (citado en Gunter, 1999/2002, p. 161) realizó una encuesta en EEUU sobre el impacto que puede producir la adquisición de un perro en la vida de niños entre los 8 y 12 años. El investigador observó que los niños que compartían su vida con un perro eran más sociables, recibían más visitas de sus amigos (esto se adjudica a que deseaban jugar con el perro) y las familias realizaban mayor cantidad de actividades de ocio todos juntos durante los primeros días de la llegada del animal. Gunter (1999/2002, p.163) además insiste en que relacionarse con un animal de una forma comprensiva, es una buena preparación para aprender a relacionarse con otras personas de una forma similar.

Messent resume algunas razones por las cuales los animales influyen en las interacciones sociales (citado en Gunter, 1999/2002, p. 189):

- 1) Funcionan como una forma de afirmarse socialmente
- 2) Funcionan como fuentes de envidia o autoestima
- 3) Son una novedad
- 4) Funcionan como fuentes de interés común
- 5) Son un facilitador social
- 6) Funcionan como "rompe hielo" para iniciar conversaciones

3.7 ¿Por qué es terapéutica la interacción humano-animal?

Fine (2010) explica que existen distintas teorías que intentan justificar los motivos por los cuales los seres humanos pueden beneficiarse de la interacción con un animal. Si bien son varias las explicaciones, ninguna de ellas ha sido comprobada hasta el día de hoy.

Las teorías se nuclean a partir de dos focos. Por un lado, existen algunas que señalan que los animales cuentan con atributos intrínsecos que los tornan seres terapéuticos *per sé*. Y por otro lado, otras teorías, señalan que puede aprovecharse el uso de un ser vivo como herramienta para promover cambios en la autoestima y comportamiento de una persona. En este caso, el animal se utiliza como instrumento para la adquisición de nuevas capacidades (Fine, 2010).

Del lado de las teorías que hablan de atributos intrínsecos de los animales, existen explicaciones que indican que la mera presencia de ellos, su comportamiento y habilidad para interactuar con los hombres, provee oportunidades y beneficios que serían difíciles de obtener en su ausencia. Muchas de estas teorías se centran en la capacidad que tienen los animales para disminuir la ansiedad y el arousal en los seres humanos promoviendo estados de relajación en los mismos. Otros parten de la Hipótesis de la Biofilia de Wilson (citada en Fine, 2010) donde se refiere a una tendencia genética presente en los seres humanos a sentirnos atraídos y a focalizar nuestra atención en organismos vivos. Esta tendencia permite aumentar nuestras chances de supervivencia.

Del lado de las teorías que piensan al animal como instrumento para promover cambios, Fine (2010) destaca los modelos cognitivos de terapia. Para las TAA basadas en dichos modelos, el animal es conceptualizado como una herramienta viva capaz de ser utilizada para que el paciente pueda evaluarse a sí mismo y a su mundo de una manera distinta. Según el autor, el objetivo de la terapia cognitiva y de la terapia cognitiva-social, se centra en generar cambios en la autopercepción del paciente a través de modificaciones producidas en la autoestima, auto-eficacia y locus de control interno. La TAA apunta a que el paciente aprenda comportamientos tras la observación del animal. En la interacción con él, el

hombre podrá comprender las causas y consecuencias de su propio comportamiento. El animal brinda un *feedback* al paciente a partir de sus respuestas ante la conducta de éste. Muchas de las actividades que se realizan en la TAA (enseñarle trucos a un perro, peinarlo, pasearlo, montar a caballo, que el animal responda a nuestras órdenes, etc.) sirven para disminuir *sentimientos de inferioridad e inutilidad*, aumentando *la autoconfianza* y los *sentimientos de autoeficacia*. Además, la aceptación incondicional del animal permite aplacar *sentimientos de soledad*. Todo lo dicho anteriormente, contribuirá a modificar los *esquemas cognitivos del sujeto* mejorando su *auto-percepción y estado de ánimo*. Por otro lado, este contexto le permite aprender nuevos comportamientos por *observación o imitación*.

3.8 Las Intervenciones Asistidas por Animales en Depresión

En la siguiente sección ahondaremos sobre dos estudios realizados sobre los efectos terapéuticos de la TAA en depresión.

Folse, Minder, Aycock y Santana (1994) realizaron un estudio en el cual compararon los resultados obtenidos para aplacar los síntomas depresivos entre un grupo de pacientes tratado con TAA y psicoterapia (grupo A); otro grupo recibió TAA solamente (Grupo B) y el grupo control que no ha recibido tratamiento alguno. Para medir los síntomas depresivos, se basaron en los puntajes obtenidos en el *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* realizado antes y después de finalizado el tratamiento. Los participantes eran jóvenes universitarios de 21 años, que reportaron niveles de depresión importantes en el BDI. Si bien los investigadores partieron de la hipótesis de que sería más efectivo el tratamiento que combinaba TAA con psicoterapia, no encontraron diferencias significativas entre el grupo A y grupo B. No obstante, sí existieron diferencias importantes entre el grupo control y el grupo B resultando mayormente beneficiados quienes recibieron TAA. Los investigadores justifican dichos resultados a partir de los siguientes errores que se produjeron durante el experimento:

- **Asignación de la muestra:** Los pacientes no han sido divididos de forma aleatoria entre los tres grupos. El criterio de división ha sido la disponibilidad horaria de los participantes. Por otro lado, era mayor la cantidad de pacientes en el grupo control que en los otros dos grupos. La mayor proporción de pacientes con depresión moderada ha quedado en el grupo control y aquellos con depresión grave en A y B.
- **Duración:** La investigación se desarrolló durante siete semanas con una frecuencia de encuentros de una vez por semana durante 45'. Esto actúa como limitación ya que es un período de tiempo muy breve para adaptarse a un proceso de tratamiento y para poder tramitar de mejor forma los sentimientos que se han despertado a lo largo del proceso.
- **Actitud hacia los animales:** Antes de comenzar la investigación, no se ha realizado un pre-test respecto a la actitud de los pacientes hacia los animales. Durante las sesiones algunos sujetos se mostraron reacios ante la presencia del perro.
- **Perros y terapeutas:** Cada grupo trabajó con un perro y un terapeuta distinto. El perro del grupo B era un cachorro Collie que captaba mejor la atención de los pacientes e interactuaba con mayor frecuencia con ellos. El formato de psicoterapia era sin una estructura formal y el comportamiento del animal era el foco de la discusión. Una psicóloga recientemente graduada era quien dirigía el grupo. En cambio, en el grupo A se utilizó un Collie adulto más silencioso e independiente. El formato de psicoterapia era directivo y se focalizaba en aspectos como el autorechazo, sentimientos de fracaso, problemas con los vínculos sociales e ideación suicida. El perro se utilizó como herramienta para aminorar sentimientos de ansiedad que pueden aflorar dentro de una terapia grupal tras tener que exponer sentimientos, pensamientos, etc. El grupo era dirigido por una psicóloga con mayor experiencia que en el grupo B.

A pesar de no haber logrado comprobar la hipótesis inicial, los investigadores sí pudieron observar que (Folse et al., 1994):

- La presencia de un perro durante la psicoterapia, permite *disminuir la incomodidad* sentida por los pacientes ante un proceso terapéutico
- Los pacientes declararon que se sentían *mejor contenidos* por el grupo y el amor incondicional recibido por el perro.
- Se observó una *mayor facilidad para expresar conflictos internos* permitiendo mejoras significativas en los *sentimientos negativos y autoestima* de los pacientes.

Siguiendo la línea anterior, Souter y Miller (2007) realizaron un meta-análisis entre cinco investigaciones que intentaron medir la efectividad de las IAA para tratar la depresión. Recorriendo diversos estudios, encontraron que los beneficios obtenidos se centran en: el aumento de la empatía; la promoción de la relajación del cuerpo; mejoras en la autoestima y auto-aceptación; la reducción de la ansiedad; el fomento de la orientación a la realidad; la disminución de la soledad; las oportunidades que brindan

para fomentar la memoria, etc. No obstante, la crítica que realizan a estas investigaciones, es que ellas no se basan en criterios metodológicos que permitan alcanzar respuestas más objetivas respecto a los efectos terapéuticos obtenidos. Hemos visto este ejemplo en la investigación llevada a cabo por Folse y cols. (1994). Es por ello que para la realización de su meta-análisis se basaron en investigaciones que cuentan con las siguientes características:

1. Asignación aleatoria de la muestra
2. La inclusión de un grupo control
3. La exposición a algún tipo de IAA
4. La medición de los síntomas depresivos antes y después de recibido el tratamiento

Se intentaron comparar y medir los resultados de dichas investigaciones a partir de instrumentos aceptados científicamente.

Si bien las IAA son utilizadas para tratar patologías como Alzheimer, autismo, esquizofrenia, discapacidades físicas, etc. Souter y Miller (2007) decidieron estudiarlas en la depresión por ser una de las patologías mentales que más está afectando a los seres humanos en la actualidad y por lo inhabilitante que resulta para quien la padece. Por otro lado, sus efectos pueden empeorar el curso de enfermedades físicas con las que suele co-existir, a saber: cáncer, HIV, enfermedades cardíacas, etc. Un estudio realizado en el 2004 por National Institutes of Mental Health en EEUU (citado en Souter y Miller, 2007, p. 169) sugirió que un sujeto con depresión tiene mayor riesgo de sufrir un ataque de corazón en su vida adulta que aquel que no la padece.

A partir del meta-análisis realizado, al menos estas cinco investigaciones empíricas demostraron los efectos positivos que tienen las IAA sobre los síntomas de la depresión. Los instrumentos científicos que utilizaron Souter y Miller (2007) para entrecruzar los estudios, demostraron que todos ellos presentan resultados estadísticamente significativos y representativos para gozar de significancia clínica. Souter y Miller (2007) proponen la realización de nuevos estudios para evaluar la permanencia de los efectos terapéuticos de las IAA. En adición, insisten en la importancia de realizar nuevos estudios basados en estándares mínimos de diseño de la investigación para arribar a resultados significativos.

4. Comparación Técnica y Metodológica de la Terapia Cognitiva y la Terapia Asistida con Animales

4.1 Características generales

En el siguiente apartado compararemos las características generales de la TCG con las de las IAA.

Partiendo de lo descrito en capítulos anteriores, recordaremos que tanto la TCG como las IAA se topan con algunos obstáculos que pueden impedir la obtención de resultados terapéuticos efectivos.

Según la postura de Beck y cols. (1979/1983, p.324-327), los terapeutas cognitivos se encuentran con un importante impedimento *en el momento de indicar una TCG*. Al inicio del tratamiento se debe definir: qué pacientes precisan TCG sola; quiénes responderán mejor a la medicación sin TCG y quiénes precisan un tratamiento combinado. La definición del camino a seguir, depende en gran medida del diagnóstico inicial. En relación al mismo, los autores señalan que la inexistencia de un sistema unificado y acuerdo común entre los criterios consistentes para diagnosticar un síndrome depresivo, torna muy difícil la tarea de diagnosticar una depresión. Como consecuencia de ello, se obstaculiza la definición acerca del tipo de terapia que conviene seguir (Beck et al., 1979/1983).

Del lado de las IAA, existen obstáculos para *evaluar la eficacia del método* como consecuencia de una *confusión conceptual* (Fine, 2010; Gunter, 1999/2002; Souter y Miller, 2007). Al igual que los terapeutas cognitivos carecen de criterios comunes para diagnosticar la depresión, en el ámbito de las IAA, no existe un acuerdo común acerca de lo que se reconoce como TAA, AAA e IAA. Varios autores como Gunter (1999/2002), Souter y Miller (2007) y Fine (2010) coinciden en que el amplio rango de actividades que se clasifican como TAA, así como la confusión y uso incorrecto de estos tres conceptos, torna muy difícil el estudio de las ventajas y desventajas que estas intervenciones pueden aportar a la salud mental y física de los humanos. Para sortear estos inconvenientes, hemos dicho que Beck y cols. (1979/1983) se basarán en los criterios del DSM para diagnosticar una depresión; por su parte, Fine (2000), Gunter (1999/2002) y Souter y Miller (2007) tomarán la definición brindada por la Delta Society para lo que se considera TAA, AAA e IAA.

Respecto al surgimiento de estas intervenciones, encontramos que ambas tienen en común el haber nacido en respuesta a la falta de eficacia de otras terapéuticas sobre determinados trastornos.

En este punto, retomaremos las ideas de Camacho (2003) quien destacó dos fenómenos importantes que marcaron el inicio de la TCG. Uno de ellos fue el Simposio de Hixon y surgimiento de las Ciencias Cognitivas. El segundo-de nuestro mayor interés - fueron las críticas contra el psicoanálisis y conductismo por la escasez de resultados terapéuticos encontrados. Fue así como la TCG nació como nueva alternativa para patologías como la depresión y ansiedad, alcanzando resultados terapéuticos más satisfactorios y a los que no se había arribado a través de los métodos tradicionales de aquel entonces.

Del lado de las IAA ocurrió algo similar. Recordemos la investigación realizada por Samuel y Corson en un hospital psiquiátrico en 1974 (citados en Gunter, 1999/2002; y San Joaquín, 2002). Allí el uso de perros con fines terapéuticos promovió el aumento de las interacciones sociales y generó mejoras en la autoestima y sentido de independencia sobre pacientes que no habían respondido satisfactoriamente a terapias convencionales. Por otro lado, otros autores (Gunter, 1999/2002; Vázquez Caxide y Paz, 2011) coinciden en que la terapia asistida con perros en niños con autismo, logra disminuir conductas de ensimismamiento, mejorar la conducta social y disminuir síntomas de inatención y distracción de forma más efectiva que las psicoterapias tradicionales.

Otro punto importante que compararemos es el de la *importancia brindada a la investigación, comprobación y validación empírica de las teorías y prácticas*.

Hemos dicho que Ellis y Beck se han ido alejando del psicoanálisis por su falta de evidencia empírica y resultados clínicos. Fue así como la corriente cognitiva hizo de la investigación empírica, uno de sus puntos fuertes. Esto se realizó, con el fin de evaluar y medir la eficacia de los métodos terapéuticos utilizados (Camacho, 2003; Feixas y Miró, 1993).

Una de las mayores críticas realizadas a las IAA, es que dichas prácticas no están respaldadas por teorías que expliquen por qué los humanos resultan beneficiados por el vínculo con los animales. Si bien existen distintas hipótesis al respecto, ninguna de ellas ha sido validada (Fine, 2010). Por otra parte, estas prácticas carecen de investigaciones basadas en criterios metodológicos fehacientes que brinden respuestas objetivas para explicar los efectos terapéuticos obtenidos. Tampoco se ha investigado mucho acerca de la permanencia a largo plazo de dichos efectos. Es por ello que algunos autores proponen la realización de nuevos estudios donde existan criterios metodológicos validados científicamente y que permitan medir la eficacia de estas intervenciones (Folse et al., 1994; Souter y Miller, 2007).

Podemos realizar una *analogía entre los principios básicos* de los que parten algunos representantes del cognitivismo y algunos de las IAA. Es así como comparamos la importancia que otorgan algunos cognitivistas a la asociación entre lo que pensamos y su impacto sobre las emociones y conducta (Beck et al., 1979/1983; Beck, 1995/2000; Egiluz et al., 2008; Feixas y Miró, 1993), al principio que rige detrás de las IAA que indica que la promoción de cambios en la esfera psicológica, impactará sobre la esfera fisiológica del sujeto y viceversa (Gunter, 1999/2002, p. 122). La diferencia recae en que Beck y cols. (1979/1983) otorgan mayor importancia al papel de la cognición sobre las emociones y la conducta; Gunter (1999/2002) brinda un papel equitativo a todos estos componentes.

4.2 Estructura y metodología

A continuación vamos a comparar la estructura, principios básicos y metodología utilizadas en la TCG con las de la TAA. En este caso haremos puntual énfasis en la TAA y dejaremos de lado las AAA.

Encontramos algunas coincidencias y diferencias entre la TCG y la TAA en lo que respecta a la *estructura y formato* de ambas. Hemos dicho que Beck y cols. (1979/1983, p. 13) describen la TCG como un procedimiento activo, estructurado, con objetivos específicos y que transcurre en un tiempo determinado. La TAA según la Delta Society (citado en Fine, 2010; y Souter y Miller, 2007) también es entendida como una intervención estructurada y orientada por objetivos donde el proceso es evaluado y documentado por el profesional que la dirige. Ambas, pueden producirse en formato grupal o individual y hasta puede incluirse un familiar (Beck et al., 1979/1983; y Walsh, 2009b). La TAA tiene el aditivo de que se incluye un animal como parte integral del proceso y puede desarrollarse en una variedad de contextos (clínicas psiquiátricas, hospitales clínicos, geriátricos, en un consultorio, etc.) (Gunter, 1999/2002; Walsh, 2009b). En este último punto, la TCG se asemeja en que ella también se extiende más allá del consultorio a otros contextos de la vida cotidiana del paciente. Tal es el caso de las tareas que se le dan al sujeto para que realice entre sesiones, como por ejemplo, la puesta en práctica de alguna habilidad que ha sido aprendida durante las sesiones (Beck, 1995/2000).

Ambas terapias requieren de la *participación activa* del paciente durante todo el proceso. En la TCG es importante que el terapeuta también participe activamente del mismo (Beck et al. 1979/1983; Beck, 1995/2000; Feixas y Miró, 1993). En la TAA no sólo se requiere de la participación del terapeuta y su paciente, sino que también es fundamental la colaboración del animal (Fine, 2010; Oropesa Roblejo et al., 2009; Walsh, 2009b).

La TCG se centra en el *aquí y ahora* de la vida del paciente. Solamente tomará algunos aspectos de la infancia o del pasado en el caso de que permitan clarificar hechos puntuales del presente. Tampoco va a interesarse por aspectos inconscientes (Beck et al., 1979/1983).

Algunos autores provenientes del campo de la TAA (Gunter, 1999/2002; San Joaquín, 2002) indican que la interacción con animales permite ingresar en el *pasado del individuo* y en sus aspectos *inconscientes*. En este punto, ellos sostienen que los animales permiten desencadenar recuerdos de la infancia y de otras etapas, porque se relacionan directamente con acontecimientos reales ocurridos en la historia personal de quienes convivieron con animales. Por ejemplo, la muerte de una mascota puede funcionar como catalizadora para conversar sobre la muerte de otros seres significativos en la vida del paciente. También hemos dicho que los animales motivan a los sujetos a involucrarse en juegos de tipo regresivo que caracterizaron etapas anteriores del desarrollo. Y, por último, también hemos nombrado que los animales pueden funcionar como símbolos y señales que fomentan la apertura del inconsciente (Gunter, 1999/2002; San Joaquín, 2002). No obstante, desde el punto de vista de Fine (2010) hemos señalado que existen TAA que se basan en las *ideas de la psicología cognitiva*. En este caso, al igual que la TCG, este tipo de TAA tampoco atenderá a aspectos inconscientes ni a la infancia del paciente. Se centrará fundamentalmente en *la forma en que el individuo se evalúa a sí mismo y su mundo* e intentará promover cambios en sus creencias a través del aprendizaje por observación o imitación del animal.

En ambas terapias, la *definición de los objetivos* se realiza a partir de las características y necesidades particulares de cada paciente (Beck et al., 1979/1983; Beck, 1995/2000; Feixas y Miró, 1993; Oropesa Roblejo et al., 2009). En el caso de la TCG, ellos se delimitan conjuntamente entre terapeuta y paciente. En la primera sesión, se hace un acuerdo explícito en torno a cuáles serán las metas a alcanzar con el fin de ajustar las expectativas de ambos respecto al proceso terapéutico (Beck, 1995/2000; Feixas y Miró, 1993). Partiendo de la postura de Oropesa Roblejo et al. (2009), en la TAA la definición de los objetivos parece ser función exclusiva del terapeuta, sin hacer partícipe al paciente en la definición de los mismos.

El *objetivo* de la TCG se centra en trabajar sobre las creencias distorsionadas para alcanzar la *reestructuración cognitiva* del paciente. El medio por el cual se alcanzan dichos objetivos, es sometiendo las creencias disfuncionales a una reevaluación e investigación lógica y empírica que le permitan al paciente contrastar y comprobar por sí mismo el grado de veracidad o falsedad de sus creencias. A partir de la modificación de la forma en que el sujeto se interpreta a sí mismo, su mundo y su futuro, las emociones cambian. Si bien se persigue la anulación de los síntomas manifiestos, recordemos que para Beck resulta importante no dejarse distraer por ellos, ya que esto conduciría a olvidar que el fenómeno principal al que deben apuntarse los esfuerzos terapéuticos, son las distorsiones presentes en el pensamiento (Beck et al., 1979/1983; Beck, 1995/2000; Egiluz et al., 2008; Feixas y Miró, 1993).

Partiendo de la definición de Delta Society (citada en Fine, 2010; Souter y Miller, 2007), el objetivo de la TAA es *promover mejoras en el funcionamiento físico, social y psicológico*. Si tomamos la perspectiva de Gunter (1999/2002) vemos que para él la TAA se focaliza mayormente en los síntomas y en su anulación, más allá de la forma que tenga el individuo de interpretarse a sí mismo y a su mundo. Para el autor el vínculo con el animal contribuye a mejorar el estado de ánimo reduciendo los sentimientos de soledad y aislamiento y mejorando la autoestima de la persona. No va a concentrarse en la manera que tiene el sujeto de pensarse a sí mismo y a su mundo para presentar las emociones que tiene. No otorga supremacía al papel de los pensamientos sobre las emociones como sí lo hace Beck. Sin embargo, desde la concepción de Fine (2010), aquellas TAA que se basan en el modelo cognitivo, utilizan al animal como herramienta para que el paciente se evalúe a sí mismo y a su mundo de una manera distinta. Si bien no utiliza el concepto de *reestructuración cognitiva*, sí pareciera que la terapéutica apuntara principalmente a la forma en que el paciente se piensa a sí mismo y no a centrarse únicamente en los síntomas.

Por último, comparemos el *método* utilizado por cada estrategia terapéutica para alcanzar su objetivo. Como hemos dicho, el método de la TCG consiste en una serie de *experiencias de aprendizaje* para que el paciente detecte y controle pensamientos automáticos negativos y aprenda a realizar interpretaciones más realistas de sí mismo y de su mundo. Las cogniciones no sólo se evalúan a través del diálogo, reflexión e investigación lógica, sino que también se crean situaciones específicas que al sujeto le permiten experimentar y encontrar por sí mismo datos en la realidad que refuten o confirmen sus creencias (Beck et al., 1979/1983, p. 13).

Desde la perspectiva de algunos autores (Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Walsh, 2009b, p. 494), en la TAA el método se basa en la utilización del animal para *fortalecer la alianza terapéutica y facilitar la interacción con el paciente*. Funciona como *catalizador de emociones* y como *tópico de conversación externo*, permitiéndole al sujeto hablar durante la sesión sobre situaciones dolorosas y generadoras de ansiedad. Su mera presencia, el sostenerlo y acariciarlo parece ser el único uso que se hace de él. También se los puede utilizar como *metáfora o símbolo* de aspectos fundamentales de la vida, o bien,

como modelo pasivo para *juegos de roles*. Según las teorías de Fine (2010) presentadas en el capítulo anterior, diremos que estos autores se apoyan en la idea de *la existencia de atributos intrínsecos* que hacen que la presencia del animal *per sé* produzca beneficios para la salud. Otros autores (Fine, 2010; Oropesa Roblejo et al., 2009) en cambio, basan su método en una participación más activa del animal y en la realización de actividades junto a él. Tal es el caso de la equinoterapia donde se incluyen tareas como montar, realizar saltos, higienizar o acariciar al caballo. Desde las teorías recopiladas por Fine (2010), aquellas TAA que parten de la psicología cognitiva, basan su método en la realización de ejercicios como enseñarle trucos a un perro, higienizarlo, pasearlo, etc. permitiendo obtener un feedback sobre las causas y consecuencias del comportamiento del paciente. Este método, al igual que la TCG, también se basa en experiencias de aprendizaje para que el sujeto adquiera nuevas conductas por *observación o imitación del animal*.

4.3 La relación terapéutica

A continuación nos centraremos en comparar las características presentes en la relación terapéutica de ambas intervenciones.

Comenzaremos por comparar los *requisitos fundamentales* para cada terapia para el establecimiento de la relación terapéutica. Para la TCG la *participación activa* no sólo del paciente sino que también del terapeuta, es fundamental para el establecimiento de dicha relación. Uno de los puntos que hemos destacado tiene que ver con el concepto de *empirismo colaborativo*. Lo hemos entendido como la *actitud de colaboración activa* que debe existir entre terapeuta y paciente y el compromiso de ambos para alcanzar los objetivos acordados conjuntamente (Beck et al., 1979/1983; Camacho, 2003). Hemos explicado la *metáfora de los dos científicos* para ilustrar dicha actitud. Al igual que dos científicos, terapeuta y paciente investigan las creencias del sujeto manteniendo una actitud desprejuiciada, de apertura e impulsados por la curiosidad (Camacho, 2003; Feixas y Miró, 1993). Varios autores (Beck et al., 1979/1983; Camacho, 2003; Feixas y Miró, 1993) coinciden en la importancia que tiene para el tratamiento el establecimiento de la alianza ya que sin ella no sería posible obtener resultados.

Podemos comparar la importancia que tiene el empirismo colaborativo en la TCG con la importancia que tiene en la TAA la *actitud del sujeto hacia los animales* y el *grado de apego* que debe existir para que la interacción pueda promover beneficios físicos, sociales y psicológicos. Hemos dicho que tanto los animales como las personas, pueden establecer vínculos con individuos de otras especies. Recordemos que sin la existencia de cierto grado de apego y una actitud positiva hacia los animales, no es posible obtener beneficios de este tipo de intervenciones (Gunter, 1999/2002; Folse et al., 1994).

También hemos hablado de las *características del terapeuta cognitivo*. Nos hemos referido a la importancia que tiene para el proceso terapéutico, que el terapeuta mantenga una *actitud de aceptación* con su paciente. Hemos indicado que ella tiene que ver con admitir al sujeto, su mundo y sus problemas más allá de la cosmovisión o filosofía de vida del terapeuta. Otra característica de él es su *autenticidad*. Por último, hemos señalado la *empatía*. El terapeuta debe ser capaz de comprender y acompañar al paciente en su padecimiento siendo receptivo a su sufrimiento (Beck et al., 1979/1983; Beck, 1995/2000; Camacho, 2003; Fernández Álvarez, 1992).

En la TAA vimos que una de las *características de los animales* –fundamentalmente en los perros– que los torna terapéuticos, es su capacidad de *entregarse sin juzgar*. Esta particularidad coincide con la actitud de aceptación que debe mantener un terapeuta cognitivo con su paciente (Fine, 2010; Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Jofré, 2005; Oropesa Roblejo et al., 2009; San Joaquín, 2002; Walsh, 2009a, b).

Por otro lado, Gutiérrez, Granados y Piar (2007) señalan que la interacción con los animales es *libre y espontánea* siendo esto más difícil de lograr entre personas. Esta característica puede compararse a la *autenticidad* que debe mantener el terapeuta cognitivo. Son muchos los autores que coinciden en que la falta de honestidad y franqueza puede resultar negativa para la alianza terapéutica (Beck et al., 1979/1983; Beck, 1995/2000; Camacho, 2003; Fernández Álvarez, 1992). La espontaneidad y libertad presente en la interacción con los animales vuelve el vínculo más genuino y con ello, beneficioso para la salud (Gutiérrez, Granados y Piar, 2007).

Finalmente, la *empatía* presente en el terapeuta cognitivo, puede compararse con la *disponibilidad constante* del animal ya sea para jugar, ser acariciado y responder a los humanos. Además, los autores estudiados, refieren la existencia de un grado de *intimidad y afinidad* en el vínculo con el animal, que lo torna más perceptivo y receptivo al estado de ánimo de las personas (Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007).

En último lugar, nos referiremos al *tipo de participación y función* de cada uno de los involucrados en la relación terapéutica. En la TCG la misma está conformada por el *terapeuta* y su *paciente*- también

puede involucrarse a un familiar, pero no lo incluiremos en este punto. Como hemos dicho más arriba, ambos adoptan un papel activo. El terapeuta se valdrá de un conjunto de técnicas para poner en marcha los cambios que desea generar en el paciente. Es muy importante desde la primera sesión, trabajar con técnicas psicoeducativas para *disminuir la ansiedad* del sujeto y *generarle esperanzas* de que puede ser ayudado. La creación de *confianza y rapport* es uno de los objetivos principales que persigue la primera sesión porque sin ello la alianza no puede establecerse. Los *objetivos* son establecidos entre ambos y cualquier modificación es discutida entre ellos. El terapeuta comparte sus hipótesis con el paciente quien puede de alguna forma refutarlas o confirmarlas (Beck et al., 1979/1983; Beck, 1995/2000; Feixas y Miró, 1993; Fernández Álvarez, 1992).

En el caso de la TAA son tres los involucrados en la relación terapéutica: el *sujeto*, el *animal* y el *profesional de la salud*. El *profesional* es el encargado de diseñar el proceso terapéutico a partir de las particularidades de su paciente y los resultados terapéuticos que quieran promoverse. Ellos no parecen ser definidos en conjunto con el paciente, sino que es función exclusiva del profesional (Oropesa Roblejo et al., 2009). También es el encargado de lograr la correcta participación del animal. El *animal* tiene como función primordial el *mejorar la alianza terapéutica* porque *estimula la confianza del paciente y el rapport*. Funciona como elemento novedoso que genera diversión y dinamismo *motivando* al paciente. Además mejora la *adherencia al tratamiento* porque las personas suelen implicarse mejor en actividades realizadas con animales. Permite trabajar sobre la atención y concentración porque funciona como *fuerza de estimulación multisensorial* (Fine, 2010; Oropesa Roblejo et al., 2009). Su presencia promueve un *sentido de seguridad*. Además, *relaja y disminuye* la ansiedad del paciente facilitando la exploración de sentimientos dolorosos (Fine, 2010; Gunter, 1999/2000; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Vázquez Caxide y Paz, 2011; Walsh, 2009a, b). Entonces, podríamos decir que todas las maniobras realizadas por el terapeuta cognitivo para la creación de confianza y rapport, en una TAA, es una de las funciones inherentes al animal.

4.4 Técnicas utilizadas

En el siguiente apartado estudiaremos las similitudes existentes entre algunas técnicas utilizadas por la TCG para promover determinados efectos terapéuticos y cómo la TAA se vale del animal como técnica en sí misma para alcanzar objetivos terapéuticos similares a la TCG.

Para comenzar recordaremos la técnica de *psicoeducación* que hemos nombrado entre aquellas más utilizadas en una TCG. Hemos dicho que era utilizada fundamentalmente en el primer encuentro con el paciente. La misma tiene que ver con brindarle información clara y sencilla acerca del trastorno que padece y del modelo teórico de la terapia cognitiva. El objetivo de aplicar dicha técnica, tiene que ver con *disminuir la ansiedad* del paciente al inicio del proceso terapéutico. A su vez, el sentir que el terapeuta logra comprender su malestar, puede explicarlo y mostrarle que otras personas también lo han padecido y han sido ayudadas, permite mejorar la *adherencia y motivación* al tratamiento (Beck, 1995/2000; Camacho, 2003).

Respecto a la TAA, hemos insistido constantemente en el papel fundamental que tiene el animal para *disminuir la ansiedad* del sujeto. Hemos resaltado que su mera presencia torna la situación terapéutica más segura. Esto podía deberse a varias causas. Dijimos que el terapeuta podía ser percibido como más simpático, amable y mejor predispuesto para conversar (Gunter, 1999/2002; Walsh, 2009b). También hemos dicho que acariciar a un animal, relaja el cuerpo disminuyendo la presión sanguínea y cardíaca (Gunter, 1999/2002). Los animales además reducen el estrés generado por la situación ya que su presencia aumenta la concentración plasmática de endorfinas, oxitocina, prolactina y dopamina disminuyendo la concentración de cortisol (Jofré, 2005). Por otro lado, el animal es un elemento novedoso, lúdico y funciona como fuente de estimulación multisensorial (Oropesa Roblejo et al., 2009). Todos estos factores, funcionan en conjunto permitiendo mejorar la alianza terapéutica promoviendo una *mayor adherencia y motivación* al tratamiento. Es decir que la presencia del animal es para la TAA lo que la técnica de psicoeducación es para la TCG durante la primera sesión. En el primer encuentro, ambas se utilizan con el objetivo de relajar al individuo, motivarlo y favorecer la alianza.

Hemos señalado que la *programación de actividades* es una técnica de la TCG donde se establece una agenda de actividades que el individuo realiza durante la semana. De esta forma, el terapeuta obtiene información importante sobre aquellas actividades que le generan placer para tratar de aumentarlas y trabajar sobre aquellas que le resultan abrumantes. La realización de las mismas influye fuertemente sobre el estado de ánimo (Beck, 1995/2000). Hemos destacado la importancia de esta técnica para superar la dificultad del sujeto para la toma de decisiones, disminuir su rumiación y fundamentalmente, para vencer la inercia en la que se encuentra inmerso un paciente con depresión (Feixas y Miró, 1993).

Ahora bien, la presencia del animal y la realización de actividades con él es para la TAA, lo que la

programación de actividades es para la TCG. Se ha estudiado que la tenencia de mascotas¹ *facilita la realización de ejercicio físico* mejorando y permitiendo mantener la movilidad (Gutiérrez, Granados y Piar, 2007). En las IAA que incluyen programas de visita en hospitales psiquiátricos y geriátricos, el animal colabora para evitar el deterioro físico de los pacientes porque los obliga a levantarse de sus camas, moverse y sentirse más involucrados con la vida. Además, juegan un papel importante en la reducción de sentimientos depresivos de soledad, aislamiento, abandono y retraimiento. También se observó que los sujetos realizan mayores esfuerzos por ayudarse a sí mismos (Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Jofré, 2005). Es así como, a través de la realización de actividades con el animal, se promueven cambios en el estado de ánimo y en la voluntad del sujeto mientras que se lucha contra la inercia en la que se encuentra inmerso. Como podemos ver, en este punto la TAA persigue el mismo objetivo que persigue la técnica de programación de actividades en la TCG.

Otra de las técnicas utilizadas por la TCG y que hemos descrito en este trabajo son los *experimentos conductuales*. Hemos dicho que ellos eran diseñados con el fin de que el paciente compruebe por sí mismo en la realidad la validez de una creencia o pensamiento (Beck, 2000). Feixas y Miró (1993) compartían la idea de que el cambio conductual que pueden producir dichos experimentos, funcionan como medio para alcanzar la reestructuración cognitiva. Además hemos destacado que estas experiencias tienen mayor poder para promover modificaciones en los esquemas de los pacientes que las técnicas verbales (Beck, 1995/2000).

En la TAA, hemos estudiado que actividades como peinar al animal, darle de comer, entrenarlo para cumplir órdenes, pasearlo, etc. promueven sentimientos de *valía personal* (Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007). En la equinoterapia, la sensación de impulso hacia delante y de avance que produce la monta, ayuda al restablecimiento de la confianza en el propio yo (Oropesa Roblejo et al., 2009) En la TAA, el paciente cuenta con la posibilidad de observar por sí mismo y vivenciar su capacidad para otorgar cuidados a otro ser vivo y que además éste depende de él. Por otro lado, que el animal responda a las órdenes que se le realizan, mientras que el terapeuta simultáneamente colabora apreciando los logros obtenidos, promueve *sentimientos de dominancia*. Todas estas experiencias *favorecen la independencia, el sentido de valor y utilidad y aumentan la autoestima y sentido del logro* (Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Oropesa Roblejo et al., 2009). Estas vivencias sirven para que el sujeto pueda evaluarse a sí mismo y a su mundo de una manera distinta aprendiendo nuevos comportamientos (Fine, 2010). Podríamos decir entonces que todas estas actividades son para la TAA lo que los experimentos conductuales son para la TCG, ya que ambas persiguen el mismo objetivo.

Ahora recordaremos la técnica de *entrenamiento en habilidades específicas* de la TCG. Dijimos que ella consistía en la creación de situaciones para incrementar determinadas habilidades en el paciente aumentando su confianza y permitiéndole construir una imagen más positiva y competente de sí mismo (Feixas y Miró, 1993). En una TAA, la interacción con el animal brinda la oportunidad de experimentar el significado de establecer un vínculo emocional con otro. El ejemplo que hemos brindado, es el de personas que carecen de habilidades sociales y que durante la TAA el animal funciona como herramienta para la *práctica de destrezas* sin la ansiedad que genera el encuentro real con otro ser humano. Además el relacionarse con el animal de una forma comprensiva, le enseña al sujeto a relacionarse con otras personas de una forma similar (Gunter, 1999/2002). También hemos dicho que su presencia permite entrenar la *memoria* ya que facilita el proceso de recordar. Por último, también hemos destacado el papel del animal para entrenar la *atención y concentración* por funcionar como fuente de estimulación multisensorial (Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Oropesa Roblejo et al., 2009; Vázquez Caxide y Paz, 2011).

Otra de las herramientas que utiliza la TCG son las técnicas de *distracción y refocalización de la atención*. Hemos explicado que las mismas suponen la realización de actividades agradables o entretenidas durante momentos de depresión o ansiedad. La realización de las mismas, permite dirigir la atención hacia otros estímulos promoviendo la posibilidad de generar procesos cognitivos más adaptativos (Feixas y Miró, 1993). Refocalizar la atención del paciente, resulta sumamente útil cuando precisa concentrarse en la tarea inmediata que está desarrollando en momentos en que se siente abrumado por una situación específica (Beck, 1995/2000). Ahora recordemos lo que hemos estudiado sobre la TAA. Varios autores (Fine, 2010; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Walsh, 2009a) coinciden en el *efecto de cambio de foco* que surge a partir de la presencia del animal en el proceso terapéutico. Éste funciona como motivo de conversación y fuente de distracción de las preocupaciones diarias, permitiendo que el paciente deje de hablar sobre sus problemas y comience a fijar su atención en otros aspectos de la realidad que lo rodea. Gunter (1999/2002) al referirse a la equinoterapia, explicó que la presencia del caballo, distrae al sujeto permitiendo exponerlo a una situación que normalmente le produciría ansiedad.

1. En este caso nos referimos a las IAA donde los sujetos conviven con el animal, no a la TAA donde el sujeto no vive con él.

Finalmente nos referiremos a la técnica de *relajación* de la TCG. Hemos explicado que ella es una herramienta tomada de los modelos conductistas de terapia. Durante la sesión se practican distintos ejercicios para enseñarle al paciente cómo relajarse y evaluar su eficacia. Es una técnica que colabora para reducir los niveles de angustia presentes en el sujeto reduciendo el *arousal* a nivel fisiológico. Recordemos también, que a nivel cognitivo, ayuda a promover y aumentar la *percepción de autocontrol* mejorando la *imagen* que el paciente tiene de *sí mismo* (Beck, 1995/2000, p. 257).

La *relajación* del cuerpo es uno de los efectos terapéuticos alcanzados a través de la TAA. Varios estudios (citados en Fine, 2010; Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Oropesa Roblejo et al., 2009; San Joaquín, 2002; Walsh, 2009b) demostraron una disminución de la tasa cardíaca y presión sanguínea durante actividades que se realizan en presencia de un animal. El tocarlo previene la activación *-arousal-* de mecanismos fisiológicos a través del condicionamiento clásico de la relajación (Gutiérrez, Granados y Piar, 2007). También hemos destacado que la transmisión del calor corporal del caballo en la equinoterapia, permite distender y relajar la musculatura y ligamentos y aumenta el flujo sanguíneo del sistema circulatorio (Oropesa Roblejo et al., 2009). Es decir que tanto para TCG como para la TAA, la relajación del cuerpo permite alcanzar importantes beneficios tanto a nivel físico como psicológico.

5. Los Beneficios Terapéuticos de la Terapia Cognitiva y la Terapia Asistida con Animales sobre la Depresión

5.1 Algunas consideraciones generales de la TCG y la TAA sobre la depresión

Como bien recordaremos del capítulo 1, la depresión se clasifica dentro de los trastornos del estado de ánimo. La persona presenta un *estado de ánimo deprimido* acompañado de alteraciones en las *funciones vegetativas* y *síntomas cognitivos*. Hemos dicho que el sujeto cuenta con una fuerte *incapacidad para sentir placer e interés*; sentimientos de *invalidez, indecisión y culpa* y *baja autoestima*. Respecto a las funciones vegetativas, se observan modificaciones en su *apetito, peso y patrones de sueño*. También existe una pérdida muy importante en su *energía vital*, dificultades para *concentrarse* y un *enlentecimiento psicomotriz* pronunciado. En los casos más graves, coexisten pensamientos recurrentes de *muerte e ideación suicida* (Durand y Barlow, 2007).

Es importante que tengamos en cuenta lo siguiente: tanto la TCG como la TAA, *no distinguen una forma exclusiva de intervenir sobre la depresión*. Sí es importante que remarquemos que los autores estudiados, insisten en la necesidad de adaptar los objetivos terapéuticos a la necesidad que presenta el sujeto (Beck et al., 1979/1983; Beck, 1995/2000; Oropesa Roblejo et al., 2009). En este punto, Feixas y Miró (1983) señalan que la TCG de Beck, no supone una terapéutica diferencial para cada tipo de trastorno. La actitud terapéutica es la misma ya sea para una depresión como para un trastorno de ansiedad. Lo que varía es el contenido cognitivo distorsionado, no la forma de trabajar.

La TCG propuesta por Beck, se basa fuertemente en los hallazgos de la psicología cognitiva como fundamento teórico para la práctica clínica (Camacho, 2003)². Nos presenta un modelo cognitivo para explicar el trastorno y la forma en que se debe trabajar con él (Beck et al., 1979/1983). En cambio, las IAA no se basan exclusivamente en una teoría o modelo psicológico específico para sostener y explicar los beneficios que se obtienen de la relación con los animales. Según las teorías que hablan de "*atributos intrínsecos*", existen IAA que se valen de la mera presencia del animal *per sé* para suscitar efectos positivos en la salud de las personas. Éste genera oportunidades y beneficios psicológicos, físicos y sociales que en su ausencia, no podrían promoverse. Entre dichos beneficios, sostienen que la presencia del animal ayuda a disminuir la ansiedad y el *arousal* generando un estado de relajación que permite trabajar mejor con el paciente. Otras IAA se basan en modelos cognitivos donde el animal funciona como herramienta de aprendizaje permitiendo promover cambios en la autoestima y comportamiento del paciente (Fine, 2010).

El modelo de TCG propuesto por Beck para el tratamiento de la depresión, surge a partir de las críticas que dicho autor realizó al psicoanálisis. Fue así como fue creando su propia forma de conceptualizar y tratar esta patología, convirtiéndose en una de las psicoterapias más efectivas para la depresión y la ansiedad (Camacho, 2003; Feixas y Miró, 1993). La TAA surge como herramienta para complementar y potenciar el tratamiento de ciertos pacientes. Se define como una intervención para mejorar el funcionamiento cognitivo, emocional, físico y/o social del sujeto. Las poblaciones más beneficiadas son personas con discapacidades físicas, retraso mental, demencia, autismo, esquizofrenia, depresión, personas mayores, entre otras. Al igual que Beck aplicó su modelo de TCG para el tratamiento de pacientes con depresión

2. Recordemos que según Camacho (2003) si bien la TCG parte de los desarrollos de la psicología cognitiva, la práctica clínica no encuentra fundamentación *exclusiva* en ella.

y ansiedad, Levinson, aplicó la TAA en niños con trastornos del comportamiento, déficit atencional y problemas de comunicación. Más tarde la TAA se ha extendido a otras patologías como la depresión y todas las nombradas anteriormente, pero ella no surgió exclusivamente para el tratamiento de ésta como sí lo ha hecho la TCG de Beck (Jofré, 2005; Oropesa Roblejo et al., 2009; San Joaquín, 2002; Vázquez Caxide y Paz, 2011; Walsh, 2009a).

5.2 Beneficios terapéuticos de la TCG y la TAA sobre los síntomas depresivos

Como hemos visto a lo largo de este trabajo, tanto la TCG como la TAA promueven mejoras significativas en el estado de ánimo de las personas. Es por ello que ambas pueden resultar muy provechosas para pacientes que padecen depresión. A continuación recopilaremos los beneficios terapéuticos que ellas otorgan a dichos pacientes partiendo de los síntomas que presenta el trastorno.

Dijimos que la depresión se caracteriza por un *estado de ánimo* deprimido que persiste al menos durante dos semanas. La persona es incapaz de sentir placer o interés en la mayor parte de las actividades que realiza de forma cotidiana (Durand y Barlow, 2007).

Hemos insistido en que uno de los pilares de la TCG es la idea de que la forma en que nos percibimos a nosotros mismos, nuestro mundo y nuestro futuro impacta en nuestras emociones. El paciente con depresión, adopta una visión global negativa sobre sí mismo, su mundo y su futuro. La presencia de estos patrones cognitivos negativos lo llevan a interpretar la realidad de una forma distorsionada impactando en sus emociones y dando como resultado su estado de ánimo deprimido. Todo el trabajo que se realiza junto al paciente y las técnicas a las que recurre el terapeuta, apuntan a que pueda realizar interpretaciones más realistas y menos absolutistas y de esta manera, ir promoviendo mejoras en su estado de ánimo (Beck et al., 1979/1983; Beck, 1995/2000; Camacho, 2003; Feixas y Miró, 1993; Fernández Álvarez, 1992). A través del *cuestionario socrático o disputa racional* se intenta demostrar la irracionalidad de muchas de sus creencias. La técnica de *registro de pensamientos disfuncionales*, permite al sujeto comprender la conexión que existe entre sus creencias y su estado emocional. Otras técnicas que promueven más directamente mejoras en el estado de ánimo son la *programación de actividades*, las de *distracción y refocalización* y la *relajación*. La programación de actividades permite detectar aquellas tareas de las que el paciente obtiene placer y fomentar la realización de las mismas. Las técnicas de distracción y refocalización permiten al paciente sortear momentos de depresión o ansiedad dirigiendo la atención hacia otros estímulos. Por último, la relajación permite reducir el arousal y con ello reducir niveles de angustia (Beck, 1995/2000; Feixas y Miró, 1993).

A través de la TAA, se produce algo similar. La TAA que se basa en el modelo cognitivo, utiliza al animal como herramienta para que el paciente pueda evaluarse a sí mismo y su mundo. Mientras el sujeto va mejorando su percepción de sí mismo y aumentando su confianza en el mundo externo, se producen mejoras en su estado de ánimo (Fine, 2010). Por otra parte, también destacamos el papel de los animales como catalizadores de emociones. El tocarlos y sostenerlos, reduce sentimientos de ansiedad y facilita la tramitación de emociones negativas. Además, ayudan a reducir sentimientos de soledad, abandono y aislamiento. Tocarlos también aumenta las concentraciones de endorfinas y previene la activación de mecanismos fisiológicos que se ponen en marcha ante situaciones estresantes. En adición, le permiten que la persona juegue y se divierta mejorando su sentido del humor, despertando su placer e interés, favoreciendo el contacto físico, las conductas sociales, las demostraciones de afecto y aumentando la cantidad de expresiones faciales positivas. Todo esto contribuye a mejorar el estado de ánimo (Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Jofré, 2005; San Joaquín, 2002; Walsh, 2009a).

Como hemos estudiado, para mejorar el estado de ánimo, uno de los focos sobre los que más trabajan ambas terapias es sobre la imagen que presenta el paciente con depresión sobre sí mismo. Ambas parecen influir sobre sus *sentimientos de inutilidad, indecisión, falta de confianza y baja autoestima*. Por ejemplo, en la TCG la técnica de *experimentación conductual*, apunta a que el paciente compruebe por sí mismo el grado de validez o invalidez de una creencia, produciendo cambios en su sistema cognitivo. La abulia en estos pacientes, podía relacionarse con la falsa creencia de que siempre todo lo que hagan va a salirles mal. Si a través de un experimento diseñado por el terapeuta el paciente puede experimentar situaciones de éxito, se contribuye a aumentar su sentido de logro y autoeficacia. Otras técnicas como el *entrenamiento en habilidades específicas, actuar "como si", la asignación gradual de tareas, la relajación, ensayo conductual y role playing*, entre otras, también contribuyen a fortalecer la confianza del paciente brindándole pruebas favorables de las posibilidades con las que cuenta para ejecutar por sí mismo ciertas conductas. Todo esto contribuye a generar una autoimagen más positiva y competente, atenuando creencias distorsionadas (Beck, 1995/2000; Feixas y Miró, 1993).

La TAA también contribuye a mejorar la autoestima. Esto se debe a varias cuestiones. Algunas de ellas tienen que ver con la aceptación incondicional y reconocimiento por parte del animal que en muchas

ocasiones los pacientes no encuentran en otras personas. El hecho de que otro ser vivo dependa de ellos, la posibilidad de otorgarle cuidados y que dichos cuidados sean exitosos, generan un sentido de responsabilidad, logro y utilidad. Que además el animal responda a las órdenes que se le hacen, despierta sentimientos de dominancia (Fine, 2010; Gunter, 1999/2002; San Joaquín, 2002; Souter y Miller, 2007). Por otro lado, Gutiérrez, Granados y Piar (2007) señalan que el cariño que se brinda al animal se traduce en cariño hacia uno mismo. En la equinoterapia, la sensación de impulso hacia adelante y de avance que provee la monta, ayuda a restablecer la confianza en el propio yo (Oropesa Roblejo et al., 2009). En adición, los pacientes dejan de focalizarse en aspectos negativos de sí mismos, se sienten menos amenazados y se involucran más con el medio que los rodea (Walsh, 2009a).

Otro de los síntomas sobre el cual intentan actuar la TCG y la TAA es la pérdida de energía vital. En caso de la TCG una de las técnicas que persigue dicho fin es la *programación de actividades*. Hemos señalado que ella además de permitirle al terapeuta medir el placer o desagrado que obtiene el paciente de las distintas tareas que realiza (Beck, 1995/2000), también permite evitar su estado de inercia. Las técnicas de *distracción y refocalización* si bien se utilizan en momentos de depresión o ansiedad con el objetivo de que el paciente dirija su atención a otros estímulos, también impiden la caída en la inercia. El terapeuta puede pedir al sujeto que realice ejercicio físico, escuche música, escriba o realice cualquier actividad que le produzca placer y de esa manera mantenerlo activo (Feixas y Miró, 1993).

En el caso de la TAA, Fine (2010) destaca el papel de la equinoterapia para mejorar las funciones cognitivas y la motricidad del paciente. Gunter (1999/2002), Jofré (2005) y Gutiérrez Granados y Piar (2007) coinciden en que los animales colaboran para evitar el deterioro físico de pacientes internados en hospitales psiquiátricos, ya que su presencia los obliga a levantarse de la cama y moverse. Walsh (2009a) sostiene la idea de que además promueven la realización de actividades lúdicas a partir de las cuales se incrementa la actividad física de los individuos y se fomenta la interacción con el entorno.

Otro aspecto de la depresión sobre el cual actúan, es en suscitar el contacto del paciente con la realidad y el fomento de sus *relaciones interpersonales*. Como hemos repetido a lo largo de todo este trabajo, la TCG no sólo trata de trabajar sobre las creencias que el sujeto tiene de sí mismo, sino que además intenta modificar las creencias distorsionadas que éste tiene acerca de su mundo y de las personas que habitan en él. La TCG enseña al paciente a detectar sus pensamientos automáticos y a controlarlos. A través de técnicas como las *psicoeducativas* o *registro de pensamientos disfuncionales* demuestra una y otra vez la conexión entre el pensamiento y las emociones. Se colabora para que comience a focalizar su atención en otros aspectos de su entorno, y que de esta manera pueda ingresar nueva información en su sistema cognitivo que permita poco a poco ir modificando su sistema de creencias erróneas. Los *experimentos conductuales*, el *actuar "como si"*, el *entrenamiento en habilidades específicas*, las *técnicas de distracción*, el *ensayo conductual*, la *relajación*, etc. preparan al individuo para enfrentarse con situaciones de su vida cotidiana disminuyendo su ansiedad y aumentando su confianza en sí mismo, su mundo y los demás (Beck, 1995/2000; Feixas y Miró, 1993;). Durand y Barlow (2007, p. 235) presentan el siguiente ejemplo: un profesor que observa que dos alumnos bostezan, supone que ambos están aburriéndose porque él es un mal maestro. Infiere que es su método de enseñanza el que no sirve y no logra pensar en otras posibilidades (*inferencia arbitraria*). Aquí observamos no sólo la autoevaluación negativa que realiza el paciente sobre sí mismo, sino además la que realiza sobre los demás. La TCG en este caso puede trabajar con el sujeto para que pueda focalizar su atención en otros datos del contexto, como por ejemplo, que los demás estudiantes sí están atendiéndole (*Refocalización de la atención*). De esta manera, el individuo ganará mayor confianza y obtendrá un mejor desempeño social. Desde la perspectiva de Feixas y Miró (1993), la técnica de *programación de actividades* también ayuda a que el paciente entre en contacto con su entorno combatiendo la rumiación e inercia en la que se encuentra.

Respecto a la TAA, dijimos que la interacción humano-animal favorece el contacto físico y las demostraciones de afecto con el animal, lo que luego se traslada al vínculo con las personas. Además permite reducir conductas de ensimismamiento y retraimiento (Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Jofré, 2005). La presencia del animal ayuda a implicar y promover la iniciativa funcionando como fuente de estimulación multisensorial (Oropesa Roblejo et al., 2009). Por otro lado, hace que el ambiente sea sentido como más seguro brindándole mayor confianza al sujeto en su entorno. El *efecto de cambio de foco* trae como consecuencia, que el paciente pueda descentrarse de sí mismo y de su enfermedad para fijar su atención en otros aspectos de la realidad (Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Vázquez Caxide y Paz, 2011). También, hemos destacado su función como *lubricante social* porque facilita el acercamiento entre las personas sirviendo como tópico de conversación externa (Gunter, 1999/2002; Gutiérrez, Granados y Piar 2007; Oropesa Roblejo et al., 2009; Walsh, 2009b). A su vez, mejoran la comunicación (Vázquez Caxide y Paz 2011) y el hecho de relacionarse con un animal de forma comprensiva, enseña al paciente a relacionarse de una forma similar con los demás (Gunter, 1999/2002).

De lo dicho anteriormente, también podemos desprender otro de los beneficios que otorgan la TCG y la TAA para los pacientes con depresión: su impacto sobre la atención y concentración. Por ejemplo, la TCG trabaja sobre ella cuando se aplican las técnicas de refocalización que nombrábamos algunos párrafos atrás. A través de dicha técnica, se apunta a reorientar el foco atencional para que el individuo redefina la información que ingresa a su sistema cognitivo. Recordemos que el paciente con depresión coloca su atención en aquellos aspectos de su entorno que apoyen sus sistemas de significado, mientras que dejan de lado aquella que los contradiga (Fernández Álvarez, 1992). Cuando se utilizan las técnicas de relajación el sujeto toma conciencia y atiende a su cuerpo y las emociones que se despiertan en él. La atención y concentración también se trabajan cuando se enseña al paciente a registrar sus pensamientos automáticos a través de técnicas como la imaginación (Beck, 1995/2000; Feixas y Miró, 1993).

En la TAA, hemos insistido en que el animal funciona como fuente de estimulación multisensorial permitiendo captar la atención del sujeto (Oropesa Roblejo et al., 2009). Funciona además como fuente de distracción para que el paciente entre en contacto con el mundo que lo rodea y deje de centrarse únicamente en aspectos negativos de sí mismo (Gunter, 1999/2002; y Gutiérrez, Granados y Piar, 2007).

Dijimos que casi cualquier sujeto que presenta una depresión también se encuentra en un estado de ansiedad. De hecho hemos nombrado estudios epidemiológicos recientes, que han demostrado que la depresión mayor casi siempre sigue a la ansiedad o puede ser consecuencia de ella (Durand y Barlow, 2007, p.226, 227). La TCG y la TAA resultan muy beneficiosas para hacer frente a dicho estado. Por ejemplo, hemos destacado el papel que juegan las técnicas de distracción y relocalización en la TCG. Ellas permiten al paciente controlar momentos en los que se halla deprimido o ansioso, permitiéndole concentrarse en otros estímulos y mejorar la realización de alguna tarea que resulta entorpecida por lo abrumado que se siente. La técnica de relajación tiene como objetivo fundamental, la reducción de la respuesta fisiológica para descender los niveles de angustia provocados por alguna situación estresante (Beck, 1995/2000; Feixas y Miró, 1993).

La TAA también actúa sobre la ansiedad porque produce en el ser humano un efecto relajante. Hemos explicado que el vínculo con otras personas aumenta nuestra activación fisiológica porque nos sentimos evaluados por el otro. Esto mismo, no ocurre en presencia de un animal; no nos sentimos juzgados por él. El efecto calmante que produce su presencia, es aún mayor cuando el vínculo entre éste y la persona es más fuerte (Gunter, 1999/2002). Otros autores explican que dicho efecto se produce porque al interactuar con el animal, disminuye la concentración plasmática de cortisol (Jofré, 2005). El acariciarlo disminuye nuestra presión sanguínea y tasa cardíaca (Gunter 1999/2002). El tacto previene la activación de mecanismos fisiológicos a través del condicionamiento clásico de la relajación (Gutiérrez, Granados y Piar, 2007). También dijimos, que el calor corporal que transmite el caballo en la equinoterapia, permite distender y relajar la musculatura mientras que estimula la sensopercepción táctil (Oropesa Roblejo et al., 2009). Todo esto contribuye a reducir los niveles de ansiedad presentes en el paciente con depresión.

La TCG y la TAA también intentan trabajar sobre la memoria. Hemos explicado que en ocasiones, los esfuerzos terapéuticos de la TCG se dirigen al tercer nivel del procesamiento de la información: el de la reclasificación de archivos. Los pacientes con depresión muestran una tendencia a comparar una nueva situación de frustración con situaciones de fracasos anteriores que se encuentran almacenados en su memoria. Como consecuencia, tienden a maximizar situaciones malas y a minimizar experiencias de éxito. Para paliar esta característica, la TCG trabaja sobre la reclasificación de la información que ingresa al sistema cognitivo (Fernández Álvarez, 1992). Además, para suplir las fallas en la memoria también puede instrumentarse la técnica de entrenamiento en habilidades específicas (Feixas y Miró, 1993).

La TAA facilita el proceso del recordar y consecuentemente, ayuda a mejorar la memoria. La interacción con el animal, permite rememorar hechos ocurridos en la vida del paciente que se relacionen directa o indirectamente con la tenencia de una mascota. Por ejemplo, la muerte de ella puede desencadenar recuerdos sobre la muerte de una persona significativa en la vida del paciente; conversando acerca de quiénes compartían los cuidados del animal, puede conversarse sobre los vínculos familiares, etc. (Gunter, 1999/2002; Walsh, 2009a).

Todos estos efectos terapéuticos, se conjugan para mejorar el estado de ánimo del paciente. La TCG va a valerle de distintas técnicas para que éste vaya contrastando sus hipótesis, vaya aprendiendo a detectar y controlar pensamientos automáticos y pueda reconocer las falsas creencias que los sostienen y distorsionan su percepción. De esta manera irá realizando interpretaciones más realistas del mundo. La herramienta de la TAA es el animal en sí mismo, utilizado con varios fines: para estimular la atención; como catalizador de relaciones sociales y de emociones; como fuente de relajación; como excusa para involucrarse en actividades lúdicas; para estimular la movilidad y ejercitar la memoria, entre otros. Si bien lo hacen a través de distintos caminos, el fin perseguido, es el mismo: que el paciente con depresión pueda percibirse a sí mismo, su mundo y su futuro de una manera distinta y más esperanzadora.

Conclusiones

A lo largo del siguiente trabajo, hemos entendido que la depresión es un trastorno del estado de ánimo, en el cual el paciente presenta un estado de ánimo deprimido acompañado de síntomas cognitivos y alteraciones en las funciones vegetativas. Desde la concepción de Beck, el paciente posee una visión global negativa de sí mismo, su mundo y su futuro sostenida por la presencia de ciertos esquemas idiosincráticos e inadecuados que dominan su pensamiento, conduciéndolo a interpretar la realidad de manera distorsionada. Esto da como resultado el estado de ánimo deprimido. Si bien, las distorsiones cognitivas no dan cuenta de la etiología última de la depresión, para Beck sí son el fenómeno principal del cuadro.

El estudio de la depresión desde la concepción de Beck, nos condujo a indagar sobre las características y principios que rigen en la TCG propuesta por dicho autor. De esta manera, hemos visto que ella apunta a trabajar sobre la forma en que el sujeto procesa la información, sus pensamientos automáticos, las creencias que subyacen a esos pensamientos y la respuesta emocional y conductual que disparan. A través del uso de determinadas técnicas y del trabajo conjunto entre terapeuta y paciente, se irán generando situaciones específicas que permitan experimentar y contrastar el grado de veracidad o falsedad de las creencias. Hemos señalado que estas experiencias apuntan a que el individuo realice interpretaciones más realistas sobre sí mismo y su mundo para mejorar su estado de ánimo.

A modo de discusión, en lo que respecta a la TCG propuesta en este trabajo, deseamos retomar la crítica que le realiza Fernández Álvarez (1992) al autor. Si bien compartimos la idea de que la forma en que nos pensamos a nosotros mismos, al mundo y nuestro futuro impacta fuertemente sobre nuestra conducta y emoción, no creemos en el papel secundario que Beck otorga a las emociones en la determinación de la conducta. Nos resulta más acertado pensar en una co-determinación entre pensamientos y emociones. Otra de las ideas que apoyamos de Fernández Álvarez (1992), es la necesidad de superar el énfasis que Beck realiza en torno al individuo. A través de su modelo terapéutico, deja al margen los aspectos interpersonales en la génesis de los trastornos psicológicos. Para él, aún los problemas relacionales tienen su origen en las interpretaciones erróneas que *el sujeto* realiza sobre la conducta o intenciones ajenas. En este punto, Fernández Álvarez (1992) propone la redefinición del concepto de cognición, a partir de un modelo que integre de mejor manera afecto, cognición y conducta. Para ello, adhiere a la idea que toma de Greenberg en cuanto a conceptualizar al ser humano como constructor activo de la información que recibe de su entorno para alcanzar una terapia cognitiva más constructiva en su concepción de la cognición.

El estudio de las características y principios de la TAA, ha sido otro de nuestros ejes a lo largo de este trabajo. Hemos comenzado por diferenciar la TAA de las AAA nucleándolas a ambas bajo el término de IAA. Hemos aprendido que la TAA es una intervención orientada por objetivos específicos, dirigida por un profesional experto y que tiene como meta promover mejoras en el funcionamiento físico, social, psicológico, emocional y/o cognitivo. Hemos dicho que el animal funciona como herramienta para varios fines, como puede ser: reducir la ansiedad del paciente; motivarlo y mejorar su adherencia al tratamiento; como catalizador de emociones y de la interacción social; como tópico externo de conversación; etc.

En este punto, hemos llegado a la conclusión de que más allá de que se conozcan algunas particularidades del vínculo entre el hombre y el animal, aún no existe una teoría que haya podido comprobarse y sirva para sostener y fundamentar la práctica de la TAA. También, hemos visto que existe una fuerte confusión alrededor de lo que es considerada una terapia asistida de lo que se considera una actividad asistida por un animal. Al no existir criterios comunes entre quienes realizan estas intervenciones, se clasifica bajo el término de TAA a cualquier tipo de actividad que utilice un animal. Como consecuencia, existe una gran cantidad de trabajos que intentan compilar los beneficios otorgados por dichas prácticas, pero muy pocos o casi ninguno de ellos, explica las causas subyacentes a estos beneficios. Además son pocas las investigaciones que se basan en criterios metodológicos estandarizados que midan objetivamente los efectos terapéuticos. Tampoco se ha estudiado la persistencia en el tiempo de dichos efectos. Por todo esto, nos parece importante que se aumente la investigación en torno a esta área, fundamentalmente sobre las causas de los beneficios terapéuticos de la TAA, no sin antes llegar a un acuerdo común en torno a su definición.

Luego de conocer el funcionamiento de la TCG y la TAA, las hemos comparado. Entre sus características generales hemos visto que se topan con ciertos obstáculos respecto a ciertas definiciones y que surgen ante la ineficacia de otras formas de intervención sobre algunos trastornos. Vimos también que coinciden en sus principios básicos en torno a cómo nuestra vida mental puede influir sobre nuestra conducta y emoción y descubrimos que para ambas es fundamental la participación activa de los involucrados para poder alcanzar los objetivos terapéuticos. En la TAA a diferencia de la TCG, se incluye a un animal en la relación terapéutica. Este animal compartía algunas de las características del terapeuta

cognitivo: ambos mantienen una actitud de autenticidad, aceptación y acompañamiento desprejuiciado del paciente en su padecimiento.

Respecto a los recursos técnicos, dijimos que la técnica de psicoeducación de la TCG y el uso del animal en la TAA coinciden en el objetivo de disminuir la ansiedad del paciente, motivarlo y promover su adherencia al tratamiento. También hemos equiparado los efectos que produce la programación de actividades en la TCG, a los efectos de realizar actividades con el animal en la TAA. La técnica de experimentación conductual (TCG), promueve mejoras en la autoestima y autoconfianza como también lo hace el entrenamiento del animal en la TAA. El entrenamiento de habilidades específicas (técnica de la TCG) también se produce en la TAA fundamentalmente cuando se ejercita la memoria y la atención. Hemos equiparado las técnicas de distracción y refocalización de la TCG, con el efecto de cambio de foco que se produce como consecuencia de la presencia del animal en la TAA. Y hasta hemos llegado a indicar que ambas intervenciones se basan en la relajación del cuerpo para reducir los niveles de ansiedad presente en los pacientes.

Hacia el final de nuestro trabajo, enumeramos los efectos terapéuticos alcanzados por la TCG y la TAA para aliviar los síntomas de la depresión. Fue así como vimos lo beneficiosas que son para mejorar la autoestima tras influir sobre sentimientos de inutilidad, indecisión y falta de confianza. Además, ayudan a impedir la caída del paciente en la inercia impactando directamente sobre su energía vital, abulia y apatía. También fomentan las relaciones interpersonales y contribuyen a que el individuo deje de focalizarse en sí mismo para aumentar su intercambio con el mundo circundante. En adición, cuentan con herramientas para que los pacientes puedan trabajar sobre los niveles de angustia y ansiedad y, con otras que permiten trabajar sobre su atención, concentración y memoria. Mientras que se trabaja en pos de mejorar la imagen que la persona tiene de sí misma, de su mundo y de su futuro, se irá influyendo sobre su estado de ánimo y colaborando para que poco a poco vaya reorganizando y retomando las actividades de su vida cotidiana.

Teniendo en cuenta lo aprendido mediante esta revisión, nos gustaría realizar el siguiente aporte:

Como vimos, la TCG y la TAA se basan en técnicas y principios muy similares para alcanzar sus objetivos. Si bien lo hacen a través de caminos distintos, las dos buscan la participación activa del paciente mediante la realización de distintas tareas, para que éste obtenga nuevos aprendizajes y pueda mejorar su autoimagen. En lo que respecta a la depresión, indicamos que las mujeres resultan más afectadas por el trastorno que los hombres. También dijimos que en la vejez un importante porcentaje de quienes viven en geriátricos, pueden resultar afectados por el trastorno. En comparación con los hombres, las mujeres son más proclives a demostrar una actitud positiva hacia los animales. También vimos que la TAA se halla muy difundida en el trabajo de ancianos viviendo en geriátricos. Pensemos también que vimos que la TCG tiende a crear situaciones que permitan comprobar el grado de veracidad o falsedad de las creencias y que ella es una de las intervenciones más efectivas para el tratamiento de la depresión. Detengámonos un momento a repensar todo lo mencionado. Ahora bien, siendo que la psicoterapia cognitiva utiliza recursos técnicos desarrollados por otras escuelas (*eclecticismo técnico con consistencia teórica*) (Camacho, 2003): ¿podríamos considerar a la TAA como un buen complemento de la TCG para trabajar con pacientes con depresión? ¿Podríamos pensar en la TAA como otro espacio donde el paciente pueda corroborar o refutar las hipótesis que posee sobre sí mismo y del mundo y que funcione para reforzar lo trabajado durante las sesiones de una TCG? ¿Acaso la TAA podría funcionar como una nueva técnica de relajación, distracción, refocalización y/o de experimentación conductual auxiliar a la TCG?

Referencias Bibliográficas

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión (S. Del Viso Pabón, Trad.). Bilbao, España: Editorial Desclée de Brower. (Trabajo original publicado en 1979).
- Beck, J. (2000). Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización (A. Ruiz, Trad.). Barcelona, España: Editorial Gedisa. (Trabajo original publicado en 1995).
- Camacho, J. (Fecha de acceso: 2012, 10 de marzo). El ABC de la terapia cognitiva [En red]. (Fecha de trabajo original: 2003). Disponible en: <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Durand, V.M. y Barlow, D.H. (Eds.). (2007). Psicopatología. Un enfoque integral de la psicopatología anormal (4a. ed.). México, D.F: Thomson Editores.
- Egiluz, I., Baca Baldomero, E., Álvarez, E., Bousoño, M., Martín, M., Roca, M. y Urretavizcaya, M. (2008). Psicoterapia en la depresión a largo plazo. Actas españolas de psiquiatría, 36(Suppl. 1), 26-34.
- Feixas, G. y Miró, M. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona, España: Paidós.
- Fernández Álvarez, H. (1992). Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires,

Argentina: Paidós.

Fine, A. (2010). Handbook on Animal-Assisted Therapy. Theoretical Foundations and Guidelines for Practice (3a. ed.) [Manual de terapia asistida por animales. Fundamentación teórica y guía para la práctica]. San Diego, CA, EE.UU: Academic Press.

Folse, E., Minder, C., Aycocock, M. y Santana, R. (1994). Animal-Assisted Therapy and Depression in Adult College Students. Anthrozoös, 7(3), 188-194.

Gunter, B. (2002). Animales domésticos. Psicología de sus dueños (P. Teixidor, Trad.). Barcelona, España: Paidós. (Trabajo original publicado en 1999).

Gutiérrez, G., Granados, D. y Piar, N. (2007). Interacciones humano-animal: características e implicaciones para el bienestar de los humanos. Revista Colombiana de Psicología, 16, 163-184.

Jofré, L. (2005). Visita terapéutica de mascotas en hospitales. Revista Chilena de Infectología, 22(3), 257-263.

Oropesa Roblejo, P., García Wilson, I., Puente Saní, V. y Matute Gainza, Y. Terapia asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador [versión electrónica]. MEDISAN, 14(6).

San Joaquín, Zamarra M.P. (2002). Terapia asistida por animales de compañía. Bienestar para el ser humano [versión electrónica]. Temas de Hoy, 143-149.

Souter, M., Miller, M. (2007). Do Animal-Assisted Activities Effectively Treat Depression? A Meta-Analysis. Anthrozoös, 20(2), 167-180.

Vázquez Caxide, L. y Paz, A. (Fecha de acceso: 2011, 15 de Noviembre). La terapia asistida con animales como parte de los programas de rehabilitación neuropsicológica [En red]. Revista Psicología.com, 15, 1-7. (Fecha de trabajo original: 2011). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/4385>

Walsh, F. (2009a). Human-Animal Bonds I: The Relational Significance of Companion Animals. Family Process, 48(4), 462-480.

Walsh, F. (2009b). Human-Animal Bonds II: The Role of Pets in Family Systems and Family Therapy. Family Process, 48(4), 481-499.

Zooterapia Rosario (fecha de acceso: 2010, septiembre). Zooterapia [En red]. Disponible en: <http://zooterapiarosario.com.ar>

