



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

"ZARAGOZA"

**LA TERAPIA DE LA CONDUCTA EN EL
TRATAMIENTO DE LA DEPRESION**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N:
CARLOTA AVENDAÑO GONZALEZ
BERTHA SANCHEZ RODRIGUEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

CAPITULO		PAGINA
	Introduccion.	1
I	Depresión.	
	1.1. Antecedentes Históricos.	9
	1.2. Incidencia de Depresión en México.	12
	1.3. Definición.	27-27
II	Síntomas y Tipos.	
	2.1. Sintomatología.	26
	2.2. Clasificación.	30
	2.3. Depresión Endógena y Exógena.	32
III	Ansiedad y Depresión.	35
IV	Perspectivas Teóricas sobre la Depresión.	
	4.1. Modelo Médico.	39
	4.2. Modelo Psicodinámico.	44
	4.3. Modelo Cognitivo.	48
	4.4. Modelo Conductual.	53
V	La Teoría de la Inutilidad Aprendida como Modelo de la Depresión.	

	PAGINA
5.1. Antecedentes Históricos.	66
5.2. Síntomas de la Inutilidad Aprendida.	68
5.3. Etiología de la Inutilidad Aprendida.	70
5.4. Relación de la Inutilidad Aprendida con la Depresión.	72
5.5. Terapia de la Inutilidad Aprendida.	76
5.6. Relación de la Cura de la I.A. con la Depresión.	77
 VI La Terapia de la Conducta en el Tra- tamiento de la Depresión.	
6.1. Identificación del Problema.	85
6.2. Medición y Análisis Funcional.	91
6.3. Selección del Tratamiento.	98
6.4. Medición de la Terapia sobre Marcha.	103
6.5. Evaluación de la Terapia.	107
6.6. Estrategias de Tratamiento para la Depresión.	112
6.7. Estrategia Progresiva de Afecto Positivo. (EPAP)	126

Discusión.	133
Conclusión.	151
Anexo.	158
Bibliografía.	183

INTRODUCCION

La depresión es un padecimiento común que sufren casi todas las personas en algún momento de su vida.

Cada año se consumen cientos de medicamentos para tratar de aliviar este padecimiento. Las causas de los síntomas depresivos pueden ser producto de alteraciones orgánicas o generadas por el ritmo de vida acelerado que se lleva en las grandes urbes y a crecientes embates de estímulos adversos del medio hostil en que se desenvuelve el ser humano, abrumado por el ruido, tensión nerviosa, hacinamiento, competencia entre individuos, frustraciones a una da a los medios de comunicación que hacen patentes la decadencia y la angustia y a otros conflictos que alteran al hombre en la era moderna.

Así mismo, se especula que el incremento de la depresión puede estimarse como desesperación de la inhabilidad social para satisfacer las expectativas de paz, felicidad y abundancia material que parecen ser inalcanzables. Todas estas situaciones influyen de manera significativa aunque no son determinantes de esta psicopatología.

Mientras se piensa que un ascenso en la incidencia de depresión esta ocurriendo, las estadísticas epidemiológicas en nuestro país son totalmente vagas para validar esta impresión.

Para la mayoría de las personas, la depresión es una respuesta humana normal cuando esta ligada a un factor específico que lo desencadena; con un período de duración breve. Sin embargo, cuando ésta es prolongada, intensa y generalizada, se considera como un transtorno afectivo de origen orgánico o en todo caso, con más frecuencia de tipo psicógeno; el cual se debe a las reacciones de la persona ante su medio que es una fuente potencial que genera factores que la precipitan.

Sin embargo, consideramos que la depresión ha sido insuficientemente investigada y por lo tanto no se ha entendido en forma clara debido a que tiene diferentes sentidos, ya que puede referirse a un síntoma, a un estado interno, a un cuadro sindrómico o a una entidad nosológica específica.

Esto conlleva a que en la práctica clínica todavía se carezca de una definición operativa precisa de la depresión, y su diagnóstico se hace con base en la presencia de un número variable de datos clínicos, que puede diferir mucho de un paciente a otro.

Por otro lado, en los últimos años, las investigaciones biológicas han aportado numerosos datos, aún por sistematizar, sobre ritmos cerebrales, fases del sueño, aminas cerebrales, funciones endócrinas y concentración de electrolitos (Copen, 1967; Bridges, 1976) que de forma signi-

ficativa se encuentran alteradas en los pacientes depresivos. Paralelamente se han desarrollado y comercializado - los fármacos antidepresivos cuya eficacia y utilidad terapéutica han quedado limitadas dado a que se estandariza el tratamiento farmacológico y sobre todo a sus efectos secundarios.

Los avances positivos en el conocimiento del sustrato fisiológico del fenómeno depresivo no excluyen la necesidad de explorar su vertiente conductual. Ambas líneas - de trabajo han de ser, por el contrario, complementarias. Sin embargo, en la actualidad las variables conductuales - implicadas en la depresión han sido aún poco investigadas, aunque se han recogido ya suficientes datos como para sustentar algunas hipótesis iniciales.

Debido al interés por tratar de explicar este padecimiento se han generado diversas teorías. Las primeras explicaciones fueron expuestas por el modelo médico, que refiere la depresión a cierta incapacidad del organismo para producir algunos elementos bioquímicos que se encuentran - alterados en estos pacientes.

Se ha tratado de explicarla también psicodinámicamente, partiendo de modelos de la personalidad en los que se acepta que el comportamiento mantiene un alto grado de generalidad. Así, el comportamiento está en función de variables subyacentes al organismo.

Estos dos modelos han conllevado a los clínicos en nuestro país a una práctica tradicional, por largo tiempo, de estudiar y tratar fenómenos conductuales bajo esquemas médicos que impregnan el modo de pensar del psiquiatra que orienta su exploración hacia la búsqueda de cuadros sintomáticos más o menos definidos y encuadrables bajo un diagnóstico más o menos preciso. Las circunstancias ambientales que influyen en los pacientes y que son un factor importante, solo entran en el esquema como un dato accesorio o a lo más como un dato que explica la etiología y facilita al pronóstico de la enfermedad. Por consiguiente nos encontramos con que las relaciones sintomáticas son mucho menos consistentes y lo que es más importante, no facilitan un tratamiento o un pronóstico suficientemente seguro.

Debido a la inconformidad que sentimos respecto a esta manera tradicional de pensar y practicar la psicología, la finalidad que persigue este trabajo es ampliar la visión de los terapeutas en cuanto a la práctica clínica y exponer otro tipo de alternativa de explicación y tratamiento para algunos trastornos psicológicos.

En este estudio la opción propuesta es el modelo de aproximación conductual, el cual brinda las siguientes ventajas sobre los modelos tradicionales: A partir del desarrollo de la terapia de la conducta ha sido posible dar otro tipo de explicación a la depresión. El modelo parte

...

fundamentalmente de los paradigmas del aprendizaje e intenta establecer las relaciones funcionales existentes entre los estímulos y las respuestas, pero lo que es más importante destacar es que con este objetivo se han logrado evaluar las respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas, así como las variables situacionales que provocan la conducta depresiva.

El estudio conductual evita el problema diagnóstico y se orienta hacia la observación, si es posible directa y el análisis del comportamiento actual del sujeto, tratando de relacionarlo y explicarlo con las contingencias y variaciones de su entorno. Así mismo, se han podido desarrollar nuevos instrumentos de evaluación y estrategias para su tratamiento.

Por otra parte, igual que en el estudio de otros síndromes anormales, las teorías que se encuentran dentro del marco de la teoría conductual, y que tratan de explicar la depresión consideran factores tanto psicológicos como fisiológicos. Cada postura teórica subraya uno u otro aspecto de la depresión.

Por ejemplo: En algunas teorías que tratan de explicar la depresión como ansiedad, se considera que los pensamientos y las creencias son verdaderas causas de estos estados emocionales. Tal vez la teoría de Beck (1967) sea -

la más importante acerca de la depresión, considerada que los procesos del pensamiento son verdaderos factores causales. Su tesis fundamental es que los individuos deprimidos se sientan así por estar cometiendo errores de lógica característicos.

Para los teóricos del aprendizaje social, es primordial el concepto de reducción en el reforzamiento; cuando una persona deja de actuar como lo hacía en presencia de un reforzamiento abundante (Ferster, 1965; Lazarus, 1968), debe ser reforzado el primer nivel inferior de actividad (Ullmann y Krasner, 1969).

Las teorías del aprendizaje, al concebir la depresión como una actividad reducida debido a una falta de reforzamiento han suscitado una mayor elaboración de investigación sobre todo por parte de Lewinsohn y sus colegas. Muchos estudios realizados por este grupo confirman hasta cierto punto la hipótesis fundamental de que la depresión puede ser causada por una escasez de conductas positivamente reforzables (Lewinsohn y Libet, 1972) pero todavía hacen falta muchas investigaciones para determinar las relaciones causales específicas entre reforzamiento y estados de ánimo.

Otra teoría importante que cabe destacar es la propuesta por Seligman (1976) quien ha postulado un modelo de la depresión como inutilidad aprendida, sugiriendo que la

ansiedad es la respuesta inicial ante una situación que produce angustia. Pero si la persona llega a convencerse de que no puede tener control. La ansiedad queda reemplazada por la depresión. Así mismo, Seligman propuso que la inutilidad aprendida que se manifiesta en los animales puede ofrecer un modelo semejante para tratar de explicar la depresión en el hombre ya que al igual que las personas deprimidas, los animales manifiestan pasividad ante la tensión, dejando de hacer lo que pudiera ayudarles a salir adelante; desarrollan anorexia, teniendo dificultades para comer o retener lo comido, y bajan de peso. A partir de estos paralelos conductuales y biológicos, Seligman procede a examinar posibles correspondencias en las causas del sentimiento de inutilidad y de la depresión.

Para entender el fenómeno de la depresión es necesario conocer sus causas, desarrollo y mantenimiento. Es por esto que nos sentimos con la inquietud de incursionar en la polémica teórica que ha suscitado este problema dentro del campo de la psicología, para posteriormente dar una opción a su tratamiento, puesto que este padecimiento requiere de atención psicológica para aliviar los problemas que pueden surgir en la vida familiar, comunitaria y social de las víctimas de la depresión.

Para ello proponemos el siguiente objetivo:

Objetivo General: Describir la metodología de la Terapia de la Conducta y proponer una estrategia de tratamiento que pueda utilizar el terapeuta en la intervención clínica de la depresión de origen psicógeno.

Para cumplir el objetivo anterior es necesario recurrir a los siguientes objetivos particulares:

- a) Especificar los síntomas y tipos de la depresión.
- b) Revisar los diferentes enfoques psicológicos sobre la depresión.
- c) Especificar los pasos a seguir en la detección de conductas depresivas.
- d) Elegir los instrumentos de evaluación más apropiados para la detección de conductas depresivas.
- e) Seleccionar y explicar las características y propósitos de las técnicas de tratamiento conductual.

Objetivos que nos conducen a plantear el siguiente estudio como una investigación de carácter bibliográfico. Así, en su desarrollo esta investigación pretende no solo agrupar diferentes explicaciones sobre la depresión, sino también destacar la importancia social que ha adquirido y

por último ofrecer un panorama general de la metodología y técnicas de la terapia de la conducta como instrumentos - eficaces en la evaluación y tratamiento de la depresión - como alternativa a los procedimientos tradicionales.

CAPITULO I

1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS.

La descripción de la depresión se encuentra en los documentos médicos más antiguos, conociéndose bajo el nombre de "melancolía". La primera descripción clínica de la melancolía fue hecha por Hipócrates (460-377) a.c.). Su psicopatología era en gran parte fisiológica, consideraba que la melancolía era producida por un exceso de "bilis negra".

Otro médico, Areteo de Cappadocia (30-90 a.c.), observó que los estados maniaco y depresivo se producían a menudo en el mismo individuo y que, entre períodos de trastornos, el paciente estaba lúcido. Areteo describió al paciente melancólico como "triste, desmayado, insomne.. Adelgazan debido a su agitación y a la falta de sueño reparador.... En una etapa más avanzada, se quejan de muchas futilidades y desean la muerte".

Igualmente se incluyen Platón y Aristóteles, quienes mencionaron trastornos tales como la manía, melancolía, estupor o demencia y la imbecilidad.

Tiempo después, en la Edad Media, cuando la causa del trastorno mental no era obvia, el hombre trataba de explicarla sobre la base de alguna influencia que otro ser humano o, tal vez un espíritu, ejercía sobre él. La influencia del primero podía combatirse potencialmente mediante el ejercicio de una influencia contraria a través de la magia. Se recurría a las fuerzas sobrehumanas mediante el desarrollo de prácticas mágico-religiosas. La idea de que los espíritus causaban los trastornos mentales se mantuvo en la historia del hombre durante períodos más largos que cualquier otra. Esto es comunmente característico de ciertas tribus africanas quienes explican sus sentimientos de falta de valor (o inutilidad) adjudicando a que han sido embrujados. En tales comunidades se hace específica la culpa irracional y la autocondenación que son características de la depresión.

Después de la dominación de las curaciones espirituales durante la Edad Media, Felix Platter, quién surgió años más tarde, describió la melancolía como una clase de alineación mental con imaginación y con juicio, también pervertidos; que sin causa alguna las víctimas se tornaban tristes y temerosas (Seligman, Klein y Miller, 1976). Platter pensaba que el terror era la causa más común de un accidente súbito y aconsejaba drogas, nutrirse, desan- grarse, y/o una cauterización como tratamiento.

Posteriormente, Kraepelin (1913), acuñó en el año de 1896 el término (maniaco-depresivo), amplió luego el concepto para incluir todos los casos de "excesos afectivos", Kraepelin basaba parte de su enfoque del problema en su clasificación etiológica de enfermedades exógenas, causadas por toxinas bacterianas, químicas o de otro orden, y enfermedades endógenas causadas, a su parecer, por trastornos degenerativos y hereditarios.

Así pues, vemos que en las descripciones antiguas se encuentran los signos y síntomas cardinales que hoy se emplean para diagnosticar la depresión: alteraciones del estado de ánimo, autocastigo, conducta autodenigrante, el deseo de morir, síntomas físicos y vegetativos y la creencia de haber cometido pecados imperdonables.

Hay pocos trastornos psicológicos cuyas descripciones clínicas sean tan constantes a través de las sucesivas épocas de la historia de la humanidad. Es notable que las descripciones históricas de la depresión indican que ésta se manifiesta en todas las esferas conductuales.

1.2. INCIDENCIA DE LA DEPRESION EN MEXICO.

En México pocas son las personas e instituciones que se han interesado en realizar estudios epidemiológicos de la depresión; a causa de esto, desafortunadamente, en nuestro medio no contamos con información estadística confiable sobre este problema, más no por ello podemos negar que el problema se encuentra entre nosotros y día con día se agudiza más.

Ante la imposibilidad por nuestra parte, de suministrar datos sistemáticos de valor estadístico significativo; vamos a mencionar tan solo algunos datos al respecto.

Según Campillo y Caraveo (1979), en el Distrito Federal y en la República Mexicana, los trastornos afectivos ocupan el cuarto lugar entre los distintos diagnósticos de las instituciones psiquiátricas. En la tabla siguiente (tabla No. 1) podemos observar que a los trastornos afectivos los supera en primera instancia la esquizofrenia, luego la psicosis orgánica y la adicción a drogas.

	Distrito Federal (1974) 8 273 000	República Mexicana (1976) 60 088 426
Esquizofrenia	166.30	69.70
Psicosis Orgánica	49.70	28.67
Adicción a Drogas	40.80	14.19
Psicosis Afectivas	25.20	12.00
Neurosis Depresiva	25.20	16.00

Tabla No. 1. Prevalencia de trastornos mentales en hospitales - psiquiátricos de la S.S.A. (tasas por 100.000 habitantes).

	Distrito Federal (1974)	República Mexicana (1976)
Población	8 273 000	60 088 426
Melancolía Involuntiva	8.10	3.60
Psicosis Maniacodepresiva	13.00	7.98
Psicosis no Especificada	4.10	0.40
Psicosis Afectivas	25.20	12.00
Neurosis Depresiva	25.20	16.00

Tabla No. 2. Prevalencia de trastornos depresivos en hospitales psiquiátricos de la S.S.A. (tasas por 100.000 habs.)

En la tabla No. 2, encontramos la distribución de las distintas categorías de los trastornos depresivos que se diagnosticaron en diferentes hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia entre los años 1974-1976.

Un aspecto que es importante destacar en las tablas 1 y 2, es que las tasas que corresponden al D.F. sean más altas que las que se refieren al resto de la República Mexicana. Campillo (op. cit. pág. 40), explica este hecho - diciendo que "difícilmente podrá tratarse de una diferencia real, pues es fácil explicarla reconociendo que los habitantes del D.F. tienen mucho más acceso a las instituciones psiquiátricas que los del resto del país".

Por otra parte, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Español de la Ciudad de México (Campillo y Díaz, 1976), la depresión ocupó el primer lugar entre todos los demás diagnósticos con una prevalencia del 66% entre la población que acudió a tratamiento. Posteriormente se realizó una encuesta en los servicios de medicina interna y en la sala de pacientes crónicos, la cual arrojó porcentajes del 38% y 48% respectivamente. (tabla NO. 3).

	Población	Porcentaje Pacientes
Servicio de Psiquiatría	230	66%
Serv. de Medicina Interna.	89	38%
Sala de Pacientes Crónicos	100	48%

Tabla No. 3. Prevalencia de pacientes con síntomas depresivos en varios servicios de un hospital general (Hospital Español).

Del mismo modo, en el Centro de Salud Mental de la U.N.A.M. el cual atiende a toda la población estudiantil de la Ciudad Universitaria, se encontró que entre los años 1973-1974, la depresión ocupó el primer lugar entre todos los diagnósticos con un porcentaje del 48% (Campillo y Díaz, pág. 26), (ver tabla No. 4)

Diagnóstico	No. de Casos	Porcentaje
Síndrome Depresivo	54	48
Neurosis de Carácter	30	27
Psicosis Manifiesta	3	3
Sin patología aparente	15	14
Otros	10	8
	<u>112</u>	<u>100%</u>

Tabla No. 4. Diagnóstico psiquiátrico de 112 estudiantes que se atendieron en la Clínica de Salud Mental de la U.N.A.M. entre 1973 y 1974. (Muestra de 1000 expedientes tomadas al azar).

En otro estudio realizado también por Campillo y cols. (1980), encontramos esta vez a la depresión incluida dentro de la neurosis que en la tabla No. 5 ocupa el mayor porcentaje.

	Pob. Fem. n-268 N-431	Pob. Masc. n-96 N-166
Psicosis	0.5%	0.7%
Transt. Afect. Mayores	6%	3%
Neurosis.	24%	15%
Transt. de la Person.	1%	---
Alcoholismo y Dependencia a Drogas	0.3%	2%
Transt. Psicofisiológicos y Situaciones Transitorias	2%	4%
Otros	0.5%	---

Tabla No. 5. Diagnóstico Psiquiátrico. Población que requiere atención especializada en psiquiatría Consulta externa general. (Hospital Español)

Así mismo en una investigación llevada a cabo en el Hospital Español en los años 1980-1981, Pelaes (1982), encontró que la depresión incluida nuevamente dentro de las neurosis diversas (tabla No. 6) ocupó el primer lugar de prevalencia con un 28.49% respecto a otros padecimientos diagnosticados en la población que acudió a dicho lugar.

Diagnóstico	Población	
	n-590	N-1299
Neurosis Diversas		28.49%
Transt. Afectivos Mayores		7.89%
Crisis Situacionales y		
Transt. Psicofisiológicos		4.86%
Transt. de la Personalidad		3.85%
Psicosis		0.21%

Tabla No. 6. Frecuencia de pacientes psiquiátricos diagnosticados por el psiquiatra en consulta externa. (Hospital Español, 1980-1981).

Con todos los datos anteriores podemos darnos una idea, aunque lejana, de la magnitud que este cobrando el fenómeno depresivo en nuestra población en términos de morbilidad. Pero se presenta un problema semejante si lo observamos bajo la perspectiva de las tasas de mortalidad. Algunos autores piensan que en los hombres y en las mujeres depresivos, las tasas de mortalidad son tres y dos veces más altas respectivamente que en la población general.

Las causas que explicarían esta mortalidad elevada son varias; entre las más aparentes se encuentran una mayor susceptibilidad de los pacientes depresivos a las enfer-

medades, una tendencia alta a los accidentes y, desde luego, el suicidio. Respecto a este último, tiene una estrecha relación con la depresión, ya que este trastorno sitúa al individuo en situaciones propicias para que el suicidio se convierte en una alternativa de solución a sus problemas. Se ha calculado que entre el 45 y 70% de los sujetos que se han suicidado sufrían depresión. También se ha estimado que alrededor del 15% de los pacientes deprimidos va a suicidarse, (Fig. 1). La mayor parte de estos suicidios van a cometerse dentro de los primeros meses que siguen a un internamiento en el hospital. Las tasas de suicidio durante el primer año después de un período de hospitalización oscilan entre el 1.5% y el 5%, lo que hace que sean de 100 a 500 veces más elevadas que las encontradas en la población general (Avery y Winokur, 1978).

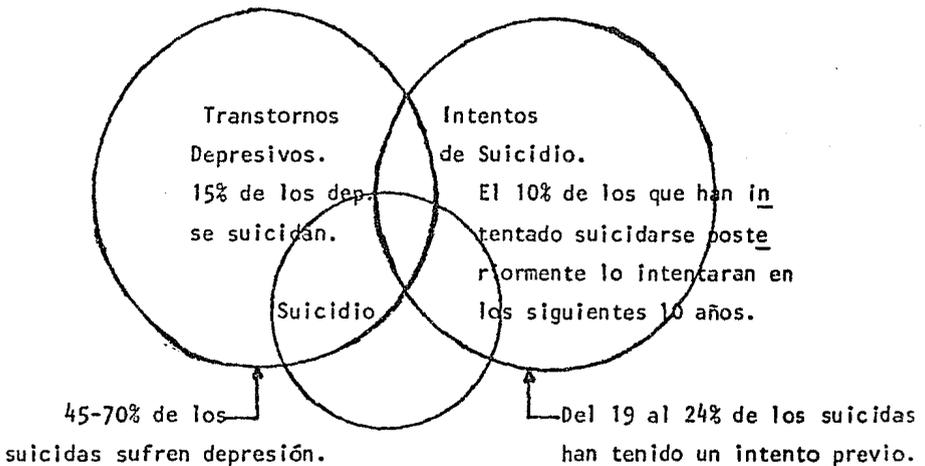


Fig. No. 1

Uno de los factores precipitantes en este tipo de casos es la "desesperanza" que en la mayoría de las veces se debe a distorsiones cognitivas de la realidad, derivada de premisas erróneas, como veremos más adelante.

adelante.

Algunos factores de alto riesgo que hay que tener en cuenta en la detección de casos suicidas son los siguientes: la soledad o aislamiento, los problemas económicos, - las dificultades para establecer relaciones interpersonales (relaciones familiares deficientes, separación, divorcio), los intentos de suicidio previos, las amenazas de - suicidio (directas o encubiertas), la depresión severa.

De los datos obtenidos en el SEMEFO, se encontró que en la década de 1969 a 1978, la tasa de suicidios fue de - 1.3 por 1000 habitantes en la República Mexicana (Total de 7 525 casos).

Por otro lado, la distribución de la tasa de suicidio por entidades federativas indica que en la zona norte del país existe un alto índice de casos, tanto en la década de 1954 a 1963 como en la de 1969 a 1978; así Chihuahua Tamaulipas y Sonora son los lugares de más prevalencia - conjuntamente con Tabasco y el Distrito Federal. En Aguas calientes, Hidalgo, Tlaxcala, Zacatecas, Oaxaca y Guerrero las tasas de suicidio son menores (Jimenez y Rico, 1978).

En cuanto a la magnitud y distribución del suicidio en el período de 1977 a 1981, podemos observar en la tabla No. 7, que el suicidio en hombres con respecto a las mujeres es de 2 : 4; para el intento del suicidio tabla No. 8,

es de 1 : 2; esto quiere decir que las mujeres atentan el doble de veces que los varones, pero estos lo encuentran - y lo llevan a cabo en su totalidad. El suicidio por abajo de los 15 años parece ser inexistente porque no se encuentran casos registrados. En la tabla 7 podemos observar - que los grupos más afectados para los años de 1977 - 1978 fueron los de 15 a 19 años, en 1979 fueron los de 15 a 19 y 20 a 24 años, para 1980 correspondió a los 20 a 24 años y para 1981 a los grupos de 20 a 34 años de edad.

Las personas solitarias tienen mayor riesgo de consu mar el suicidio, los individuos casados tienen tasas más - bajas mientras que las personas solteras cometen suicidio por lo menos más frecuentemente que estos y se observa un índice más bajo en los divorciados y en los viudos, siendo más frecuente en los últimos.

En cuanto al método empleado para el suicidio, el mayor porcentaje utiliza el estrangulamiento y el arma de - fuego sobre todo en el caso de los hombres, siendo los ve - nenos los más favorecidos por las mujeres; por otro lado - es de interés mencionar que los métodos de mayor violencia se utilizan para consumar el suicidio, mientras que los de menos violencia, si así se pueden considerar, son los uti - lizados en los intentos frustrados de suicidio. Dirección General de Estadística (1977-1981).

Los actos suicidas ocurren más frecuentemente en algunas épocas del año y se nota un pico de incidencia particularmente en primavera y otoño.

Los datos descritos anteriormente son para nosotras una muestra de que la depresión es ya un fenómeno que actualmente debe ser estudiado y atendido adecuadamente; - con esto no solo queremos abocarnos a los datos estadísticos que revelen cifras importantes, sino a las consecuencias graves que la depresión presenta en el individuo y - que de alguna manera son reflejo de nuestra sociedad.

TABLA No. 7

CUADRO 10.5 (Conclusión)
(B) SUICIDIOS, 1977 - 1981

1981

CONCEPTO	1977			1978			1979			1980			Suicidios		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres									
TOTAL	961	761	200	983	794	189	1,027	815	212	672	558	114	551	774	177
Lugar															
Casa habitación	707	530	169	672	514	158	723	549	174	478	361	97	650	495	155
Hotel o casa de huéspedes	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	24	22	2
Vía pública	112	100	12	28	21	7	25	17	8	11	9	2	60	59	1
En el campo	20	18	2	46	43	3	74	63	11	60	35	5	33	31	2
Ciudad	24	24	---	32	30	2	30	30	---	14	14	---	15	14	1
Edificio público	7	6	1	10	8	2	10	8	2	12	11	1	4	4	---
Cantinas, restaurant, café o cabaret	9	8	1	7	5	2	8	7	1	2	2	---	9	7	2
Hospital, sanatorio o consultorio	13	7	6	8	7	1	11	7	4	11	7	4	45	44	1
Fábrica o taller	3	3	---	11	11	---	8	8	---	1	1	---	7	4	3
Otro lugar	43	40	3	46	40	6	46	43	3	32	29	3	336	287	49
No especificado	11	9	2	11	11	---	7	6	1	7	7	---	23	19	4
Medio empleado															
Arma de fuego	324	277	47	321	282	39	339	285	54	213	195	18	367	328	39
Arma blanca	14	14	---	32	19	13	23	20	3	11	11	---	19	16	3
Estrangulación	368	328	40	405	353	52	403	356	47	263	234	29	117	55	62
Machacamiento	11	9	2	2	1	1	2	2	---	6	4	---	4	2	2
Respiración	22	15	7	14	11	3	28	14	10	26	16	10	6	6	1
Veneno tomado	140	60	80	121	57	64	122	60	62	98	53	45	15	14	1
Gas venenoso	1	1	---	3	2	---	5	3	---	3	3	---	27	28	9
Quemaduras	7	4	3	7	2	5	8	7	1	1	---	1	25	18	7
Supuración	15	14	1	18	14	4	17	14	3	3	3	---	43	31	10
Otro medio	42	39	3	48	34	14	62	36	26	43	31	10	56	40	16
Se ignora	17	10	7	22	20	2	18	15	3	7	6	1	22	21	1
Causa															
Acorosa	60	42	18	89	60	29	70	45	25	53	37	16	67	52	15
Económica	32	27	5	31	26	5	21	17	4	14	12	2	54	45	9
Disputa familiar	99	62	27	90	68	22	100	72	28	57	39	18	66	53	13
Enfermedades graves e incurables	107	91	16	107	89	18	85	70	15	53	49	4	62	57	5
Emancipación mental	48	33	9	55	49	6	60	50	10	40	34	6	12	7	5
Intoxicación por alcohol	54	50	4	57	54	3	60	58	2	74	32	2	552	458	94
Intoxicación por drogas	16	8	8	9	8	1	11	10	1	8	8	---	16	12	4
Reordenamiento	18	17	1	18	16	2	15	14	1	5	6	---	143	101	42
Otra causa	35	26	9	28	21	7	27	26	6	24	20	4	166	129	37
Se ignora	502	399	103	499	403	96	533	413	120	383	311	62	129	106	23
Grupos de edad															
Menores de 15 años	---	---	---	20	15	5	25	19	6	17	15	2	64	53	11
De 15 a 19 años	167	112	55	136	93	43	158	99	59	86	63	23	76	65	11
De 20 a 24 años	177	135	42	192	153	39	195	140	45	130	106	24	149	116	33
De 25 a 29 años	126	107	19	121	99	22	137	116	21	89	77	12	58	55	3
De 30 a 34 años	91	71	20	80	66	14	73	56	17	51	44	7	64	6	6
De 35 a 39 años	57	46	11	64	44	20	67	57	10	38	34	4	425	368	57
De 40 a 49 años	95	81	14	99	93	6	104	92	12	50	32	6	25	23	2
De 50 a 59 años	55	46	9	63	52	11	63	52	6	53	45	8	12	8	4
De 60 y más años	114	102	12	94	88	6	75	71	4	63	55	8	68	50	18
No especificada	79	61	18	114	91	23	145	113	32	87	67	20	49	41	8
Estado civil															
Soltero	423	338	85	415	335	80	444	357	87	284	240	44	284	240	44
Casado	394	315	79	391	320	71	396	316	80	281	234	47	391	316	75
Viudo	30	21	9	35	28	7	38	29	9	12	11	1	31	26	5
Divorciado	8	4	4	12	7	5	12	8	4	12	11	1	12	11	1
Unión libre	98	46	12	73	53	20	80	53	27	37	25	12	98	46	12
Separado	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	9	8	1	9	8	1
No especificado	46	37	11	57	51	6	48	44	4	37	32	5	46	37	9

Estadística, Geografía e Informática, SPP.

Fuente: Dirección General de Estadística,
Geografía e Informática, SPP.
Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1979 y 1980, México 1981 y 1982.

FUENTES: Secretaría de Programación y Presupuesto, Coordinación General de los Servicios Nacionales de Estadística, Geografía e Informática, Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1979 y 1980, México 1981 y 1982.

INTENTOS DE SUICIDIO Y SUICIDIOS REGISTRADOS, POR SEXO, SEGUN DIVERSOS ASPECTOS
RELACIONADOS CON EL ACTO Y EL INDIVIDUO ACTUANTE
1970 - 1981

TABLA No. 8

CUADRO 10.5

(A) INTENTOS DE SUICIDIO, 1977 - 1981

CONCEPTO	1977			1978			1979			1980		
	Total	Hombres	Mujeres									
TOTAL	83	22	61	87	32	55	60	24	36	42	18	24
Lugar												
Casa habitación	72	14	58	77	24	53	50	15	35	36	13	23
Hotel o casa de huéspedes	---	---	---	1	---	1	2	1	1	1	---	1
Vía pública	3	3	---	2	2	---	6	6	---	3	3	---
En el campo	2	1	1	1	1	---	1	1	---	---	---	---
Cárcel	1	1	---	1	1	---	---	---	---	1	1	---
Edificio público	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Cantinas, restaurant, café o cobarant	---	---	---	1	---	1	---	---	---	1	1	---
Hospital, sanatorio o consultorio	1	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Fábrica o taller	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Otro lugar	3	2	1	3	1	2	1	1	---	---	---	---
No especificado	1	---	1	1	1	---	---	---	---	---	---	---
Medio empleado												
Área de fuego	12	5	7	16	9	7	12	8	4	9	7	2
Arma blanca	5	4	1	12	5	7	7	4	3	8	5	3
Extrapolación	6	2	4	3	2	---	3	2	1	3	2	---
Machacamiento	1	1	---	---	---	---	1	---	1	---	---	---
Preecipitación	1	---	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Veneno tomado	22	5	17	13	1	10	11	3	8	9	1	8
Gas venenoso	---	---	---	1	1	---	1	1	---	---	---	---
Quedasuras	---	---	---	1	1	---	---	---	---	---	---	---
Sustración	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Otro medio	34	5	29	39	9	30	25	6	19	12	2	10
Se ignora	3	---	3	1	---	1	---	---	---	1	---	1
Causa												
Amorosa	8	1	7	11	4	7	10	5	5	7	4	3
Económica	---	---	3	1	1	---	1	---	---	1	1	---
Disputo familiar	18	6	12	39	13	26	25	3	22	12	3	9
Enfermedades graves = incurables	12	2	10	9	3	6	5	3	2	3	1	2
Fransjacion mental	2	---	2	1	---	1	4	3	1	---	---	---
Intoxicación por alcohol	3	2	1	3	2	1	1	1	---	2	1	1
Intoxicación por drogas	---	---	---	3	1	2	1	1	---	1	---	1
Amoramiento	6	---	6	1	---	1	4	3	1	---	---	---
Otra causa	10	2	8	7	4	3	5	4	1	12	6	6
Se ignora	21	9	12	12	5	7	5	4	1	12	6	6
Grupos de edad												
Ménos de 15 años	---	---	---	2	1	1	4	1	3	2	---	2
De 15 a 19 años	23	5	18	21	5	16	14	4	10	6	2	4
De 20 a 24 años	20	7	13	19	5	14	14	9	5	10	4	6
De 25 a 29 años	13	3	10	17	8	9	5	1	4	8	3	5
De 30 a 34 años	4	---	4	3	1	2	5	2	3	3	3	---
De 35 a 39 años	8	3	5	6	2	4	3	2	1	4	2	2
De 40 a 49 años	5	2	3	4	2	2	3	1	2	---	---	---
De 50 a 59 años	3	---	3	3	2	1	1	---	---	1	---	
De 60 y más años	1	1	---	1	---	---	1	---	---	---	---	---
No especificada	5	1	4	12	5	7	11	3	8	8	3	5
Estado Civil												
Soltero	35	9	26	36	14	22	34	17	17	16	7	9
Casado	44	11	33	41	16	25	24	17	7	14	5	9
Viudo	1	---	1	---	---	---	---	7	17	2	1	1
Divorciado	---	---	---	---	---	---	---	---	---	0	2	1
Unión libre	2	1	1	4	---	4	1	---	1	3	---	3
Separado	n.d.											
No especificado	1	1	---	5	2	3	1	---	1	5	3	2

Concepto	1981		
	Total	Hombres	Mujeres
Total total	52	23	29
Lugar			
Casa habitación	44	15	29
Hotel o casa de huéspedes	1	1	---
Vía pública	2	---	2
En el campo	2	1	1
Cárcel	1	1	---
Edificio público	1	---	1
Cantinas, restaurant, café o cobarant	1	1	---
Hospital, sanatorio o consultorio	---	---	---
Fábrica o taller	---	---	---
Otro lugar	2	2	---
No especificado	---	---	---
Medio empleado			
Área de fuego	10	4	4
Arma blanca	11	6	5
Extrapolación	6	1	5
Machacamiento	---	---	---
Preecipitación	2	---	2
Veneno tomado	8	2	6
Gas venenoso	1	---	1
Quedasuras	---	---	---
Sustración	---	---	---
Otro medio	14	5	9
Se ignora	---	---	---
Causa			
Amorosa	4	4	---
Económica	3	1	2
Disputo familiar	22	5	17
Enfermedades graves e incurables	5	1	4
Fransjacion mental	2	---	2
Intoxicación por alcohol	2	2	---
Intoxicación por drogas	2	---	2
Amoramiento	2	---	2
Otra causa	6	---	6
Se ignora	5	1	4
Grupos de edad			
Ménos de 15 años	2	1	1
De 15 a 19 años	9	3	6
De 20 a 24 años	6	5	1
De 25 a 29 años	9	5	4
De 30 a 34 años	3	3	---
De 35 a 39 años	2	---	2
De 40 a 49 años	1	---	1
De 50 a 59 años	2	1	1
De 60 y más años	7	3	4
No especificado	---	---	---
Estado Civil			
Soltero	21	8	13
Casado	17	8	9
Viudo	2	---	2
Divorciado	1	---	1
Unión libre	5	3	2
No especificado	5	3	2

FUENTE: Dirección General de Estadística, Coordinación General de los Servicios Nacionales de

1.3. DEFINICION.

Una de las dificultades en la concepción de la depre-sión es fundamentalmente semántica, debido a que el término ha sido variablemente empleado para designar un tipo - particular de sentimiento o síntoma, un síndrome y una entidad patológica bien definida. Como es difícil hallar un síntoma simple o una combinación de síntomas que sea uni--versalmente aplicable a la depresión, es más frecuente que se asocie con un huesped de otros estados psicopatológicos y enfermedad física.

El término depresión se utiliza a menudo para designar un patrón complejo de modificaciones emotivas, cognoscitivas y de la conducta. Así Beck (1967), define a la - depresión como: "Constelaciones de conducta en la que los_ elementos más característicos son el retardo verbal y mo--tor, llanto, tristeza, pérdida de la respuesta de alegría, pérdida del interés, autodevaluación, insomnio y anore- - xia".

Esta definición es muy compatible con las demás con- ceptualizaciones que se han generado acerca de este trans- torno. Sin embargo, como dentro de la teoría conductual - de la depresión corresponde más estrechamente a un trans--torno afectivo o emocional, nos parece más adecuada la si- guiente definición que se apega a los objetivos que preten

demos alcanzar en esta revisión de acuerdo al marco teórico de la Terapia de la Conducta; es decir, definiremos conductualmente a la depresión como: "Conducta emocional que se presenta ante una situación traumática y que se caracteriza principalmente por una reducción en la frecuencia de respuesta verbal y motora, llanto frecuente, pérdida de interés y alegría, autodevaluación, insomnio y anorexia".

Consideramos que esta definición es aplicable particularmente a la depresión exógena (o reactiva) porque en la práctica, la conducta emocional del individuo es evaluada con referencia a las siguientes dimensiones: intensidad, duración, variabilidad y adecuación. De este modo, cuando las respuestas emocionales son medidas en su intensidad extrema, variabilidad y/o duración relativa al contexto medioambiental se puede considerar que al individuo esta manifestando un desorden afectivo.

CAPITULO II

Capítulo II. SINTOMAS Y TIPOS.

A continuación trataremos de dar una visión general de las características principales de la depresión, así como las diferentes formas que se utilizan para clasificarla y los problemas que surgen en cuanto a ésta.

2.1. SINTOMATOLOGIA.

Existe un acuerdo general sobre los síntomas más comunes de la depresión. Beck (1967), obtuvo la distribución de los síntomas considerados relevantes para la depresión en 966 pacientes psiquiátricos asignados a cuatro grupos, basados en la clasificación de profundidad de depresión (nula, leve, moderada y profunda); sin considerar el diagnóstico primario. Fueron identificados cinco clases de síntomas en las áreas: afectiva, emocional, cognitiva y física.

1. Una alteración específica del estado de ánimo: tristeza, sensación de soledad, apatía.
2. Un concepto negativo de sí mismo, acompañado de autorreproches y autoinculpación.
3. Deseos regresivos y de autocastigo: deseo de escapar, esconderse o morir.
4. Transtornos vegetativos: anorexia, insomnio, disminución de la libido.

...

5. Cambios en el nivel de actividad: retardo o agitación.

Un deprimido también puede descuidar su higiene personal y su apariencia y emitir numerosas quejas hipochondriacas de malestares y dolores que al parecer no tienen ninguna base de tipo físico. Se siente rechazado e inútil y puede ser aprensivo, ansioso o estar abatido gran parte del tiempo, puede incluso llegar a un estado tal de impotencia que piense suicidarse y a veces lo intente.

Como cabe esperar, un solo individuo rara vez reúne al mismo tiempo todos estos síntomas de depresión; normalmente se aplica el diagnóstico de depresión cuando son evidentes al menos unos cuantos de ellos, sobre todo el de una profunda tristeza incongruente con la situación vital de la persona. (ver cuadro No. 1)

SINTOMAS DE LA DEPRESION

DISFORIA

- . Sentimientos dominados por pesadumbre y tristeza.
- . Pérdida de gratificación:
"No disfruto más de las cosas que he experimentado"
- . Manifiesta sentir poco o nada
- . Se siente fatigado constantemente
"Todas las cosas requieren mucho esfuerzo"
- . Pérdida del interés en los alimentos, en el sexo, etc.
- . Sentimientos de apatía".

DEFICITS CONDUCTUALES

- . Participación social mínima
"No me siento agusto con - la gente"
- . Se sienta solo y quieto, permanece acostado por mucho tiempo, no se comunica con otros.
- . Inhabilidad para realizar el trabajo ordinario.
- . Decremento en la actividad sexual.
Retardo psicomotor, el volumen de la voz decremента, palabras monótonas, murmullos.
- . Marcha y conducta general - lenta*.
- . Descuido de la apariencia - personal.
- . Falta de respuestas de alegría.

EXCESOS CONDUCTUALES

- . Quejas sobre:
Problemas materiales- del hogar, dinero y trabajo.
- . Pérdidas materiales: propiedades, dinero.
- . Peticiones de otros.
- . Ruido.
- . Memoria: inhabilidad para concentrarse, confusión.
- . Falta de afecto de los - demás:
"Nadie cuida de mí"
- . Amante de la soledad.
- . Expresa sentimientos de - culpa e Interés por: ofender a otros, sufrimientos causados por otros.
No asume responsabilidades.

* La marcha y la conducta general pueden ser agitadas alternativamente.

SINTOMAS SOMATICOS

- . Dolor de cabeza.
- . Distúrbios en el sueño:
Sueño sin reposo, despierta
frecuentemente durante la noche,
despierta completamente o des--
pierta en la madrugada.
- . Fatiga.
- . Transtornos gastrointestinales:
Indigestión, costipación.
- . Pérdida de peso.
- . Vértigo.
- . Pérdida de la libido.
- Taquicardia.
- . Sensaciones en el pecho.
- . Dolor generalizado.
- . Transtornos Urinarios.

MANIFESTACIONES COGNITIVAS

- . Baja autoevaluación:
Sentimientos de fracaso, inadecuación,
importancia y desamparo.
- . Expectación negativa:
"Las cosas siempre serán malas
para mí".
- . Autocrítica y culpa:
"La gente debe despreciarme si
me conoce".

2.2. CLASIFICACION.

Tradicionalmente la clasificación de los trastornos afectivos se realiza a través del *Diagnóstico And Statiscal Manual For Mental Disorders* (APA, 1968); sistema que sigue la *American Psychological Association* y otras organizaciones profesionales.

Los diagnósticos de la APA que incluyen depresión son:

A. Trastornos Afectivos importantes (también descritos como psicosis afectivas).

1. Enfermedades maniacodepresivas (también descritas como psicosis maniacodepresivas).

a. Tipo maniaco.

b. tipo depresivo.

c. tipo circular.

d. Otros trastornos afectivos de importancia. (También descritos como psicosis afectivas) que incluyen enfermedades maniacodepresivas "mixtas".

2. Melancolía involutiva.

B. Reacción Depresiva Psicótica.

C. Neurosis Depresiva (también descrita como depresión reactiva).

...

Aunque este tipo de sistema es un método importante para distinguir los rasgos que determinados pacientes tienen en común como de aquellos por los cuales difieren de otros; algunos investigadores mantienen el punto de vista de que la clasificación de una enfermedad de tipo psiquiátrico no sirve a ningún fin por ser innecesario, ya que un gran número de personas ofrecen una sintomatología tan poco definida o difícil de realizar y depende de las fluctuaciones de un momento dado.

Nosotras estamos a favor de esta posición por las cuestiones siguientes: consideramos que las conductas depresivas varían tanto de persona a persona que no pueden esclarecerse e identificarse tan fácilmente como parece sugerirlo el sistema del DSM. Probablemente, este tipo de clasificación se ideó originalmente con el propósito de describir un cierto tipo de conducta pero la discrepancia de su uso por los profesionistas que lo utilizan y el gran número de subtipos que contiene, ha originado que cada psicólogo y cada psiquiatra tenga su propio modo de entender estos términos; como consecuencia de ello, es baja la proporción de concordancia entre éstos sobre el diagnóstico en particular. Además de que este tipo de clasificación permite suponer que una persona actúa de una determinada manera solo por haber sido encajada en cualquiera de estos rotulos de enfermedad mental.

Por otra parte, tomando en cuenta la posición teórica de la cual partimos, intentaremos evitar esta clasificación de diagnóstico tradicional para hacer un examen más detallado de las conductas específicas que afligen a un individuo depresivo con el fin de evaluar sólo las áreas siguientes: 1) Dificultades emocionales, 2) Dificultades - - cognoscitivas, 3) Dificultades motivacionales y conductuales, y 4) Problemas físicos. Porque pensamos que este tipo de información proporciona al clínico un concepto mucho más preciso de lo que el paciente califica como depresión, que aquella que puede obtenerse de una evaluación que termine en un diagnóstico del tipo de DSM antes mencionado.

2.3. DEPRESION ENDOGENA Y EXOGENA.

El concepto de depresión endógena - exógena, ha causado una gran controversia en psiquiatría y en psicología. Esta clasificación esta basada primeramente en el etiología.

La depresión endógena es causada por factores internos (bioquímicos, hormonales o genéticos), hay otras numerosas bases biológicas de la depresión que son de corta duración p.ej.: anormalidades en el ciclo menstrual, drogas comunes (p.ej., digitalis, cloropromazine, reserpina y - otros tranquilizantes). La depresión biológica pasa y desaparece como una función del reestablecimiento del proce-

so biológico normal. La recuperación puede ser facilitada por drogas antidepresivas o por la terapia electroconvulsiva. La recurrencia depende del resurgimiento del estado biológico relevante.

Mientras que la depresión exógena es un término ampliamente usado para describir un estado depresivo que surge en asociación con experiencias tensionantes en individuos predispuestos y desencadenada por factores externos (tensión, traumas psicológicos y conflictos emocionales).

Sin embargo, ambas depresiones, endógena y exógena encajan en la definición dada por Beck.

Hay algunos métodos objetivos que proporcionan una diferencia más consistente entre la depresión endógena y exógena, pero parece que han sido ignorados por los clínicos e investigadores, entre ellos está el umbral de sedación (Wolpe, 1979), p.ej.: la cantidad de barbitúrico inyectado intravenosamente en una proporción que produce una falta de respuesta en la estimulación verbal. El umbral es bajo en la depresión endógena y alto en la depresión exógena.

En el siguiente cuadro (No. 2) hemos ordenado sistemáticamente ambas depresiones en cuanto a etiología, síntomas y reacción al tratamiento, con el objeto de hacer más perceptibles las diferencias.

...

Diferencias Entre la Depresión Endógena y Exógena.

<u>Dep. Endógena</u>	<u>Dep. Exógena</u>
<u>Etiología:</u> Factores bioquímicos, hormonales, genéticos.	Tensión, conflictos, trauma psicológico.
<u>Síntomas:</u> (+) Retardo motor (-) Interés por la vida (+) Síntomas somáticos (+) Depresión severa (-) Reactividad al medio (+) Insomnio (-) Autocompasión (-) Precipitación al stress (+) Episodios previos (+) Pérdida de peso (+) Despertar precoz (+) Culpa (-) Rasgos de inadaptación (+) Personalidad histérica (+) Suicidio	(-) Retardo motor (+) Interés por la vida (-) Síntomas somáticos (-) Depresión severa (+) Reactividad al medio (-) Insomnio (+) Autocompasión (+) Precipitación al stress (-) Episodios previos (-) Pérdida de peso (-) Despertar precoz (-) Culpa (+) Rasgos de inadaptación (+) Personalidad histérica (-) Suicidio
<u>Reacción al tratamiento:</u> + T.E.C. + Antidepresivos - Psicoterapia - Umbral de sedación (estimulación verbal)	- T.E.C. - Antidepresivos + Psicoterapia + Umbral de sedación (estimulación verbal)

CAPITULO III

Capítulo III. ANSIEDAD Y DEPRESION.

Nos parece adecuado tratar la relación entre estados depresivos y la ansiedad, ya que constituyen un problema de importancia central en el campo de los desordenes afectivos.

Frecuentemente el problema consiste en saber si la depresión esta subordinada a la ansiedad o es al contrario. Pero debe saberse que una y otra tienen estrechas relaciones con las emociones y que pueden ser consideradas como estados afectivos extremadamente subjetivos que acompañan a las reacciones de adaptación más o menos fuertes cuando las diferentes situaciones implican exposición a los diferentes estímulos ambientales. No son solamente agentes "tensionantes", sino también son reacciones integradas afectivas, intelectuales, voluntarias y somáticas. Implican además de la participación de SNC la del organismo entero y sobre todo las de las vísceras. Las emociones tienen por tanto un aspecto físico y psicológico.

Hay que establecer una distinción simple en cuanto a si la ansiedad se manifiesta en estado puro (lo cual es raro en la práctica) o bien si la ansiedad es un síntoma reactivo a la depresión. Ciertos estados ansiosos suelen verse complicados con depresiones y fobias secundarias y una verdadera depresión frecuentemente está enmascarada

por la agitación, la ansiedad y la tensión.

En la práctica es muy difícil diferenciar la ansiedad y la depresión; los síntomas psicológicos y somáticos de la ansiedad y de la depresión se combinan y parece lógico que un tratamiento para la depresión frecuentemente eliminará el componente ansioso que está como síntoma principal al problema depresivo.

Algunos autores presentan la ansiedad y la depresión como dos posibles consecuencias de una triada de factores procedentes de una esfera sensitiva y emocional. Podemos representar la relación entre la depresión y la ansiedad de la forma siguiente: (ver Fig. 2)

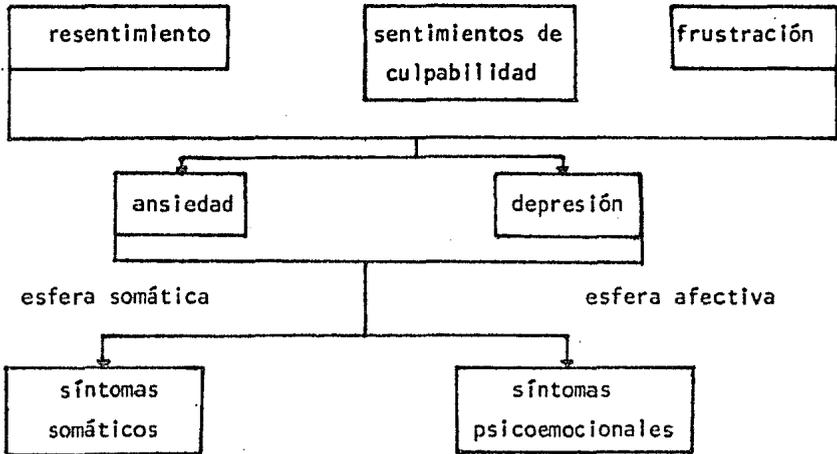


Fig. 2. Relación entre ansiedad y depresión.

Por otro lado, Wolpe (1979) hace una distinción de otro tipo de circunstancias en las que se observa la respuesta de depresión exógena. Son tres las circunstancias: a) como una exageración y prolongación de la respuesta normal ante la pérdida; b) como consecuencia de una respuesta de ansiedad intensa y prolongada y c) como consecuencia de no poder controlar situaciones interpersonales, y esta impotencia se debe a los efectos inhibitorios de la respuesta de ansiedad reactiva.

Los pacientes en los que se observan antecedentes de crisis de respuesta de ansiedad por períodos largos informarán a menudo tener acceso de depresión que están correlacionados con momentos de gran ansiedad. Generalmente la respuesta depresiva sigue a la respuesta de ansiedad, y no pocas veces llega a reemplazarla. Según los experimentos de Maier y cols. (1969); - la explicación se encuentra en el desarrollo de la inutilidad aprendida. Es decir, el paciente ha estado muy ansioso por días o semanas. Ha realizado actos que en el pasado actuaron como reductores de la respuesta de ansiedad, y ahora todos ellos han fracasado al no reducir esta respuesta. En consecuencia caen en la pasividad y en la depresión emocional que son indicadores de la inutilidad aprendida. En algunas condiciones, la depresión domina y -

reemplaza a la respuesta de ansiedad de la cual surgió.

Igualmente, la depresión parece surgir solo cuando - la dominación se deriva no de un poder real, sino de la - sumisión condicionada del dominado, que es incapaz de mane_ jar efectivamente a la otra persona debido a un hábito de_ respuesta de ansiedad condicionada ante el pensamiento de_ afirmarse o ante ciertas implicaciones proyectadas de aser_ tividad: como lastimar los sentimientos de la otra perso_ na. Incapaz de estimular cualquier respuesta motora que - le de algún dominio de la interacción, la persona se depri_ me.

Por ahora creemos conveniente dejar aquí este punto, ya que más tarde trataremos ampliamente el modelo de la - inutilidad aprendida por la importancia singular que en - este trabajo tiene.

CAPITULO IV

CAPITULO IV. PERSPECTIVAS TEORICAS SOBRE LA DEPRESION.

A fin de ampliar un poco más la visión del problema en cuestión, trataremos de exponer de manera general cuatro de los modelos principales que explican cada uno, desde su particular punto de vista, el origen, desarrollo y mantenimiento del trastorno depresivo. Estos son: el médico, el psicoanalítico, el cognitivo y el conductual.

4.1. MODELO MEDICO

El modelo médico de la conducta anormal se ha estructurado según los puntos de vista a los cuales se adhiere a la medicina. De este modo, las descripciones y tratamientos más conocidos de la depresión caen dentro de este contexto y adjudican una causa biológica a este trastorno. Se han estudiado extensamente los correlatos fisiológicos y bioquímicos de la depresión. Algunos de los hallazgos en este campo sugieren que los pacientes depresivos muestran un mayor grado de excitación fisiológica que los normales; debido quizá en respuesta a la tensión psicológica crónica o posiblemente a un mecanismo causal más importante. El cortisol, un producto de las glándulas suprarrenales, está presente en niveles superiores a la normalidad en pacientes depresivos (Rubin y Mandell, 1966). Pero una mayor cantidad de hormonas corticosuprarrenales como el cortisol están presentes en otras perturbaciones como la

esquizofrenia aguda y en las reacciones de ansiedad y no parece ser peculiar de la depresión.

Los estudios de ondas cerebrales (Paulson y Gottlieb, 1961) y de tensión muscular (Whatmore y Ellis, 1962), proponen que los pacientes deprimidos tienen niveles superiores a lo normal de excitación del S.N.C. y de tensión muscular. Mendels y Hawkinns (1970) concordaron con la noción de sobre-excitación; usando indicaciones objetivas de patrones de sueño, encontraron que los pacientes depresivos no solo sueñan menos en general sino que pasan menos tiempo proporcionalmente en sueño profundo. Estos autores controlaron el sueño de sujetos deprimidos y normales con medidas de movimientos oculares y ondas cerebrales.

Por otro lado, las investigaciones sobre la bioquímica de la depresión se dirigen a la hipótesis de las catecolaminas (Schildkraut, 1965), que establece que la depresión se debe a una deficiencia absoluta o relativa de las catecolaminas (transmisores neurales) en receptores adrenergicos funcionalmente importantes en el cerebro. Contrariamente, la elación puede ser referida a un exceso de estas aminas.

Las aminas biógenas actúan como neurotransmisores en las sinapsis, bioquímicamente mediadas o como neurohumores, modulando la actividad de las neuronas centrales que regulan particularmente el afecto y la conducta.

Las aminas biógenas pueden dividirse en dos grupos, según su estructura química fundamental:

1. Catecolaminas, como la epinefrina, la norepinefrina y la dopamina.
2. Indolaminas, tales como la serotonina y la histamina.

Las neuronas monoaminas específicas se encuentran principalmente en el Sistema Límbico y en el hipotálamo; la concentración de la norepinefrina es muy alta en el hipotálamo y la dopamina en el ganglio basal.

Baldessarini (1975), sostiene que la hipótesis de la catecolamina no ha conducido a ninguna teoría biológica coherente de psicopatología ni a más terapias que aquellas incluidas por un acontecimiento casual.

Por otra parte, la investigación directa de la hipótesis de la catecolamina en seres humanos es muy difícil porque las aminas biógenas centrales circulan por la sangre pero no cruzan la barrera del cerebro. Sus derivados que logran atravesar la barrera están mezclados con las sustancias químicas periféricas; las posibilidades de estudiar el cerebro humano en estado activo, en esta instancia, son sumamente limitadas.

Tratamiento:

Uno de los tratamientos somáticos para aliviar la depresión son las drogas antidepresivas, frecuentemente prescritas en conjunción con alguna psicoterapia analítica o de apoyo. Las drogas empleadas de efecto más rápido son las anfetaminas, pero el problema de habituación las reglamenta fuera de uso para la depresión crónica. Un segundo grupo de drogas comunmente prescritas son aquellas que parecen bloquear la acción de la enzima MAO previniendo un agotamiento de la NE, de este modo, asegura la cantidad adecuada para el neurotransmisor. Recientemente, las drogas con menos adversidad a los efectos secundarios se han introducido para tratar depresiones leves o moderadas. Están las triciclicaminas, que previenen la ruptura de la serotonina. Sabemos desafortunadamente, que las drogas antidepresivas pueden llevarse semanas o meses para hacer efecto y todas tienen la desventaja potencial de serios efectos secundarios. Según la evaluación de la literatura de investigación, las diferencias en las dosis usadas y el tipo de pacientes tratados, produce confusión y resultados contrarios.

En la revisión de los procedimientos y resultados experimentales empleados en múltiples estudios sobre los antidepresivos Costello y Belton (1970), concluyeron que estos estudios muestran evidencias terapéuticas de valor

...

no experimental.

Otra de las intervenciones médicas en el tratamiento de la depresión es el uso de la terapia de electrochoque - (TEC). Hay algunas pruebas de que la TEC es efectiva en - la interrupción rápida de episodios depresivos. Sin embargo, el mecanismo de acción no es totalmente comprendido.

El tratamiento implica colocar un par de electrodosen en la cabeza del paciente y dar de 150 a 170 voltios intensos en el cerebro. En el uso anterior de la TEC, el tratamiento se iniciaba con el paciente totalmente consciente - y el espasmo muscular intenso producido por la corriente - eléctrica algunas veces ocasionaba la ruptura de algunos - huesos. Puesto que el paciente estaba frecuentemente espantado y muy tenso, involuntariamente se hicieron críticas objetando las características tan barbaras de tratamiento y gradualmente el procedimiento cayó en el desuso. - Posteriormente, se realizaron algunas mejoras en el procedimiento de la TEC, ya que su uso actual requiere la preanestesia y el relajamiento de los músculos. Según el modelo médico, se estima el éxito en un rango del 60% a 80% muchos pacientes muestran una recuperación completa después de 6 u 8 tratamientos. Los médicos reportan que los pacientes tratados con este método parecen muy relajados, - comen y disfrutan de sus alimentos, duermen bastante, sonrien y recobran sus actividades sexuales.

...

Los proponentes de la TEC argumentan que la base de las críticas y objeciones en contra de esta terapia es lo anticientífico y los factores emocionales que causa, pero las desventajas reales no pueden ser ignoradas; la TEC - - causa daño permanente en la memoria y su uso excesivo daña totalmente los procesos cognitivos. Tal vez, la más - - amplia y cuidadosa documentación revisada de la TEC la han realizado (op. cit.); quienes concluyen que las deficiencias metodológicas en los estudios reportados son muy grandes y que además no son datos sólidos para apoyar al pensamiento clínico de que la TEC tiene un valor terapéutico.

4.2. MODELO PSICODINAMICO

En 1911, Karls Abrahm llevó a cabo el primer intento sistemático de explorar la enfermedad maniacodepresiva según las exigencias de una teoría psicoanalítica, comparando la depresión con la pesadumbre o el duelo normal. Afirma que la diferencia crucial entre pesadumbre y depresión estriba en que la persona que lleva duelo está conscientemente preocupada por la pérdida de alguien, mientras que un paciente depresivo se haya dominado por sus sentimientos de pérdida, culpa o baja autoestimación. En el paciente depresivo, los sentimientos inconscientes de hostilidad hacia la persona pérdida (real o simbólica) se dirigen contra sí mismo, a medida que lo son las deficiencias o debilidades que él ha atribuido (por lo general de

manera inconsciente) a la persona pérdida. Abraham opinaba que el depresivo percibe una pérdida como rechazo de sí mismo por la manera en que la confunde inconscientemente - con experiencias previas y sensibilizadas.

En su escrito de 1917, "Duelo y Melancolía", Freud amplió las ideas de Abraham para dar una base teórica al concepto de depresión en términos de teoría psicoanalítica. Según Freud, la diferencia esencial entre pesadumbre y depresión consiste en que en la última hay una acentuada pérdida de autoestimación. Además en el duelo la pérdida es consciente, mientras en la depresión la verdadera pérdida es inconsciente.

Freud señalaba que, en el curso normal del duelo, la persona a quien éste concierne separa las emociones previamente asociadas con la persona pérdida y llega a identificarse él mismo con estos sentimientos. Sus sentimientos ambivalentes previos de odio hacia el objeto perdido, sentimientos no expresados y quizá no reconocidos, se canalizan dirigiéndose al propio sujeto. Este hecho se caracteriza por:

1. Irritación dirigida al objeto perdido, procedente de sentimientos de resentimiento y abandono.
2. Sentimientos de culpa respecto del objeto perdido, que se derivan de los pecados de omisión, reales o imaginarios, de la persona afectada por el due-

lo.

3. Un sentimiento de sufrimiento y pérdida centrado en la persona misma.

Freud afirmaba que para resolver estos sentimientos era necesario el "trabajo" de la pesadumbre o del duelo, - el cual implica el recuerdo consciente y la expresión de - los objetos de memoria y fantasía. Cada vez que esto - - ocurre se van perdiendo los vínculos que atacaban a la per - sona afectada por el duelo con la persona perdida. Esta - reducción de ataduras permite el enderezamiento gradual de las emociones hacia nuevas actividades y relaciones.

Es evidente que la pérdida de un objeto amado, que - Freud considera esencial en el desarrollo de la depresión, no implica necesariamente la muerte real de una persona. - Freud afirmaba que la ausencia de amor y de apoyo de parte de una figura significativa (por lo general uno de los pa - dres) durante un estadio crucial de desarrollo predispone a un individuo a la depresión en épocas posteriores de la vida. Según él, es esta pérdida, posteriormente recapitu - lada en forma simbólica, lo que origina la depresión. Esta, por consiguiente, puede considerarse como un fallo del proceso normal del duelo.

Para Freud, un paciente depresivo había padecido tam - bién una pérdida, aunque ésta pudiera ser simbólica y no - reconocida como tal. Consideraba el autorreproche y la -

pérdida de estimación, propia que se desarrollan en la depresión como dirigidas hacia la persona introyectada y pérdida. Esto es, cuando un paciente depresivo insiste en su mala conducta, en sus deficiencias e insuficiencias, está de hecho expresando sus sentimientos inconscientes respecto a la persona pérdida. En lugar de identificarse simplemente con la persona pérdida, el paciente asume los atributos que recibía de esta persona. Como resultado, exagera sus propios pecados e insuficiencias, aún cuando no tenga relación alguna con la realidad de su vida. Estos representan sus ideas y sus sentimientos no manifestados sobre el objeto.

De este modo la depresión se transforma en un proceso narcisista dirigido hacia el interior, en vez de estarlo hacia lo exterior. Un rasgo típico de la sintomatología de un paciente depresivo consiste en su carácter sado-masoquista. Proviene éste de la ambivalencia hacia el objeto pérdido e incorporado y es causa de que el paciente manifieste ideas de desprecio de sí mismo, de autodenigración y deriva con frecuencia hacia una conducta autodestructiva. Freud puso también de relieve la característica de dependencia oral de los pacientes depresivos (una necesidad exagerada de una ayuda emocional continuada).

Ahora que se han bosquejado las suposiciones esenciales de la perspectiva psicoanalista de la depresión, hemos

observado que sus conceptos se prestan a fuertes críticas. Por principio de cuentas, una de las objeciones que se pueden hacer es que no cumple con los criterios de una teoría científica. Se trata más bien, de un conjunto de ideas y opiniones vagas, especulativas y formuladas con escasa precisión. De este modo, las características de sus postulados implican un estado psicológico permanente y complejo - que resulta difícil de ser alterado; ya que según estos, - el comportamiento depresivo obedece la mayoría de las veces a procesos inconscientes que pueden entrar en conflicto.

Otra de las objeciones que encontramos es debida a - sus limitaciones, entre ellas: a) la falta de base empírica en el empleo de los datos clínicos para validar sus -- hipótesis; b) la falta de técnicas de observación estándar y pública y c) el uso de las interpretaciones totalmente - subjetivas por parte del psicoanalista.

4.3. MODELO COGNITIVO.

La formulación cognoscitiva de la depresión se basa en dos aspectos importantes. Primero, el modelo cognoscitivo se centra en las conductas encubiertas, como autoaseser ciones, actitudes y creencias, en tanto que son opuestas - a las manifiestas. Segundo, se consideran como causas posibles de la depresión las cogniciones mal adaptadas o - -

irracional; el efecto negativo, la falta de motivación y otras conductas depresivas que son consideradas como manifestaciones secundarias que resultan de cogniciones mal adaptadas.

Aún cuando existen algunos intentos limitados de otros teóricos para formular un modelo cognoscitivo de la depresión, nosotras consideramos que el modelo de Aaron T. Beck sigue siendo el mejor articulado y el más global.

Tradicionalmente se acepta que el trastorno del pensamiento que manifiestan las personas depresivas es una consecuencia de una alteración básica del estado de ánimo. Contrariamente, Beck piensa que la depresión es un desorden primario del pensamiento. Su teoría postula que el individuo deprimido o con tendencia a la depresión tiene ciertos patrones o esquemas cognoscitivos idiosincráticos que pueden ser activados por tensiones específicas sobre determinados puntos vulnerables, o bien, por tensiones inespecíficas abrumadoras. Cuando esos patrones cognoscitivos son activados tienden a dominar el pensamiento del individuo y a producir los fenómenos afectivos y conductuales asociados con la depresión.

Según Beck, la ideación depresiva está dominada por tres modelos interrelacionados de pensamiento que distorsionan la percepción de la realidad de la persona deprimida, a los cuales llama "triada cognitiva" (Beck, 1976), -

esta consiste en una visión negativa del yo, de las experiencias presentes y del futuro. El individuo deprimido - comete cinco errores lógicos en el proceso de distorsionar lo que recibe del ambiente respecto a sí mismo, al mundo y el futuro, estos errores son:

- 1) Inferencia arbitraria: se define como la extracción de conclusiones sin evidencia o con evidencia contraria.
- 2) Abstracción selectiva: ignorancia del contexto - por enfocarse en un aspecto detallado de una situación multifacética.
- 3) Sobregeneralización: la persona deprimida extrae conclusiones sobre su capacidad, comportamiento o valor solamente en base a un incidente.
- 4) Magnificación y minimización: la persona comete - graves imprecisiones al juzgar la significación - de los sucesos y/o su comportamiento.
- 5) Pensamientos de todo o nada: tendencia a pensar - en términos absolutos.

Estas distorsiones cognitivas son experimentadas - - automática e involuntariamente y parecen completamente - - aceptables, en la instancia.

La adquisición de los procesos del pensamiento ilógico y mal adaptados, Beck los formula a partir de las hipó-

tesis de que el individuo propenso a la depresión adquiere estos modelos de pensamientos negativos durante los períodos de desarrollo de la infancia o adolescencia, y a partir de sus interacciones con el entorno, las opiniones de los otros sobre él, y por identificación con figuras significativas como los padres. La "constelación" depresiva - específica, o modelos de pensamiento, que aprende la persona consiste en una red de actitudes negativas. Estas son: a) un grupo de actitudes que se centra alrededor de las supuestas deficiencias personales; b) otro conjunto gira en torno al autoreproche, en el que el individuo se considera responsable de sus deficiencias y c) por último, las expectativas negativas que reflejan el pesimismo de la persona respecto a que las cosas mejoren.

Un individuo que posee esta constelación de actitudes está predispuesto a la depresión. Como mencionamos anteriormente, la depresión se desencadena ya sea porque se expone a sucesos ambientales generalmente tensos o por elementos de tensión idiosincrásicos. La vulnerabilidad a estos elementos de tensión específicos está determinada por la historia de aprendizaje del individuo.

Aunque es difícil probar los supuestos de Beck sobre el desarrollo de la depresión, se dispone de algunos datos clínicos y experimentales para sostener su hipótesis de que las conductas cognoscitivas del individuo depresivo -

pueden conceptualizarse según la "triada cognitiva", es decir, una visión negativa del yo (baja autoestimación), de la experiencia y del futuro. Las propias notas de Beck, - basadas en numerosas entrevistas con pacientes depresivos, ofrecen relativa evidencia de que los contenidos de las - cogniciones de una persona deprimida están en realidad caracterizados por ideas de privación, autoreproche, baja - autoestimación, deseos escapistas o suicidas, problemas - opresivos y rígido autodomínio. Además, varios investigadores demostraron que a pesar de sus quejas respecto a capacidades cognoscitivas inferiores, los individuos deprimidos no actúan peor que las personas no deprimidas en las - series de pruebas perceptuales, psicomotoras y cognoscitivas (inteligencia abstracta). Estos datos indican que debe producirse algún proceso de distorsión que hace que las personas se consideren inadecuadas a sí mismas.

Similarmente, otras investigaciones se han dedicado al estudio del éxito y del fracaso en la autoestimación de los individuos deprimidos y no deprimidos. Según estas, - las experiencias de fracaso disminuyen la autoestimación - tanto en los sujetos deprimidos como en los no deprimidos; sin embargo, sólo las personas no deprimidas manifestaron cambios positivos en la autoestimación en función del éxito. Estos resultados indican que la persona deprimida - - puede tender a tener en cuenta sólo las experiencias negativas cuando se evalúa a sí misma; las experiencias positivas

vas se ignoran. Se ha averiguado que las experiencias de fracaso tienen efecto más adverso sobre las expectativas de éxito futuro de una persona deprimida que sobre las de una persona no deprimida.

Por último, cabe mencionar que los teóricos cognitivos tienden a no comprometerse con la especulación etiológica del trastorno y consideramos que esto puede contribuir mucho a la descripción de los pensamientos depresivos, una área que por largo tiempo han descuidado los psicoanalistas y conductistas. De esta manera, creemos que la teoría cognitiva viene a jugar un papel muy importante en la comprensión de la depresión.

4.4. MODELO CONDUCTUAL.

Los investigadores que trabajan dentro del modelo conductual de la depresión han buscado una clave para explicar el desarrollo y mantenimiento de las conductas depresivas según las normas por las que una persona deprimida actúa influida por su ambiente. Han intentado vincular muchas conductas depresivas con los modelos mal adaptados de reforzamiento y extrapolado elementos de los estudios experimentales sobre la conducta animal para explicar ciertos aspectos de la depresión humana.

Uno de los primeros investigadores que analizaron ...

las conductas depresivas dentro de un marco clínico/experimental fué Ferster (1965), y sus hipótesis influyeron intensamente en la investigación posterior. Definió la características esencial de la depresión como una reducción en la frecuencia de conductas que son reforzadas positivamente, y, apoyándose en una investigación analoga en el laboratorio experimentando con animales, especificó tres factores que podrían contribuir, aislados o en combinación, al desarrollo de una reacción depresiva: 1) la frecuencia de conductas positivamente reforzadas disminuirá si el programa de reforzamiento se debilita demasiado, es decir, si la persona es reforzada sobre una base muy poco frecuente. En este sentido, se podría considerar que la persona está en un "programa de extinción prolongado", 2) La presencia de ansiedad puede hacer bajar la tasa de conducta y 3) La frecuencia conductual puede disminuir en función de cambios repentinos en el ambiente, en especial si desaparecen estímulos discriminativos para conductas que siguen manteniéndose, p.ej., a través de la pérdida de un ser querido.

Posteriormente, Lewinsohn y cols., (1979) han refinado y elaborado muchas de las hipótesis de Ferster, si bien se han centrado en la relación entre una pérdida de reforzamiento y el desarrollo de la depresión. Lewinsohn (1974), sostiene que una baja tasa de reforzamiento positivo contingente a la respuesta basta para explicar la ba-

ja tasa de conducta de una persona deprimida y también produce muchas de las manifestaciones cognoscitivas y somáticas de la enfermedad (incluyendo sentimientos de disforia y culpabilidad, fatiga, pérdida de apetito, etc. (referirse al cuadro núm. 3). Además, Lewinsohn sostiene que la cantidad total de reforzamiento positivo contingente a la respuesta que un individuo recibe es una función compleja de tres factores: a) El número de reforzadores que puede proporcionar el ambiente, b) La medida en que posee las aptitudes necesarias para producir para sí mismo reforzamiento a partir del ambiente, y c) El número de actividades y sucesos que lo están reforzando potencialmente. Se considera que los déficits en cualquiera de estas tres áreas son objetivos apropiados para la intervención terapéutica.

Lewinsohn argumenta que la cantidad de reforzamiento positivo recibido por una persona depende en gran parte de su aptitud para producir reforzamiento a partir del entorno. En realidad, el concepto de aptitud social es un elemento importante en la formulación general de la depresión de Lewinsohn. Por lo tanto, un individuo con pocas aptitudes sociales gozaría probablemente de menos reforzamiento positivo procedente de menos fuentes que una persona con aptitudes sociales más adecuadas.

A su vez Costello (1972), cree que, probablemente, -

...

el reforzamiento y las aptitudes sociales sean mutuamente interdependientes de la siguiente manera. Una persona con aptitudes sociales inadecuadas podría ser particularmente propensa a la depresión porque incluso una pequeña pérdida de reforzamiento resultaría muy significativa. Contrariamente, es poco probable que una persona se deprima si ejerce aptitudes sociales adecuadas para obtener reforzamiento de una amplia variedad de fuentes --la pérdida de una de las fuentes de reforzamiento no sería "el fin del mundo". Estas hipótesis sugieren también que, después de una pérdida real o potencial de reforzamiento positivo, una persona puede quedar deprimida simplemente porque carece de las aptitudes necesarias para desarrollar fuentes alternativas de reforzamiento.

Sin embargo, pensamos que, otros factores pueden así mismo influir en el mantenimiento de las conductas depresivas. Una persona deprimida raramente está todo el día sentada, sin hacer nada; más bien puede contar a los otros sus problemas, quejarse de fatiga u otros síntomas somáticos, pedir ayuda o amenazar con suicidarse. De esta forma, busca reforzamiento para su conducta depresiva. Así, Burgess (1969), diferenciaba entre conductas de ejecución (o adaptadas) y conductas depresivas, y sugería que las conductas depresivas podrían no ser una respuesta incondicionada a una pérdida de reforzamiento, como indica la hipótesis de Lewinsohn. Esta sostenía en lugar de eso, que las

conductas depresivas pueden adquirirse y reforzarse.

"Con la extinción de conductas de ejecución (procedente de una pérdida de reforzamiento) puede concurrir a la adquisición condicionada de la conducta depresiva. Si éste es el caso, de hecho, el paciente puede no sufrir deficiencias de reforzamiento en el momento que busca tratamiento, porque obtiene reforzamientos frecuentes como consecuencia de la emisión de conductas depresivas. Los individuos del entorno lo invitan extensamente a la reiteración de sus perturbaciones, prestan atención a sus estados de ánimo, intentan ayudarlo realizando tareas para él, y en general dispone de su conducta para complacer su estado depresivo". (op. cit.).

Otros investigadores han sostenido que este concepto propuesto por Burgess de "ganancia secundaria" puede ser suficiente para explicar el mantenimiento de las conductas depresivas. También puede explicar porque individuos clínicamente deprimidos son frecuentemente reacios al consejo. (Liberman y Raskin, 1971).

La ganancia secundaria sin embargo, produce algo paradójico para las formulaciones conductuales de la depresión: si una persona es reforzada por emitir conductas depresivas, ¿Cómo puede estar aún deprimida? Después de todo el modelo de Lewinsohn se afirma bajo el supuesto de una reacción general en la tasa de reforzamiento positivo.

recibido por el individuo. Muchos investigadores han comentado que las quejas de las personas deprimidas y otras conductas verbales a menudo se convierten en estímulos nocivos para las otras personas de su entorno. Como resultado mucha gente evita la interacción con la persona deprimida, cuyo "alcance interpersonal" queda limitado entonces a aquellos que quieren escucharla y compadecerlo. Esto difícilmente conducirá a un aumento de las conductas positivamente reforzadas.

Otro punto de vista muy importante es el de Ferster (1974), quien trabajó sobre la naturaleza operante de las conductas depresivas y observó que muchas de tales conductas permiten a la persona evitar los estímulos aversivos o las situaciones desagradables en que podría esperar una nueva pérdida del reforzamiento positivo. Así, mientras la mayoría de las conductas no depresivas (o adaptadas) se mantienen por reforzamiento positivo, muchas conductas depresivas pueden mantenerse por reforzamiento negativo. Ferster afirma además: "Si la persona deprimida dispusiese de métodos más eficaces para evitar las situaciones aversivas, éstos predominarían respecto a las menos eficaces, más sencillos y primitivos". En muchos aspectos, el análisis de Ferster nos recuerda la hipótesis de aptitudes sociales previamente expuesta: los individuos deprimidos pueden carecer de las aptitudes necesarias para producir mucho reforzamiento positivo a partir de su entorno.

Ellos intentan extremar el reforzamiento ambiental, pero - su estrategia para hacerlo puede ser "minimizar sus pérdidas"; su repertorio de respuestas se reduce y deben apoyarse en esas respuestas más sencillas y primitivas para obtener reforzamiento. En realidad se ha sugerido que el intento de suicidio puede ser un esfuerzo como último recurso para producir reforzamiento. A largo plazo, por supuesto, esta es una estrategia contraproducente; rara vez las otras personas son reforzadas positivamente por prestar atención a las conductas depresivas de un individuo viendo que se vuelve feliz y activo. Con el tiempo, dejarán de prestarle atención, y la persona deprimida se alejará cada vez más del mundo social, apartándose de las posibilidades de reforzamiento para conductas más adaptadas. En este punto, puede requerirse la intervención terapéutica para ayudar a la persona deprimida a reorientarse hacia su mundo social y entrenarla en estrategias alternativas adaptadas para reparar sus pérdidas.

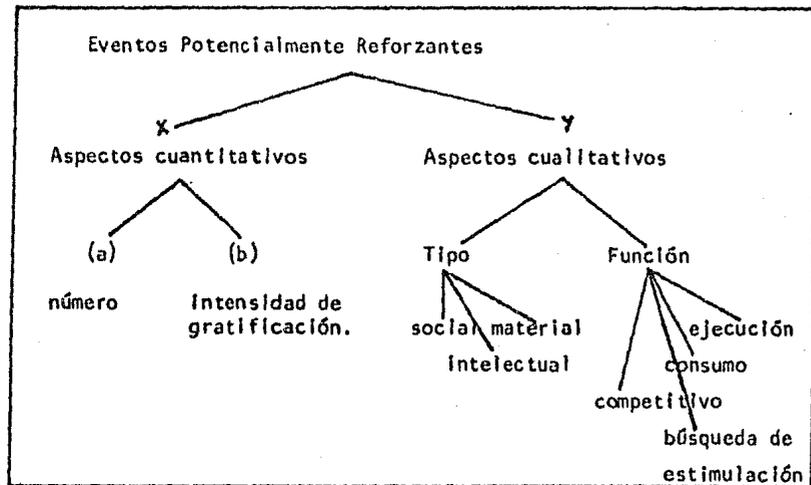
Por otro lado, el autorreforzamiento, otro modelo conductual de la depresión, establece que las conductas depresivas resultan de sistemas de autorreforzamiento defectuosos. Se plantea la hipótesis de que las personas deprimidas se proporcionan así mismas bajas tasas de autorreforzamiento positivo en tanto que alcanzan altas tasas de autocastigo. Bandura (1971), propone que se divide una secuencia de autorreforzamiento en tres componentes: -

autocontrol, autoevaluación y autorreforzamiento. Una razón por la que una persona puede autorreforzarse con poca frecuencia y por consiguiente deprimirse es que posee normas de comportamiento excesivamente altas. Puesto que es muy difícil hacer corresponder su conducta a normas tan rigurosas, el fracaso en igualar o exceder sus normas produce una autoevaluación negativa de su comportamiento. -- Por tanto, se propone que los criterios austeros para el autorreforzamiento pueden dar lugar a sentimientos de desvalorización, a una disminución de motivación y a la depresión en general. Otras de las razones por las que una persona deprimida puede no autorreforzarse para una conducta particular sería que no considera la tarea difícil, que no la valora o que espera ya ser competente en la tarea. - (op. cit.). Existe una investigación abundante que establece los procesos mediante los cuales es adoptan las normas de comportamiento.

Bandura expone varios mecanismos que mantienen las pautas establecidas de autorreforzamiento y de autocastigo. Probablemente, el autorreforzamiento se mantiene por el reforzamiento social periódico. Así mismo, se formula la hipótesis de que la realización de una conducta castigable provoca ansiedad o culpabilidad. Estos pensamientos angustiantes terminan en autocastigo que anticipa la posible condena social. Además, el autocastigo puede despertar aprobación social por parte de los otros a quienes -

agradan los esfuerzos de una persona para controlar su propia mala conducta.

Las aportaciones descritas anteriormente ocupan un lugar importante dentro de la explicación de la conducta depresiva, ya que una de sus ventajas más sobresalientes es que tanto los estímulos ambientales como el comportamiento tienen tal precisión que sus conceptos se pueden ajustar a observaciones y mediciones directas. (Ver cuadro Número. 4).



Accesibilidad del Reforzamiento en el Entorno

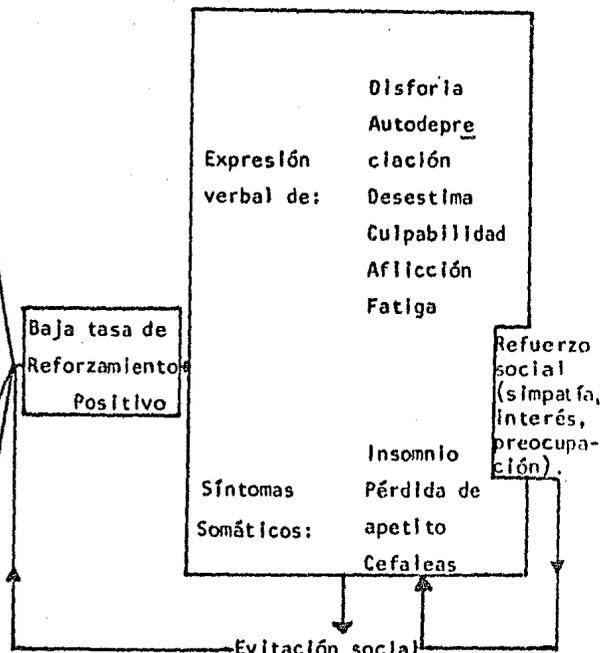
Separación por divorcio, muerte, etc.
 Miseria
 Aislamiento social

Conducta Instrumental del Individuo

Habilidad Social Ocupaciones profesionales Otras profesiones

MODELO CONDUCTUAL (LEWINSOHN)

Depresión



Cuadro Núm. 3

<u>TERAPIA</u>	<u>TEORIA</u>	<u>PROCESO</u>	<u>PROCEDIMIENTO</u>
Biológica	Desequilibrio biológico	Restauración del proceso fisiológico normal.	Farmacoterapia y/o terapia somática.
Psicoanalítica	Colera dirigida contra el yo. Seguida a una pérdida real o simbólica.	Insight en el conflicto inconsciente y descarga catártica del afecto.	1) Apoyo: disminución de conflictos inconscientes agraviantes. 2) Profundo: Resolución de conflictos inconscientes.
Conductual	Déficits en el autorreforzamiento o exceso de autocastigo.	Administración incrementada de autorreforzamiento (decremento de autocastigo)	Entrenamiento en habilidades en: a) Automonitoreo; b) autoevaluación y c) autorreforzamiento.
	Inhibición de ansiedad. Conductas potencialmente reforzantes (gratificantes)	Reducción de la ansiedad condicionada.	D.S. o procedimientos alternativos de contracondicionamiento.
Cognitiva	Pensamientos maladaptados y distorsión en el procesamiento de la información.	Cambios de creencias. Cambiar las distorsiones en el procesamiento de la información.	1. Terapia cognitiva: Razonamiento deductivo, examinación empírica de creencias, entrenamiento en: a) automonitoreo; b) probar las hipótesis cognitivas; c) reestructuración cognitiva. 2. TRE: Razonamiento deductivo y persuasión.

CUADRO NUM. 4

HOLLON Y BECK (1979)

CAPITULO V

Capítulo V. LA TEORIA DE LA INUTILIDAD APRENDIDA COMO MODELO DE LA DEPRESION

Hemos designado un capítulo aparte para este modelo_ que ha llamado nuestra atención por dos aspectos importantes: Primero, sus postulados teóricos se orientan a tratar de probar que los fenómenos de inutilidad o indefensión en los animales proveen un modelo de psicopatología semejante a lo que es la depresión emocional en el hombre. Segundo, porque es el modelo más reciente y prometedor dentro de - las teorías psicológicas referentes a la depresión con - - pruebas experimentales completamente objetivas.

A continuación, trataremos de dar una descripción - más o menos detallada del origen y desarrollo del modelo;- de la relación de las causas, síntomas y tratamiento de la Inutilidad Aprendida con la depresión.

Sabemos que las investigaciones de laboratorio interesadas principalmente en el aprendizaje han estudiado tra-
dicionalmente la conducta de diferentes organismos; primero para explicar los hallazgos experimentales y luego fenó-
menos de la vida real. Así, por ej., en un experimento tí-
pico de aprendizaje, el experimentador a través de un arre-
glo de contingencias ocasiona en el sujeto alguna respues-
ta voluntaria o logra que se abstenga de hacerlo y de este
modo el sujeto obtiene recompensa o evita el castigo. En_

la naturaleza, sin embargo, el arreglo de las contingencias no siempre es tan favorable. Casi siempre nos enfrentamos a eventos que podemos controlar por nuestras acciones, pero también nos enfrentamos a eventos que podemos controlar por nuestras acciones, pero también nos enfrentamos a eventos alrededor de los cuales nada podemos hacer en lo absoluto. Estos eventos incontrolables pueden debilitar significativamente a los organismos. Es decir, la exposición a eventos incontrolables produce una reacción que puede ser caracterizada como inutilidad.

El estudio de estas variables incontrolables en el laboratorio con diversas especies animales (perros, ratas, gatos, pájaros, primates y peces), han hecho surgir la teoría de la inutilidad Aprendida, elaborada principalmente por Martin E.P. Seligman y Cols. (1967), quien la ha utilizado como base para explicar fenómenos humanos tan importantes como la depresión. Sus pruebas experimentales muestran que cuando estos organismos han experimentado una situación traumática que no han podido controlar, su motivación para responder a situaciones traumáticas posteriores disminuye. Es más, aunque respondan y la respuesta logre liberarles de la situación, les resulta difícil aprender, percibir y creer que aquella ha sido eficaz. También, su equilibrio emocional queda perturbado, y varios índices denotan la presencia de un estado de depresión y ansiedad.

5.1. ANTECEDENTES HISTORICOS.

En 1967, Overmier y Seligman realizaban unos experimentos sobre la relación del condicionamiento del miedo con el aprendizaje instrumental cuando descubrieron un inesperado y sorprendente fenómeno. Habían sujetado a unos perros mestizos a un arnés pavloviano, dándoles condicionamiento clásico con tonos seguidos de descargas eléctricas. Las descargas eran moderadamente dolorosas, pero no producían daño físico. --En este punto conviene recordar que el rasgo definitorio del condicionamiento clásico es que la descarga administrada como El es inescapable. Por lo cual en el experimento ninguna respuesta voluntaria que el animal realizara (menear la cola, forcejear en el arnés, ladrar, etc.) podía afectar a la descarga eléctrica. Su comienzo, duración, terminación e intensidad eran determinadas únicamente por el experimentador. Tras esta experiencia, Seligman y sus colaboradores, colocaron a los perros en una caja de vaivén, en la que cuando el perro saltaba una barrera, pasando así de un lado a otro de la caja, hacía terminar la descarga y escapaba de ella. El salto podía también impedir o evitar totalmente la descarga si se producía antes de que ésta comenzara. Lo que los experimentadores pretendían era hacer de los perros, unos expertos evitadores de la descarga para así poder comprobar el efecto de los tonos condicionados clásicamente sobre su conducta de evitación. Sin embargo, el resultado -

que obtuvieron fue muy distinto, que quizá se capte mejor con la descripción propia de Seligman sobre la conducta típica de un perro al que no se le han administrado descargas incontrolables:

"Cuando se coloca a un perro experimentalmente inexperto en la caja de vaivén, al comenzar la primera descarga echa a correr frenéticamente, hasta que accidentalmente pasa sobre la barrera y escapa de la descarga; al siguiente ensayo, en su carrera desenfrenada, el perro cruza la barrera más rápidamente que en el ensayo anterior; en pocos ensayos llega a escapar eficazmente, y poco después aprende a evitar totalmente la descarga. Después de unos cincuenta ensayos, el animal se tranquiliza y permanece frente a la barrera; al comenzar la señal de la descarga salta al otro lado y no vuelve a recibir más descargas.

Uno de los perros que antes habían recibido descargas inescapables mostró un patrón de comportamiento notablemente diferente. Las primeras reacciones de este animal a la descarga recibida en la caja de vaivén fueron en todo semejantes a las de un perro inexperto: correr desenfrenadamente durante unos treinta segundos. Pero después se quedó quieto: para sorpresa nuestra se tumbó y comenzó a gemir suavemente. Pasado un minuto retiramos la descarga; el perro no había cruzado la barrera y no había escapado de la descarga. Al siguiente ensayo, el perro volvió -

...

a hacer lo mismo; al principio forcejeó un poco y, pasados unos segundos pareció darse por vencido y aceptar pasivamente la descarga. El perro no escapó en ninguno de los siguientes ensayos. Este es el resultado paradigmático de la Inutilidad Aprendida" Overmier y Seligman (1967).

A partir de este momento, Seligman desarrolla el modelo explicativo definiendo la inutilidad aprendida como: "El estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos son incontrolables" Seligman (1981), explica el modelo a partir de dos conceptos cruciales que son: respuesta voluntaria e independencia respuesta-resultado.

5.2. SINTOMAS DE LA INUTILIDAD APRENDIDA

Seligman estableció seis efectos o síntomas que producen las experiencias con traumas incontrolables en los organismos experimentales que presentaron I.A:

1. Pasividad: los organismos que experimentaron eventos traumáticos incontrolables fracasaron al tratar de iniciar respuestas competentes cuando más tarde se enfrentaron a nuevos traumas (aún en traumas en los cuales anteriormente pudieron escapar con facilidad). Este síntoma es el más prominente de la I.A.

2. Retardo asociativo: es el segundo síntoma central de la I.A. Los perros que aprendieron primero que la respuesta y el alivio al castigo son independientes, mostraron un déficit en la cognición y en la motivación. Esto lo demostró el hecho de que los perros aún cuando elaboraron una respuesta que desviara la descarga, les fue difícil aprender que la respuesta funcionaba.

3. Falta de agresión y competitividad: en un experimento realizado con ratas se demostró que la indefensión está relacionada con un fenómeno denominado agresión elicitada por la descarga. Si una rata recibe una descarga en presencia de otra, la atacará ferozmente. Las ratas que habían recibido primero la descarga inescapable no mostraron mucha agresión cuando más tarde se les dió la descarga en presencia de otras ratas. En contraste, las ratas que aprendieron a controlar la descarga fueron hiperagresivas. Esto también se verificó con perros puppies que recibieron una descarga inescapable; los animales perdieron en la competencia de los alimentos con otros perros que habían experimentado con descargas incontrolables.

4. Curso Temporal: la I.A., a lo menos en los perros, se disipa con el tiempo cuando ha sido inducida por una sola sesión de descargas incontrolables; después de varias sesiones la inutilidad persiste. Si los perros son criados desde el nacimiento en el laboratorio con solo una

historia limitada de control de reforzamiento, el curso - temporal también parece ser eliminado. Después de una sesión de descargas inescapables un alto porcentaje de - - perros criados en el laboratorio se vuelven indefensos en comparación con perros que no han sido criados en laboratorios. Esta discrepancia sugiere que los perros criados en un ambiente natural han sido inmunizados por su historia - previa.

5. Síntomas físicos: Se han descubierto otros síntomas diferentes correlacionados con la descarga inescapable en las ratas como son: pérdida de peso y menos apetito con trariamente a las ratas que recibían la descarga escapable o no la recibían. Así mismo, el cerebro de las ratas que recibían la descarga inescapable sufrieron un agotamiento de norepinefrina; las ratas que escapan de la descarga - - muestran niveles elevados de N.E.

6. Tensión y ánimo: las ratas que reciben una descarga incontrolable son más propensas a desarrollar úlceras - que las ratas que no reciben la descarga o la descarga con trolable.

5.3. ETIOLOGIA DE LA INUTILIDAD APRENDIDA.

La hipótesis que da Seligman para explicar la causa de la inutilidad es que los organismos aprenden que la res-

puesta y la consecuencia son independientes. Es decir, un sujeto ante un evento traumático, no puede controlar el reforzador que de fin a esa situación por lo que el resultado está sin control y es por esto que el organismo no responde, está indefenso.

Así, la pasividad de los perros experimentales en la fase del trauma y su dificultad para responder a la contingencia de alivio resultante; probablemente se deba a que aprendieron que la respuesta y el trauma incontrolable son independientes.

Este aprendizaje produce tres efectos importantes en los organismos indefensos:

1. Motivacional: El estado psicológico que produce la situación traumática, por la incontrolabilidad que conlleva, disminuye la capacidad del organismo para iniciar respuestas que le permitan controlar o terminar con el evento aversivo.
2. Cognitivo: Una vez que el sujeto ha experimentado la incontrolabilidad, le resulta difícil aprender que su respuesta ha sido eficaz, aún cuando realmente lo haya sido. De esta manera, la incontrolabilidad distorciona la percepción del control. Si esta formulación es válida para la I.A., este también es el mecanismo que produce la serie de -

...

pensamientos negativos en la depresión, según lo explica Seligman.

3. Afectivo o Emocional: Así mismo, la incontrolabilidad crea un estado de intensa emocionalidad, específicamente del tipo de ansiedad, y miedo. Este estado puede persistir hasta que ocurre cualquiera de estas tres clases de aprendizaje: a) si el organismo aprende que puede controlar el estímulo, la ansiedad desaparece, b) Si el organismo no está seguro de su control, la ansiedad permanece; y c) Si el organismo aprende que no puede controlar el estímulo, la ansiedad es desplazada por los componentes afectivos de la depresión.

Los puntos a y b, explican el hecho de que el trauma incontrolable produce más tensión que el trauma controlable. c, es el concomitante efectivo con el que, según Seligman se aprende que el responder es inútil. Este efecto, como hemos visto, acompaña a la pasividad emocional y a la serie de pensamientos negativos.

5.4. RELACION DE LA INUTILIDAD APRENDIDA CON LA DEPRESION

Al estudiar el fenómeno de la I.A. en los animales, Seligman se da cuenta de que ciertos factores que producen la indefensión, son semejantes a los factores que originan

y mantienen la depresión en el hombre; por lo que trata de establecer una relación entre estos dos estados.

Al igual que en la I.A., este autor cree que la depresión es causada por la creencia que tiene el individuo de que la acción es inútil, explicado de otra manera, la persona deprimida ha aprendido que no tiene control sobre las situaciones de su vida que puedan aliviar su sufrimiento; y de esta forma surge la creencia de que está indefenso. Cualquier evento puede provocar la depresión: la pérdida material o de trabajo, la muerte o separación de un ser querido, la enfermedad, el fracaso escolar o laboral, la vejez, etc.

Para Seligman, la depresión reactiva es un trastorno cognitivo y emocional en la que hay una estrecha relación de sentimientos y pensamientos: no nos sentimos deprimidos sin tener pensamientos depresivos, ni se tienen pensamientos depresivos sin sentirse deprimido. Hay otros autores que coinciden con el punto de vista de Seligman, p.ej., Lichtenberg (1957), considera también la desesperanza como la característica definitoria de la depresión: "La depresión se define como una manifestación de la desesperanza sentida respecto al logro de metas, cuando la responsabilidad de esa desesperanza se atribuye a los defectos de uno mismo. En este contexto, la esperanza se concibe como una función de la probabilidad percibida de éxito res

pecto al logro de la meta". Así mismo, Melges y Bowlby (1969) y Beck (1967), han teorizado que la inutilidad es la etiología central en la depresión.

De la misma forma, las características de la I.A., son similares a los síntomas depresivos:

1. Lentitud en la iniciación de las respuestas. En las personas con depresión también hay un retardo psicomotor que los diferencia de los sujetos normales y es una prueba directa de la reducción de la iniciación de respuestas voluntarias.

Algunos de los experimentos de laboratorio que han estudiado este punto, demostraron una sorprendente similitud entre la lentitud en la iniciación de las respuestas de la I.A. y la depresión (Klein, Fencil-Morce y Seligman, 1975). En una investigación, estudiantes no deprimidos expuestos a eventos incontrolados, en forma de ruido incontrolable o problemas sin solución de formación de conceptos, mostraron una subsecuente deficiencia de ejecución cuando fueron comparados con sujetos no deprimidos expuestos a eventos controlados o sin eventos. Por otra parte, sujetos deprimidos que no recibieron una primera experiencia, mostraron deficiencias en sus ejecuciones comparables con sujetos no deprimidos. Las diferencias fueron establecidas por un anagrama de ejecución y una caja de vaivén con escape de ruido. Así mismo, la ocurrencia natural de

la depresión fué asociada con déficits en la ejecución totalmente para aquellos sujetos inducidos por un pretratamiento de inhabilidad en sujetos no deprimidos.

2. Serie de pensamientos negativos: Los depresivos muestran una "serie de pensamientos negativos" la cual exhibe directamente, la dificultad que tienen en aprender que sus respuestas logran producir un alivio. Los pensamientos depresivos de que la acción está destinada a fracasar; aún cuando éstas sean exitosas, las perciben como fracaso.

3. Disipación en el tiempo: la depresión al igual que en la I.A. en perros, frecuentemente se disipa con el tiempo. Cuando alguien muere, la persona a veces se deprime por unas horas; a veces por semanas, meses o aún años. Pero con el tiempo se reestablece. Uno de los aspectos más trágicos del suicidio es que si la persona hubiera suspendido la acción por unas semanas, la depresión pudo haber sido disipada.

4. Falta de agresión: Este síntoma también se presenta en la depresión. En las personas deprimidas la agresión activa y el escape a la frustración se ven disminuidas por la experiencia de acontecimientos aversivos inscapables.

5. Pérdida de energía y apetito: Los depresivos mues

tran comunmente un reducido interés en la comida, sexo y relaciones interpersonales. Estos síntomas corresponden a la anorexia, pérdida de peso y deficiencias sexuales y sociales características de la I.A.

6. Agotamiento de NE y actividad colinérgica: La hipótesis de la catecolamina de los desordenes afectivos (Schidkraut, 1965), propone que la depresión en el hombre está relacionada con la deficiencia de la NE en sitios receptores del cerebro. Esto está basado en evidencias de la imipramina, una droga que incrementa la cantidad de NE en el S.N.C., posiblemente por un bloqueo en su ruptura, aparesca la depresión. Estos hallazgos corresponden a los déficits de la NE vistas en ratas indefensas de experimentación.

5.5. TERAPIA DE LA INUTILIDAD APRENDIDA

Ya que el problema de la I.A., cuando se ha establecido en los organismos, es la falta de iniciación de sus respuestas (debido a la expectativa que se han formado de que las respuestas no van a ser eficaces) para evitar o terminar con el evento traumático; Seligman piensa que la terapia para curarla consiste en forzar al organismo a responder para que "aprenda" o se de cuenta de que sus respuestas son eficaces, Seligman se refiere a este proceso como "inversión de la expectativa". En los estudios expe-

rimentales con perros indefensos, se les forzó a responder en varias ocasiones. Para esto, se les ataron largas correas al cuello y los experimentadores los arrastraron de uno a otro lado de la caja de vaivén durante el E.C. y la descarga, con la barrera retirada. Así los perros aprendieron que cruzar al otro lado de la caja hacía terminar la descarga. Al poco tiempo los perros se recuperaron completamente de la inutilidad aprendida.

En otros estudios con ratas también se ha encontrado que la inmunización conductual, tal como la sugiere la teoría es un método fácil y efectivo para prevenir el surgimiento de la I.A.

De acuerdo con Seligman, la experiencia inicial en el control sobre una situación traumática debería interferir con la formación de una expectativa de que las respuestas y la terminación de la descarga son independientes, de la misma manera en que el no poder controlar la descarga interfiere con aprender que responder produce alivio. Así mismo, la experiencia en el control de situaciones traumáticas puede proteger a los organismos de la inutilidad causada por un trauma incontrolable.

5.6. RELACION DE LA CURA DE LA I.A. CON LA DEPRESION

Seligman, estima que el procedimiento para curar la

I.A. en los animales, puede funcionar también en las personas depresivas. Para él la terapia para curar la depresión consiste en hacer que el paciente crea y descubra que sus respuestas ejercen control sobre su medio y producen la gratificación que desea.

Seligman en sus escritos describe algunas terapias para tratar la depresión que son coherentes con su teoría. La mayoría de estas terapias las describiremos en el capítulo seis, ya que han surgido de la perspectiva de la Terapia de la Conducta.

Por otra parte, se han realizado algunos estudios experimentales que demuestran la relación de la cura entre la I.A. y la depresión. Klein, Fencil-Morce y Seligman (1975), demostraron que las deficiencias asociadas con la depresión y la I.A. son invertidas si los sujetos son expuestos a ciertos eventos. Estos experimentadores usaron tres grupos: grupo no deprimido-ruido incontrolable, grupo no deprimido-sin ruido y grupo deprimido-sin ruido. Después del pretratamiento los sujetos no deprimidos-ruido incontrolable y deprimidos-sin ruido se les permitió resolver 0, 4 ó 12 problemas de formación de conceptos. Posteriormente, los sujetos ejecutaron la tarea de escapar del ruido, o una habilidad y cambio de tarea. Los sujetos no deprimidos-ruido incontrolable y deprimidos-sin ruido mostraron deficiencias similares en el escape del ruido y la

...

expectancia de habilidades relativas a los sujetos no deprimidos-sin ruido donde no se les permitió resolver los problemas de formación de conceptos. Sin embargo, cuando esos sujetos resolvieron exitosamente cuatro o doce problemas seguidos del pretratamiento, sus déficits desaparecieron. Los sujetos no deprimidos-ruido incontrolable y los depresivos-sin ruido no mostraron deficiencias prolongadas en el escape del ruido, no pudieron mostrar habilidades de percepción a respuestas independientes de reforzamiento. Así observamos que la experiencia en el control de reforzamiento invertido, la ejecución y la deficiencia perceptual de la I.A. y la depresión se disipan.

Otro punto interesante de la teoría es el que se refiere a la prevención de la I.A. No existe organismo que pierda alguna vez el control sobre los eventos de su medio: la muerte de un pariente o la ocurrencia de algunos fracasos. Quizá algunas personas que muestran susceptibilidad a la depresión tuvieron en etapas tempranas de su desarrollo una vida llena de situaciones en las cuales se vieron impotentes para influir sobre sus fuentes de alivio y sufrimiento.

Algunos datos de las investigaciones que realizó Seligman sobre inmunización contra la I.A., demuestran que las historias de los individuos que son especialmente resistentes a la depresión o que se recuperan de ella quizá

se hayan caracterizado por el dominio sobre los acontecimientos; probablemente estas personas hayan tenido a lo largo de su existencia una amplia experiencia de control y manipulación de las fuentes de reforzamiento, y consecuentemente vean el futuro con optimismo. Basandose en esto, Seligman piensa que un organismo puede ser inmunizado contra la indefensión y por tanto prevenir los episodios depresivos; si se le enseña en las etapas tempranas de su vida a tener dominio sobre sus experiencias.

Para finalizar, pensamos que el concepto de I.A. refleja los aspectos primordiales de la depresión. Además, el hecho de estudiar un fenómeno clínico significa que el investigador comienza a buscar entre los hallazgos de laboratorio aquellos que corresponden a los síntomas, causas, tratamiento y prevención.

Cuadro No. 5

SIMILITUD ENTRE LAS CARACTERISTICAS
DE LA I.A. Y LA DEPRESION

	Indefensión Aprendida	Depresión
<u>Síntomas:</u>	<p>Pasividad</p> <p>Dificultad para aprender que las respuestas producen alivio.</p> <p>Se disipa con el tiempo.</p> <p>Falta de agresión.</p> <p>Pérdida de peso, pérdida de apetito, déficits sociales y sexuales.</p> <p>Disminución de norepinefrina y actividad colinérgica.</p> <p>Ulceras y tensión.</p>	<p>Pasividad</p> <p>Disposición cognitiva negativa.</p> <p>Curso temporal.</p> <p>Hostilidad introyectada.</p> <p>Pérdida de peso, pérdida de apetito, déficits sociales y sexuales.</p> <p>Descenso de norepinefrina y actividad colinérgica.</p> <p>Ulceras (?) y tensión.</p> <p>Sentimientos de indefensión.</p>
<u>Causa:</u>	<p>Aprendizaje de que respuestas y reforzamiento son independientes.</p>	<p>Creencia en la inutilidad de la respuesta.</p>
<u>Curación:</u>	<p>Terapia directiva: exposición forzada a respuestas que producen reforzamiento.</p> <p>Descarga electroconvulsiva.</p> <p>Tiempo.</p> <p>Anticolinérgicos; estimulantes de la norepinefrina (?).</p>	<p>Recuperación de la creencia de que responder produce reforzamiento.</p> <p>Descarga electroconvulsiva.</p> <p>Tiempo.</p> <p>Estimulantes de la norepinefrina; anticolinérgicos (?).</p>
<u>Prevención:</u>	<p>Inmunización por dominio del reforzamiento.</p>	<p>(?).</p> <p style="text-align: right;">(Seligman, 1976)</p>

CAPITULO VI

Capítulo VI. LA TERAPIA DE LA CONDUCTA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION.

La terapia de la conducta es una orientación establecida dentro del campo de la psicología clínica que tiene sus orígenes en la aplicación de los principios del aprendizaje, y se caracteriza fundamentalmente por dos aspectos: Primero, el uso ampliamente definido de procedimientos clínicos cuya descripción y base lógica cuentan a menudo con los descubrimientos experimentales de la investigación psicológica (Goldstein, Heller y Sechrest; 1966); segundo, un enfoque experimental y funcionalmente analítico de los datos clínicos, asociado con el resultado objetivo y medible (Golfried y Pomeranz, 1968).

Estos aspectos, por lo tanto, supone que el terapeuta conductual o modificador de la conducta emprende un análisis experimental de la conducta problema. La idea esencial es que la modificación de conducta se refiere más a una exposición razonada y una metodología que a una teoría específica o a un conjunto de principios. Esta perspectiva tiene en cuenta el estudio de un orden extremadamente amplia de factores que pueden influir en la conducta y ampliarse en la terapia conductual; pueden utilizarse los principios procedentes de muchas áreas de estudio, incluyendo extensos descubrimientos de la sociología a un modelo psicosocial de conducta anormal (Ullman y Krazner, 1969): datos sobre procesos fisiológicos, simbólicos y cognosciti

vos, (Bandura, 1969).

La teoría del aprendizaje es una aproximación al estudio de la conducta que se conoce también como conductismo metodológico y fue introducido por John B. Watson en 1913. De este modo, la terapia de la conducta, no se refiere a un conjunto específico de procedimientos clínicos derivados de una teoría del aprendizaje unificada, ni a una colección completa de hechos y resultados experimentales; en lugar de eso, la terapia de la conducta se extrae de un cuerpo siempre cambiante de descubrimientos experimentales y representa un enfoque científico del estudio de la conducta y su modificación.

Así pues, la característica más peculiar de la T. C. es que tiene como objetivos la explicación, predicción y control de la conducta.

Con esta visión general disponemos de las condiciones para abordar una exposición del método en el cual se basa para su aplicación, eligiendo como ejemplo el contexto de la terapia individual en el fenómeno de la depresión. Cabe aclarar que esta guía es aplicable asimismo en otros contextos clínicos que incluyen la aplicación de la T. C. e incluso se extienden a problemas más amplios de la comunidad.

La metodología que a continuación se expone incluye

...

cinco fases generales, las cuales surgieron a partir de la revisión que llevamos a cabo sobre la metodología conductual que describen varios autores (P. ej: Gambrill, 1977; Golfried y Pomeranz, 1968; Kanfer y Phillips, 1977; Hersen y Bellack, 1977). Debemos aclarar que los nombres que le dan los autores a procesos de intervención, etapas y términos conductuales varían en ocasiones de uno a otro. Así, por ejemplo, Hersen y Barlow (1976) se refieren a la "conducta blanco" y Kanfer y Saslow (1965) a la "conducta problema", pero independientemente del nombre que le asignan, estos autores se refieren a lo mismo.

Los detalles prácticos específicos también varían de acuerdo a la manera particular de proceder de cada terapeuta; es decir, el procedimiento de intervención no es un formulario inflexible.

Nosotras consideramos que un modelo general para la intervención clínica se compone de las siguientes fases generales:

- I. Identificación del Problema.
- II. Medición y Análisis Funcional.
- III. Selección del Tratamiento.
- IV. Medición de la Terapia sobre la Marcha.
- V. Evaluación de la Terapia.

Estas etapas sirven como guía y pueden orientar la

...

práctica del clínico a través del proceso de la evaluación conductual. Las fases se presentan aquí como secuenciales y distintas, pero en la práctica la relación entre ellas - es considerable; el procedimiento puede incluir más de una etapa en un tiempo dado.

6.1 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

Es el primer paso en la evaluación conductual. La - tarea principal enfrentada por el clínico en esta fase es: 1 Precisión de los problemas presentados; 2. Determinación de las respuestas características; 3. Obtención de la historia del problema; 4. Identificación de las variables control probables; y 5. Selección de las conductas blanco tentativas para la modificación.

1.- Precisión de los Problemas Presentados:

La evaluación comienza típicamente con una entrevista que da al paciente la oportunidad para describir la presentación del problema. La meta es operacionalizar las -- quejas presentes, especificando sus características rele--vantes en términos conductuales p. ej., la noción vaga de de"sentimiento depresivo" puede ser redefinido de maneras diferentes. El sentimiento depresivo puede significar que - el paciente permanezca en su casa por largos períodos de - tiempo; que raramente realice cosas que le guste hacer; o que tenga dificultad para dormir. Las quejas presentes --

son definidas en términos conductuales específicos que son relevantes y significativos para el paciente.

Los problemas conductuales son descritos en términos de uno o más sistemas de respuestas: motor, cognitivo o psicofisiológico (Lang, 1977; Staats, 1975).

2. Determinación de las Respuestas Características:

Una vez presentado el problema, la conducta es definida en términos de respuestas específicas, la tarea siguiente es determinar las características de esas respuestas. Las respuestas pueden ser categorizadas a través de las siguientes dimensiones:

Frecuencia: la descripción inicial del paciente frecuentemente sugiere que una presentación del problema ocurre casi continuamente. La recolección de datos sobre la frecuencia de conductas problemáticas provee al clínico información más detallada para substanciar o refutar el auto reporte verbal.

Intensidad o magnitud: es una segunda clase de la dimensión de la conducta. Para ciertas clases de conducta, la dimensión intensidad magnitud es particularmente influyente en la definición de los patrones como problemáticos.

Duración: es una tercera dimensión importante de la

conducta. La duración se refiere a cuanto dura una conducta y puede ser la dimensión primaria responsable para el reconocimiento de la conducta como problemática.

Propiedad: la noción de la frecuencia, intensidad y duración de una respuesta debe ser reconocida dentro del contexto de normas sociales y factores situacionales. La dimensión de propiedad de la conducta adquiere su contexto social y situacional dentro de la explicación de una evaluación integrada de respuestas características.

Las conductas son clasificadas como problemáticas -- porque son excesos o déficits (Kanfer y Saslow, 1969). -- Los excesos conductuales son problemas en los que la respuesta intensa (en términos de frecuencia, intensidad o duración) es relativamente muy grande. Los déficits conductuales son problemas en los que las respuestas adaptadas o apropiadas o apropiadas son demasiado débiles (en términos de frecuencia, intensidad o duración). Ejemplo de estas conductas son las dificultades en las habilidades sociales. Las distinciones entre excesos y déficits conductuales tienen implicaciones importantes para la elección de las estrategias de tratamiento (Cautela y Upper, 1975).

3. Obtención de la Historia del Problema:

En la evaluación conductual, la información histórica es recojida y directamente ligada a la explicación y va

riables potenciales que controlan o influyen la explicación de patrones problemáticos. La información con relación a la historia del problema es usualmente recojida durante la primera entrevista. El desarrollo del problema y su estabilidad en el tiempo son áreas particulares de interés. La información histórica se refiere al principio y al ajuste previo, proporciona información útil. El clínico investiga completamente los eventos asociados con el inicio del problema, por ej., la muerte de un familiar del paciente, cambios en estatus marital, o la pérdida del trabajo. Las fluctuaciones en la severidad del problema y los eventos asociados con estas fluctuaciones son también exploradas. Tal información proporciona al clínico de indicios como las posibles variables controlantes. Los intentos anteriores del paciente para aliviar o combatir el problema también son examinados para sus propósitos.

Un cuadro compresivo de la historia del problema incluye una revisión de muchas áreas afines. Estas incluyen: a) evolución histórica; b) la explicación del medio físico-sociocultural; c) factores referentes a drogas o medicamentos; d) capacidades intelectuales; y e) limitaciones físicas (Kanfer y Saslow, 1969). Las entrevistas y cuestionarios biográficos con miembros de la familia son de provechosa ayuda en la acumulación de esta información panorámica.

4. Identificación de las Variables Control Probables:

Otras veces, los problemas presentados son claramente definidos y el panorama de información acumulada, enfocada a la evaluación sobre la identificación de las variables controles probables. La tarea aquí es acumular información del autoreporte sobre las condiciones que ocurren típicamente antes de la conducta problemática y las consecuencias que le siguen. Un primer paso en este proceso es dejar que el paciente describa un "día típico" en detalle. El cuestionamiento activo al paciente de una descripción de sus actividades diarias desde que se despierta hasta su retiro a descansar. Una revisión del día típico indica -- los antecedentes y las consecuencias que pueden funcionar para controlar su conducta.

5.- Selección Tentativa de las Conductas Blanco para la Modificación:

El interés resultante de la etapa de la evaluación conductual es la selección tentativa de conductas blanco para evaluarlas. Comúnmente, los diferentes blancos pueden ser especificados. Estos blancos son aquellos con más probabilidad de conducirlos a un cambio terapéutico (Hersen y Barlow, 1976; Hersen y Bellack, 1977).

El terapeuta debe tomar una decisión en base a criterios como los siguientes:

...

a) Intereses del Paciente; hay casos en que el paciente va a la consulta con un objetivo concreto: disminuir sus pensamientos dominados por la tristeza, lograr una participación social más activa, etc., aunque el orden de prioridades que establezca el paciente no sea absolutamente correcto, siempre deberá tomarse en consideración. En la práctica, una vez estudiado el caso, siempre se le ofrecen al paciente las posibles alternativas para elegir.

b) Criterios Teóricos: otras veces es una opción teórica la que guía la selección, opción, que claro esta, los resultados se encargarán de confirmar o refutar. En el análisis funcional de una depresión podemos fijarnos en la rareza o inexistencia de refuerzos sociales que da lugar a la inhibición generalizada de la conducta, o por contrario, en la inhabilidad del sujeto para conseguir esos refuerzos sociales. En el primer caso, trataríamos de actuar directamente sobre la conducta deprimida; en el segundo, intentaríamos modificar las conductas sociales más generales del paciente.

c) Criterios Prácticos: frente a todo lo anterior hay casos en los que resulta más eficaz empezar actuando sobre las alteraciones menores de la conducta, pero que puedan ofrecer éxitos a corto plazo suficientemente gratificantes como para que el paciente acepte el abordaje de otros problemas más complejos y de más difícil solución. Es importante a este respecto valorar cuidadosamente las

motivaciones del paciente.

d) Criterios de Ajuste Social: Cuando faltan otro tipo de criterios es siempre aconsejable modificar aquellas conductas que más interfieran en el ajuste social del paciente. De esta forma obtenemos el efecto multiplicador que tal ajuste supone en el equilibrio psicológico del sujeto.

Los problemas mayores pueden aumentar si el acuerdo entre el terapeuta y el paciente sobre las metas del tratamiento no es establecida inicialmente. En la evaluación conductual, se hace un intento para identificar blancos tentativos para la modificación antes de la evaluación conductual. Estas conductas blanco son discutidas con el paciente de una manera abierta, siendo las más probables de conducir a un cambio terapéutico y creando un acuerdo en las metas y expectativas que la terapia se propone alcanzar.

La evaluación conductual pasa a una segunda etapa: Medición y Análisis Funcional.

6.2. MEDICION Y ANALISIS FUNCIONAL.

El propósito principal de la segunda etapa de la evaluación es recojer medidas más refinadas de las conductas problemáticas y determinantes situacionales. Esta fase proporciona oportunidades para validar, modificar y ajustar

tar conceptualizaciones del problema dentro del esquema E-O-R-K-C antes de la iniciación del tratamiento (Kanfer y Saslow, 1969; Kanfer y Phillips, 1977). Hay dos estrategias que pueden ser usadas para realizar este propósito: el análisis estático y el análisis funcional (Ferster, 1965; Bijou, Peterson, Harris, Allen y Johnston, 1969). En contraste, un análisis funcional o "contingencia de tres términos incluye la medición de los antecedentes, la conducta y las consecuencias para fijar las variables control.

1. Medición de la Conducta:

La primera etapa de la evaluación, la identificación del problema, se respalda básicamente en la entrevista. No obstante, cuando la entrevista no es bien planeada es una fuente inexacta de datos. En la segunda etapa de la evaluación conductual, son empleados otros métodos de recolección de datos para complementar los datos recojidos en la entrevista, estos incluyen cuestionarios y la observación, que pueden ser usados en cualquiera de los análisis, estático o funcional.

1.1. Cuestionarios: Una variedad de cuestionarios especializados e inventarios han sido diseñados para ayudar al problema de la medición. Frecuentemente estos instrumentos miden la severidad del problema o identifican los factores situacionales asociados.

Específicamente, se han desarrollado varios cuestionarios para ayudar al clínico a evaluar la gravedad de la de pre si ón. Hamilton (1960) y Grinker y otros (1961) idearon la entrevista estructurada mediante la cual se pueden eva lua r las conductas depresivas del paciente y cuantifi-- carlas objetivamente según sus respuestas a un conjunto es tan dar de preguntas. Williams, Barlow y Agras (1972) han des ar rol la do una "lista de registro conductual" que los -- clínicos pueden utilizar para evaluar la duración, frecuen cia e intensidad de las conductas depresivas manifiestas - de una persona.

También se dispone de varias medidas de autoinforme, de papel y lápiz que se usan con mayor frecuencia que los ins tr um en tos anteriores. La lista de Registro de Adjeti-- vos Afectivos Múltiples (Zuckerman y Lubin, 1965) y la Lis ta de Registro de Adjetivos de Depresión (Lubin, 1965). In clu yen diversas palabras poco gratas o que denotan insatis facci ón, desdicha, o apatía: se pide al paciente que re-- gistre aquellos adjetivos que describen sus sentimientos y conductas, suponiendo que el número de adjetivos (depre sivos) registrado ofrece una medida cuantitativa de su depre si ón. El inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Men del son, Mock y Erbaugh, 1961) y la Escala de Depresión Au to es tima tiva de Zung (Zung, 1965) son breves cuestionarios en los que el paciente puede indicar la frecuencia e inten sidad de muchas conductas depresivas (incluyendo dificulta des em ociona les, cognoscitivas y físicas) que está experi-

mentando.

1.2. Observación: Los procedimientos observaciona--
les son fundamentales en la evaluación conductual porque -
pueden muestrear y registrar directamente las conductas y
factores ambientales asociados al problema. Las formas di
versas de observación son usadas en la evaluación conduc--
tual: a) Auto-observación; b) Observación natural y c) Ob
servación de laboratorio. Estos procedimientos son distin
guidos unos de otros por el individuo que realizo la obser
vación y el registro o por localización y estructura del -
lugar observacional.

a) Auto-observación: el paciente toma el papel de -
un observador. Registra la incidencia de una conducta y -
las situaciones circundantes. P. ej., el paciente puede re
gistrar la frecuencia y contenido de pensamientos suicidas
en una tarjeta a través del día, anota los factores situa
cionales asociados con estos pensamientos. El autoregís--
tro es particularmente útil para la evaluación de respues
tas cognitivas que no son fácilmente registradas por obser
vadores externos (Thorensen y Mahoney, 1974; Hersen y Be--
llack, 1977).

b) Observación natural: incluye la observación de -
las conductas del paciente por otros sujetos en el medio -
natural. Esta estrategia ha sido utilizada para hacer me
diciones "en vivo". En algunos casos, las listas de che--

queo o el elaborado sistema de códigos conductuales son -- usados por observadores entrenados. Comunmente, un fami-- llar o el paraprofesional es instruido para registrar la - ocurrencia de una conducta blanco específica y quizá las - condiciones ambientales bajo la cual ocurre (Libet y Lewinsohn, 1973).

c) Observación de laboratorio: permiten el muestreo directo de la conducta en el lugar controlado. El juego - de papeles es un tipo de procedimiento de la observación - en el laboratorio. En el juego de papeles, se le pide al _ paciente conducir un papel específico o tarea con ayuda -- del terapeuta (Rathus, 1972). En otras formas de la observación de laboratorio, el paciente es expuesto a un conjunto estandarizado de estímulos (p. ej., una película) mientras que las respuestas son registradas. Esta estrategia_es relevante particularmente a problemas de excesos conductuales.

2. Análisis Funcional:

La determinación de factores específicos que son funcionalmente referidos a las conductas problemáticas es el _ aspecto más importante de la evaluación conductual. El -- análisis funcional incluye la medición de los antecedentes, las consecuencias y las conductas problemáticas en orden - para conceptualizar la explicación de las variables de mantenimiento o control (O'Leary y Wilson, 1975).

2.1. Antecedentes: Son eventos o factores situacionales presentes inmediatamente antes de la ocurrencia de la conducta problema. Los antecedentes pueden incluir condiciones situacionales específicas o eventos medioambientales, la conducta de otros y la conducta del propio individuo.

2.2. Consecuencias; son eventos o factores situacionales que siguen a la conducta problemática. Incluyen cambios en el ambiente físico, la situación, las reacciones de otros y la alteración del estatus físico o fisiológico del paciente. Si la función de la conducta problemática no es determinada correctamente, la conducta puede precipitar nuevos patrones problemáticos.

2.3. Respuestas cognitivas mediacionales: son una clase especial de antecedentes o consecuencias que funcionan como una unión crítica en una cadena conductual. Las atribuciones causales del individuo, designaciones de estados emocionales y las autopercepciones pueden contribuir al mantenimiento de problemas clínicos (Kopel y Arkowitz, 1975). Una área crítica para investigar es el papel de la autoinstrucción cubierta (p. ej., pensamientos). Estos -- pensamientos juegan frecuentemente una parte activa en el patrón maladaptado (Meichenbaum, 1974). Las experiencias anteriores son determinantes importantes para las respuestas mediacionales.

En el caso de la depresión, un análisis cuidadoso -- nos mostrará en la mayoría de los casos una de estas posibles secuencias conductuales:

- Un reforzador generalizado que previamente mantenía un gran número de conductas ha sido eliminado.
- Una tasa de refuerzo previamente existente se ha hecho excesivamente baja, dando lugar a una extinción de la conducta.
- Una cadena de conductas conducentes a un refuerzo se ve interrumpida.
- Las conductas sociales de un sujeto se han hecho progresivamente inadecuadas, de tal forma que los refuerzos se hacen cada vez más escasos y las consecuencias aversivas más frecuentes.
- Un exceso de consecuencias aversivas inevitables e indiscriminadas deprimen un amplio repertorio de conductas.
- Los refuerzos previamente existentes pierden su eficacia reforzadora quizá debido a variables de índole biológica.

La tarea del terapeuta de la conducta es descubrir -- cuál de estas contingencias u otras posibles aparecen en --

el cuadro que presenta el paciente depresivo.

De este modo, los productos finales de la medición y análisis funcional son: la línea base (pretratamiento), - medición de la conducta blanco problema; medición y conceptualización de la relación funcional entre las variables - control o de mantenimiento y las conductas problema; e indicaciones para modificar las conductas blanco dentro del esquema E-O-R-K-C. De paso diremos que el análisis funcional no puede hacerse mediante una recolección de datos en la entrevista o en la observación, sino que implica un - - cierto marco teórico que proporcione coherencia e inteligibilidad a los datos. Por lo tanto, no cabe un análisis de la conducta mecánico o puramente empírico pues, queramos o no, siempre conllevará un fondo teórico que condiciona la selección y ordenación de los datos observados.

6.3. SELECCION DEL TRATAMIENTO.

En la tercera etapa de la evaluación, la información recolectada es integrada para llegar a la selección del -- procedimiento para el tratamiento. La tarea principal en este proceso incluye:

1. Evaluación de la Motivación del Paciente.

Un factor importante en la decisión de que tipo de - estrategias de tratamiento usar es la motivación del pa- - ciente. Una prueba conductual de motivación está disponi-

ble en la manera en que el paciente ha conducido previamente sus asignaciones o tareas. En la etapa de la medición, se le invita al paciente a participar activamente en el procedimiento de la evaluación. Se le puede decir p. ej., que complete cuestionarios en su casa o el autoregistro de ciertas conductas durante el día. La participación del paciente en estas tareas proporcionan una muestra de su aproximación a las tareas requiriendo autoiniciación y acciones independientes. Si estos intentos son pobres, el uso de procedimientos autoadministrados o de autocontrol en el medio natural del paciente parece contraindicado. En vez de esto, la estrategia conductual que envuelve altos grados de control por parte del terapeuta puede ser de mejor elección. Estas conclusiones acerca de la motivación debe ser hecha por precaución, tal vez un individuo puede fracasar al terminar exitosamente la tarea asignada por otras razones más que motivacionales. P. ej., el paciente no comprende las instrucciones, puede no estar familiarizado con las autodeclaraciones en los cuestionarios, pueden faltarle las habilidades necesarias para cumplir lo asignado. Si estos factores son relevantes, son también información importante para las decisiones acerca del tratamiento adecuado para el paciente.

2. Evaluación de las Habilidades y Recursos del Paciente.

Otra consideración en la selección del tratamiento

es la disponibilidad de los recursos. ¿Cuáles son las ven tajas conductuales del paciente, sus habilidades, sus áreas de funcionamiento adecuado y superior?, ¿Cuáles son las ge neralmente disponibles, reforzantes potenciales y estímulo-- los aversivos?, ¿Cuáles son las limitaciones del paciente (p. ej., capacidad intelectual, limitaciones físicas)?, -- ¿Qué es lo potencial para el cambio en su ambiente físico-social?, ¿Quién esta dispuesto a cooperar durante la terapia?, ¿Cuáles son las aptitudes y capacidades, y cuáles -- son los efectos potenciales de su participación?

3. Selección del Procedimiento Terapéutico.

En la selección de un proceso para un conjunto de -- procedimientos terapéuticos que parecen tener igual oportu-- nidad de éxito, se ofrece alguna guía general. Primero, - la selección del procedimiento será lo más simple, de me-- nor esfuerzo y de menor rompimiento con la situación de vi da del individuo. Segundo, elegir el procedimiento que se adapte mejor a su estilo de percibir y resolver problemas. De esta manera, si un individuo tiene una historia de es-- fuerzos de autocontrol (y es altamente reforzado por efec-- tuar el control o el dominio), la selección del procedi-- miento conductual de autocontrol sobre técnicas alternati-- vas igualmente eficaces son indicadas.

La elección de las técnicas de tratami-ento está in-- fluenciada por factores diversos; a) la evaluación de la -

información en sí misma; b) la validación empírica de las técnicas de tratamiento; c) la familiaridad del terapeuta con un procedimiento dado; d) la disponibilidad de ciertos procedimientos (p. ej., equipo automático) y e) resultados prácticos, tal como la fácil administración de un procedimiento. Claramente, el entrenamiento clínico, la experiencia y el juicio son también factores importantes al seleccionar una técnica de tratamiento.

Una vez que la técnica de tratamiento es seleccionada, las especificaciones de la aplicación son realizadas. - P. ej., una decisión para usar un programa de reforzamiento positivo ocasiona diversas decisiones más refinadas. -- ¿Qué reforzadores deben ser usados y en qué cantidades?, - ¿Cuál es el punto razonable para el paso prudente en la modificación del programa y qué medida de pasos subsecuentes deben ser usados?

4. Conducción de la Conferencia de Información-Participación.

La "conferencia de participación" proporciona el paso final en el tratamiento adecuado para el paciente antes de que el régimen terapéutico sea implementado. El terapeuta proporciona un resumen comprensivo de la información sobre la evaluación del paciente. La formulación del caso conductual se presenta en un lenguaje sencillo, utilizando códigos comunes y con tecnicismos escasos. No es preciso que el paciente asimile unos esquemas conceptuales nuevos

ni, que reeplantee en función de ellos toda su experiencia.

El terapeuta reformulará los datos en términos de la teoría de la conducta, pero en la mayoría de los casos no será necesario dar al paciente unos esquemas simples de los modelos teóricos y explicativos utilizados.

La atención se centra principalmente en el bosquejo de los detalles del plan terapéutico, ligandolos a las formulaciones de la evaluación. Se le da la oportunidad al paciente de preguntar y discutir las conceptualizaciones de la evaluación y del procedimiento de tratamiento en sí. La conferencia sirve para instruir al paciente en la aproximación conductual y para establecer metas mutuamente satisfactorias.

Así mismo, la conferencia de participación puede facilitar un "comienzo" para la participación del paciente que ayuda a atraer y mantener al paciente cooperativo en toda la terapia (Davison, 1969). Los tópicos cubiertos en la conferencia de participación son:

- a) Presentación del problema: una revisión breve.
- b) Desarrollo del problema, incidentes sumamente significantes, eventos, patrones de conducta maladaptados, y otros problemas presentados.

- c) Análisis funcional del problema: las conductas de mayor problema son vinculados a antecedentes corrientes y consecuencias. El terapeuta usa diagramas simples para ilustrar la conceptualización.
- d) Suposiciones básicas de la aproximación conductual: revisión de los conceptos siguientes.~ el paciente puede verse como "loco" o "enfermo"; sin embargo, la investigación demuestra que las manipulaciones ambientales pueden producir conductas en personas "normales" que son funcionalmente similares a las del paciente. De este modo, las conductas del paciente pueden ser entendidas usando el mismo principio como aquellos usados para explicar otros tipos de aprendizaje. Además, "enfermo o loco" son rotulos sociales, no algo que, se asemeje a una enfermedad, está inherente en el paciente. Los cambios en la conducta presente dependen del aprendizaje de nuevas respuestas al medio ambiente y los antecedentes internos. La eficacia de aprendizaje depende de la consistencia y motivación en la práctica del paciente de nuevas respuestas.
- e) Esbozo del régimen terapéutico propuesto.

6.4. MEDICION DE LA TERAPIA SOBRE LA MARCHA.

En el comienzo de esta fase de evaluación, la administración del procedimiento de tratamiento es implementado. Uno de los mayores esfuerzos de la aproximación con--

ductual es que el proceso evaluativo se extiende dentro y en las interfases con el tratamiento. Hay tres tareas mayores en la evaluación del proceso de la terapia sobre la marcha: chequeo del uso de los procedimientos clínicos o técnicos del paciente, monitoreo de la efectividad del procedimiento y finalmente, la modificación del programa de tratamiento.

1. Chequeo del Uso de las Técnicas del Paciente.

Si la técnica conductual es aplicada inadecuadamente, probablemente será inefectiva. Se necesitan contestar dos cuestiones: ¿Esta usando el paciente la técnica para todo? y ¿Cómo la esta usando?.

Un problema común encontrado con los procedimientos de autocontrol conductual es que las asignaciones justas no son terminadas. P. ej., las sensibilizaciones cubiertas (Cautela, 1967), impone usualmente sesiones de práctica diaria. Sin práctica regular, la sensibilización cubierta no puede dar una prueba adecuada de efectividad. La detección anticipada de la no terminación es esencial. Se admite que el terapeuta trabaje en la sesión de prácticas de facilitación o en la selección de una estrategia de tratamiento que no cuente con asignaciones en la casa del paciente.

Un segundo problema ocurre cuando los procedimientos no son aplicados apropiadamente. Hay un variado número de métodos útiles para evaluar la adecuación de la aplicación

de la intervención. Se puede preguntar al paciente durante la sesión cómo maneja los procedimientos de intervención, explicados detalladamente. El paciente también puede ser invitado a reportarse telefónicamente durante el transcurso de la semana. Esto tiene la ventaja de darle una retroalimentación inmediata y una estimulación del terapeuta. El procedimiento de la lista de chequeo para que sea completada por el paciente inmediatamente después de la asignación, puede servir para suplementar este reporte y recordarle los pasos necesarios del procedimiento (Kopel, 1975).

2. Monitoreo de la Efectividad del Procedimiento.

Cuando la evaluación confirma que los procedimientos del tratamiento están siendo aplicados apropiadamente, el paso siguiente consiste en determinar su eficacia. El uso de la terapia Alto al Pensamiento está disminuyendo la frecuencia de los pensamientos depresivos?, ¿La aplicación de un programa de manejo de contingencias está aumentando el nivel de habilidades sociales? El terapeuta conductual no espera hasta que la terapia termine para evaluar los efectos del tratamiento. Los datos sobre los cambios en la conducta problemática son recolectados sobre una base en la marcha. Este proceso evaluación-terapia permite un juicio racional para cuando las metas terapéuticas son adecuadas y cuando la terapia este terminada. En general, los métodos de evaluación empleados durante la medición en la

etapa II (medición y análisis funcional) pueden ser usados para monitorear el cambio.

3. Modificación del Programa de Tratamiento.

Si los datos revelan cambios insuficientes en las -- conductas blanco, las aplicaciones apropiadas del procedimiento de intervención, crea dos preguntas: ¿Los procedi-- mientos empleados generalmente necesitan ser modificados?-- p. ej., los pasos en la asignación de una tarea graduada -- pueden ser demasiado largos.

Las modificaciones en el programa de tratamiento pueden ser indicadas por un número de razones, incluyendo:

- a) Selección incorrecta de conductas blanco.
- b) Evaluación inadecuada de las variables control -- (P. ej., conceptualización errónea).
- c) Un desajuste entre el paciente y el tratamiento.
- d) Aplicación inadecuada del tratamiento (procedi- - mientos).
- e) Reacciones impredecibles a los aspectos del pro-- grama (p. ej., habituación al estímulo aversivo).
- f) Cambios sobre la marcha en el ambiente.

El monitoreo de la terapia sobre la marcha permite -- los reajustes a estos problemas. Este proceso reduce fi--

nalmente la exposición al fracaso. Generalmente las técnicas empleadas pueden ser modificadas (p. ej., el uso de diferentes reforzadores en un programa de economía de fichas) o reemplazada por una estrategia de intervención totalmente nueva.

6.5. EVALUACION DE LA TERAPIA.

Aunque la evaluación del progreso de la terapia es sobre la marcha, el clínico hace usualmente una evaluación final también. Las tareas principales son:

1. Evaluación del Resultado.

Si el clínico siguió todos los pasos de la evaluación conductual, está en una excelente posición para evaluar el resultado de la terapia. Ha tomado medidas de las conductas blanco problemáticas en todos los pasos del método. Las medidas tomadas durante la fase de línea base de la evaluación proporcionan una evaluación pretratamiento de la efectividad de los procedimientos de intervención. Los datos recolectados sobre los blancos durante la etapa de la intervención son comparados con las mediciones de la línea base tomadas anteriormente. Los cambios obtenidos son evaluados relativamente con las series de metas iniciales del paciente. Si algunos problemas no han sido satisfactoriamente modificados o si las nuevas metas aumentan, el contrato terapéutico puede ser renegociado y el proceso evaluativo empezar de nuevo. En algunos casos, las referen

cias son apropiadas. La evaluación formal de los resultados de la terapia pueden ser hechos usando los diseños experimentales de un solo sujeto. Los diseños más populares son:

- a) El diseño de retiro A-B-A-B
- b) El diseño de línea base múltiple.

El propósito de estos diseños es demostrar el control experimental sobre las conductas blanco. Tal vez el clínico no está muy interesado en estas metas, pero forman parte de la investigación; no obstante, estos diseños son utilizados para los propósitos clínicos.

a) Diseño de Retiro A-B-A-B: Este diseño incluye las siguientes secuencias: (1) línea base; (2) procedimiento de tratamiento; (3) regreso a la línea base y (4) restablecimiento del procedimiento de tratamiento. (Barlow y Hersen, 1973; Miller, 1973).

Aunque los investigadores han reconocido ampliamente el uso del diseño de retiro A-B-A-B, el terapeuta raramente aplica el procedimiento en la práctica clínica. No obstante, tales demostraciones en el nivel clínico pueden tener efectos profundos sobre los pacientes que son tratados y puede de hecho, facilitar la aplicación continuada de las técnicas de tratamiento después de la terminación. Un efecto de reversión obtenido en este diseño es de evi-

dencia frecuentemente dramática para el paciente, ya de lo que está sucediendo (su mejoría o progreso), es él responsable. Tales atribuciones ayudan a procurar el uso futuro de los procedimientos de intervención por el paciente o agente de cambio si es necesitado.

El diseño de retiro A-B-A-B requiere la suposición de que los efectos del tratamiento pueden ser reversibles por el procedimiento del tratamiento de retiro. Sin embargo, cuando los procedimientos de tratamiento han estado con los efectos por períodos largos de tiempo, relativamente, ésta suposición no es válida. En estos casos, las contingencias ambientales u otros cambios que son aplicados empiezan a dar efectos y mantienen los cambios conductuales. (Agras, Leitenberg, Barlow y Thomson, 1969; O'Brien, Azrin y Her-son, 1969; Wahler, 1969).

b) Diseño de Línea Base Múltiple: Este diseño no requiere que el terapeuta retire el tratamiento. Se cuenta con la aplicación secuencial sistemática de un procedimiento de tratamiento simple a través de: (1) diferentes conductas blanco; (2) sujetos diferentes; o (3) diferentes situaciones (Kazdin, Marks y Gelder, Barlow, Harsen, Baer, Wolf y Risley, 1968). En general, el diseño de L.B.M. tiene más ventajas para el clínico sobre el uso del diseño de retiro A-B-A-B. Primero, se evitan problemas éticos potenciales inherentes en el retiro del tratamiento y en los efectos de reversión del tratamiento. Tales medidas son particularmen

te relevantes para ciertas clases de conductas. Segundo, - el diseño de L.B.M. no cuenta con los efectos de reversibilidad continuada. Más bien, las aplicaciones secuenciales del procedimiento de tratamiento son usadas para moderar la influencia de factores extraños. Finalmente, la práctica clínica común de trabajar sobre un blanco en un período - cuando las conductas blanco múltiples han sido denominadas - muy apropiadas dentro del diseño de línea base múltiple.

El diseño experimental de un solo sujeto requiere la recolección de datos continuos para la línea base por medio de la terminación del tratamiento. De este modo, estos diseños pueden ayudar en la evaluación de la terapia en marcha así como la evaluación final.

2. Mantenimiento de los Efectos Terapéuticos.

Aunque los resultados del mantenimiento del cambio terapéutico son cruciales, hay un fácil dominio (Williams, 1974). La evaluación de la estabilidad del cambio conductual requiere de la continuación de la recolección de datos. Una estrategia general para usar otra vez las metas que han sido cumplidas, es que el clínico retire gradualmente la estructura del programa terapéutico mientras monitorea la durabilidad del cambio conductual. P. ej., la frecuencia de la sesión de terapia puede reducirse para evaluar la estabilidad del cambio en la conducta. Los datos recojidos durante este período proporciona alguna indicación del grado de

mantenimiento que es esperado cuando la terapia termina totalmente.

Un segundo método de evaluación de la perspectiva de mantenimiento antes de que la terapia termine, es pedirle al paciente que escriba su propio programa de mantenimiento. (Lobitz y Lo Piccolo, 1972). El programa puede incluir una descripción de (1) patrones antiguos y variables de control; (2) nuevos patrones adaptativos; (3) señales de peligro que indiquen una recaída parcial o anticipada; y (4) autointervenciones, si son necesarias. La descripción del paciente de su programa de mantenimiento proporciona al terapeuta una importante herramienta.

La sesión de seguimiento proporciona un método importante para la evaluación de la estabilidad del cambio conductual, una vez que la terapia ha terminado. Este procedimiento es importante para el clínico, ya que le proporciona la información necesaria para evaluar sus propias estrategias de tratamiento.

Habiendo expuesto el panorama general sobre el procedimiento de la evaluación conductual, el siguiente punto se avocará a describir específicamente algunas de las estrategias de intervención que han surgido dentro de este mismo contexto.

6.6. ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO PARA LA DEPRESION.

Una variedad de técnicas conductuales son empleadas en el tratamiento de la depresión. Generalmente establecida, la meta de tratamiento es incrementar y ampliar el repertorio de respuestas del paciente.

Para realizar esta meta, el terapeuta necesitará muy probablemente una aproximación de amplio espectro, incluyendo factores de tratamiento de las siguientes áreas:

1. Descubrimiento o reestablecimiento de posibles fuentes de reforzamiento.
2. Aumento de la efectividad del reforzador.
3. Análisis y corrección de patrones interpersonales defectuosos que han resultado en la pérdida de oportunidades de reforzamiento.
4. Reestructuración de la serie de pensamientos para refutar la inutilidad asumida.
5. Construcción de habilidades asertivas.

Aunque cada estrategia de tratamiento refleja el énfasis teórico del individuo que investiga, comparten el objetivo común de aumentar las conductas adaptadas no depresivas y disminuir las conductas depresivas. Cada conjunto de tratamiento incorpora a su terapéutica esencial uno o más elementos de las técnicas específicas que se exponen a con-

tinuación.

Aproximación conductual operante:

Se enfoca generalmente sobre la cantidad incrementada del reforzamiento obtenido. Las aproximaciones principales son los procedimientos de manejo de contingencias directa (p. ej., la economía de fichas, gratificaciones sistemáticas de conductas apropiadas y/o la extinción de conductas depresivas) y el entrenamiento en habilidades dirigido a facilitar la retención de reforzamiento eficaz del medio (p. ej., entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en el automonitoreo o análisis funcional).

El uso de la eventual atención del terapeuta desempeña un papel importante en estos tratamientos. Después de establecer una relación de apoyo durante las primeras sesiones, el terapeuta ignora consecuentemente las quejas del paciente u otras expresiones verbales depresivas mientras presta cuidadosa atención a los informes de un enfrentamiento adecuado de las situaciones problemáticas. Liberman y Raskin (1971), informaron sobre dos casos en la atención eventual del terapeuta y su aprobación bastaron al comienzo para despertar conductas previamente reforzadas o para establecer nuevas conductas adaptadas de enfrentamiento.

Burgess (1969), presentó un tratamiento que tuvo éxito con varios pacientes cuya depresión se relacionaba con una incapacidad para actuar en diferentes situaciones. Se

utilizó un enfoque de "tareas graduadas" en el cual los sucesos estaban ordenados para extremar las experiencias de éxito del paciente en relación con sus experiencias de fracaso. Se construyó una jerarquía de tareas pertinentes para la situación problemática del paciente. Las tareas iniciales requerían un esfuerzo mínimo y, en la primera semana, el terapeuta veía al paciente cada día a fin de reforzar estas primeras aproximaciones. Las tareas requeridas aumentaron gradualmente en frecuencia y dificultad hasta que se realizaron las conductas objetivo deseadas.

Lewinsohn ha informado el desarrollo de una técnica para identificar actividades que parecen especialmente importantes respecto a la manera en que un determinado individuo se siente. En un estudio que realizaron Lewinsohn y Graf (1973) probaron la eficacia de aumentar la participación del sujeto en actividades agradables como medio de aliviar el ánimo deprimido.

Shipley y Fazio (1973), realizaron un estudio controlado análogo en el cual los sujetos se entrenaban en aptitudes para la resolución de problemas, a fin de ofrecer alternativas a las conductas depresivas con las cuales el sujeto abordaba ordinariamente una situación problemática. Por mutuo acuerdo al respecto, se establecieron tareas "recomendadas" para cada sesión y el terapeuta ofrecía retroalimentación contemplando los intentos del paciente para realizarlas. Se instruía al paciente para que limitase las expresiones

siones verbales depresivas a períodos determinados de aislamiento en que las otras personas no podrían responder.

En otros casos, el terapeuta interviene activamente para establecer contingencias que reforzarán las conductas adaptadas y extinguirán o castigarán las conductas depresivas. Estas técnicas tratan de alterar la manera como la familia o compañeros de un individuo reaccionan ante su conducta, aumentando por tanto la probabilidad de que realice conductas adaptadas. La intervención del hogar según el manejo de las contingencias no ha sido examinado con detalle aunque Burgess (1969), informó sobre el entrenamiento de la esposa de un paciente para prestar atención contingente a las conductas no depresivas. Se encuentra una evidencia -- clínica adicional en apoyo de esta técnica en el caso de estudio de Liberman y Raskin (1971), en que se emplea un diseño intrasujeto de reversión. Se enseñó a toda la familia a prestar atención a los intentos de la paciente cuando realizaba tareas y a ignorarla cuando emitía conductas depresivas. Después que la paciente había demostrado una mejoría considerable, se pidió a la familia que volviera a adoptar sus antiguas costumbres durante un breve período de tiempo. La paciente volvió a su condición precedente, pero mejoró rápidamente cuando se reinstauró de nuevo el procedimiento de tratamiento.

Algunos estudios se han enfocado sobre el uso de la economía de fichas en el tratamiento de la depresión. Ejemplo de esto es el examen de los efectos del reforzamiento -

positivo y el costo de respuesta en una paciente institucionalizada a la que se le daba una ficha cada vez que sonreía y se le multaba con una ficha cada vez que lloraba; un diseño ABAB modificado indicaba que las fichas ejercían control sobre estas respuestas. El reforzamiento social se unía a las fichas y desaparecían progresivamente del programa.

Hersen, Alford y Agras (1973), mostraron igualmente que un programa de economía de fichas típico disminuyó la depresión observable en tres pacientes internos neuróticamente deprimidos.

En las estrategias de entrenamiento en habilidades - las aptitudes sociales más eficaces se desarrollan para remediar los déficits interpersonales del paciente, de modo que sea capaz de despertar más respuestas positivas en los otros. Las conductas socialmente indeseables que podrían hacer al paciente aversivo respecto a los otros, se disminuye. Sin embargo, puesto que el foco del tratamiento son los modelos de interacción, es esencial el tratamiento del paciente dentro de su entorno social. La cooperación y participación de las otras personas significativas, forma parte de la estrategia de tratamiento. Lewinsohn y cols., (1969), han presentado seis informes de casos que especifican detalles de un programa de tratamiento de intervención en el hogar y ofrecen datos que demuestran los resultados terapéuticos obtenidos. Se hacen observaciones en el hogar, con observadores entrenados que cofician las conductas in--

terpersonales de todos los presentes. Estos datos constituyen la base para el programa de tratamiento y revelan que el paciente deprimido emite típicamente pocas respuestas y rara vez sus respuestas son reforzadas. Los otros miembros de la familia ignoran en general al paciente, o bien éste recibe respuestas negativas de ellos. Se hace un diagnóstico conductual que identifica los modelos de interacción deficientes, y se presentan estas conclusiones al paciente y a su cónyuge. Se acuerda un contrato mutuamente aceptable especificando objetivos y procedimientos. Las conductas objetivo que han sido escogidas por sus pacientes incluyen: aumento en las respuestas afectivas; aumento en temas particulares de conversación que interesan a los padres o al cónyuge; aumento en el inicio de una conversación; aumento de la participación en actividades previamente agradables o nuevas (ir al cine, ir al campo, etc.); y disminución de expresiones relacionadas con los problemas. Las observaciones en el hogar durante el período de tratamiento o a su terminación, revelan que la intervención terapéutica produce cambios significativos en los modelos de interacción y una disminución concomitante en la depresión informada por el paciente.

Las aproximaciones conductuales de respuesta emocional se han enfocado ampliamente sobre la disminución de la ansiedad (Lazarus, 1968; Wolpe y Lazarus, 1969). Los procedimientos de tratamiento incluyen técnicas conductuales estandarizadas usadas para descondicionar la ansiedad: desen-

sibilización sistemática, contracondicionamiento, inundación, alto al pensamiento y terapia implosiva entre otras.

La utilidad potencial de la desensibilización sistemática se ha destacado en varios informes, por lo menos - cuando la ansiedad puede estar inhibiendo una respuesta que de otro modo sería recompensante. En el informe de un caso de un paciente interno seriamente deprimido con un historial de frecuentes hospitalizaciones, se presentó un procedimiento llamado "Resensibilización sistemática", que combina aspectos de desensibilización con un enfoque de tareas graduadas. La primera fase del programa de tratamiento está destinada a vencer la falta general de eficacia del reforzador hallada a menudo en la depresión grave, en que el paciente no puede identificar nada que sea reforzante en ese momento para él. Se usa un procedimiento similar a la desensibilización, construyéndose la jerarquía en torno a las actividades previamente reforzantes; intente reemplazar las asociaciones negativas presentes con estas actividades por asociaciones positivas agradables. La segunda fase, una reorientación conductual, introduce la exposición gradual, de forma real, asegurando que el contacto del paciente con la actividad continua siendo positivo. El paciente mantiene la actividad todo el tiempo que continúa sintiendo se bien, o al menos indiferente; tan pronto como se siente molesto debe abandonar la situación por un lapso determinado.

Varias técnicas han intentado inducir un afecto incompatible con la depresión como un medio de vencer la apatía inicial del paciente y su incapacidad para responder. La proyección temporal con reforzamiento positivo despierta -- afecto positivo. Mientras está profundamente relajado, el paciente se proyecta a sí mismo imaginariamente en el futuro y se concentra en actividades agradables. Se proyecta hacia un punto del tiempo en que no puede ya imaginarse -- transtornado por sus pérdidas presentes. Se instruye luego al paciente para que vuelva a través del tiempo al presente y se le sugiere de forma directa que retenga los sentimientos agradables relacionados con estas actividades. Lazarus (1971) informa que este procedimiento logró inducir a siete de doce pacientes al principio de la realización de actividades previamente reforzantes. Otra técnica, la "expresión afectiva" (op. cit.) está destinada a despertar cualquier emoción fuerte, como la cólera, para forzar en primer lugar al paciente a responder de alguna manera. El programa anti depresivo, ofrece una sugestiva evidencia respecto a la posible eficacia de tal técnica. Se exige a un paciente deprimido hospitalizado que realice una tarea monótona, como alizar un bloque de madera, hasta que finalmente se enoja y rehusa continuar; se elogía entonces al paciente y se le pasa a una sala más agradable. Puede suceder que la expresión de la ira sea una respuesta alternativa incompatible con sentimientos de depresión y desesperanza. (op. cit.), -- también piensa que un sentimiento de privación sensorial --

podría aumentar la capacidad de respuesta de una persona de primida a estímulos previamente reforzantes.

Se incluye igualmente la técnica de entrenamiento -- asertivo que es un método eficaz para eliminar la ansiedad que el sujeto ha aprendido a generar en situaciones interpersonales y que le impide comportarse adecuadamente en esas situaciones.

La principal explicación formulada a este respecto, es en terminos de un modelo de inhibición reciproca, que supone que aserción y ansiedad son dos estados psicológicos en gran medida incompatibles y que la presencia de uno de ellos ha de inhibir necesariamente la expresión del otro.

Las técnicas o componentes básicos del entrenamiento asertivo son: el juego de papeles, el modelado de conducta y las instrucciones proporcionadas por el terapeuta, el reforzamiento social y la retroalimentación proporcionados también por el terapeuta.

El juego de papeles es la técnica de entrenamiento asertivo más utilizada y quizá la más importante. Normalmente, la técnica tiene lugar con el paciente y el terapeuta desempeñando tales papeles, el paciente el propio y el terapeuta el papel del oponente, de acuerdo con la información direcciones previamente facilitadas por el sujeto. La finalidad del procedimiento es la de permitir al paciente ensayar y aprender a comportarse y a superar adecuadamente

determinadas situaciones conflictivas.

La capacidad para representar un comportamiento asertivo es normalmente limitada en los pacientes depresivos, - de ahí la frecuente necesidad en la terapia asertiva de facilitar al sujeto instrucciones precisas sobre cómo superar los defectos encontrados y mejorar la ejecución de la conducta; y sobre todo, la necesidad de proporcionarle un modelo (modelado de conducta) de persona asertiva que él puede directamente observar e imitar. La forma más frecuente de utilizar la técnica es a través de la inversión de los papeles, con el terapeuta o el auxiliar desempeñando el papel del paciente, y éste el de su oponente.

La facilitación al sujeto de un auténtico espejo -- que refleje en todo momento su comportamiento a través de la retroalimentación adecuada del terapeuta que le proporcione una información constante e inmediata sobre su comportamiento actual y su progreso, junto al refuerzo diferencial de todo progreso del paciente, constituye otros elementos de suma importancia en la consecución de un comportamiento asertivo por parte del sujeto.

Por otro lado, es frecuente encontrar en individuos depresivos excesos conductuales que adquieren la forma de obsesiones sobre aspectos negativos de él mismo, expresiones de culpa, etc. En estos casos se puede utilizar el procedimiento de Alto al Pensamiento. El procedimiento usual

consta de tres pasos:

1. Bloqueo del inicio de la secuencia obsesiva con el grito de ¡alto! se suele dar conjuntamente un estrepitoso y súbito ruido mediante un fuerte golpe o un golpe violento en el propio cuerpo.
2. Relajación.
3. Actividad distractora y placentera (pasear, leer, arreglar un aparato...).

En un primer momento estas secuencias se ensayan repetidamente con el terapeuta para después hacerlas solo el propio paciente. Se le sugiere que cierre los ojos e imagine una situación o estímulo que usualmente induzca a las obsesiones. Cuando esto ocurre el paciente levanta el dedo como sistema indicador de que la secuencia obsesiva se ha iniciado. Entonces se pasa a la fase 1. Si el bloqueo ha sido efectivo, el paciente lo indica bajando el dedo. Progresivamente se van atenuando los estímulos interferentes (gritos, golpes) hasta conseguir que el propio paciente pueda bloquear sus secuencias obsesivas sin ayuda física.

Dentro de la aproximación conductual de autocontrol (Rehm, 1977), se ha enfocado en las cantidades incrementadas de conductas autogratificantes y/o las cantidades decrementadas de conductas auto-punitivas.

Existen técnicas terapéuticas dirigidas a reentrenar

a los individuos deprimidos en el autoreforzamiento. La es trategia empleada con más frecuencia ha sido la terapia de "control compensante". Teóricamente la terapia de control compensante (TCC) es una aplicación del principio de probabilidad diferencial de Premack (1965), en que la emisión de una conducta de alta probabilidad se hace contingente respecto a la emisión de una conducta deseada de baja probabilidad. En teoría, la conducta de baja probabilidad se refuerza mediante la conducta de alta probabilidad y por tanto debería de aumentar su frecuencia. En el tratamiento de la depresión, la TCC se ha utilizado para aumentar la frecuencia de las autoaserciones positivas; estos pensamientos pueden convertirse por sí mismos en reforzadores secundarios que la persona puede utilizar para reforzar determinados pensamientos o conductas. Se supone que los cambios en las auto-aserciones producen cambios en la auto-evaluación de una persona deprimida.

Un ejemplo de lo anterior es el uso de la TCC con un paciente deprimido para aumentar la tasa de auto-aserciones positivas. El fumar cigarrillos se hizo contingente respecto a la expresión verbal de una auto-aserción positiva. Además se estableció un procedimiento de auto-castigo (aversión táctil) para disminuir la frecuencia de las auto-aserciones negativas. Se manifestó que después de seis semanas el paciente desarrollaba auto-aserciones positivas sin el uso de la conducta de alta probabilidad y había mejorado su ánimo y la confianza en sí mismo.

En otras investigaciones se han utilizado los pensamientos positivos o las auto-evaluaciones positivas para -- disminuir los sentimientos depresivos.

La terapia cognitiva de Beck puede ser clasificada - como una estrategia cognitivo-conductual. Esta estrategia_ esbozada por Beck (1976, 1980), se orienta a la destrucción de los modelos cognoscitivos negativos existentes y a su -- sustitución por otros más realistas y positivos. Este proceso implica tres pasos esenciales:

1. El terapeuta identifica los modelos y secuencias_ de dificultades más importantes en la hisotira vital de la_ persona deprimida a fin de demostrar al paciente que ha - - aprendido a responder selectivamente a ciertos tipos de situaciones de una manera negativa, estereotipada. Con esto, el paciente logra comprender el desarrollo de su depresión_ y la influencia penetrante de la triada cognitiva.

2. Se enseña a la persona deprimida a detectar las - auto-aseseraciones generadoras de su depresión y a distanciarse de estas cogniciones de modo que puede examinarlas con - mayor objetividad. Considerando explicaciones alternativas y ensayando contra-argumentos para estas cogniciones negati_ vas, se enseña al paciente a corregir sus percepciones distorcionadas resultantes de la inferencia arbitraria, abs- - tracción selectiva, sobregeneralización y exageración.

3. El terapeuta enfoca la modificación de las actitudes y supuestos básicos de la persona deprimida sobre sí misma y el mundo. Se supone que, una vez modificados estos modelos de pensamientos de orden superior, también cambiarán las cogniciones negativas individuales que se derivan de ellos.

Beck asocia su enfoque con la terapia racional-emotiva de Ellis (TRE). Una estrategia terapéutica destinada a reestructurar los modelos de pensamiento ilógico que a continuación describiremos.

La TRE de Ellis es empleada frecuentemente con otro programa conductual. Comprende suposiciones similares al modelo de la I.A. de Seligman. Ellis (1980), enseña a sus pacientes que ellos pueden controlar sus propios estados y sus propias emociones. Los proponentes de la TRE incitan a sus pacientes a pronunciar sus pensamientos irracionales, que uno "debe" depender de otros para la protección y naturalidad, que uno "debe" ser amado y aceptado por otros (y por consiguiente uno no debe provocar el enojo) o que uno no tiene habilidad para controlar sus emociones de temor, pánico y soledad, pero debe sumirse en elementos desconocidos. Ellis enseña a sus pacientes a examinar y refutar activamente sus ideas irracionales. Como una parte de su aproximación activa. Ellis requiere que sus pacientes cierren sus ojos, y les pide que sigan la imagen del evento "temido" para que experimenten la emoción que les causa te-

mor. Con una señal del terapeuta, el paciente es instruido para reducir su emoción de "terribilidad" a "molestia simple", una acción que él este seguro que puede realizar. El terapeuta de este modo se da cuenta de que el paciente lo - esta realizando efectivamente, que tiene control sobre sus - estados emocionales, y que, por tanto uno no debe ser capaz de alterar un evento aversivo (p. ej., rechazado por un -- amante), ciertamente uno puede alterar el grado de "terribi - lidad" ligada al evento aversivo.

6.7 ESTRATEGIA PROGRESIVA DE AFECTO POSITIVO (EPAP).

Después de haber revisado los aspectos metodológicos que utiliza el terapeuta conductual y algunas técnicas que - han sido aplicadas en el tratamiento de la depresión, podemos decir que hasta el momento no existe un tratamiento úni - co. Creemos que la intervención clínica sería más adecuada si se incluyen varias técnicas, teniendo como objetivo modi - ficar y sobre todo activar la conducta de modo que refuer - cen positivamente los eventos que puedan ocurrir, diseñando programas para aumentar la efectividad del reforzador, en - señando mejores habilidades de comunicación, entrenamientos activos en aserción y libertad emocional, habilitando los - procedimientos de auto-control y atacando y reestructurando las condiciones irracionales.

Este objetivo se dirigiría entonces hacia el propós - to de incrementar la acción en el paciente, y hacía las - - oportunidades de aumentar las opciones de reforzamiento en -

la persona deprimida.

Por lo anteriormente mencionado y dado el objetivo - que perseguimos en esta revisión, proponemos una técnica -- que puede ser utilizada por cualquier terapeuta en la inter vención clínica de la depresión. Nos referiremos a ella co mo: Estrategia Progresiva de Afecto Positivo (EPAP).

Esta técnica contiene algunos aspectos que pueden re sultar efectivos en el tratamiento de la depresión:

Su desarrollo esta basado en los conceptos cogniti-- vo-conductuales. Tomando como base una de sus hipótesis -- más importantes que es el manejo de los conceptos negativos personales y que con la corrección de estas creencias predo minantes es posible que haya un cambio favorable en los sín tomas depresivos.

Algunos de los elementos que caracterizan esta técni ca son:

- a) La terapia no se lleva únicamente dentro del con- sultorio puesto que se programan actividades en - las que participa el terapeuta y el cliente (acti vidades sociales y culturales).
- b) Actividad muscular dirigida a fin de que el pa- - ciente incremente su actividad física con el obje tivo de reducir la depresión y el desánimo del -- cliente, para lograr una curación terapéutica com

pleta y significativa.

La técnica se compone de cuatro fases que se planifican para ser aplicadas a corto plazo y en un máximo de 24 sesiones en un período de 8 semanas con duración de una hora por sesión.

Es necesario hacer énfasis que las fases 2 y 3 pueden aplicarse conjunta y alternativamente, habiendo ocasiones en que se trabaje en el consultorio y otras fuera de él.

A continuación se describen cada una de las fases:

FASE 1:

- a) Escuchar.
- b) Guiar la entrevista basada en la historia clínica de Lazarus y aplicación de los inventarios de Beck, Hamilton y Zung.
- c) Evaluar la entrevista, confirmar las sospechas de depresión con todas sus características.
- d) Reconfirmar la impresión diagnóstica y comunicación de resultados de evaluación. Proposición del tratamiento.

...

FASE II: Fase Didáctica.

- a) Dar una explicación sobre la TRE_ y como funciona el modelo A-B-C: - cómo las personas crean y destruyen sus propias perturbaciones; - en donde A es la experiencia activadora, B la creencia sobre A y C la consecuencia emocional y con--ductual.
- b) Como se detectan las ideas irra--cionales: explicación del análi--sis del A-B-C.
- c) Debatar, distinguir y discutir -- las creencias irracionales, con--sistente en el uso del método ló--gico-empírico de cuestionar, pon--ner en tela de juicio y debatar -científicamente.
- d) Consiguiendo un nuevo efecto o filosofía. Es decir, que nos capa--cite a pensar semi-automáticamen--te sobre si mismo, sobre los de--más y sobre el mundo de una forma más sensata en el futuro.

2. Entrenamiento en la detección de pensamientos "automáticos".

Al cliente se le entrena para que identifique y analice las cogniciones relacionadas con el sentimiento desagradable, esto permite al cliente ser consciente de la función esencial que tiene la forma de pensar en la experiencia del sentimiento.

En esta fase el terapeuta enseña al cliente a considerar sus cogniciones más como respuestas psicológicas que como reflejo exacto de la realidad y a examinar la racionalidad y la evidencia que apoyan sus cogniciones concretas.

a) Empleo de la técnica de triple columna:

Consiste en dividir una hoja en tres secciones. En la parte izquierda de la página, el cliente describe la situación o el hecho relacionado con el sentimiento desagradable y esto sirve para ver el contexto en el que ocurrió la cognición. La sección central se reserva para las cogniciones actuales y sirve como dato primario básico. En la columna de la derecha se reseña el intento activo del cliente para responder a las cogniciones utilizando las pruebas concretas de evidencia y de ahí verificar la validez y la racionalidad de las cogniciones.

b) Pedir al paciente que haga una lista de "pensamientos automáticos".

Que elaborará en otros períodos propuestos entre las sesio-

nes, ya sea en estados de intensa depresión o durante interacciones ambientales concretas.

FASE III: Aplicación de Técnicas Terapéuticas Cognitivas.

En esta fase el terapeuta y el cliente trabajan juntos para hacer que el pensamiento del cliente se acomode plenamente a la realidad. La terapia tiene también la finalidad de proporcionarle un punto de vista objetivo sobre su futuro y de erradicar su pesimismo y su desesperación.

FASE IV: Asignación de Tareas Conductuales. Técnicas dirigidas a lograr el cambio conductual.

- a) Ensayo cognitivo: el cliente se imagina cada paso que debe dar para llegar a terminar la asignación de su tarea a realizar.
- b) Programación de actividades: el cliente y el terapeuta colaboran para programar las actividades diarias; realizandose estas en forma gradual, es decir, de sencillas a complejas.
- c) Técnica del dominio y la satisfacción: que consiste en valorar las actividades programadas de acuerdo con

el resultado del dominio o de la satisfacción obtenida.

- d) Participación terapeuta-cliente: Teniendo una finalidad doble. 1.- producir un cambio en la pasividad, apatía y la falta de gratificación del cliente, 2.- estimular la evaluación empírica de sus creencias supergeneralizadas de incapacidad e incompetencia.
- e) "Hacer sombra": es decir, que el terapeuta invite al cliente a realizar actividades. Estas pueden abarcar - desde actividades de tipo deportivo_ hasta sociales y culturales.

DISCUSSION

DISCUSION.

Como resultado de todo lo anteriormente expuesto consideramos que el término depresión es un concepto general, pues como observamos, no se restringe a una característica específica de la conducta. Cada teoría postula supuestos enteramente diferentes respecto a la naturaleza de la depresión y aunque se ha reunido una gran cantidad de datos para sostener estos postulados básicos, podemos decir de manera crítica que ninguna es capaz de explicar los datos disponibles; puesto que las hipótesis o factores importantes que no pueden explicarse fácilmente dentro de un modelo teórico tienden a ignorarse y ninguno de ellos es lo suficientemente amplio para explicar la multitud de conductas problemáticas que constituye la depresión.

Hemos visto que el modelo conductual explica la depresión dentro de un marco sumamente restringido de E-R, ya sea por condicionamiento clásico u operante. Quizá porque de esta manera les es más fácil explicar los eventos conductuales parsimoniosamente, comprobarlos, observarlos, ya que solo de esta forma, según ellos, hay posibilidad de que sean directamente confiables y cuantificables.

Rechazan completamente las conductas cubiertas de la persona (pensamientos, actitudes, ideas) argumentando su falta de comprobabilidad científica --es decir, no se adhiere a los requisitos metodológicos de los conductistas. No obstante pensamos que estas conductas encubiertas son el --

punto de unión entre los E-R para que la conducta se pueda manifestar.

En cuanto a la formulación psicodinámica vemos que - cada día resulta más claro que esta tentativa ha fracasado_ por querer encontrar una relación entre el psiquismo y la - enfermedad del sujeto ya que sigue comparando estructuras - de "personalidad" y no formas de conducta.

Lo mismo sucede con la concepción médica, al expli-- car que la depresión resulta de un mal funcionamiento fisi_ lógico del Sistema Nervioso que en última instancia sería - considerado como una máquina que funciona por relaciones de continuidad y contigüidad.

Aunque estos modelos tampoco han considerado las cog_ niciones en sus explicaciones teóricas; tenemos que recono- cer sin embargo, que gracias al surgimiento de estos, se -- plantearon los problemas psicológicos fundamentales de la - conducta depresiva, y se centró la atención en lo complejo_ de la vida afectiva. Aunque en el caso del psicoanálisis no tuvo la posibilidad de vincular los hechos que puso en evi- dencia con los conceptos psicológicos un poco rigurosos o - minimamente científicos.

El hombre dada su naturaleza, no puede restringir -- sus acciones a simples explicaciones de causa y efecto, ya_ que tiene un repertorio muy extenso de conductas, de necesi_ dades y capacidades como ser humano. De esta manera puede_

razonar, sentir y emocionarse, el producto de estas capacidades son por tanto los pensamientos, ideas, actitudes, sueños, fantasías e ilusiones. Son las facultades con que la naturaleza lo ha dotado y con las cuales ha podido transformarla. Entonces si el hombre es capaz de esto y más, por qué negar la existencia de estas capacidades? ¿Por qué la insistencia de reducirnos a simples receptores de entrada y salida?

No obstante, en los últimos tiempos se ha empezado a reconocer que la explicación de la conducta no es tan limitada y mecanicista como nos pretenden hacer creer los conductistas, ni se centran en las ya desprestigiadas explicaciones dinámicas o médicas; creemos por fortuna que un mayor énfasis en los constructos mediadores puede hacernos más comprensibles los trastornos depresivos, ya que se ha observado que la forma que asuma el trastorno del paciente no solo se relaciona con la falta de reforzamiento adecuado o insuficiente, o con la falta de habilidades sociales, sino también con el contenido de las cogniciones. Así p. ej., las personas que sufren de ansiedad generan pensamientos de que corren un peligro personal específico o generalizado. Los pacientes depresivos tienen cogniciones relacionadas con temas de privación, autodenigración, etc.

Así pues, si los teóricos no cognoscitivistas se detuvieran a examinar más a fondo las producciones cognitivas se podrían formular conceptos y modelos más completos y adecuados de la psicopatología humana en general y de la de

presión en particular; se podrían generar hipótesis que den base a experimentos controlados en los que se estudie que - tan complejas son las estructuras de la cognición que toman parte en los procesos de discriminación de los estímulos externos, en la interpretación de la experiencia en el almacenamiento y recuerdo selectivo y en el establecimiento de metas y planes dirigidos a lograr una intervención terapéutica adecuada de los casos clínicos.

Tal vez los primeros datos dirían que las organizaciones cognitivas son muy activas y que la conducta no es - tan simple como un estímulo y una respuesta.

Consideramos que se requiere la aceptación y reconocimiento, dada su importancia substancial, de la existencia de los procesos cognitivos en cualquier formulación que explique el fenómeno depresivo.

Al realizar el estudio sobre la depresión como transtorno emocional o como conducta anormal, teníamos como finalidad en esta revisión dar una explicación meramente clínica al problema, y a sus posibles formas de tratamiento. Sin embargo, al hacer el análisis un poco más profundo y detenido sobre las formulaciones teóricas que han tratado de explícarla, nos surgieron algunos cuestionamientos que nos hicieron reflexionar sobre algunos aspectos acerca del origen, causas y mantenimiento de la depresión como patología.

Esto surgió básicamente de la revisión de los concep

tos que dan los teóricos del aprendizaje para explicar el trastorno depresivo fundamentalmente cuando se refieren al aspecto social del individuo depresivo, como en el caso de Lewinsohn, quien trata de explicar las causas y mantenimiento de algunas conductas depresivas en función de tres factores: a) el número de reforzadores que puede proporcionar el ambiente, b) la medida en que posee las actitudes necesarias para producir para sí mismo reforzamiento a partir del ambiente, y c) el número de actividades y sucesos que lo están reforzando potencialmente. No obstante, vemos que a pesar del esfuerzo de este investigador y de otros por acercarse a las explicaciones de tipo social, pensamos que sus formulaciones son limitadas ya que han tomado un solo aspecto de lo social: las relaciones interpersonales.

Nos dimos cuenta de que los teóricos interesados en el fenómeno depresivo se han inclinado muy poco a referirse a los factores socioculturales dentro de sus formulaciones teóricas. Creemos que esta se debe principalmente a que la depresión cuando es exagerada y causa algún trastorno en el individuo es comprendida por todos nosotros como una enfermedad, como un problema psicológico o como un trastorno de tipo afectivo y por lo tanto debe estudiarse dentro del campo de la clínica. No obstante, pensando en la influencia que ejercen la sociedad y la cultura hemos llegado a creer que la existencia, manifestación e interpretación de la depresión como patología del ser humano esta determinada por los factores socioculturales de cada pueblo y que

esta no es universal como generalmente se cree.

De aquí que la discusión de este trabajo tome una dirección un tanto diferente a lo que hemos tratado anteriormente, más no por esto, y que quede claro, nos apartamos de las formulaciones teóricas que se han desarrollado dentro - del campo clínico y a los que hemos hecho mención, puesto - que hemos visto que la mayor parte de las explicaciones sobre el problema son acertadas en cuanto a los factores de - etiología, mantenimiento y tratamiento del trastorno depresivo; pero nos damos cuenta de que para comprender el pro-blema a fondo es necesario dar explicaciones de todos los - elementos que intervienen en una conducta considerada como patológica, ya que solo así podremos tener más herramientas para entender y tratar a la depresión más adecuadamente.

Hecha esta aclaración nos ocuparemos de los factores donde pensamos se encuentran los elementos complementarios a las explicaciones clínicas.

Sabemos que existen evidencias sobre la manifesta-ción de la depresión a través de diferentes culturas que revelan que éste trastorno no asume una forma universal. De especial importancia es el hecho de que la representación - psicológica de la depresión (afecto depresivo, culpa, sentimiento de autodesprecio, ideas irracionales, etc.), que ocurre en el mundo occidental está ausente frecuentemente en - sociedades no occidentalizadas.

Suponemos respecto a este hecho que la ausencia de - estas manifestaciones depresivas en determinadas culturas - se debe por un lado a las características específicas de ca da grupo etnico y por otro a los procesos cognitivo-percep-tuales específicos que difieren de cultura a cultura.

No obstante, los aspectos somáticos (fatiga, dificul tades en el sueño, pérdida del apetito, la pérdida del inte-rés sexual, etc.) aparecen frecuentemente sin ser considera-dos por la cultura. Sólo cuando los individuos en las so-ciedades ciedades no occidentales se vuelven más occidenta-lizados parecen mostrar similitudes en los patrones depresi-vos, incluyendo los aspectos ecológicos --es sabido que ca-da sociedad esta estructurada y funciona de determinadas -- formas requeridas por muchas condiciones objetivas. Entre-estas condiciones se encuentran los modos de producción y - de distribución, las técnicas industriales, el clima, volú-men de población, factores políticos, religiosos, geográfi-cos y de las tradiciones culturales a las que una sociedad vive expuesta. Así los individuos de la sociedad tienen -- que comportarse de manera que puedan funcionar en el senti-do que requiere el sistema social--, así como característi-cas de depresión establecidas en el mundo occidental. Si - en estas culturas se tiende a rotular las experiencias en - términos psicológicos, puede aparecer el cuadro depresivo - que conocemos en las culturas occidentalizadas, cuando esto ocurre (p. ej., sentimientos de culpa, desesperación, indignidad, falta de interes) el suicidio puede ser entonces una

consecuencia inevitable ya que la percepción del mundo llega a ser alterada dramáticamente. En muchas culturas no occidentales esto no ocurre y el suicidio es raro.

Existen muchos estudios que comprueban que la depresión endógena puede pasar más rápidamente ya que se conoce su etiología por lo cual es más sensible al tratamiento médico. Sin embargo, cuando se le agrega la representación psicológica la depresión asume consecuencias e implicaciones completamente diferentes. El trastorno se agrava y el problema aumenta obviamente por la percepción que el individuo tiene en una dirección que se asocia con una "terrible tristeza y desesperación" que existe en muchos casos severos en los países occidentales, de esta manera es más probable que el suicidio ocurra.

Dada esta posibilidad creemos que la depresión es un desorden del mundo occidental y no como se piensa que es de tipo universal. O quizá, deberá ser más preciso decir que la depresión es un desorden asociado con las culturas que están caracterizadas por orientaciones cognoscitivas particulares (ideas, creencias, pensamientos, actitudes). Específicamente culturas como la nuestra que tienden a rotular e interpretar en términos psicológicos las experiencias.

Así pues, pensando en la influencia que ejerce la sociedad y la cultura hemos llegado a creer en la posibilidad de que algunas manifestaciones de la conducta depresiva son aprendidas.

Es sabido de antemano que la emociones tienen un fundamento genético, por lo que se podría inferir que toda emoción es una conducta universal pero sabemos que estas -- tienen una expresión determinada socialmente. Durante el periodo educativo de socialización, el hombre aprende el -- lenguaje social del medio en que se desenvuelve para poder -- manifestar sus emociones; es decir, el medio social impone -- la forma y la intensidad de estas. Así tenemos que en algu -- nas culturas el duelo por la muerte de un ser querido impli -- ca la manifestación de conductas que se pueden considerar -- como depresivas; tristeza, llanto, abatimiento.

Entre nosotros la expresión fundamental de la depre -- sión respecto a la muerte son las lágrimas y la tristeza; -- sin embargo, cuando examinamos la conducta depresiva en las -- diversas sociedades encontramos una variedad de respuestas. -- P. ej., entre los habitantes de la antigua China, el pesar -- debía expresarse sólo de acuerdo con determinadas formas o -- grados establecidos y la intensidad del dolor expresado se -- relacionaba con el estatus del muerto. Así mismo, una ma -- dre joven debía manifestar mayor pesar por la muerte de su -- suegra que por la de su propia madre. Se esperaba que las -- lágrimas se manifestasen sólo en determinados momentos y en -- situaciones específicas.

En otras sociedades, cuando muere un familiar se con -- tratan plañideras para que giman en el funeral, mientras -- los miembros de la familia permanecen impacibles (Granet, -- 1922).

Esto también ocurre en México (Oaxaca).

Respecto al punto anterior es interesante referirnos a la imposibilidad de representar el papel "normal" en la sociedad, de satisfacer las exigencias del núcleo social del sujeto. P. ej., la persona que no guarda luto es vista por los demás como insensible, por lo cual se le critica y rechaza. Por lo tanto, para no caer en el repudio la persona tiene que aparentar que sufre debido a que la presión social lo hace sentir mal.

Otro de los factores culturales al cual podemos hacer referencia es la religión. Algunas creencias religiosas refuerzan las conductas depresivas en los creyentes. P. ej., el cristianismo promete el "Paraiso" a todas aquellas personas que sufren; así mismo, las personas que constantemente tienen fracasos en su vida atribuyen estos a la voluntad impuesta por un "Ser Supremo" y "Omnipotente", que los ha destinado a sufrir; por lo tanto, son incapaces de hacer algo para evitar el sufrimiento, es decir, creen que están indefensos, y que hagan lo que hagan nunca cambiará su suerte.

De igual manera se refuerzan los sentimientos de culpa y ansiedad, con los que la persona se siente abrumada por la sensación de su impotencia e indignidad; por la constante duda de tratar de saber si se salvará o será condenada al castigo eterno, por lo que es incapaz de sentir ale-

gría. Esto en nuestra sociedad es considerado como una virtud, mientras que en otras culturas serian síntomas de aislamiento e inadaptación.

Por otro lado, uno de los aspectos que creemos que va a influir de alguna manera es la gran disparidad económica dentro de una sociedad. Las llamadas sociedades opulentas que realmente son sólo una fracción de la población mundial tienen la propiedad de las fuentes de riqueza. A pesar de los enormes progresos de la tecnología durante los últimos siglos el ser humano típico aún es mal alimentado, iletrado y con un futuro incierto. Las necesidades crecen constantemente determinando la aparición de nuevas formas de vida, este cambio produce que se manifiesten con más frecuencia alteraciones emocionales, una muestra de esto es -- que la depresión, suicidio, alcoholismo, hipertensión, etc., son términos que han llegado a caracterizar más el presente siglo.

Igualmente este tipo de factores puede propiciar el marginamiento en la mayoría de las personas de edad avanzada debido a que su etapa productiva ha terminado, su capacidad de autocuidado ha disminuido y sobre todo su estado -- afectivo se ve alterado en forma negativa, experimentando sentimientos de soledad más acentuados; percibe un rechazo real o imaginario, todo esto trae como consecuencia la aparición de un estado de inutilidad que muchas veces puede -- llevar a la persona a la muerte.

Si en la consideración anterior hacemos referencia a la edad senil, no es menos frecuente observar que en estos últimos años la depresión y el suicidio se presentan con igual intensidad en los niños. Los niños son capaces de percibir e interpretar las situaciones que se suscitan alrededor, aunque los adultos muchas veces no lo reconozcan. Así un niño que se desarrolla en un ambiente familiar conflictivo puede caer en un estado depresivo con manifestaciones un tanto distintas a como se presentan en los adultos, en un niño depresivo es frecuente observar bajo rendimiento escolar, anorexia, falta de interés en el juego, etc. Aparte de los problemas familiares pueden mencionarse como factores causales la falta de afecto o atención por parte de los padres y las carencias materiales. Aunque la más importante a la que queremos hacer referencia es a la internalización en el niño a nivel cognitivo de las ideas irracionales que los adultos expresan (autoderrota, sentimientos de apatía, disminución en la interacción social, autorrechos). Y por otro lado al reforzamiento social que el niño recibe por imitar estas conductas.

Vemos así, que en todos estos casos es el lugar y la situación del momento lo que condiciona la existencia o inexistencia de la depresión.

Pero que factor o factores culturales son los causantes de todos estos males sociales?

Más que cualquier otra cosa suponemos que es el efec

to de la estructura socioeconómica de una sociedad la responsable de muchas perturbaciones psicológicas, ya que es ésta quién determina que conductas han de manifestarse o predominar. Así pues, partiendo de esta premisa tal vez es más sencillo comprender porque en las culturas occidentales más industrializadas padecen las mismas formas de patología con ligeras variaciones, encontrando altas tasas de incidencia en los trastornos emocionales.

Pero por qué sucede esto? Quizá, si se describen algunos rasgos de las sociedades occidentales contemporáneas encontremos la respuesta a esta interrogante.

Las sociedades industriales están caracterizadas por la producción capitalista; existen hombres que venden su trabajo al propietario del capital por medio de un contrato, la adquisición y consumo en masa, intercambio constante de artículos y servicios; lo que conduce a determinar el concepto que de la vida se tiene: el de una empresa que debe producir alguna utilidad en términos de éxito o fracaso; y la existencia de los modelos de comportamiento que el sistema proporciona como "ideales" del hombre capitalista: agresividad, competitividad, tolerancia, adaptación y poder.

Para nosotras, es esta interpretación de la vida como una empresa comercial la génesis del fenómeno depresivo, puesto que si vemos un poco más a fondo el problema podremos observar que el valor de la gente como seres humanos en estas sociedades radica en el éxito, posición social, pres-

tigio e ingresos económicos que en el mercado de las personalidades ocupa. Esto lógicamente nos lleva a crearnos un mundo artificial y a perder la connotación adecuada de lo que es un ser humano, ya que el desarrollo de la sociedad moderna día con día desintegra más las relaciones humanas. A pesar de vivir en un conglomerado de personas el individuo se siente cada vez más solo e inseguro porque tiene que sostenerse y valerse por sí mismo.

Al referirnos a la actitud consumista de los individuos de los países capitalistas, nos referimos no solo al consumo de mercancía sino también de cuestiones distractoras y recreativas llamadas en nuestra sociedad "eventos socioculturales" y "medios de comunicación" que utiliza el sistema como mecanismo para romper con la monotonía, el aburrimiento y la ociosidad, y fundamentalmente para disfrazar la represión que existe en el medio a fin de evitar posibles "enfermedades" en el individuo; las cuales son interpretadas como sinónimos de felicidad. No obstante, es importante señalar que a lo menos los medios de comunicación no cumplen con su función como instrumento "terapéutico", sino como un instrumento condicionante de la patología. Así pues, para nosotras es muy común ver y escuchar a diario temas sobre agresión, violencia y depresión en los diferentes medios de difusión, principalmente en la radio donde escuchamos música popular o comercial en donde se hace evidente el condicionamiento de la depresión e infelicidad.

De esta manera, si estamos bajo un "programa de condicionamiento continuo de patología", cómo es posible que -- la gente de estos medios seamos capaces de distinguir lo -- que es la felicidad real y la ficticia? El mismo sistema -- nos hace creer que somos felices por que tenemos la sensación de que todas nuestras necesidades humanas son satisfechas en estas circunstancias, porque inconscientemente adoptamos las costumbres defectuosas socialmente establecidas.

Por todo lo anteriormente expuesto, las conductas -- que las personas manifiestan en estos medios son consideradas "normales". Pero aquí se origina una cuestión muy interesante ¿Si estas conductas son adecuadas, por qué surge la depresión?

Posiblemente porque muy en el fondo nos damos cuenta de la "vida fabricada" que nos ofrece nuestro medio, que la vida la vivimos por vivir, de que pasa sin ningún aliciente real y por la angustia, sentimientos de culpabilidad e inferioridad que nacen de darnos cuenta de la mala inversión -- que hemos hecho de nuestra vida como empresa comercial; el fracaso es percibido como una quiebra en que las pérdidas -- son mayores que las ganancias, por no ser útil, triunfador, por la frustración de las metas no alcanzadas, por el temor de verse humillado, por la pérdida de prestigio y el miedo -- al aburrimiento.

Ante estos hechos, nos parece razonable el porque -- Ellis y Beck hablan de las ideas o pensamientos negativos, --

aunque tal vez aquí perderían validez estos autores en su explicación hacia estas conductas al decir que forman parte de la idiosincracia del individuo. Más bien nos atreveríamos a pensar incluso, que la percepción indiosincrática del individuo hacia las apreciaciones negativas de los eventos ambientales es moldeada por los factores socioculturales y que no es únicamente individual sino colectiva.

Retomando un poco lo que formulan Ellis y Beck en -- cuanto a que el posible origen de la depresión son las -- ideas irracionales derivadas de la percepción negativa de -- los eventos, pensamos que estas ideas irracionales también -- son de origen social. Sabemos que cualquier desviación de -- los modelos o patrones sociales de comportamiento crean en -- las personas miedo a las críticas de la comunidad y senti-- mientos de inseguridad, ya que el sistema nos enseña a de-- pender siempre del afecto y aprobación de los demás.

El temor a ser diferente de los demás individuos, es un peligro constante que amenaza nuestra sensación de seguridad y de ahí el ansia ilimitada de conformidad con los patrones malfuncionantes. Es evidente que ese anhelo de conformidad crea a su vez una sensación de inseguridad que actúa de manera latente aunque oculta. Esto tal vez haga que la confianza en sí mismo se debilite y aparezca la sensación de disgusto, insuficiencia y los sentimientos de culpabilidad. Al respecto de la culpabilidad, es interesante hacer notar que la gente en las sociedades modernas siente la necesidad de tener algo de que sentirse culpable, ya se

trate por haber hecho cosas buenas como de haberlas hecho -
malas.

Algo que nos preguntaríamos acerca de todo esto es -
cómo se podrían explicar estos mismos fenómenos en términos
conductuales. Probablemente, Lewinsohn o Ferster conside-
rarían que la depresión es una consecuencia de condiciones_
de reforzamiento socioculturalmente anómalas; y tal vez --
Seligman diría que la sociedad genera individuos "indefen--
sos" incapaces de responder ante su medio por aceptar con-
ductas de pasividad y conformidad.

Así pues, habiendo presentado algunos rasgos del sis-
tema occidental contemporáneo y dando fundamentos a nues- -
tros supuestos acerca de la relación entre los factores so-
cioculturales y la depresión es conveniente mencionar que -
no solo los profesionistas de la salud mental de nuestra so-
ciedad se han interesado en el trastorno depresivo, vemos_
también que filósofos como Erich Fromm, Jean Paul Sartre, -
Federico Nietzsche, entre otros, han hecho mención en sus es-
critos sobre ella, Nietzsche en el curso de sus observacio--
nes psicológicas llega a la conclusión de que todo el comp--
ortamiento humano debe regirse por la voluntad. La volun-
tad de existir, de crear, de vencer el dolor, de obtener --
una fortaleza interior.

Podemos citar igualmente a novelistas como Antonio -
de Saint Exupery y particularmente a Aldous Huxley, éste ú
...

timo plantea la lucha contra la depresión ('Un Mundo Feliz') pero también concluye que la depresión es un mal que va aparejado con la vida moderna y ambas, con la soledad. Eso -- plantea en su trilogía. La solución que él dá ('La Isla'), es un mundo infestado por las drogas y esto va cumpliéndose paso a paso.

Finalmente nos parece necesario preguntarnos qué tanta validez y aplicación tiene la premisa que expone Erich - Fromm (1955), acerca de si es asunto particular del individuo el estar o no sano mentalmente o depende de la estructura de su sociedad? Es la sociedad en su conjunto la que carece de equilibrio mental?

C O N C L U S I O N

CONCLUSION.

A lo largo de la historia del hombre la depresión ha sido vista como una alteración emocional que se ha mantenido hasta este momento, prueba de ello es que las instituciones dedicadas a la Salud Mental siguen registrando altas tasas de incidencia sobre depresión a nivel mundial.

En México, particularmente observamos que las estadísticas arrojadas por diferentes investigaciones de instituciones tanto públicas como privadas muestran que actualmente la prevalencia de trastornos depresivos se ha incrementado considerablemente. Sin embargo, nos percatamos que en relación a este hecho existen diversos problemas, Los datos que presentamos sobre la incidencia de la depresión en México, son poco confiables dado que: a) No todos los casos son registrados ya que los datos que se tienen son únicamente de personas que acuden al servicio médico, b) de estas, algunas son erróneamente diagnosticadas y por consiguiente canalizadas inadecuadamente, c) existen problemas de definición de la depresión y su diagnóstico. Ya que el mismo cuadro sindrómico se maneja y diagnóstica de manera diferente por las instituciones mencionadas en el inciso 1.2.

Estimamos por tanto, que estos problemas tendrían -- las siguientes alternativas de solución: a) la adopción de un criterio unificado de una definición operativa, clara y general por parte de las instituciones dedicadas a la Salud

Mental, b) estimular más a la gente interesada en el problema depresivo para que lleve a cabo estudios epidemiológicos que arrojen datos más confiables y actualizados, ya que al acudir a las diferentes instituciones en busca de información al respecto, nos encontramos con el problema de datos estadísticos no actualizados y mayor parte de las veces con la inexistencia de los mismos.

En esta revisión hemos intentado describir algunas formulaciones que tratan de explicar razonablemente el fenómeno depresivo y de analizar en base a éstas, los factores desencadenantes, de mantenimiento y problemas que se han su citado al respecto.

Cada modelo tiene su propia fuerza, pero todos dejan aún muchas preguntas sin respuestas, las cuales podrían desarrollar hipótesis para una investigación posterior.

De ahí que otra sugerencia que hacemos, es la de que se trate de emprender un modelo integrador que cubra la necesidad de dar una explicación más completa de la conducta depresiva. Pensamos que esto se puede lograr tomando en consideración los modelos básicos que han surgido y evolucionado dentro del campo clínico experimental, puesto que cada uno de estos ha contribuido últimamente a una comprensión mayor de lo que es la conducta depresiva; y en tanto que cada uno enfoca un aspecto particular del fenómeno, podrían no excluirse sino integrarse y mostrar la interdependencia que hay entre ellos. De esta manera se podrían des-

cubrir o detectar fácilmente el tipo de factores (emocionales, cognitivos, motivacionales o físicos) que desarrollan y mantienen a los estados depresivos.

En la revisión de los modelos observamos que muchas variables influyen en la capacidad del individuo para realizar las conductas que lo conducirían a sus objetivos. Carencias específicas en la conducta requerida (p. ejem., aptitudes sociales, físicas, etc.) pueden impedirle conducirse como desearía hacerlo.

Así pues dentro del enfoque integrador quizá el objetivo del tratamiento sería primordialmente determinar en -- que punto han sido perturbadas las conductas adaptativas, y las estrategias terapéuticas se instaurarían para reestablecer el funcionamiento no depresivo.

Como hemos visto y de acuerdo a la metodología conductual las cinco fases propuestas en el capítulo correspondiente quedarían sintetizadas en dos pasos generales: Primero, se evaluarían las conductas depresivas del paciente. - Esto implicaría un análisis de las expresiones verbales depresivas (aspectos cognitivos), de los déficits de comportamiento (ansiedad, falta de aptitudes, nivel de motivación), según los conceptos de auto-reforzamiento, y de los sucesos externos (situaciones de tensión, pérdida de reforzamiento).

Segundo, se elegiría una estrategia terapéutica para modificar las conductas depresivas del paciente, Incluso -

en este paso de la metodología, resulta evidente que diferentes técnicas alteran tanto las conductas depresivas cubiertas como manifiestas. La Terapia Cognitiva puede ser eficaz para hacer frente a las ideas poco razonables. Los déficits del comportamiento pueden abordarse desde diferentes ángulos: deberes o tareas graduadas, entrenamiento en habilidades sociales o resolución de problemas. La carencia de motivación puede indicar una pérdida de reforzamiento en determinadas conductas; para esto el terapeuta podría ofrecer atención contingente para provocar conductas más adaptadas que luego se mantendrían por sus consecuencias naturales, o podría intervenir en el entorno para establecer contingencias que proveerían tal reforzamiento.

Tomando en consideración los aspectos anteriores, propusimos una técnica de intervención: Estrategia Progresiva de Afecto Positivo (EPAP), en la cual tratamos de integrar los elementos descritos con la finalidad de que posteriormente se lleve a la práctica para conocer la efectividad de la misma.

Por otra parte, cabe preguntarnos si se justifica la introducción de la Terapia de la Conducta en la práctica clínica como alternativa a las psicoterapias tradicionales hasta ahora existentes. Suponemos que la respuesta es afirmativa por estas razones: a) en el momento actual existe una urgente necesidad de mejorar la eficacia y el radio de aplicabilidad de los métodos terapéuticos existentes, pues

hemos visto que existen pruebas de que la T.C. puede tener un efecto benéfico significativo en los trastornos emocionales más complejos, b) el marco teórico de la T.C. parece ser hasta el momento uno de los más amplios que cualquier otro de aproximación tradicional (médico, psicoanalítico) - por lo que puede ofrecer un rango de conceptos para explicar la psicopatología y también proporciona un marco para el desarrollo de estrategias terapéuticas que como vimos no se derivan sólo del modelo de condicionamiento, c) las estrategias de modificación conductual pueden ser agrupadas en técnicas orientadas cognitivamente y conductualmente.

Sin embargo, cabe hacer la aclaración que los datos disponibles en la actualidad no ofrecen una explicación unitaria para la depresión. Indican que muchos factores importantes están implicados tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de las conductas depresivas. Aún cuando no se han determinado la (s) causa (s) de la depresión, diferentes técnicas se han mostrado provisionalmente eficaces para alterar la conducta depresiva. Quizá una investigación adicional sobre los resultados terapéuticos para comprobar estas estrategias, y procedimientos experimentales -- más rigurosos mejorarían la validez de los resultados obtenidos hasta el momento.

En nuestra opinión, es extremadamente difícil hablar de los desórdenes de una "cultura específica" y desórdenes de "culturas no específicas". Todas las formas de desórde-

nes tienen necesariamente una función en la cultura puesto que es imposible separar a un individuo del contexto cultural. Debido a esto es necesario que en la evaluación de los desordenes depresivos se considere el entorno cultural, en el cual la conducta se establece, ya que como hemos visto un desorden puede no ser considerado como una enfermedad o desviación por los miembros de ciertas culturas y si considerarse patógeno para otras.

Como última consideración, pensamos también que es importante que los psicólogos de nuestro país dedicados a la práctica clínica conozcan y apliquen todos los elementos que ofrece la T.C., ya que de esta manera se podrá iniciar el cambio hacia una perspectiva más adecuada de abordar los problemas que agobian al hombre actual. Una sugerencia de suma relevancia para nosotras es que habiendo reconocido el papel que juegan los factores culturales en la existencia de la depresión deben tomarse en cuenta al utilizar la metodología y aplicar las técnicas para su tratamiento, usandolas de manera racional, es decir, haciendo concientes a las personas depresivas de sus cualidades y valores humanos y sobre todo que el terapeuta se de cuenta de que no es un instrumento de manipulación de la conciencia del hombre.

Partiendo desde este punto de vista, y sin pretender que la T.C. sea una panacea, nuestra labor dentro del área clínica se podría ampliar enormemente y se reconocería nuestra capacidad profesional como psicólogos, que por cierto -

esta muy devaluada.

A N E X O S

HISTORIA CLINICA DE LAZARUS.

El propósito de este cuestionario es: Obtener un -
cuadro comprensivo de sus antecedentes. En el trabajo - -
científico los datos son necesarios, ya que ello permite -
un tratamiento más minucioso de nuestros problemas. Con--
testando estas preguntas de la manera más completa y precisa
sa que le sea posible, facilitará su programa terapéutico.

Necesitamos que conteste estas preguntas de rutina -
en su tiempo libre, en lugar de emplear su tiempo destina--
do a la consulta.

Es comprensible que usted deba estar preocupado por
lo que ha de suceder a la información aquí vertida, debido
a que mucha de ésta es altamente personal. Los datos de -
los casos son estrictamente confidenciales. A ningún ex--
traño le será permitido el acceso a estos datos sin el permi
miso expreso de usted mismo.

Si usted no desea contestar alguna pregunta, solamente
te escriba "No deseo contestar".

Fecha: _____

1.- GENERALES.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____

Edad: _____ Ocupación: _____

¿Por quién fue referido? _____

¿Con quién está usted viviendo? (Enliste las personas)

¿Vive Usted en una casa, Hotel, departamento, etc.?

Estado Civil: (encierre en un círculo)

Soltero (a); Comprometido (a); Casado (a); Vuelto (a) a Casar; Separado (a); Divorciado(a); Viudo(a).

2.- DATOS CLINICOS:

a) Diga en sus propias palabras la naturaleza de sus problemas y su duración : _____

b) Dé una breve explicación de la historia y desarrollo de sus quejas, (desde el principio hasta el momento actual):

c) Estime, en la escala de abajo, la severidad de su problema:

Levemente Inquietante	verdaderamente inquietante	Muy severo	Extremamente severo.
--------------------------	-------------------------------	------------	-------------------------

Totalmente incapacitantes

d) ¿Con quién ha consultado previamente sus problemas actuales?

e) Está usted tomando medicamentos. Si (sí) ¿Cuáles? -
¿Qué tanto? ¿Y con qué resultado?

3.- DATOS PERSONALES:

a) Fecha de nacimiento: _____
Lugar de nacimiento: _____

b) Condición de la madre durante el embarazo (Diga tanto como sepa):

c) Subraye los términos que se apliquen a usted durante su infancia:

Terrores nocturnos	Sonambulismo	Infancia feliz
Chuparse el dedo	Tartamudeo	Infancia infeliz
Morderse las uñas	Mojar la cama	Algún otro:
Miedos.		

d) Salud durante la infancia (lista de enfermedades):

e) Salud durante la adolescencia (Lista de enfermedades):

f) ¿Cuál es su peso? _____ ¿Y su estatura? _____

g) ¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica? Por favor, enlístelas y dé fecha y edad suya cuando ocurrió.

h) ¿Cuándo fue examinado por última vez por un médico?

i) ¿Ha tenido algún accidente?

j) Enliste sus cinco miedos principales:

1)

4)

2)

5)

3)

k) Subraye cualquiera de los siguientes fenómenos que se --
aplique a usted:

Dolores de cabeza

Ni las vacaciones

Palpitaciones

No puede hacer amigos

Problemas intestinales

Siente pánico

Pesadillas

Ideas suicidas

Sentimiento de tensión

Problemas sexuales

Depresión

Demasiado ambicioso

Incapacidad para relajarse

Sentimiento de inferiori-

No le gustan los fines de semana

dad

Problemas de memoria	Conflictos
Desvanecimientos	Soledad
Falta de apetito	Ansiedad
Insomnio	Toma aspirinas o analgésicos
Alcoholismo	Temblores
Sudoración excesiva	Toma drogas
Incapaz de "pasarla bien"	Timidez
No puede permanecer en un trabajo	Dificultad para concentrarse
Problemas financieros	No puede tomar decisiones
Vértigos	Malas condiciones en la casa
Problemas estomacales	Mal humor constante
Fatiga	Alergias
Toma sedantes	Otros:

l) Por favor enliste los problemas o dificultades que tenga:

m) Subraye cualquiera de las siguientes palabras que se apliquen a usted:

Despreciable, inútil, "un don nadie", "Una vida vacía", inadecuado, tonto, incompetente, ingenuo, "no puede hacer nada bien" Culpable, diabólico, inmoral, pensamientos horribles, hostil, lleno de odio.

Ansioso, agitado, cobarde, no afirmativo, lleno de pánico, agresivo.

Feo, deforme, desagradable, repulsivo.

Deprimido, solitario, sin amor, incomprendido, aburrido, -
cansado.

Confuso, inseguro, conflictivo, pesaroso.

Afectivo, simpático, inteligente, atractivo, seguro, consi-
derado,

Otros:

n) Intereses actuales, pasatiempos y actividades:

o) ¿En qué ocupa la mayor parte de su tiempo libre?

p) ¿Cuál es su último grado escolar que completó?

q) Habilidades escolares: su fuerte y su debilidad:

r) ¿Siempre fué severamente importunado o constantemente -
fastidiado?

s) ¿Hace amigos fácilmente?

t) ¿Mantiene la amistad

4.- DATOS LABORALES:

a) ¿Qué clase de trabajo está usted desempeñando ahora?

b) ¿Qué tipo de trabajo tuvo en el pasado?

c) ¿Le satisface su trabajo actual? (si "no", ¿En qué está Ud. insatisfecho?)

d) ¿Cuánto gana? _____ ¿Cuánto gasta? _____

e) Ambiciones:

Pasadas:

Presentes:

5.- INFORMACION SEXUAL:

A) Actitudes paternas hacia el sexo (P. Ej.: ¿Hubo instrucción sexual? o discusiones en la casa?)

b) ¿Cuánto y cómo obtuvo su primer conocimiento acerca del sexo?

c) ¿Cuándo llegó a tener conocimiento de sus propios impulsos sexuales?

d) ¿Tuvo alguna experiencia de ansiedad o sentimientos de culpa surgidos por la masturbación? Si es así, por favor explique.

e) Mencione cualquier detalle que considere relevante en su primera relación sexual o en las subsecuentes.

- f) ¿Es satisfactoria su vida sexual actual? (Si no por favor explique).
- g) Dé información acerca de alguna reacción heterosexual -- y/o homosexual significativa:
- h) Se inhibe usted sexualmente de alguna manera? Explique.

6.- HISTORIA MENSTRUAL :

¿A que edad tuvo usted su primera menstruación? _____

¿Tuvo alguna instrucción al respecto o representó un choque para usted?

¿Es usted regular?

Duración:

¿Tiene usted dolores?

Fecha del último período _____

¿Sus períodos afectan su estado de ánimo?

7.- HISTORIA MATRIMONIAL:

¿Cuánto tiempo ha estado casado(a) ? _____

¿Cuánto tiempo conoció a su pareja antes del matrimonio?

Edad del esposo(a) _____

Personalidad del esposo (a) (describa con sus propias palabras)

¿En qué áreas hay compatibilidad?

¿En qué áreas hay incompatibilidad?

¿Cómo se ha llevado con sus parientes (incluyendo, hermanos hermanas; cuñados, cuñadas)?

¿Cuántos niños tiene?

Por favor enlistelos y diga edad y sexo.

¿Alguno de sus niños ha presentado problemas especiales?

¿Hay algún problema relevante en lo que respecta a un parto problemático o abortos?

Dé detalles de matrimonio (s) anterior (es):

8.- DATOS FAMILIARES.

a) Padre:

Vive o ya falleció: _____ Si ha muerto diga usted su edad el momento del deceso _____

Causa(s) de la muerte _____

Si vive ¿Cuál es su edad? _____ Ocupación _____
Salud. _____

b) MADRE:

¿Vive o ya falleció? _____ Si ha fallecido dé
usted su edad al momento de su muerte _____

Causa de la muerte _____

Si vive ¿Cuál es su edad actual? _____ Ocupación _____

Salud: _____

c) HERMANOS:

Número de hermanos: _____ Edades de los hermanos _____

Número de hermanas: _____ Edades de las hermanas _____

d) RELACION CON LOS HERMANOS:

Pasado:

PRESENTE:

e) Dé una descripción de la personalidad de su padre y sus
actitudes hacia usted; en el pasado y actualmente.

f) Dé una descripción de su madre sobre su personalidad y -
sus actitudes hacia usted; en el pasado y actualmente.

g) ¿Cuando niño, ¿En que forma fue castigado por sus padres?

- h) Dé una descripción de la atmósfera de su casa (P. Ej. La casa en que usted creció, mencione el estado de compatibilidad entre sus padres, y entre los padres y los hijos).
- i) ¿Fue usted capaz de confiar en sus padres?
- j) ¿Sus padres lo comprendían?
- k) ¿Básicamente sentía amor y respeto por sus padres?
- l) Si tuvo padrastro o madrastra, ¿Qué edad tenía usted cuando su padre o madre se casó nuevamente?
- m) Dé un bosquejo de su entrenamiento religioso:
- n) Si usted no fue criado por sus padres, ¿Quién lo crió y de qué edad a qué edad?
- o) ¿Hay alguien: padres, amigos o parientes, que hayan interferido o interfieran en su matrimonio, ocupación, etc.? explique.
- p) ¿Quién es la persona más importante en su vida? ¿por qué?
- q) ¿Alguien de su familia sufre de alcoholismo, epilepsia, o cualquier otra cosa que pueda ser considerada un "desorden mental"? Qué detalles.

- r) ¿Hay algunos otros miembros de su familia acerca de los cuales la información con respecto a enfermedades son importantes?
- s) Refiera cualquier miedo o experiencia angustiante no mencionada anteriormente.
- t) Ennúmero algunas situaciones que lo hagan sentirse particularmente ansioso.
- u) Ennúmero los beneficios que espera de la terapia:
- v) Señale situaciones que lo hacen sentirse en calma o relajado.
- x) ¿Ha perdido el control alguna vez, (cólera, llanto o agresión). Si es así, por favor describala:
- y) Por favor añada cualquier información no cubierta por este cuestionario que pueda ayudar a su terapeuta a entenderlo y ayudarlo.

9.- AUTODESCRIPCION:

Por favor complete las oraciones siguientes:

- a) Soy una persona que ... _____
-

- b) Toda mi vida ... _____

- c) Desde que era niño... _____

- d) Una de las cosas que me hacen sentir orgulloso (a) ES...

- e) Me cuesta trabajo admitir que ... _____

- f) Algo que no puedo perdonar es... _____

- g) Algo que me hace sentir culpable es... _____

- h) Si no tuviera que preocuparme por mi imagen... _____

- i) Una forma de que la gente me lastime es ... _____

- j) Mi madre siempre era... _____

- k) Lo que necesitaba de mi madre y nunca tuve fué... _____

- l) Mi padre siempre era... _____

- m) Lo que necesitaba de mi padre y nunca tuve fué... _____

- n) Si no tuviese miedo de ser yo mismo, probablemente yo...

- o) Una de las cosas que me tienen enojado es ... _____

- p) Una de las cosas que necesito, pero nunca he recibido es
un (a) hombre (mujer) es _____

- q) Lo peor de crecer es _____

r) Una manera de ayudarme a mí mismo pero que no ponga en práctica es _____

10.-

a) Que hay en su conducta actual que le gustaría modificar.

b) Que sentimientos desea usted alterar (incrementar o decrementar).

c) Que sensaciones son para usted especialmente:

1.- Agradables.

2.- Desagradables.

d) Describa una fantasía muy placentera.

e) Describe una fantasía muy desagradable.

f) ¿Cuál considera usted que es su pensamiento o idea más irracional?

g) Describe cualesquiera relaciones interpersonales que le resulten más:

1) Alegres:

2) Tristes:

- h) Qué características personales creé usted que debería poseer el terapeuta ideal.
- i) Como describiría usted las interacciones entre un terapeuta ideal y sus clientes.
- j) Que beneficio cree usted que le traería una terapia y, cuanto tiempo creé usted que debería durar la propia terapia.
- k) En pocas palabras ¿En que piensa usted que debe consistir una terapia?

¿Cuál sería el retrato hablado que daría usted de sí mismo?

¿Cuál sería el retrato hablado que su esposa(o) daría de usted?

¿Cuál sería el retrato hablado que usted haría de su mejor amigo (a)?

¿Cuál sería el retrato hablado que haría de usted alguien a quien usted le disguste?

Si desea ampliar la información respecto a cualquiera de los puntos tratados en cualquiera de las hojas anteriores,

...

hagaló en el espacio que sigue.

Agradecemos su colaboración.

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK Y COLS.

A continuación encontrará usted una serie de cuadros, con frases que nos indican diferentes grados de Depresión. Por favor, encierre en un círculo el número de la frase que describa mejor la forma en que usted se siente actualmente.

A ESTADO DE ANIMO

- 0 No me siento triste
 - 1 Me siento triste o melancólico
 - 2a Estoy triste o melancólico todo el tiempo y no puedo evitarlo.
 - 2b Soy tan triste o desdichado que es muy doloroso.
 - 3 Soy tan triste o desdichado que no puedo tolerarlo.
-

B PESIMISMO

- 0 No estoy particularmente pesimista o desalentado -- con respecto al futuro.
 - 1 Me siento desalentado con respecto al futuro.
 - 2a Siento que no tengo nada que perseguir en el futuro.
 - 2b Siento que nunca podré salir de mis problemas.
 - 3 Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.
-

C SENTIMIENTO DE FRACASO

- 0 No me siento fracasado.
- 1 Siento que he fracasado más que la persona promedio.
- 2a Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo.

2b Cuando me pongo a ver lo que ha sido mi vida, solo_ encuentro una serie de fracasos.

3 Siento que soy un completo fracaso como persona.

D FALTA DE SATISFACCION

0 No estoy particularmente insatisfecho.

1a Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.

1b No disfruto de las cosas en la misma forma que antes.

2 Nunca volveré a obtener satisfacción de nada.

3 Estoy insatisfecho con todo.

E SENTIMIENTO DE CULPA

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo.

2a Me siento bastante culpable.

2b Me siento malo o indigno practicamente todo el tiempo.

3 Me siento como si fuera muy malo o despreciable.

F SENTIMIENTO DE CASTIGO

0 No siento que esté siendo castigado.

1 Tengo el sentimiento de que algo malo puede sucederme.

2 Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado.

3a Siento que merezco ser castigado.

3b Quiero ser castigado.

G ODIO A SI MISMO

- 0 No me siento desilusionado de mí mismo.
1a Me siento desilusionado de mí mismo.
1b No me gusto a mí mismo.
2 Estoy disgustado conmigo mismo.
3 Me odio a mí mismo.
-

H AUTOACUSACIONES

- 0 No siento que yo sea peor que las demás personas.
1 Me crítico mucho a mí mismo por mi debilidad o mis errores.
2a Me culpo a mí mismo por todo lo que sale mal.
2b Siento que tengo muchos malos defectos.
3 Siento que no sirvo para nada.
-

I DESEOS AUTOPUNITIVOS

- 0 No tengo ninguna intención de dañarme a mí mismo.
1 He pensado dañarme a mí mismo pero no lo llevaría a cabo.
2a Pienso que estaría mejor muerto.
2b Tengo planes definidos para cometer suicidio.
2c Pienso que mi familia estaría mejor si yo muriera.
3 Me mataría a mí mismo si pudiera.
-

J BROTES DE LLANTO

- 0 No lloro más que lo usual.
1 Ahora lloro más de lo que acostumbraba.
2 Ahora lloro todo el tiempo. No puedo detenerme.

3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera.

K IRRITABILIDAD

0 No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho.

1 Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes.

2 Me siento irritado todo el tiempo.

3 Las cosas que usualmente me irritaban ya no consiguen hacerlo ahora.

L AISLAMIENTO SOCIAL

0 No he perdido interés en otras personas.

1 Estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual.

2 He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que les suceda.

3 He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que les pase.

M INDECISION

0 Tomo decisiones tan bien como siempre.

1 Estoy menos seguro de mí mismo ahora y trato de evitar tomar decisiones.

2 Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.

3 En ningún caso puedo tomar ningún tipo de decisión.

N IMAGEN CORPORAL

- 0 No siento que me vea peor ahora que antes.
 - 1 Me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo.
 - 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y que ellos me hacen parecer poco atractivo.
 - 3 Siento que soy feo o repulsivo a la vista.
-

O INHIBICION DEL TRABAJO

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
 - 1a Tengo que esforzarme más para comenzar a hacer algo.
 - 1b No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
 - 2 Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo.
 - 3 De plano no puedo hacer nada.
-

P PERTURBACION DEL SUEÑO

- 0 Puedo dormir tan bien como antes.
 - 1 Ahora despierto más cansado que antes.
 - 2 Despierto una o dos horas más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir.
 - 3 No puedo dormir más que cinco horas y me despierto muy temprano diariamente.
-

Q FATIGABILIDAD

- 0 No me canso más que lo usual.
 - 1 Me canso más fácilmente que antes.
 - 2 Me cansa hacer algo.
 - 3 Estoy muy cansado como para hacer algo.
-

R PERDIDA DE APETITO

- 0 Mi apetito no es peor que lo usual.
 - 1 Mi apetito no es tan bueno como antes.
 - 2 Mi apetito es mucho peor ahora.
 - 3 No tengo apetito de nada.
-

S PERDIDA DE PESO

- 0 No he perdido mucho peso, o ninguno, ultimamente.
 - 1 He perdido más de 3 kilos.
 - 2 He perdido más de 5 kilos.
 - 3 He perdido más de 7 kilos.
-

T PREOCUPACION SOMATICA

- 0 No estoy más interesado en mi salud que lo usual.
 - 1 Me preocupo por dolores o molestias estomacales o estreñimiento o algún otro sentimiento corporal desagradable.
 - 2 Estoy tan preocupado por cómo o qué siento que no puedo hacer nada.
 - 3 Estoy completamente absorto en lo que siento.
-

U PERDIDA DE LIBIDO

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
 - 1 Estoy menos interesado en el sexo ahora.
 - 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
 - 3 He perdido el interés en el sexo por completo.
-

NOMBRE DEL PACIENTE _____

TERAPEUTA: _____

PUNTUACION: _____

FECHA DE APLICACION _____

SINTOMAS	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE
1.- Me siento abatido y melancólico				
2.- En la mañana me siento mejor				
3.- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4.- Me cuesta trabajo dormir en la noche				
5.- Como igual que antes solía hacerlo				
6.- Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7.- Noto que estoy perdiendo peso				
8.- Tengo molestias de constipación (estreñimiento)				
9.- El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10.- Me canso sin hacer nada				
11.- Tengo la mente tan clara como antes				
12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13.- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14.- Tengo esperanza en el futuro				
15.- Estoy más irritable de lo usual				
16.- Me resulta fácil tomar decisiones				
17.- Siento que soy útil y necesario				
18.- Mi vida tiene bastante interés				
19.- Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20.- Todavía disfruto con las mismas cosas				

Paciente: _____ Fecha: _____

Dr.: _____

Diagnóstico: _____

Observaciones: _____

Total calif. básica
Total índice AMD

Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la depresión.

182

Enfermo	Fecha
.....	Valoración n.
Edad.....	Natural de
.....	Sexo
Estado	Profesión
.....	<small>(Indicar si está o no jubilado)</small>
Tratamiento	Dosis

Completar todos los puntos. Poner con un círculo el número que mejor caracteriza al paciente

1. Humor deprimido <small>(Presencia de las 4 sensaciones indicadas)</small>	0. Ausente. 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado. 2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente. 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Suicidio	0. Ausente. 1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida. 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse. 3. Ideas de suicidio o amenazas. 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4).
4. Insomnio precoz	0. No tiene dificultad para dormirse. 1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora. 2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.
5. Insomnio medio	0. No hay dificultad. 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche. 2. Está despierto durante la noche - cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).
6. Insomnio tardío	0. No hay dificultad. 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir. 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Trabajo y actividades	0. No hay dificultad. 1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones. 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo - manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades). 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital, clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones. 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.
8. Inhibición <small>(Cantidad de pensamiento y de palabra, facilidad de concentración, energía o actividad motora disminuida)</small>	0. Pausa y pensamiento normales. 1. Ligero retraso en el diálogo. 2. Evidente retraso en el diálogo. 3. Diálogo difícil. 4. Torpeza absoluta.
9. Agitación	0. Ninguna. 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.

B I B L I O G R A F I A

BIBLIOGRAFIA.

1. Abrham, K.; "Treatment of Maniac-Depressive Insanity and Notes the Psychoanalytic Investigation and Allied Condition (1911)", en Selected Papers on Psychoanalysis. Basic Books, N. Y., 1960, p.p. 137-156.
2. American Psychiatric Association. "Diagnostic and -- Statical Manual of Mental Disorders"., APA, Washing-- ton, 1968.
3. Anton, J.L; Dunbar, J; Friedman, L.: "Anticipation - Training in the Treatmen of Depression"., En; Kromboltz, D.J; Thoresen, E.C., Behavioral Counseling: Ca ses and Techniques, Hol-Renehart and Winston, N. Y.,- 1979.
4. Avery, D; Winokur, G.: "Suicide, Attempted Suicide - and Relapse Rates of Depression"., Archive General of Psychiatry., V. 35, 1978., p.p. 749-753.
5. Azrin, N. H; Besalel, V. A.: "An Operant Reinforce-- ment Method of Treating Depression"., Journal Beha- - vior Therapy and Experimental Psychiatry., 1981, V. - 12, No. 2, p.p. 145-151.
6. Baer, D.M; Wolf, M. M.: and Risley, T.R.: "Some Cu-- rrent Dimensions of Applied Behavior Analysis"., Journ al of Applied Behavior Analysis., 1968, V. 1., p.p. _ 91-97.

7. Baldessarini, R.J.: "An Overview of the Basis for -
Amine Hypotheses in Affective Illness". En: J. Men- -
dels, ed., The Psychobiology of Depression., Spectrum,
1975.
8. Bandura, A. : "Principles of Behavior Modification".,
N. Y., Holt, Rinehart and Winston, 1969.
9. Bandura, A. : "Social Learning Theory". Morrisntow, __
N. Y., General Learning Press, 1971.
10. Barlow, D.H.; Leitenberg, H.: and Agras, W. S. : - -
"The Experimental Control of Sexual Deviation Through
Manipulation of the Noxious Scene in Covert Sensitiza
tion"., Journal of Abnormal Psychology, 1969, V. 74,-
p.p. 596-601.
11. Beck, A.T.: Ward, C.H.: Mendelson, M.; Mock, J.; --
and Erbaught, J.: "An Inventory for Measuring Depre-
ssion". Archives General Psychiatry. 1961, V. 4, --
p.p. 561-571.
12. Beck, A. T.: "Depression: Clinical, Experimental -
and Theoretical Aspects"., Harper and Row, N. Y., 1967.
13. Beck, A. T.: "Cognitive Therapy: Nature and Rela- -
tion to Behavior Therapy". Behavior Therapy, 1970. V.
1., p.p. 184-200.
14. Beck, A. T.: "Diagnostico y Tratamiento de la Depre-

- sión". Edit. Merck Sharp and Dohme, México. 1976.
15. Beck, A.T. : "Cognitive Therapy and Emotional Disorders"., International Universities Press, Inc. N. Y., 1976.
 16. Bijou, S.W.: Peterson, R.F.: Harris, F.R.; Allen, K. E.; and Johnston, M.S.: "Methodology for Experimental Studies of Young Children in Natural Settings". -- Psychological Record, 1969, Vol. 19, p.p. 177-210.
 17. Bridges, P.K.: "Precursore and metabolites of 9 hidroxityptamine and dopamine in the ventricular, cerebrospinal fluid of psychiatric patients"., Psychological Medical, 1976., Vo.6.
 18. Budd, C. W.: "Behavior Modification: The Scientific Way to Self Control". Libra Publishers, N. Y. 1973.
 19. Burgess, E.P.: "The Modification of Depressive Behavior". En: Rubin, R. D.: Franks, C. M.: Advances in Behavior Therapy. Academic Press, N. Y., 1969, p. p. 193-199.
 20. Campillo, S.C.: "La Práctica Psiquiátrica en el Hospital General". Trabajo de Ingreso a la Academia Nacional de Medicina., México, 1980.
 21. Campillo, S.C.; Caraveo, A.J.: "Epidemiología de la Depresión"., Salud Mental, V.2., No. 4., 1979, p.p. -

40-44.

22. Campillo, S.C.; Díaz, M. A.: "El Departamento de -
Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental; Una -
Imagen Panorámica". *Psiquiatría*, 6(1), 1976., p.p. -
42-50.
23. Cautela, J.R.: "Covert Sensitización", *Psychological
Report.*, 1967, V. 20, p.p. 459-468.
24. Cautela, J.R.; Upper, D.: "The Process of Indivi- -
dual Behavior Therapy". En: Hersen et al (Eds): Pro
gress in Behavior Modification. Vol. 1., N. Y., Acade
mic Press, 1975.
25. Copen, A : "The Biochemistry of Affective Disorders",
Brit. J. of Psychiatric, 1967.
26. Costello, C.G. : "Depression: Lost of Reinforcers -
or Loss of Reinforcer Effectiveness"., *Behavior Thera*
py, 1972, V. 3, p.p. 240-247.
27. Costello, C. G.; Belton, G.P. : "Depression: Treat-
ment". En; Costello, C. G. (Eds); *Symtoms of Psychopa*
tology, N. Y. Wiley, 1970.
28. Davison, G. C. : "Appraisal of Behavior Modification_
Techniques with Adults in Institucional Settings", --
En: C.M. Franks, ed., *Behavior Therapy: Appraisal --*
and Status. N. Y., McGraw-Hill, 1969, p.p. 220-278.

29. De la Fuente, M. R.: Campillo, S.C.: "El Papel de la Depresión en la Patología Humana". *Psiquiatría* - - 5(3), 1975, p.p. 3-10.
30. Dirección General de Estadística, Coordinación General de los Servicios Nacionales de Estadística, Geografía e Informática, Secretaría de Programación y -- Presupuesto., Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos., 1979 a 1982.
31. Eastman, C. : "Behavioral Formulations of Depression" En: Franks, M.C., Therence, W. *Annual Review of Behavioral Therapy, Theory and Practice*, Brunner-Mazel, - N. Y., 1977, p.p. 496-518.
32. Ellis, A; Grieger, R,: "Manual de Terapia Racional - Emotiva"., Ed. Desclee de Brouwer, Bilbao, 1981, p.- p. 325-341.
33. Ellis, A. : "Razón y Emoción en Psicoterapia". Ed. -- Desclee de Brouwer, Bilbao, 1980, p.p. 169-182.
34. Ferster, C.B. : "Behavioral Approaches to Depression" En: R.J. Friedman y M. M. Ratz, Eds., *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. - Winston, 1974.
35. Ferster, C. B. : "Classification of Behavioral Pathology". En: L. Krasner y L.P. Ullmann, eds. *Research - in Behavior Modification* N. Y., Holt, Rivehart and --

Winston, 1965, p.p. 6-26.

36. Ferster, C.B; Perrot, M. B. : "Behavior Principles". Prentice Hall Inc. Englewood, Cliffs, N. J., 1975.
37. Freud, S. : "Mourning and Melancholia". The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. XVI, London: Hogarth Press., 1957.
38. Fromm, E. : "Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea"., Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1982 págs. 308.
39. Gambrill, E.D. : "Behavior Modification. Handbook of Assessment, Intervention and Evaluation". Jossey-Bass, San Francisco, 1977.
40. Goldfried, M. R; Pomeranz, D. M. : "Role of Assessment in Behavior Modification". Psychological Report., 1968, V. 23, p.p. 75-87.
41. Goldstein, A.P: Heller, K; and Sechrest, L. B. : - - "Psychotherapy and the Psychology of Behavior Change", Wiley, N. Y., 1966.
42. Granet, M. : "Le Langage de la Douleur D'apres le Rituel Funeraire de la Chine Classique", En: Young, K., Psicología Social y Aprendizaje de la Interacción. Ed. Paidós, S.A., 1969, pág. 56.

43. Grinker, R.R.; Miller, J; Sabshin, M; Nunn, R; and -
Nunally, J. : "The Phenomena of Depression", Hoeber,
N. Y., 1961.
44. Hamilton, M.A. : "Rating Scale for Depression", Jour-
nal of Neurology, Neurosurgery and Psychistry, 1960,-
V. 23, p.p. 56-61.
45. Hersen, M. R. M; Alford, G.5; and Agras, W. S. : - -
"Effects of a Token Economy on Neurotic Depression; -
and Experimental Analisis". Behavior Therapy, 1973, -
V.4, p.p. 392-397.
46. Hersen, M. R; Barlow, D. H. : "Single Case Experimen-
tal Desings". N. Y., Pergamon Press, 1976.
47. Hersen, M. R; and Bellack, A. S. : "Assesment of So-
cial Skills". En: Ciminero et al. (Eds): Handbook__
of Behavioral Assessment, N. Y., Wiley, 1977.
48. Hollon, D.S; Beck, A. T.: "Cognitive Therapy of Depre-
ssion". En: Kendall, C.P.; Hollon, D. S., Cognitive__
Behavioral Interventions. Academic Press, N. Y., - -
1979, p.p. 153-196.
49. Huxley, A. : "La Isla". Ed. Sudamericana, Buenos Ai--
res, 1963.
50. Huxley, A. : "Nueva Visita a un Mundo Feliz", Ed. Ana-
ya editores, México, 1977.

51. Huxley, A. : "Un Mundo Feliz", Ed. Edesa, México, - 1976.
52. Jimenez, N. R; y Rico, M.F. G. : "El Suicidio en México, Enfoque Epidemiológico"., Salud Pública de México 20(1), 1978, p.p. 59-70.
53. Kanfer, F.H; and Phillips, J.S. : "Principios de - - Aprendizaje en la Terapia del Comportamiento"., Ed. - Trillas, México, 1977.
54. Kanfer, F.H; and Saslow, G. : "Behavioral Diagnosis". En: C.M. Franks, Ed., Behavior Therapy: Appraisal - and Status., N. Y., McGraw Hill, 1969, p.p. 417-444.
55. Kazdin, A. E; and Kopel, S. A. : "On Resolving Ambi-- guities of the Multiple Baseline Design: Problems and Recomendations". Behavior Therapy. 1975, p.p. 691- - 608.
56. Klein, D; Fencil-Morce, E; and Seligman, M.E.P. : "Depression, Learned Helplessness and Attribution of Failure"., 1975.
57. Kopel, S.A. : "Social Class, Diagnosis and Prognosisof Psychotherapy"., Psychotherapy: Theory, Research -- and Practice, 1975, V. 7, p.p. 21-27.
58. Kopel S.A; and Arkowitz, H. : "The Role of Atribu-tion and Self Perception in Behavioral Changer: Impli

- cations for Behavior Therapy"., University of Oregon, 1975.
59. Kraepelin, E. : "(1913) Lectures on Clinical Psychiatry". Hafner, Pub. Co., N. Y., 1968.
 60. Lang, P. J. : "Physiological Assessment of Anxiety - and Fear"., En: Cone and Hawkins (Eds): Behavioral - Assessment. Brunner Mazel, 1977.
 61. Lazarus, A. A. : "Learning Theory and the Treatment - of Depression". Behavior Research and Therapy, 1968, V. 6, p.p. 83-89.
 62. Lazarus, A. A. : "Behavior Therapy and Beyond", - - McGraw-Hill, N. Y., 1971.
 63. Leitenberg, H., (Ed). Handbook of Behavior Modifica-- tion and Behavior Therapy. Englewood Cliffs, N. Y., - Prentice-Hall, 1973.
 64. Lewinsohn, M. P. : "A Behavioral Approach to Depre- - ssion"., En: R. J. Friedman y M. M. Katz (Eds.): The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Re_u search., N. Y., Winston-Wiley, 1974.
 65. Lewinsohn, M. P. : "Activity Schedules Intreatment of Depression". En: Kromboltz, D. J; Thoresen, E. C., Be havioral Counseling: Cases and Techniques, Hol-Rene-- hart and Winston, N. Y., 1979.

66. Lewinsohn, P. M; and Atwood, G. E. : "Depression: A Critical-Research Approach, The Case of Mrs. G"., Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 1969, V. 6 p.p. 166-171.
67. Lewinsohn, M. P; and Graf, M. : "Pleasant Activities and Depression"., Journal of Consulting and Clinical Psychology., 1973,. V. 41, No. 2, p.p. 261-268.
68. Lewinsohn, M. P; and Libet, J. : "Pleasant Events, Activity Schedules and Depression"., Journal of Abnormal Psychology, 1972., V. 79, p.p. 291-295.
69. Lewinsohn, M. P; and Voungren, M. A. : "Reinforcement and Depression"., En: Depue, A. R., The Psychobiology of the Depressive Disorders. Academic Press. N. Y., 1979., p.p. 291-315.
70. Liberman, R. P; and Raskin, D. E. : "Depression: A Behavioral Formulation.", Archives of General Psychiatry, 1971, V. 24, p.p. 515-523.
71. Libet, J. M; and Lewinsohn, M. P. : "Concept of Social Skill With Special Reference to Behavior of Depressed Persons"., Journal of Consulting and Clinical Psychology., 1973, V. 40, p.p. 304-312.
72. Lichtenberg, A. P. : "Definition and Analysis of Depression"., Archives of Neurology and Psychiatry., -- 1957, v. 77, p.p. 519-527.

73. Lobitz, T.C; and Lo Piccolo, J. A. : 'Expectation Biases in Observation Evaluation of Therapeutic Change'. Consult, C. Psychol, 1972, V. 42., p.p. 744-780.
74. Lubin, B. : "Adjetive Checklist for Measurement of Depression", Archives of General Psychiatry., 1965., V. 12, p.p. 57-62.
75. Maier, S.F; Seligman, M.E.P; and Solomon, R. L.: - - "Pavlovian Fear Conditioning and Learned Helplessness"., En: S.A. Cambell and R. M. Church (Eds)., Punishment and Aversive Behavior., N. Y., Appleton-Century-Crofts, 1969.
76. Mahoney, M. J. : "Toward and Experimental Analysis of Coverant Control"., Behavior Therapy, 1970, V. 1, p.p. 510-521.
77. Marks, P. A; Gelder, J. H; Barlow, D. H; and Agras, W. S. : "Behavioral Assessment", En: Glaser, R., Instructional Technology and the Measure Fear., Behavior Research and Therapy, 1969, V. 3., p.p. 45-53.
78. Meichenbaum, D.: "Cognitive Behavior Modification"., - General Learning Press., J. Y., 1974., p.p. 275-294.
79. Melges, F. T; and Bowlby, J. : "Types of Hopelessness in Psychopathological Process"., Archives of General Psych. 1969., V. 20., p.p. 690-699.

80. Mendels, J; and Hawkins, D.R. : "Sleep Studies in Depression. In Proceedings of the Symposium on Recent in the Advances in the Psychobiology of Affective Disorders". Bethesda, Md. : National Institute of Mental Health, 1970.
81. Miller, P. M. : "Behavioral Assessment in Alcoholism Research and Treatment: Current Techniques". International Journal of the Addictions., 8 (1973) : P.p. -- 831-837.
82. Miller, W; Seligman, M.E.P. : "Depression and Learned Helplessness in Man"., Journal of Abnormal Psychology 1975, Vol. 84, p.p. 228-238.
83. Mountjoy, C.Q; Roth, M. : "Studies in the Relationship Between Depressive Disorders and Anxiety States", Journal of Affective Disorders., 1982, V. 4, p.p. - - 127-147.
84. O'Brien, F; Azrin, N. H; and Herson, J. C. : "Behavioral Engineering: Control of Posture by informational Feedback"., Journal of Applied Behavior Analysis, - - 3(1969), p.p. 235-340.
85. O'Leary, K. D; Wilson, G. T. : "Behavioral Therapy: Application and Outcoms"., Prentice-Hall, N. Y., 1975, p.p. 269-274.

86. Overmier, J. B; Seligman, M.E.P. : "Effects of Inescapable Shock Upon Subsequent Escape and Avoidance Responding", Journal of Comparative and Physiological Psychology., 1967, V. 63, No. 1, p.p. 28-33.
87. Paulson, G. W; and Gottlieb, G. : "A Longitudinal Study of the Electroencephalographic Arousal Response in Depressed Patients"., En: J. of Nervous and Mental Diseases., 1961, V. 133, p.p. 524-528.
88. Pelaez, P. O. : "Psiquiatría de Enlace en la Consulta Externa de un Hospital General"., Tesina, México, -- 1982.
89. Premack, D. : "Reinforcement Theory"., En: D. Levin,- Ed. Nebraska Symposium on Motivation. 1965, Lincoln,- Neb.: University of Nebraska, 1965, p.p. 123-180.
90. Rathus, S.A. : "A 30-item Schedule for Assessing - - Assertive Behavior"., Behavior Therapy, 1972, V. 4, - p.p. 398-406.
91. Rehm, L. P. : "A Self Control Model of Depression".,- Behavior Therapy, 1977, V. 8, p.p. 787-804.
92. Rubin, R. T; and Mandell, A. S. : "Adrenal Cortical - Activity in Pathological Emotional States; A Review", American Journal of Psychiatry, 1966, V. 23, p.p. 387 -400.

93. Schildkraut, J. J. : "The Catecholamine Hypothesis of Affective Disorders: A Review of Supporting Evidence", American Journal of Psychiatry, 1965, V. 12, p.p. - - 509-522.
94. Seligman, M.E.P. : "Learned Helplessness and Depression in Animals and Men"., En: Spence, T. J; Carson, R. C; Thibaut, J. W., Behavioral Approaches to Therapy, General Learning Press, J. Y., 1976, p.p. 111-126.
95. Seligman, M.E.P. : "Fall Into Helplessness". En: - - Wickramasekera, Ph. D. Biofeedback, Behavior Therapy_ and Hipnosis. Nelson-Hall., Chicago, 1980, p.p. 243-- 252.
96. Seligman, M.E.P. : "Indefensión"., Ed. Debate, Madrid, 1981.
97. Seligman, M.E.P. : Klein, D.C; Miller, W.R. : "Depression"., En: Leitenberg, H., Handbook of Behavior Mo dification and Behavior Therapy. Prentice-Hall, N. J., 1976, Cap. 5.
98. Shipley, C.R; and Fazio, A.F.: "Pilot Study of a - - Treatment for Psychological Depression"., Journal of_ Abnormal Psychology., 1973, 82, p.p. 372-376.
99. Staats, A. W. : "Social Behaviorism"., V. III., Dorsey Press, 1975.

100. Thoresen, C.E; and Mahoney, M.J. ; "Behavioral Self--Control"., N. Y., Holt, Rinehart and Winston, 1974,
101. Ullmann, L.P; Krasner, L. A. : "Psychological - - Approach to Abnormal Behavior"., Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1969.
102. Wahler, R.G. : "Mothers as Behavior Therapist For- - their Own Children"., Behavior Research and Therapy,- 1969, V. 3, p. p. 113-134.
103. Wallen, S. : "Clinical Guide to Behavior Therapy"., - The Williams and Wilkins Comp., Baltimore, 1977, p.p. 193-218.
104. Watson, J. B. : "Behavior: An Introduction to Comparative Psychology"., N. Y., Holt, 1913.
105. Whatmore, J. B., and Ellis, R. M. Jr. : "Further Neu-rophysiologic Aspects of Depressed States: An Elec--tromyografic Study"., En: Archives General Psychia--try., 1962, V. 6, p.p. 243,253.
106. Williams, J. L. : "Operant Learning: Procedures for - Changing Behavior". Belmont, California: Brooks/Cols, 1974.
107. Williams, J. G; Barlow, D. H; and Agras, W. S. : "Be-havioral Measurement of Severe Depression"., Archives

- of General Psychiatry., 1972, V. 27, p.p. 330-333.
108. Wolpe, J. : "La Práctica de la Terapia de la Conducta"., Ed. Trillas, 1979, p.p. 268-271.
109. Wolpe, J. : "The Experimental Model and Treatment of Neurotic Depression", Behavior Research and Therapy, 1979, V. 17, p.p. 555-565.
110. Wolpe, J; and Lazarus, A. A. : "The Practice of Behavior Therapy", Pergamon, N. Y., 1969.
111. Zuckerman, M; and Lubin, B. : "Manual for the Multiple Affective Adjective Check List", San Diego: Educational and Industrial Testing Service, 1965.
112. Zung, W.W.K. : "A Self-Rating Depression Scale"., En: Archives of General Psychiatry, 1965, V. 12, p.p. 63-70.

*Esta Tesis fué elaborada en su
totalidad en los Talleres de -
Impresos Moya, Rep. de Cuba -
No. 99, Despacho 23
México 1, D.F. Tel. 5-10-89-52*