146
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"APLICACION DE LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK EN PACIENTES DEPRESIVOS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

RAMIREZ ESPARZA NESTOR FABIAN

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS

MEXICO, D F. 1999

ESIS CON
LA DE ORIGEN

271064

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

MIS AGRADECIMIENTOS SON:

A Él:

Que su pensamiento, sus ideas y su enorme compresión enmarcan estas páginas.

A papá:

Por todo aquel amor oculto que desplegó en mi persona. Asimismo, todo su apoyo desinteresado, así como su acompañamiento por todo este trayecto arduo que pronto fructificará.

A mamá:

Que con su armonía y su silenciosa paciencia, que supó otorgarme la confianza para finalizar este proyecto que espero la haga sentirse satisfecho de su hijo.

A mi esposa, Irene:

Cuya lealtad y entusiasmo se ven reflejadas en estas páginas. De igual forma, su amor está reflejado en cada renglón, en cada coma, punto y aparte de este trabajo.

A mis hermanos, Gloria, Sandra y Paco:

Por su apoyo moral, técnico; pero, sobre todo, por su ineludible certidumbre y confianza en mí.

A mis hijos, Thalía, Fernando y Dianita:

Que engrandecen mi futuro, que me enseñan a crecer y que iluminaron las horas de trabajo en este proyecto.

A Edgar, mi amigo y compañero: mi hermano:

Por su fiel confianza en mí, por aquellas noche en que escuchaba mis sueños y progresos.

A Motzart, Tchaikovsky, Dovrák, Patchabel, Vivaldi, Bethoveen, Stoa, Enya, Doors Dunca Dhu, etcétera:

Que me acompañaron con su música por horas a la computadora, haciendo más agradable la transferencia de las ideas al papel.

Al Dr. Pedro Pérez Flores, amigo y compañero:

Que nunca oculto su confianza y fe en cada tarea que me decidía emprender.

A Andrea, mi amiga:

Que siempre supó que esta tesis llegaría a feliz término.

Al Mtro. Samuel Jurado Cardenas:

Por haberme orientado, acompañado y, sobre todo, por sus trascendentales consejos que tendré en estima y a bien guardar siempre en mis eternas cogniciones positivas.

Al Mtro. Julio Espinosa:

Por su paciencia, comprensión y sus desinteresados consejos que me llevaron a la revisión de este trabajo.

Al M.C. José Antonio Talayero:

Por ser mi profesor y haberme proporcionado conocimientos aplicables a la vida diaria.

A la Dr. Emilia Lucio:

Por aquella paciencia y buena voluntad que mostró en la revisión de esta tesis.

Al Dr. José De Jesús González:

Por su inestimable apoyo que se hizó patente en la conclusión de este trabajo.

A TODOS, UN ETERNO AGRADECIMIENTO

GRACIAS

NÉSTOR FABIÁN RAMÍREZ ESPARZA.

ÍNDICE

	Paginas
Introduccion	I
Capítulo I	
Depresión	1
Esbozo Historico	1
Conceptualizaciones Recientes	5
Modelos	6
a) Modelo Psicoanalítico	6
b) Modelo Neurofisiológico	11
Actividad Electrodérmica y Depresión	11
Estudios Electroencefalográficos del Sueño en los Depresivos	12
Registro Electroencefalográfico y Depresión	12
Potenciales Evocados en el Estudio de la Depresión	13
c) Modelo Bioquímico	14
Hipótesis Catecolaminérgica	16
d) Modelo Conductual	16
Capitulo II	
Teoría Cognitiva de la Depresión	18
La Terapia Psicológica en el Tratamiento de la Depresión	19
Definición de Terapia Cognitiva	21
Las Técnicas Conductuales	23
Nuevas Características de la Terapia Cognitiva	23
Diferencias con la Terapia Conductual	24
Marco Teórico	25
Modelo Cognitivo de la Depresión	25
Tríada Cognitiva	25
Organización Estructural del Pensamiento Depresivo	26
Errores en el Procesamiento de la Información	27
Predisposición y Desencadanamiento de la Depresión	28
Modelo de Interacción Recíproca	29
Terapia Cognitiva Conductual de Grupo	30
Consideraciones Generales	30

Consideraciones Especiales 31
Autocomparaciones Negativas 31
Efectos Negativos Sobre Otros Miembros del Grupo 32
Distorsiones Universales Versus Distorsiones Personales 33
Aspectos Formales 34
Grupos Orientados al Problema Versus Grupos
Orientados al Proceso 34
Grupos Cerrados Versus Grupos Abiertos 34
Grupo: Composición y Número de Pacientes 35
Duración y Frecuencia de las Sesiones 35

Justificación 36
Problema 39
Hipótesis 39
Variables 40
Diseño Experimental 40
Método 40
Sujetos 41
Instrumentos 41
Procedimiento 42

Capítulo III
Resultados 47
Cuadro 1 48
Cuadro 2 48
Cuadro 3 48
Cuadro 4 49
Cuadro 5 50
Cuadro 6 52
Cuadro 7 53
Análisis Cualitativo 54
Alcohol y Drogas para Trascender 54
Reestructuración Cognitiva 57
Análisis Cualitativo de la Entrevista Conductual 59
Información 60
Análisis por Subcategorías 61
Habilidades Auto-directivas 61
Autocontrol 62
Habilidades 63
Relaciones Interpersonales 63
Auto-monitoreo 63
Excesos 64
Problemas en el Control de Estímulos Ambientales 64
Estímulos que Evocan Reacciones Emocionales Inapropiadas 64

Organización Ineficiente de los Estímulos que Controlan las Actividades Diarias 64
Control Inapropiado de Estímulos atogenerados 65
Auto-etiquetación 65
Conductas Cubiertas 65
Descriminación de Estímulos Internos 66
Arreglo Inapropiado de Contigencias 66
Conducta Adecuada que no es Seguida por Consecuencias Positivas 66
Uso Excesivo de Reforzamiento 67
Efectos Benéficos de Conductas Inapropiadas 67
Reforzamiento No-contingente 67

CAPÍTULO IV
Conclusiones y Discusiones 68
Sugerencias y Limitaciones 70

Referencias Bibliográficas 72

INTRODUCCIÓN

Mi experiencia laboral en el ambiente restaurantero, me llevó a percatarme que muchos de mis compañeros, de cualquier nivel dentro del restaurante, presentaban problemas de depresión. Las formas en que ellos trataban de escapar de dicho mal, consistía en recurrir al alcohol, drogas e, incluso, la promiscuidad sexual, entendiéndose ésta como el tener más de dos parejas sexuales a la vez. Otra cosa de la que me pude percatar, y esto es de suma importancia, es que nadie tenía conocimiento de padecer depresión; no tenían consciencia, siquiera, de los síntomas que componen éste padecimiento, como es la fatiga o la irritabilidad. Como es de suponerse, toda la sintomatología la atribuían a factores externos, tales como la situación económica, familiar, etc.

Conforme fui relacionándome más con mis compañeros, pude advertir que muchos de sus síntomas de depresión provenían de una óptica mal fundamentada con la realidad. Es decir, sus preocupaciones y malestares en general, nacían de pensamientos, ideas y recuerdos distorsionados que los llevaban, irremediablemente, a idear soluciones o explicaciones irracionales. Todo ello les acarreaba sentirse deprimidos.

Muchos de los trabajadores del ambiente restaurantero cuentan con poco tiempo para llevar a cabo una terapia tradicional de más de seis meses, por sus propias actividades. Además, cuando llegan a sentirse mal, acuden al Seguro Social, donde, por lo general, se les suministra tranquilizantes o antidepresivos, sin llegar, jamás, al fondo de su problema.

En pláticas improvisadas con mis compañeros, muchos comentaban sus problemas, sin llegar a una respuesta satisfactoria en la mayoría de los casos. Pero, en cambio, en otras conversaciones, sucedía que un trabajador le comentaba a otro su problema y la forma que había pensado en resolverlo, el otro trabajador, por su parte, le hacía ver que su forma de pensar estaba equivocado y, por lo tanto, podía llegar a un final no muy

recomendable. Esto, principalmente, me llevó a concebir la posibilidad de aplicar un tipo de terapia rápida, efectiva y contundente como es la Terapia Cognitiva de Beck. Puesto que esta teoría y forma de psicoterapia propone corregir la estructura esencial de pensamiento irracional del sujeto. Con esto se pretende afirmar que en poco tiempo el sujeto aprende que sus sensaciones, sentimientos y postura hacia la vida, hacia él mismo y su futuro están influenciados de forma importante por sus pensamientos irracionales.

Para ellos se pensó en la forma de una terapia que fuera directo al problema, que en poco tiempo permitiera al paciente poder enfrentarse y actuar cómo le estaba siendo imposible hacerlo antes del tratamiento. Así que, el primer problema era saber si existía un tratamiento que además de dar todo lo anterior, pudiera llevarse en grupo y sin provocar crisis en el paciente; crisis que le llevaran a reducir su rendimiento.

Las variables a tratar fueron los pensamientos y visiones negativas con respecto hacia sí mismo, sus experiencias con los demás y sus expectativas al futuro; todo esto como elementos generadores de depresión, por lo que se le dio el tratamiento de variable dependiente. Para resarcir lo anterior, se tenía que llevar a cabo una restauración de los esquemas que generan pensamientos, ideas y recuerdos distorsionados, por lo que a esto se le dio el manejo de variable independiente. Asimismo, el tratamiento intentaba centrarse en estos factores y llegar, así, a la disminución rápida de los síntomas depresivos.

CAPÍTULO I

DEPRESIÓN

Esbozo Histórico

La historia conceptual de la enfermedad depresiva tiene sus primeros arribos con Hipócrates (460-370 a.C.) aunque, desde luego, el punto de vista hipocrático no puede considerarse específico en cuanto a trastorno depresivo. Su concepción es un argumento muy general (casi nosológico) de las enfermedades mentales.

Hipócrates lleva a efecto tres formas esenciales de trastorno, las cuales tienen relación con las secreciones internas que se efectúan en el cuerpo, a saber: la melancolía, la frenitis y la manía (Sigerist, 1961). Sin embargo, el médico nos sugiere que tanto el miedo como la tristeza, sean o no depresivos, cuando se prolongan mucho tiempo pueden concluir en melancolía (Hipócrates, 1967.).

Galeno de Pergamo (130-201) apenas, en sus escritos, nos hace mención de la melancolía, al menos si lo que intentamos es percibirlo desde el punto de vista psicopatológico que más tarde adquiriría. Cuando se analiza a Galeno, se puede inferir que para la melancolía es apenas un síntoma que forma parte de un trastorno más amplio. Es, como consecuencia, una parte de un todo, y no un estado fisiológico. Cabe hacer mención que las afirmaciones de Galeno en relación con la melancolía, proceden de un error: Haber confundido los preceptos de Galeno de Pergamo con los escritos pseudogalénicos pertenecientes a On Medical Definitions (Galeno, 1963).

En esta obra se describe la melancolía como una alteración crónica que no es acompañada por fiebre. Se describía a los pacientes como temerosos, suspicaces, misántropos y cansados de la vida. En la tipología depresiva que se reseña aquí, se pone, énfasis especial en la denominada "melancolía hipocondriaca", en la que se hace

resaltar como principales signos un cuadro que destaca la flatulencia y las alteraciones digestivas (Jackson, 1969).

Huelga decir, también, que se advierte en algunas depresiones en la que los pacientes se experimentan como sujetos hechos de cristal, sin cabeza, o que han sido envenenados (Siegel, 1969). Haciendo un poco de alto para determinar el significado de la melancolía, diremos que la palabra se deriva del griego μελασ "negro" y χηολε "bilis", el cual se uso para señalar a los pacientes que con frecuencia vomitaban bilis negra como consecuencia de su irritabilidad y su ansiedad. Al menos es este el significado que se desprende del análisis del contexto en el que lo empleo Cicerón. Al comienzo, dicho término no designó una relación causal entre la bilis negra (causa) y la depresión (efecto) como dice expresamente Caelius Aurelius (sigloV). Continuando en la línea de este autor , preponderaremos que los síntomas que preceden a la aparición de la melancolía tampoco se aproximan a la psicopatología de las depresiones, tal como la conocemos en la actualidad. Estos síntomas consisten en ansiedad, silencio, rechazo y hostilidad hacia la propia familia; deseos de morir, una aguda suspicacia frente a la idea de que se lleva a cabo un complot contra el paciente; así como llantos y quejas sin sentido.

Hipócrates y más tarde Areteus, fueron los primeros en establecer una cierta conexión psicopatológica entre la melancolía y la manía, pero la formalización de esta conexión no se encuentra en la clínica hasta la aparición de la obra de Bonetus en el siglo XVII.

Bonetus se refiere en una de sus primeras obras (1679) a la manía de la melancolía (*melancholiae manía*); sólo años más tarde en 1686, se centran en forma definitiva la relación y la significación etiopatogénica existente entre la melancolía y la manía: Bonetus usó el término *maniacomelancholicus* equivalente al actual de "maniaco-depresivo".

Durante el periodo medieval, la melancolía se conceptualiza como acedia (depresión). Sin embargo, a pesar de que el uso de éste término se extiende alrededor de más de diez años, su significado no es constante. En este amplio período pueden distinguirse dos diferentes etapas: una que se prolonga hasta el siglo XII; y otra, desde este siglo en adelante.

Deslizándonos por la primera etapa, podemos percatarnos de que aquí prevalece el pensamiento de la Alta Edad Media, por lo que la acedia se va a configurar, siguiendo la denominación tradicional, como un vicio capital más. Hay que aguardar hasta el siglo XI, exceptuando las aportaciones de San Gregorio Magno (540-604), para asistir a la configuración de la acedia como otro elemento, es decir, como un desorden de la vida emocional que se temátiza en la función de los apetitos dentro de las pasiones, introducidas por Santo Tomás.

Así, de tal suerte que, en esta época la depresión o asedia obtenía una configuración religiosa; pero además se le proveía de un matiz maligno. Que, como veremos más adelante, no es la única época donde, a lo que no se comprende, se le otorga, en muchas ocasiones, un significado de "posesión" de algún elemento maligno. Pero tampoco hay que perder de vista, que se intenta, asimismo, darle un sentido de "trastorno emocional", que aunque no bien configurado, nos habla de que existían personajes con la preocupación no sólo de dar un arreglo a los trastornos, sino, incluso, de buscar una posibilidad de tratamiento. Aunque éste fuera sólo eso, un intento.

Gracias a la escolástica, la acedia deja de ser un vicio y pasa a ser un desequilibrio humoral, a través de la cual se establece la conexión con el pensamiento médico. Síntetizando, puede decirse que en la prevalencia de la Alta Edad Media la significación de la acedia se restringe al truncado medio ambiente de la teología moral. con Santo Tomás se psicológiza. De igual forma, dicho término se utilizó en este estudio para designar a la melancolía; pero hablando de un especial tipo de estado melancólico en el que la tristeza, la pena y el abatimiento forman parte de su principal

contenido. Por lo que al principio la acedia tuvo un significativo vínculo con el pecado de la pereza. Más tarde adquiere una designación especial frente a la lasitud, desaliento y descuido, asociado con la tristeza y estados de desesperanza.

En estos momentos, la acedia es tipificada como "un estado del alma", cuyo padecimiento se ubica únicamente a los religiosos que vivían en el aislamiento y la soledad de sus respectivas celdas. Pasando a otro período, Casiano describe, en relación con el anterior punto tratado, el sexto combate de la lucha ascética al exponerlo a sus monjes. La acedia produce desgano, apatía, estar a disgusto en la celda, dificultades para respirar, pereza y flojera para acometer los trabajos propios de la clausura y de la vida recoleta. El monje comienza a pensar que jamás se sentía bien hasta que abandonó el monasterio, el descanso se hace imposible, mientras el tiempo pasa lenta y pesadamente. Desaparece la paz que tradicionalmente acompaña la vida contemplativa. Lo que sigue es la descripción de las características sintomatológicas de más importancia: Surgen deseos de abandonar la soledad de la celda y crece la añoranza por la compañía y el descanso que ofrecen las diversiones y actividades mundanas.

Cuando llegamos a la etapa tardía de la Edad Media, no es ya un fenómeno que recaiga exclusivamente sobre los clérigos, sino que su campo de acción se extiende a los laicos. De cualquier forma, la tristeza ha desaparecido de los catálogos de pecado, a la vez que la acedia se aleja del concepto de tristeza.

Durante los siglos XV y XVI, la melancolía, como concepto, sustituye a la asedia; por lo que la sintomatología que en el pasado caracterizaba a la acedia se metamorfosea y adquiere un nuevo título bajo el concepto de melancolía. La pereza, el sopor, la indolencia son ahora de nuevo sustituidos por la pena, el desaliento y la desesperación, que constituyen los principales signos sobre los que recae es escrutinio del concepto de melancolía.

En el transcurso de los siglos siguientes el concepto de acedia casi desaparece; en su lugar adquiere un uso progresivamente mayor el término de *melancolía*. A lo largo de este proceso conceptual, la melancolía queda adscrita a la clínica sin ninguna connotación o remembranza de su antigua vinculación con la acedia y con el contexto religioso en que ésta surgió.

CONCEPTUALIZACIONES RECIENTES

Las viejas hipótesis hipocráticas sobre los diversos humores y su relación con las enfermedades condicionaron, de cierta forma, la primera clasificación psiquiátrica introducida por Kraepelin (Kraepelin, 1922), ya iniciado el siglo XX.

Al comienzo las alteraciones afectivas se aglutinaban en lo que Kraepelin denominó locura maníaco-depresiva. Poco después Farlet describió la *Folie Circulaire*, concepto que suponía un paso más en el estudio de la entidad conocida hasta entonces con el término de la melancolía.

Corresponde a Kahlbaum el mérito de haber introducido un nuevo e importante criterio en el estudio de estas anomalías. Se trata del curso, la patocronía o la evaluación de dichas alteraciones. De estas perspectivas, las alteraciones afectivas van a restablecerse desde un principio, sobre los puntos de referencia de vinculación primitiva al grupo de las psicosis (Kleist, 1916) y el carácter bipolar y variable de los sentimientos a lo largo de la evolución de la enfermedad (de ahí lo términos de circularidad, ciclotimia, fasefrenia y bipolaridad con que se adjudica el concepto de psicosis, según distintos autores).

Otros autores (Fernández, 1917) han propuesto la expresión psicosis *fasotímicas* como la más acertada en cuanto traduce sencillamente la psicosis afectivas de curso físico, es decir, formas específicas de las alteraciones del ánimo que engloban concretamente a la depresión de la manía y la forma mixta maníaco-depresiva.

MODELOS

a) Modelo Psicoanalítico

Freud se ocupó por primera vez del problema de la depresión en un artículo, *Traner und Melancholie* (Duelo y Melancolía), redactado, según parece, en 1915 y publicados años más tarde.

La sutil y afilada capacidad de observación de Freud tiene en este trabajo uno de los más altos exponentes. Algunas de las cuestiones aquí planteadas constituyen, aún hoy, uno de esos problemas no del todo resueltos por la psiquiatría,

"La melancolía, escribe el autor, cuyo concepto no ha sido aún fijamente determinado, ni siquiera en la psiquiatría descriptiva, muestra diversas formas clínicas, a las que no se ha logrado reducir todavía a una unidad, entre las cuales hay algunas que recuerdan más a las afecciones somáticas que las psicogénas" (Freud, 1973).

Freud distingue con toda nitidez entre duelo y melancolía: "El duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad el ideal etc. [...] El duelo es un afecto normal paralelo a la melancolía [...] Es también muy notable que jamás se nos ocurra considerar el duelo como un estado que le impone considerables desviaciones en su conducta normal. Confiamos, efectivamente, que al cabo de algún tiempo desaparece por sí solo y juzgaremos inadecuado, incluso perjudicial, perturbarlo".

"La melancolía, escribe Freud, se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones que el paciente se hace a sí mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo. Este cuadro se nos hace más inteligible cuando reflexionamos que el duelo muestra también estos caracteres, a excepción de uno solo: la perturbación del amor propio. El duelo intenso

reacciona a la pérdida de un ser amado, integra el mismo doloroso estado de ánimo, la cesación del interés por el mundo exterior (en cuanto nos recuerda a la persona fallecida), la pérdida de la capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso (lo que equivaldría a sustituir al desaparecido) y el apartamiento de toda actividad no conectada con la memoria del ser querido" (Freud, 1973).

El sujeto melancólico no repara en hacer pública su autocrítica. La percepción para sus defectos es especialmente agudizada, mientras que parece embotada para percatarse de sus características positivas. Parece que encuentra cierta satisfacción en lanzar por los aires las autoacusaciones y los reproches, sin que guarden correlación alguna con su real justificación.

Las nuevas vivencias se retematizan según el cuadro depresivo, tanto hacia atrás (el pasado) como hacia adelante (el futuro). Cambios en el modo de vivenciar y en el contenido de la vivencias posteriores, extendiéndose de esta forma la deformación inicial.

Al llegar aquí, Freud vuelve a considerar el aparato hermenéutico (es decir, los componentes o estructuras de la personalidad como son el ello, yo y superyó), único para seguir trabajando con la melancolía. "Lo esencial [...] es que el paciente ha sufrido la pérdida de un objeto; pero de sus manifestaciones inferimos que la pérdida ha tenido efectos en su propio yo" (Freud, 1973). Ahora acude a la yotización inflaccionista para explicar la melancolía. El yo será objeto de un malabarismo continuado: primero, con la duplicación y, posteriormente, con el juego de encontrados vectores, como la interiorización y la proyección. "Una parte del yo se sitúa enfrente de la otra y la valora críticamente como si la tomara por objeto. Es esta la instancia a la que damos corrientemente el nombre de conciencia (moral). Pertenece, con la censura de la conciencia y el examen de la realidad, a las grandes instituciones del yo".

Desde que Freud (1917) se ocupó del duelo y la manía, las hipótesis psicoanalíticas sobre los trastornos afectivos no han hecho sino crecer y diversificarse, como paralelamente sucedía con las distintas escuelas dentro del marco del análisis. Dos notas caracterizan a la diferenciación creciente de estos modelos su apertura al ambientalismo y la carga enfática que concede a la libido.

El duelo se distingue de la melancolía porque no aparece en la disminución del amor propio. De ahí que el duelo sea considerado como un estado no patológico, frente a la melancolía (a cuyos enfermos Freud atribuye una predisposición morbosa), que aunque suponga ciertas desviaciones de la conducta moral, desaparece por sí solo y es, por consiguiente, inadecuada e, incluso, perjudicial la instauración de un tratamiento psicoanalítico.

La melancolía es, en opinión de Freud, la verdadera depresión. Sus características principales pueden resumirse así:

- extraordinaria disminución del amor propio (egotización); implicación del yo, en la relación, ante la pérdida del objeto (yotización inflacionista); autocrítica pública de su yo sin ningún pudor, lo que le diferencia del remordimiento natural;
- pérdida de la autoestima;
- la libido se retrotrae al yo en lugar de desplazarse al objeto (de ahí la relación entre narcisismo y depresión);
- transformación de la pérdida del objeto en pérdida del yo; disociación entre la actividad crítica del yo, y el yo modificado por la identificación; rechazo a alimentarse como consecuencia de su regresión a la fase oral;
- la rigidez y el empobrecimiento del yo hacen que puedan transformarse la melancolía en depresión obsesiva;
- tendencia al suicido; como signo de hostilidad contra sí mismo, como objeto.

Otro psicoanalista, Schultz (1951), reduce el problema de la depresión neurótica. Su explicación la toma prestada de los elementos freudianos: La ambivalencia (entre el yo activo y el yo afectivo) y la regresión parcial a la oralidad; conservando ciertas instancias adscritas a un superyó rígido.

El protagonista del conflicto se establece al enfrentar los elementos agresivos orales (pertenecientes a la regresión oral) con los elementos residuales del rígido superyó (la culpa y el temor).

Melanie Klein (1960) supone una variación temática y original en la teoría psicoanalítica de la melancolía. El conflicto va a establecerse aquí entre el yo y el ello, en lugar de entre el yo y la realidad (Freud, 1917) o entre el yo y el superyó (Schultz-Hencke). El conflicto es planteado por Klein de un modo psicodinámico muy similar a lo que sucede en las neurosis, sólo que en la depresión el yo (identificado con el objeto bueno) se enfrenta al ello, bien porque con sus impulsos suponen una grave amenaza o pérdida del objeto bueno.

Lo paranoide, en la visión kleiniana, es una externalización del conflicto depresivo, según el cual los objetos buenos no han podido ser incorporados por el yo, lo que supone, en algún sentido, la amenaza del yo.

Cerrando así el bloque de lo depresivo, lo maníaco es explicado a partir de los depresivo. Lo maníaco es el intento de huida del depresivo.

Menor importancia tiene la distinción kleiniana de la posición depresiva, una especie de etapa evolutiva normal que acontece en el segundo trimestre de la vida infantil y que de resolverse mal, desencadena en un estado depresivo.

b) Modelo Neurofisilógico

Actividad Electrodérmica y Depresión

Hace más de medio siglo que Richter (1928) registro la resistencia de la piel en un grupo de pacientes depresivos, encontrando un alto nivel de resistencia y una baja actividad de las glándulas sudoríparas. La conductibilidad de la piel era, no obstante, una buena variable para descriminar la ansiedad. En los sujetos ansiosos la conductancia de la piel es muy alta, disminuyendo en aquellos pacientes que sufren de un cuadro mixto, de ansiedad y depresión, y no diferenciándose de los sujetos normales de los pacientes depresivos en que la ansiedad está débilmente presente. En estor últimos, la amplitud de la respuesta psicogálvanica de la piel es muy reducida, y la respuesta apenas varió su nivel basal ante la incidencia de un ruido estresante.

Posteriormente, Mirkin y cols. (1980) han probado que los pacientes depresivos endógenos muestran un nivel menor de conductancia que los depresivos no endógenos; que los primeros emiten significativamente menor número de respuestas que los segundos a la presentación estimular experimental. La ausencia de respuesta a la estimulación, en los pacientes depresivos endógenos, está asociada significativamente con una baja tasa en la recaptación plaquetaria *5-hidrxitriptimina*. Estos hechos, por el momento indiscutibles, permiten diferenciar las depresiones endógenas de las no endógenas, a partir de la medición de la actividad electrodinámica.

En conclusión, un bajo nivel de conductancia, la emisión de pocas respuestas de baja amplitud y las discriminación o inexistencia de habituación a los estímulos caracterizan a las depresiones psicóticas o endógenas; por el contrario, el alto nivel de conductibilidad de la piel y la frecuente emisión de respuestas psicogálvanicas de alta amplitud, constituyen el perfil neurofisiológico que caracteriza a las depresiones agitadas no endógenas en las que esté presente, con mayor o menor intensidad, la ansiedad.

Estudios Electroencefalográficos del Sueño en los Depresivos

El estudio del sueño electroencefalográfico (EEG) en los pacientes depresivos se ha mostrado de gran utilidad. En realidad era lógico que sucediese así: Las alteraciones del sueño constituyen un síntoma específico de la depresión, que puede constatarse incluso clínicamente. El análisis informal de las características del sueño ha probado que en los depresivos su actividad inicia más tardíamente, decrece el total de horas de sueño y aparecen frecuentes activaciones durante la noche (Haider, 1968). En los depresivos la duración de sueño es menor que en los sujetos normales (5.5 horas frente a 7.2 horas) a la vez que se incrementa la movilidad del paciente durante el sueño, como se ha comprobado midiendo mecánicamente la movilidad de la cama (Hinton, 1963), no existiendo contradicción en los autoinformes de los enfermos y el registro observacional de la enfermera.

En el hombre sano aparecen durante el sueño varias fases cuyas características se diferencian bien en el trazo electroencefalográfico. Junto a las cuatro fases aparece una fase cualitativamente distinta. En efecto, Aserinsk y Kleitman (1955) observaron que cabría distinguir dos tipos de sueño, según el movimiento de los ojos del durmiente: Un sueño de movimientos rápido de ojos (MOR) y un sueño de movimientos no rápido de los ojos (no MOR). Este último es el que se observa en las anteriores fases del sueño, mientras que el sueño MOR presenta características definitorias diferentes.

Más recientemente, Lahmeyer y cols. (1983) han estudiado de modo sistemático el comportamiento de los sujetos depresivos en la fase de sueño MOR, encontrando que la latencia MOR era significativamente más corta en estos sujetos (la latencia MOR es definida como el período transcurrido desde el comienzo de la fase dos del sueño hasta los tres minutos del período MOR, caracterizada por movimientos oculares).

Registro Electroencefalográfico y Depresión

Un reciente trabajo de Shagass y cols. (1982) realizado en doscientos cuarenta y dos pacientes psiquiátricos, se informa de las siguientes conclusiones:

1. La amplitud del trazado fue superior en todos los pacientes psiquiátricos que en sujetos de grupo control.

2. La frecuencia del trazado fue baja en pacientes con alteraciones de la personalidad, y mucho más alta en los enfermos depresivos y maníacos que en los sujetos del grupo control.

3. La variabilidad de la medida de la amplitud fue mucho más baja en los enfermos maníaco-depresivos y en los sujetos con trastornos de la personalidad.

4. La frecuencia del trazado aumentó de forma significativamente marcada en los sujetos del grupo control , con los ojos abiertos, que en los depresivos.

5. La amplitud del trazado fue mayor en los depresivos que en los esquizofrénicos, ($p<0.05$).

6. El registro EEG de los esquizofrénicos fue muy similar al de los maníacos y muy discrepante de los depresivos.

7. El nivel de activación EEG fue alto en los maníacos y esquizofrénicos, normal en los sujetos del grupo control y neuróticos, y significativamente bajo en las depresiones mayores y en sujetos con alteraciones de la personalidad.

8. Frente a los depresivos, en los enfermos maníacos se encontró una más baja amplitud en regiones posteriores con los ojos cerrados, menos cambios en la amplitud y variabilidad con los ojos abiertos, y una frecuencia mayor que en los depresivos ($p<0.01$, para la amplitud: $p<0.05$ para los restantes resultados).

9. Los enfermos maníacos difieren mucho más de los sujetos del grupo control que los pacientes neuróticos. En concreto, muestran una alta amplitud en regiones anteriores tanto con los ojos abiertos como con los ojos cerrados, una baja amplitud en regiones posteriores, y una alta frecuencia con los ojos abiertos ($p<0.01$).

10. En los sujetos neuróticos el registro EEG no difirió del obtenido en los sujetos del grupo control.

Potenciales Evocados en el Estudio de la Depresión

Resultados comunicados en fechas recientes respecto a la topografía de los potenciales evocados somatosensoriales en pacientes depresivos neuróticos y psicóticos (Shagass y cols., 1980). Se estudiaron las diferencias en las respuestas evocadas visuales, auditivas y somatosensoriales. Sólo estas últimas permitieron diferenciar las depresiones psicóticas de las neuróticas. La distribución topográfica del potencial evocado somatosensorial (PES) fue máxima en las regiones cerebrales posteriores de los pacientes con depresión psicótica, mientras que la respuesta evocada en los pacientes depresivos neuróticos fue máxima en las regiones cerebrales anteriores.

La distribución topográfica del potencial evocado somatosensorial (PES) fue máxima en las regiones cerebrales posteriores de los pacientes con depresión psicótica, mientras que la respuesta evocada en los pacientes depresivos neuróticos fue máxima en las regiones cerebrales anteriores. La distribución topográfica del PES permitió diferenciar a los pacientes psicóticos de los pacientes depresivos neuróticos.

c) Modelo Bioquímico

El descubrimiento de los neurotrasmisores en el Sistema Nervioso Central (SNC), es uno de los hito recientes que, sin duda alguna, mayor número de consecuencias ha generado para el progreso del estudio del comportamiento normal y patológico.

Un neurotrasmisor no es otra cosa que un mediador o mensajero que interviene en la transmisión del impulso nervioso, un elemento clave para entender el lenguaje entre las neuronas (sinapsis) y, por medio de este, poder explicar el funcionamiento del Sistema Nervioso Central.

El comportamiento funcional del lenguaje sináptico parece a primera vista sencillo: Transmitir información positiva o negativa a la célula nerviosa, según la excite o la inhiba, algo parecido a lo que sucede en las entrañas de una computadora. Hormonas y neurotrasmisores se relacionan en varias formas. Desde un punto de vista teórico ambos tipos de sustancias son mensajeros químicos del organismo, con la diferencia de que los neurotrasmisores ejercen una acción **in situ**, es decir, en el espacio sináptico donde son liberados, mientras que las hormonas actúan a distancia, esto es, sintetizadas y secretadas por tejidos especializados y transportados en el torrente sanguíneo, actuando sobre tejidos alejados del lugar de su síntesis y secreción.

La *noradrenalina, la serotonina, la dopamina y la acetilcolina* cumplen con una serie de requisitos que hacen posibles neurotrasmisores del SNC.

1. Han sido aislados en áreas del SNC relacionados con el control específico de determinadas conductas.

2. Se ha demostrado su síntesis y metabolismo en el tejido nervioso de esas zonas.

3. Se ha detectado su liberación al estimular filetes nerviosos específicos.

4. Diversas condiciones que alteran el sistema endocrino modifican sus niveles y metabolismo en el hipotálamo u otras zonas del cerebro.

5. Inyectados dentro del cerebro producen las funciones que proveerían los neurotrasmisores endógenos.

6. Las drogas que alteran sus síntesis o metabolismo también modifican las funciones comportamentales que parecen controlar.

7. La acción de estos neurotrasmisores sobre las funciones endocrinas puede ser inhibida o estimulada por sustancias bloqueantes, que interfieren ciertos mecanismos a nivel sináptico.

8 Se han observado efectos específicos sobre neuronas que son sensibles a las hormonas.

Hipótesis Catecolaminérgica

Se sostiene que en ciertas depresiones hay déficit de catecolaminas (en concreto, noradrenalina, NA) en determinadas regiones cerebrales.

Tal déficit, sin embargo, ni es constante en todos los tipos de depresión, ni en todos ellos aparece en la misma intensidad. Gran parte de la investigación se ha dirigido a detectar posibles diferencias en el metabolismo de las catecolaminas en los diferentes tipos de depresión (Schildkaut, 1978). El estudio del principal metabolito de la NA, el 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG) ha ocupado un lugar relevante en la investigación contemporánea.

Hipótesis Indolaminérgica

Se sostiene que en ciertos depresivos hay un decremento en los niveles funcionales de serotonina (5-HT) cerebral. La tasa de esta sustancia en el cerebro se incrementaría por la acción de los antidepresivos y de los precursores de la misma.

d) Modelo Conductual

Recientemente, la psicología del aprendizaje se ha ocupado también de la depresión con gran acierto. A su favor hay que decir que no repudia el término modelo, por cuanto el punto del que parte es el método experimental científico-positivo. Esta condición, nada circunstancial y muy pensada, hace que cobren todavía más fuerza sus conclusiones.

Su vinculación con las leyes del aprendizaje, en donde se enraíza y toma su energía (la psicología científica y experimental), ha inspirado, sin duda alguna, la denominación de estos cuadros con el término de **learned helplessnes** (desesperanza aprendida).

Uno de los primeros trabajos experimentales realizados a este respecto fue el de Seligmen, Maire y Overnier (1975). En el trataban de estudiar la posible relación existente entre aprendizaje instrumental y temor condicionado. En síntesis, se castigaba al animal con un estímulo aversivo (shock eléctrico inescapable), independientemente de cual fuese su respuesta, ya sea indiferencia al estímulo aversivo, o bien de evitación o de escape.

Los términos escape y evitación no son sinónimos. La conducta de escape consiste en la emisión de una respuesta por parte del animal (estado presente del estímulo nocivo), que logra eliminar esa estimulación. El animal escapa al refuerzo negativo al estimular la respuesta. Cuando el refuerzo negativo se asocia con una señal (estímulo discriminativo), el sujeto experimental puede evitar (de ahí, evitación) el refuerzo negativo, emitiendo determinada respuesta.

Miller y Weiss (1969), y Seligman y cols. (1975), realizaron los siguientes estudios experimentales:

Seligman trabajó con tres grupos de perros: grupo A (perros sometidos al shock eléctrico inescapable), grupo B (perros sometidos a shock eléctrico escapable) y C grupo control.

El 75% de los animales experimentales del grupo A presentaron, tras el experimento, los siguientes comportamientos:

- actitud completa de inhibición;
- disminución de las respuestas motoras espontáneas;
- disminución de las respuestas competitivas y aumento de las respuestas agresivas contra sí mismo;
- disminución del apetito, del peso y el instinto sexual.

De aquí se concluye que el 75% de los sujetos experimentales del grupo A, tras la experiencia de incontrabilidad del shock, manifiestan las siguientes pautas de comportamiento:

- Tienen dificultad para aprender qué respuestas producen consecuencias y cuáles no.
- Son capaces de establecer un aprendizaje de evitación.
- Son incapaces de asociar las respuestas emitidas y los refuerzos recibidos.
- Se da en ellos una independencia entre su conducta y los refuerzos, debido a que el animal ha sido sometido a estímulos aversivos prolongados, ante los que la conducta emitida, cualquiera que fuese, resulta irrelevante.
- Durante el experimento aprende que su conducta es irrelevante frente a los refuerzos (aprendizaje aberrante).
- Este aprendizaje se generalizó luego a otras situaciones.

Con el anterior experimento se pretendió demostrar que el animal podía a prender un tipo de conducta similar a la depresión, denominado *lerned helpessnes* o desesperanza aprendida.

CAPÍTULO II

TEORÍA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN

Algunas autoridades (Instituto Nacional de Salud Mental) han estimado que al menos el 12% de la población adulta ha presentado o presentará en el futuro algún episodio depresivo de importancia clínica, suficiente como para necesitar tratamiento.

En los últimos años en nuestro país ha venido suscitándose un fenómeno que ha despertado la alarma de la población en general (noticieros televisivo y periódicos). Sin embargo, hasta ahora no se ha podido hacer nada contra el fantasma del suicidio; la situación por la que se viene pasando en los años recientes ha tocado de forma contundente a grandes sectores que componen nuestra sociedad. Con lo anterior se desea dejar en claro que el atolladero por el que se pasa no sólo repercute en la economía y la política que configuran nuestro país, sino también se refleja en el estado afectivo a anímico de cada sujeto que compone esta sociedad.

Durante los últimos años se han publicado estudios sistemáticos referentes a las bases biológicas de la depresión y a la quimioterapia de la misma. De que han resultado avances enormes en el conocimiento de la psicología de la depresión y en el tratamiento de esa alteración mediante quimioterapia. A pesar de este halagüeño panorama, el clínico se enfrenta a una situación que lo deja perplejo. Si bien es cierto que se han dado avances en la quimioterapia de la depresión, no existe evidencia de que la frecuencia de la depresión haya disminuido. Es más, la tasa de suicidios, que generalmente se toma como el índice de la frecuencia de la depresión, no ha disminuido, sino que, de hecho, ha mostrado un aumento a los largo de los últimos años. Y más aun, la ausencia de respuesta en la tasa de suicidios se hace significativa

al máximo si tenemos en cuenta los grandes esfuerzos desplegados para crear y mantener una serie de centros de suicidios en el país.

La Terapia Psicológica en el Tratamiento de la Depresión

Parece bastante evidente la necesidad de crear un tipo de terapia psicológica eficaz de cara a la depresión, determinando sus indicaciones y contraindicaciones y estableciendo su papel en el tratamiento general del paciente depresivo. Parece que la terapia psicológica se practica en distinto grado y de diferente manera en el tratamiento de casi todos los pacientes depresivos; por lo tanto, es de crucial importancia definir formas específicas de terapia y determinar su efectividad, de modo que el consumidor logre obtener resultados satisfactorios. Además, existen otras razones para definir y poner a prueba modalidades terapéuticas específicas.

1. Aunque, obviamente, los fármacos antidepresivos son más baratos que la terapia psicológica, existen pacientes que no responden a la medicación. Estimaciones fiables, basadas en una revisión de numerosos estudios controlados sobre la terapia farmacológica de la depresión, indican que sólo el 60-65% de los pacientes muestran una mejoría definitiva como resultado del tratamiento antidepresivos tricíclicos (Beck, 1973). Partiendo de este dato, se deben desarrollar métodos para el 35-40% de los pacientes que no responden a los antidepresivos .

2. Muchos pacientes a quienes podrían beneficiar los medicamentos, o bien se niegan a tomar la medicación por razones personales, o bien presentan efectos secundarios que los obligan a abandonarla.

Asimismo, hay que tomar en cuanta el alto costo de los mismos; aunado, también, que muchos de esos medicamentos pueden causar dependencia , lo que complica todavía más la situación del depresivo.

Y, por último, la mayoría de los medicamentos son prescritos por médicos, sin llevar a acabo una evaluación satisfactoria; sin tomar en cuanta aspectos como la personalidad, temperamento o carácter, que, a fin de cuentas, influyen.

3. Es posible que a la larga, la dependencia excesiva de los fármacos pudiese impedir indirectamente la utilización por parte de los pacientes de sus propios métodos psicológicos para hacer frente a la depresión. La amplia literatura sobre la "atributación" apunta a la posibilidad de que los pacientes tratados con fármacos atribuyan sus problemas a un desequilibrio químico, y la mejoría a los efectos de los medicamentos. Consecuentemente, como indican las investigaciones psicológicas, los pacientes pueden estar menos capacitados para aprovecharse o desarrollar sus propios mecanismos para manejar la depresión. La tasa relativamente alta de recaídas de pacientes tratados con fármacos indica que este argumento puede ser válido.

La sabiduría popular sugiere que un buen curso de terapia psicológica podría ser, a largo plazo, más beneficioso que la quimioterapia, ya que el paciente puede aprender su propia experiencia en terapia. Es decir, se podría esperar que tales pacientes manejasen mucho mejor depresiones ulteriores, que lograsen eliminar depresiones incipientes, o incluso que fuesen capaces de prevenir posibles depresiones.

El hecho de que la tasa de suicidios no haya disminuido a pesar del amplio uso de antidepresivos sugiere que, aunque la quimioterapia puede resolver temporalmente crisis de suicidios, no tiene efectos mantenedores que inoculen al paciente contra un nuevo intento de suicidio en el futuro. La investigación indica que, en el paciente suicida, existe un punto psicológico central, la deseperanza o expectativas negativas generalizadas. Los resultados positivos obtenidos al emplear un método dirigido directamente a estas desesperanzas de los pacientes depresivos indican que la terapia cognitiva puede dar lugar a un rango de "efectos antisuicidas" mayor que el producido por la quimioterapia.

Definición de Terapia Cognitiva

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados, en gran medida, por el modo que tiene éste de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976). Sus cogniciones (eventos verbales o gráficos en su corriente de consciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. Por ejemplo, si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si es competente y está capacitado, su pensamiento puede verse dominado por el esquema "Si no hago todo a la perfección, significa que soy un fracaso". Consecuentemente esta persona responderá a las situaciones en términos de adecuación, incluso aunque las situaciones no tengan que ver nada con la dimensión de competencia personal.

Las técnicas terapéuticas utilizadas se sitúan en el marco del modelo cognitivo en psicopatología; pensamos que la psicoterapia no puede ser aplicada con efectividad si no se tiene un conocimiento de la teoría. La técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente puede resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la revaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y a actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas.

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y supuestos específicos del paciente. El método consiste en

experiencias de aprendizaje altamente determinadas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

1. Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos;

2. Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta;

3. Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados;

4. Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas, y

5. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Se utilizan varias técnicas verbales para explorar la lógica subyacentes y las bases de las cogniciones y supuestos concretos. El paciente recibe, al principio, una explicación del fundamento teórico de la terapia cognitiva. A continuación, aprende a conocer, controlar y registrar sus pensamientos negativos. Las cogniciones y supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo e incremento de la conducta positiva versus mantenimiento de la patología. Por ejemplo, se discute la tendencia de los depresivos a sentirse responsables de los resultados negativos, en tanto que sistemáticamente se niegan a asumir sus propios éxitos. La terapia se centra en "síntomas objetivo" (por ejemplo los impulsos suicidas). Se identifican las cogniciones que estén en la base de dichos síntomas (por ejemplo, "Mi vida es completamente inútil, carece de valor, y no puedo cambiarla") y se someten a una investigación.

Uno de los componentes más poderosos del modelo de psicoterapia basado en el aprendizaje, es el hecho de que el paciente comienza a incorporar mucha de las técnicas que emplea el terapeuta. Por ejemplo, a menudo sucede que los pacientes se encuentran a sí mismos asumiendo el papel de terapeuta y cuestionándose sus conclusiones o predicciones.

Las Técnicas Conductuales

Se emplean con los pacientes depresivos más graves no sólo para modificar la conducta, sino también para facilitar cogniciones asociadas a conductas específicas. Ya que el paciente, por lo general, necesita estas técnicas más activas al comienzo del tratamiento. Entre los materiales relacionados con las técnicas conductuales se encuentra un Cuestionario de Actividades Semanales (Beck, 1976), en que el paciente debe registrar sus actividades cada hora; un Cuestionario de Dominio y Agrado (Beck, 1976), en que el paciente evalúa las actividades listadas en el cuestionario anterior; y la Asignación de Tareas Graduales, en la que el paciente emprende una serie de tareas que le lleven a alcanzar una meta que él considera difícil o imposible. Además, las técnicas conductuales se diseñan para ayudar al paciente a someter a prueba ciertos supuestos y cogniciones desadapatativos.

Nuevas Características de la Terapia Cognitiva

Empirismo Colaborativo. En contraste con las terapias tradicionales, como la terapia psicoanalítica o la terapia centrada en el cliente, el terapeuta que aplica la terapia cognitiva se encuentra en continua actividad e interactúa intencionadamente con el paciente. El terapeuta estructura la terapia según un diseño específico que requiere la participación y colaboración del paciente. Dado que el paciente depresivo suele estar, al principio, confundido, preocupado o distraído, el terapeuta le ayuda a organizar su pensamiento y su conducta, con el fin de ayudarle a hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana. A pesar de que la colaboración del paciente en la formalización del plan de tratamiento puede verse seriamente limitada o impedida por los síntomas que presenta en esta fase, el terapeuta necesita valerse de una cierta inventiva para estimular al paciente a participar activamente en las distintas operaciones terapéuticas.

Al contrario de la terapia psicoanalítica, la terapia cognitiva se centra en problemas aquí y ahora. Se presta escasa atención a la época de la infancia, salvo que

sirva para clarificar algunos hechos actuales. El objetivo principal es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión terapéutica y entre las sesiones. No se interpretan factores inconscientes, El terapeuta cognitivo colabora activamente con el paciente en la exploración de las experiencias psicológicas de éste, y en la elaboración de programas de actividades y de tareas para realizar en casa.

Diferencias con la Terapia Conductual

La terapia cognitiva también difiere de la conductual en su mayor énfasis sobre las experiencias internas (mentales) del paciente, tales como pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes. La estrategia general de la terapia cognitiva se puede diferenciar del resto de las escuelas por su énfasis en la investigación empírica, de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente. Se han formulado las ideas y creencias desviadas del paciente acerca de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro en términos de hipótesis, cuya validez se intenta comprobar de un modo sistemático. Así, casi todas las experiencias pueden dar la oportunidad de realizar un experimento relevante a los puntos de vista o creencias negativas del paciente.

MARCO TEÓRICO

Modelo Cognitivo de la Depresión

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión.

(1) La tríada cognitiva.

(2) Los esquemas.

(3) Los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

Tríada Cognitiva

La tríada cognitiva (Beck, 1963, 1964, 1967) consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente *a considerarse a sí mismo, su futuro, y sus experiencias* de un modo idiosincrático. En el primer componente de la tríada el paciente se centra en la visión negativa hacia sí mismo. Este se percibe desgraciado, se ve a sí mismo como torpe, enfermo, con poca valía . Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de carácter psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de sus defectos, es un inútil, que carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y la felicidad.

El segundo componente de la tríada cognitiva se concentra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de un modo negativo. Le parece que el mundo le hace demandas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudiera hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse cuenta que sus interpretaciones negativas iniciales

estaban desviadas, si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustansen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano.

El tercer componente se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

El motivo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va hacer rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo.

Organizacion Estructural del Pensamiento Depresivo

Un segundo componente del modelo cognitivo es el que se refiere a los esquemas. Este concepto se utiliza para explicar porqué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de manera diferente, una persona determinada tiende a ser consistente a sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término "esquema" designa estos patrones cognitivos estables.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidos como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo de como un individuo estructura distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos periodos de tiempo, y ser activados por *inputs* ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de estrés), estos esquema activados en una situación determinada configurarán directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales como la depresión, la conceptualización del paciente acerca de determinadas situaciones se distorsiona de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados predominantes. El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con estímulo concreto se va alterando por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantiene una escasa relación lógica con ellos. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

Errores en el Procesamiento de la Información

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (Beck, 1976).

1. **Inferencia arbitraria** (relativo a la respuesta): Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que le apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

2. **Abstracción selectiva** (relativa al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

3. **Generalización excesiva** (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de ampliar el concepto tanto a situaciones relacionadas como situaciones inconexas.

4. **Maximización y minimización** (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometido al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

5. **Personalización** (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y la facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firma para tal conexión.

6. **Pensamiento absolutista dicotómico** (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; para describirse a sí mismo el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Predisposición y Desencadenamiento de la Depresión

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. La teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activados por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas.

Modelo de Interacción Recíproca

Hasta el momento, nuestra discusión sobre la teoría cognitiva de la depresión podría parecer desequilibrada o sesgada; puede dar la impresión de que el paciente desarrolla la depresión independientemente de sus experiencias personales.

Parte de este énfasis, aparentemente excesivo, en los aspectos "intrapsíquicos" de la depresión es el resultado del hecho de que nos centramos deliberadamente en el individuo y cómo construye la realidad. Ahora bien, se puede ampliar la unidad de observación a los aspectos relevantes del individuo (por ejemplo la familia, el jefe, etc.).

Como señaló Bandura (1977), la conducta de una persona influye sobre otros individuos, cuyas acciones, a su vez, influyen sobre la persona. Puede suceder que una persona que se encuentra en las primeras fases de una depresión se aparte de algunas personas significativas relevantes para ella. Ofendidas, estas personas significativas, podrían responder con rechazos o críticas, que, a su vez, activarían o agravarían el autorrechazo y la autocrítica del propio individuo. Las conceptualizaciones negativas resultantes llevan al paciente (que ya puede encontrarse deprimido) a un mayor aislamiento. Este círculo vicioso puede continuar hasta que el paciente esté tan deprimido que ya no le causen efecto los intentos de ayuda y las muestras de cariño y afecto por parte de los demás.

Una relación interpersonal armoniosa, por el contrario, puede actuar como amortiguador o parachoques de cara al desarrollo de una depresión incipiente. Un sistema de apoyo social puede ayudar a proporcionar muestras de aceptación, respeto y afecto que neutralicen la tendencia del paciente a subestimarse.

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL DE GRUPO

Consideraciones Generales

Tradicionalmente, se ha venido pensando que los pacientes depresivos no podían acceder a la terapia en grupo. Existe un doble motivo de preocupación en estos pacientes. La primera es con respecto a al temor que nace de que las particulares necesidades de estos pacientes no queden satisfechas en el contexto que les otorga el grupo, o, más aun, que las características de estos individuos influya de forma negativa en el grupo. En la situación de grupo, la combinación de inhibiciones de las verbalizaciones y de un ajuste podría, de forma muy fácil, dar lugar a comparaciones negativas con los demás miembros del grupo que están menos deprimidos o que hablen más, etc. La segunda razón consiste en que los depresivos son potencialmente perjudiciales para los procesos propios del grupo. La actitud de replegarse sobre sí mismos, el pesimismo, el deseo de un alivio inmediato de los síntomas y el rechazo de las sugerencias que pueden aportar los demás, son características de los pacientes deprimidos, por lo que se consideran a menudo como inconvenientes para los procesos terapéuticos en grupo.

- Se ha observado que lo arriba expuesto no constituye, en realidad, una contradicción para la terapia de grupo en pacientes deprimidos como para la inclusión de éstos grupos heterogéneos en relación con los objetivos que se marcan en el tratamiento. Sin embargo, está comprobado que trabajar con grupos homogéneos de pacientes deprimidos es muy eficaz para salvar obstáculos tales como:
  - la intensidad del problema,
  - las autocomparaciones negativas y
  - los fenómenos de grupo no deseado.

Consideraciones Especiales

La teoría cognitiva de la depresión afirma que la operación de un conjunto de cogniciones negativas y de percepciones inadecuadas de sí mismo, el entorno y el futuro, produce los sentimientos negativos y la pasividad conductual que constituyen los principales componentes observables del síndrome depresivo. Trabajar con pacientes deprimidos en un ambiente de grupo introduce la posibilidad de elicitar en el paciente una serie de inferencias negativas que no tendrían porqué salir a la luz necesariamente en las sesiones de terapia individual. Como ocurre con otros pensamientos automáticos negativos generados por el paciente, estas inferencias negativas pueden ser perjudiciales o benéficas para la terapia, según como sean manejadas por el terapeuta. Dejar sin responder a estos pensamientos automáticos puede incrementas la disforia y hacer que al paciente le resulte cada vez más difícil participar en las actividades terapéuticas. Cuando se elicitan y se exploran sistemáticamente, estas afirmaciones negativas proporcionan una excelente oportunidad para demostrar tanto la relación entre pensamientos y sentimientos o conductas como los procedimientos para identificar, objetivar y hacer frente a las cogniciones idiosincráticas negativas. las dificultades que pueden surgir en el curso de la terapia cognitiva de grupo con pacientes deprimidos tiene su origen en tres fuentes: las comparaciones negativas de la interacción entre individuos deprimidos, y las limitaciones potenciales de la capacidad del individuo para relacionar los ejemplos de procesos cognitivos del grupo con su propio caso.

Autocomparaciones Negativas

Los pacientes depresivos presentan un acierta tendencia a verse a sí mismos, el mundo y el futuro bajo una óptica negativa y pesimista. Siempre ha sido el objeto principal de la terapia cognitiva, los pensamientos automáticos negativos son más

abundantes o frecuentes en el marco de la terapia de grupo: los pacientes tienen delante a otros pacientes y las conductas de éstos con los cuales compararse; y ya que en esta situación hay momentos en que algunos pacientes quedan fuera de la atención del terapeuta, es más fácil que permanezcan en silencio, rumiando ideas negativas. Si esta tendencia recibe atención y es examinada mediante las distintas técnicas cognitivas que se han descrito, puede convertirse en un beneficio para la terapia.

Efectos Negativos Sobre Otros Miembros del Grupo

Algunos autores han surgido que la inclusión de un individuo depresivo en el grupo, puede incrementar la disforia del resto del grupo que interactuan con él y puede llevar al rechazo del individuo depresivo. Aunque estos argumentos se refieren a los efectos de la in interacción de individuos depresivos con no depresivos, la dinámica del fenómeno podría servir como base para la predicción de que los pacientes depresivos en grupos homogéneos incrementarán sus respectivos niveles de disforia.

Aunque en la experiencia de la terapia cognitiva de la depresión indica que ésto no es gran problema. Es improbable que el mero hecho de hablar acerca de los problemas o los síntomas ejerza efectos tangibles, excepto quizá el de incrementar la disforia. Sin embargo, en la terapia cognitiva de grupo, el terapeuta trabaja activamente para focalizar la atención en el examen y reevaluación de las percepciones idiosincráticas en la medida que estructura hasta cierto punto las sesiones. La experiencia nos hace ver que la conducta de grupos homogéneos de pacientes depresivos puede mantenerse relevante a la tarea y, bajo determinadas circunstancias aparecer bastante animada, espontánea y activa. Al igual que en la terapia cognitiva individual, es importante darse cuenta de que su depresión le parece "realista" al paciente deprimido. En la terapia cognitiva de grupo, parece que el hecho de centrarse en el proceso por el cual las interpretaciones negativas y las distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información se combinan para hacer que situaciones problemáticas (pero sobre las cuales se puede trabajar) parezcan irresolubles puede,

con la ayuda de otros miembros del grupo, prevenir o impedir esa especie de corriente afectiva negativa y "contagiosa" la cual es, en principio, atribuirle a la aceptación incondicional de las evaluaciones pesimistas del paciente depresivo por parte del grupo.

Distorsiones Universales Verus Distorsiones Personales

Si bien parece que los pacientes depresivos tienden a experimentar pensamientos negativos sobre sí mismos, el mundo y el futuro, existen datos que sugieren que tales distorsiones se limitan solamente a la información concerniente al propio individuo depresivo. Parece que los depresivos se aplican a sí mismos reglas bastantes diferentes de las que aplican los demás o, dicho de otro modo, que los errores en las inferencias y en los pensamientos son más evidentes cuando el paciente piensa sobre sí mismo que cuando piensa en otra persona.

La mayor objetividad y flexibilidad al juzgar a otras personas se pone de manifiesto en nuestra experiencia clínica de la terapia de grupo. En primer lugar, el paciente depresivo suele considerar que la identificación de los errores en las cogniciones negativas de otros pacientes y en la evaluación de los pensamientos y supuestos resulta más fácil que la identificación y evaluación de las distorsiones cognitivas de otros individuos por parte del paciente parece facilitar la identificación y evaluación de su propio conjunto de cogniciones idiosincráticas. En este sentido, los miembros del grupo someten los supuestos a una prueba de realidad y, al hacerlo, mejoran su habilidad para corregir sus propios pensamientos desadaptativos.

En resumen puede decirse que los pacientes depresivos son capaces de funcionar dentro de un grupo y de obtener beneficios de las experiencias de grupo. No obstante, el foco central de la discusión y el grado de estructuración en un marco cognitivo parecen ser determinantes críticos de la efectividad de la terapia de grupo.

Aspectos Formales

Grupos orientados al problema versus grupos orientados al proceso.

La terapia cognitiva es un enfoque orientado al problema. Se presenta poca atención a la compresión de la interacción entre paciente y terapeuta. Durante las sesiones de grupo, la atención se centra principalmente en los problemas de varios de los miembros. No se tiene aspectos importantes para las terapias de grupo tradicionales, como pueden ser la cohesión, la afectividad, el liderazgo, las alianzas, etc. Las sesiones cognitivas suelen seguir la pauta de que cada paciente selecciona un problema sobre el cual centrarse; a continuación, se establece un turno entre los pacientes para hacer comentarios al respecto.

No obstante, en ocasiones pueden surgir problemas psicológicos que se deben, en parte, al proceso de grupo. Pero en general, estos problemas son consistentes con otros fenómenos depresivos y, cuando se detectan, sirven para demostrar la relevancia de los principios cognitivos. Suelen tratarse de cogniciones como, "Ocupo demasiado tiempo del grupo", "No tengo nada que ofrecer" o "Nunca mejoraré". El tratamiento de las cogniciones relacionadas con la participación en el grupo sirve como vehículo para el aprendizaje, tanto como el tratamiento de las expectativas negativas acerca de la terapia individual sirve como modelo útil para probar las hipótesis cognitivas en general. Se hace hincapié en los fenómenos relacionados con el proceso, pero con fines ilustrativos, no para estudiar el proceso en sí.

Grupos cerrados versus grupos abiertos.

La terapia de grupo conlleva la decisión de comenzar con un grupo de pacientes al mismo tiempo de ir admitiendo nuevos miembros a medida que van llegando, o bien admitirá los miembros sobre una base continua. A diferencia de las terapias de grupo

más orientadas al proceso, la terapia cognitiva de grupo considera el tema de la admisión de nuevos miembros en un sentido pragmático más que simbólico.

Grupo: composición y número de pacientes.

El tamaño del grupo se determina en base a criterios pragmáticos más que teóricos. La mayor parte de la experiencia se ha realizado con grupos de cinco a diez pacientes llevados por dos terapeutas. La gravedad respectiva de los problemas y la experiencia que los distintos pacientes pueden aportar con respecto a terapias anteriores son consideraciones que deben tenerse en cuenta a la hora de formar un grupo. Un único terapeuta puede llevar un grupo de seis o más pacientes gravemente deprimidos, pero uno o dos de estos pacientes gravemente deprimidos puede integrarse en un grupo de pacientes que ya hayan recibido entrenamiento específico. Con frecuencia se ha comprobado que los pacientes más adelantados sirven de gran ayuda para modelar distintas habilidades y para instruir verbalmente a los nuevos pacientes en las técnicas principales.

Duración y frecuencia de las sesiones.

Un período de dos horas de terapia sirve para satisfacer las necesidades de dedicar una cierto tiempo a cada paciente, evitando a la vez la fatiga en los pacientes o en los terapeutas. También se han probado períodos de tiempos más cortos, pero aun no disponemos de la evidencia suficiente para establecer conclusiones definitivas acerca de los efectos de la duración de las sesiones sobre los resultados de la terapia.

Paralelamente, tampoco existen unos criterios definidos que determinen la frecuencia óptima de las sesiones. En la programación de sesiones con pacientes adultos en régimen externo se lleva a cabo por lo general dos veces por semana.

JUSTIFICACIÓN

La depresión, en cualquier nivel, es actualmente un creciente problema en la Ciudad de México

Cuando la depresión nos afecta de manera directa, pasamos mucho tiempo tratando de indagar lo que sucede. Puesto que no encontramos una respuesta satisfactoria al cambio conductual y, sobre todo, la variación en el estado de ánimo del que pronto somos invadidos.

Nuestro primer intento se ve socavado por la débil esperanza de que sólo se trata de un cambio transitorio y que, al igual que llegó, se irá. Posteriormente, nos vemos afectados de cuenta nueva; en esta ocasión optaremos, quizá, por ir al médico. En casos menos afortunados, recurriremos a contrarrestar los efectos por instancias mal orientadas, como puede ser el alcohol, drogas, sexo (aventuras ocasionales, relaciones riesgosas, etc.). Todo ello incidirá, de forma gradual, en nuestra vida familiar, laboral, escolar, de pareja, etcétera; de tal suerte que, si no iniciamos una solución viable, podemos empezar con ideas que nos acerquen al intento de suicidio.

Cuando el paciente depresivo recurre al médico, en un gran número de ocasiones, se le diagnóstica "estrés", ansiedad o un trastorno "psicosomático" no muy bien especificado. Es, entonces, cuando el médico (o el psiquiatra) optan por prescribir antidepresivos o benzodiazepinas que fungen, estas últimas, como ansiolíticos.

No nos atañe, por el momento, indagar la eficacia de dichos medicamentos, así como tampoco su fracaso; lo cierto es, sin embargo, que en muchos casos el paciente decide abandonar el tratamiento. Ello obedece principalmente, a las reacciones secundarias del fármaco. Pero no perdamos de vista lo costoso de los mismos y, aunado a lo anterior, a que, en muchos casos, una vez suspendida la medicación por una mejoría aparente, el paciente recae (Calderón,1990).

. Los que determinan acudir en pos de ayuda psicoterapéutica, sea de la orientación que sea, sobre todo si es larga y costosa, encuentran ayuda relativa. Sólo que los resultados,

para no recaer en el futuro. Con esto se afirma que el paciente aprende a enfrentar, por sí mismo, a posteriores problemas y situaciones que pudiesen elicitar depresión.

Con esto se sugiere que, aun cuando el paciente siga en contacto con su ambiente restrictivo, o enfrentándose a los problemas diarios (económicos, familiares, etc.), su aprendizaje dentro de la terapia cognitiva lo puede llevar a prender a vivir con todas estas circunstancias.

Y que, posterior al término de su tratamiento, y por haberse efectuado en grupo, podrán, entre ellos, darse ayuda fundamentada en base a lo que aprendieron. Dejando, de esta manera, de ser una simple plática, pasando a ser una reafirmación de lo aprendido en las sesiones.

Así, pues, en la presente investigación se pretenderá demostrar, por medio de las entrevistas, así como del pos test, que los sujetos sometidos a ambientes poco ricos en experiencias, fomentan cogniciones distorsionadas y, por lo tanto, depresión, al menos en un considerable número de trabajadores del ambiente restaurantero. Pero, sujetos que una vez sometidos a la Terapia Cognitiva, y a pesar de continuar en el ambiente, contrarrestarán la depresión.

Por último, se pretende resaltar las ventajas de la terapia en grupo, lo que nos proporciona una nueva ventaja sobre las demás escuelas terapéuticas, en lo referente a que puede ser aplicada directamente en empresas, escuelas y, en general, en "organismos" donde se encuentran concentrados grandes grupos que requieran atención psicológica a bajo costo y sin repercutir en el tiempo de los sujetos y de la misma empresa.

PROBLEMA

¿Es posible la disminución o incluso la remisión de la sintomatología esencial de la depresión (de acuerdo a Beck), a través de una reestructuración cognitiva (de los pensamientos idiosincráticos) de pacientes depresivos por medio de la **Terapia Cognitiva de Beck?**

HIPÓTESIS

Hi.- La Terapia Cognitiva de la Depresión de Beck en Grupo, cesa los síntomas esenciales del paciente con depresión.

Ho.- La Terapia Cognitiva de la Depresión de Beck en Grupo, no cesa los síntomas esenciales de pacientes con depresión.

VARIABLES

DEPENDIENTE. Pensamientos y visiones negativas con respecto hacia sí mismo, sus experiencias con los demás y sus expectativas a futuro, de acuerdo a los puntajes que marca la Prueba de Beck.

INDEPENDIENTE. Restauración cognitiva de los esquemas generadores de pensamientos distorsionados a través del manejo de la Tríada Cognitiva de los pacientes para instaurar pensamientos y esquemas más adaptativos.

Definición Conceptual de Variables

Pensamientos y visiones negativas hacia sí mismo, el mundo y el futuro. El primer aspecto se refiere a la visión negativa que tiene el paciente hacia sí mismo; éste se aprecia desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. El segundo, hacia el mundo, el paciente interpreta los acontecimientos de forma negativa; estima que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. El tercer factor, hacia su futuro, cuando el paciente depresivo hace proyectos de gran

alcance, se anticipa previendo dificultades o sufrimientos que no es posible definir o, si se están presentando, espera que continuarán indefinidamente.

Restauración cognitiva de los esquemas generadores de depresión. Los esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará sus distintas experiencias. Por lo que se procede a reestructurar los esquemas idiosincráticos a través de la Terapia Cognitiva de Beck.

Definición Operacional de Variables

V. D. Los puntajes obtenidos en la prueba de Beck, que marcan la presencia de depresión.

V. I. El desarrollo de la terapia cognitiva de Beck, con la finalidad de llegar a una reestructuración cognitiva.

DISEÑO EXPERIMENTAL

Se trata de un diseño pre y pos test, con tres grupos experimentales y un grupo testigo o control. El grupo es testigo ya que no es equivalente a los otros tres grupos experimentales; debido a que no se seleccionaron sujetos control con depresión. Esto último como consecuencia de que es considerado antiético no someterlos al tratamiento, y, por tanto, dejar que su depresión prevalezca.

MÉTODO

1. Sujetos

La población fue elegida de un total de 500 individuos (a todos se les aplicó la prueba desde cocineros, garroteros, meseros, panaderos, limpieza, mozos, cantineros y administrativos, exceptuando capitanes y gerentes), de estos, se extrajeron 30 para seleccionar a los que tenían los puntajes más altos de *depresión moderada y severa*,

acuerdo a los niveles estimados en el *Inventario de Depresión de Beck*, de entre los cinco restaurantes de la cadena Addetto. Las puntuaciones que dieron los puntajes antes mencionados, fueron de donde se tomaron los pacientes para formar los grupos experimentales. Es importante señalar que el estado de depresión no tuvó su base ni en elementos reactivos (duelo, por ejemplo), ni en los provocados por neurofármacos y psicofármacos depresores del Sistema Nervioso Central.

Al principio se empezó a trabajar con un total de treinta experimentales (tres grupos de diez cada uno) y un grupo más de control o testigo que, por razones éticas ya aclaradas, no fue equivalente a los tres grupos experimentales, ésto en cuanto al nivel de depresión, peros sí en cuanto a que fueron seleccionados de los restantes empleados de la cadena de restaurantes. Finalmente se concluyó con veinte y ocho sujetos experimentales, puesto que desertaron dos por razones personales.

Para la realización de la investigación se requirió de sujetos de nacionalidad mexicana, entre los 18 y los 40 años de edad y con escolaridad mínima de primaria.

2. *Instrumentos.*

Para la investigación se utilizarón *un Historial Clínico-Conductual Semi Estructurado* y una *Entrevista Clínica Cognitiva Conductual*, así como el Inventario de Depresión de Beck, el cual consta de 21 reactivos. Dicho Historial consta de 11 apartados que son los siguientes:

1. Estadística vital; la cual recoge los datos esenciales del paciente, como es la edad, nombre, etc.
2. Tratamiento previo; para saber si el sujeto estaba o no en tratamiento psicológico durante la investigación.
3. Miedos y pensamientos negativos; para ayudarnos a detectar ideas irracionales.
4. Estado marital; como su nombre lo indica saber el estado civil del paciente.
5. Familia; para averiguar antecedentes en este sentido.

6. Educación.

7. Trabajo.

8. Sexual.

9. Salud.

10. Religión.

11. Conducta.

También se efectuó una entrevista clínica-conductual, lo que nos permite indagar la queja del paciente, el desarrollo del problema, así como sus antecedentes. De igual forma la impresión clínica y el análisis del problema; es decir déficits, excesos, problemas en el control de estímulos ambientales, control inapropiado de estímulos auto-generados y arreglo inapropiado de contingencias, todo enfocado a la conducta irracional del paciente.

3. Procedimiento.

Se inició pidiendo el correspondiente permiso para llevar a cabo la investigación a todos y cada uno de los gerentes de la cadena de restaurantes Addetto; explicándoles el sentido de la investigación. Luego se procedió a la aplicación del pre test complementada con una entrevista conductual hecha por el examinador. Dicha entrevista conductual llevó la intención de inferir problemas que tengan que ver con inactividad, dificultades interpersonales y, en general, bajo rendimiento laboral. Es decir, todo lo que forma parte del trastorno depresivo. Además para localizar síntomas específicos, lo que sirvió para la focalización de los pensamientos que generaban el trastorno depresivo.

Una vez detectados y seleccionados los sujetos que cumplieron los criterios, tales como laborar en algún restaurante de la cadena Addetto, haber puntuado depresión moderada o severa y que, además, la depresión no fuera reactiva o provocada por neurofármacos y psicofármacos, es decir, por medicamentos como las benzodiazepinas (ansiolíticos y antidepresivos) que son depresores del Sistema Nervioso Central. A

continuación, se les ubicó en cada uno de los grupos experimentales, los cuales estuvieron formados por 10 sujetos cada uno, a excepción del tercero, que estuvo compuesto por 8 pacientes, puesto que desertaron 2 por razones personales.

Las sesiones se establecieron de 2 horas una vez a la semana. Las reuniones se llevaron a cabo en oficinas anexas provistas por el restaurante, así como el mobiliario.

La hora de las sesiones se establecieron entre cinco y siete de la tarde, hora en que los pacientes salían de "quebrados", es decir, que los trabajadores tras siete horas de trabajo no concluyen con su jornada, sino que salen por espacio de dos horas a comer o a descansar, para posteriormente retornar a trabajar. El tiempo de "quebrados" muchos lo destinaron, amablemente, a acudir a las sesiones.

Antes de iniciar las sesiones en forma, se realizó una sesión " extra terapéutica" donde se llevó a cabo rapport y algunas dinámicas de grupo, con la finalidad de que nos conociéramos unos a otros, así como para buscar una relajación del grupo.

Algunas de las dinámicas realizadas fueron la bola de estambre, la silla vacía, el crucigrama de cinco cuadrados, la hoja en la espalda, por mencionar algunos.

Posterior a esto, las sesiones se llevaron como a continuación se enumera:

SESIÓN 1

Se exploraron y detectaron los síntomas depresivos por medio de una entrevista conductual en la que los sujetos exponían sus ideas y pensamientos. Se identificaron las ideas de desesperanza y las posibles ideas de suicidio por medio de la entrevista conductual y la semi estructurada, sin perder de vista que el Inventario de Beck trata dichas ideas y pensamientos.

Todo lo anterior se tomó como base para llevar a cabo una discusión acerca de la influencia que ejercen los pensamientos, ideas y creencias mal fundamentadas que afectan la conducta; primero de forma individual, para luego ser de forma grupal. Lo que significa que muchos de los participantes imaginaban que sus problemas atañían

sólo a ellos, pero la experiencia en el grupo los llevó a comprender lo contrario: que había muchos con problemas similares.

Posteriormente, se trató de definir metas y se buscó "una alianza de trabajo", que consiste en formar estrategias de trabajo y buscar la plena colaboración de los pacientes.

SESIÓN 2

Se demostró las relaciones entre pensamientos, ideas y creencias con la conducta y el afecto, basándose en la experiencia de los pacientes que deseaban exponer sus propias vivencias.

De igual forma se inició con la tarea de que cada paciente identificara pensamientos, ideas y creencias que desembocaban en depresión. Esto por la vía de atender las actividades que le eran agradables y desagradables.

Es aquí donde los sujetos iniciaron la búsqueda de cogniciones que dieran lugar a efectos desagradables, que tuvieran que ver con la relación de pareja, laboral, familiar, etc.

Por último, se les enseñó a los sujetos a apreciar las cogniciones relacionadas con las autocríticas, para luego introducirlos a que buscaran respuestas más adaptativas que les permitieran hacerles frente (hacer evaluaciones realistas en lugar de autocríticas).

SESIÓN 3

Se siguió trabajando en las autocríticas, basándose en los supuestos que los desencadenan. En este estadio de la terapia, el paciente debió estar preparado para evaluar las situaciones que los llevaran a la autocrítica y a otras reacciones depresivas; asimismo, el terapeuta debió investigar las actitudes y creencias que aún prevalecían en los sujetos.

También tenía que ser capaz de detectar las cogniciones que lo mantenían deprimido. Podría discernir una mejor elección entre los "quiero" y los "debo".

SESIÓN 4

Se discutió en relación con las responsabilidades matrimoniales, laborales y consigo mismo. Centrándose en las autocríticas y trabajar con las respuestas para hacerles frente, es decir, se evaluaron los problemas de una forma realista, en lugar de autocriticarse.

Se promovió que dieran respuesta a los "quiero" y a los "debo".

Se continuó trabajando sobre las autocríticas, centrándose en los supuestos subyacentes. Para este momento los pacientes estaban listos para evaluar la base de sus autocríticas y otras reacciones depresívas. Se debían investigar las actitudes y creencias de los pacientes que todavía estuvieran manteniendo la depresión.

SESIÓN 5

Aquí se proporcionó ayuda en la búsqueda de mejores alternativas conductuales (adaptativas) que le sirvieran como estrategia para posibles recaídas o al momento de enfrentarse a situaciones que desencadenen en depresión.

SESIÓN 6

Se consolidó al máximo lo aprendido. Se discutieron las posibles dudas, reafirmando las técnicas. Se buscó la aplicación de lo aprendido en hechos reales.

Terminadas las sesiones, se procedió a la aplicación del pos test tanto a los grupos experimentales como al grupo control. Esto con el objeto de determinar si los síntomas de la depresión desaparecieron o, por el contrario, se mantuvieron.

Posterior a esto, y una vez finalizada todas y cada una de las sesiones, se procedió a aclarar posibles puntos de duda y controversia. Se agradeció su participación a los pacientes, prometiéndoles que los resultados les serían dados a conocer en cuanto fuera posible. A lo que muchos manifestaron que la prueba saldría con buenos resultados, pues así se los hacía sentir su estado de ánimo actual.

El tiempo estimado se calculó en seis sesiones de dos horas cada una, es decir mes y medio y doce horas en total. Puesto que es el tiempo que se considera en que sujetos con depresión pueden reestructurar su estado cognitivo; aunque hay que considerar que hay

quienes pueden llevarse más u, otros, menos. Pero lo importante de este estudio era ese precisamente, demostrar su efectividad en poco tiempo: Otro componente importante en este sentido, responde a que fue el tiempo acordado con las autoridades de los restaurantes. Y, por último, porque de acuerdo a Beck (1979) el tiempo mencionado es suficiente para obtener resultados satisfactorios en pacientes depresivos.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Primeramente se describen las características demográficas de los participantes de acuerdo a las variables edad, estado civil, sexo y grado escolar de los sujetos estudiados. Se detallará, inicialmente, medias, desviaciones estándar y frecuencias, para luego ejemplificar por medio de tablas que representan los resultados obtenidos.

Cuadro 1.

Edades	Frecuencia	Porcentaje
19	2	3.6
20	2	3.6
21	3	5.4
22	4	7.1
23	3	5.4
24	5	8.9
25	2	3.6
26	5	8.9
27	3	5.4
28	6	10.7
29	1	1.8
30	1	1.8
31	4	7.1
32	4	7.1
33	4	7.1
34	2	3.6
36	1	1.8
39	1	1.8
42	1	1.8
46	1	1.8
50	1	1.8
	56	100

Edad. En este sentido se observó que de los 56 sujetos estudiados (28 sujetos de los grupos experimental y 28 del grupo testigo o control), se obtuvó una Media de edad de 28.05 años; con una Desviación Estándar de 6.38 (ver cuadro 1).

Estado Civil. En cuanto al estado civil de los sujetos se halló que 26 sujetos eran solteros, lo que nos da un porcentaje del 46.4%; fenómeno con iguales números en el caso de los casados. Referente a los divorciados, son 4 los sujetos que se encuentran en éste estado, con un 7.1% de ellos (ver cuadro 2).

Cuadro 2.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Solteros	26	46.4
Casados	26	46.4
Divorciados	4	7.1
	56	100

Sexo. En este sentido participaron 33 varones, lo que nos da un porcentaje de 58.9% de los sujetos. Mientras que de las 23 mujeres participantes nos arrojó un 41.1% (ver cuadro 3).

Cuadro 3.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	33	58.9
Femenino	23	41.1
	56	100

Grado escolar. En lo que respecta a éste rubro, se trató con gente que iba desde primaria, secundaria, bachillerato y profesional. En primaria se pudó constatar que 7

sujetos concluyeron ésta, lo que arroja un 12.5% de la totalidad estudiada En secundaria, se pudó comprobar que es donde más sujetos truncaron sus estudios, ya que 26 de ellos se quedaron en éste nivel, lo que nos da el 46.4%. Le sigue el nivel bachillerato, el cual lo concluyeron 20 sujetos, es decir 35.7% de los estudiados. Finalmente, en un número muy reducido, 3 sujetos hicieron alguna carrera, lo que nos indica un 5.4% de ellos (ver cuadro 4).

Cuadro 4.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	7	12.50%
Secundaria	26	46.40%
Preparatoria	20	35.70%
Licenciatura	3	5.40%
	56	100%

Dado que el objetivo de este trabajo fue probar que la Terapia Cognitiva de Beck podía disminuir o desaparecer los síntomas de la depresión, en sujetos de diversas edades, estratos sociales, nivel académico e independiente del estado civil, se utilizaron los siguientes estadígrafos.

La prueba de Chi-cuadrada es apropiada porque las respuestas de los sujetos están representadas en escala nominal. Por lo que en la siguiente tabla de contingencia de Chi-cuadrada se obtuvieron los siguientes resultados.

Cuadro 5. Tabla de contingencia de Chi-cuadrada.

Diagnóstico.

Grupos	Depresión Moderada	Depresión Severa	Totales
Experimental 1	N= 9 90% 37.5% Subcategorías 32.1	N= 1 10% 29.2% Subcategorías 3.6	10 35.7
Experimental 2	N= 8 80% 33 3% Subcategorías 28.6	N= 2 20% 50% Subcategorías 7.1	10 35.7
Experimental 3	N= 7 87.50% 29 2% Subcategorías 25	N= 1 12.50% 25% Subcategorías 3.6	8 28 6
Totales	N= 24 85.70%	N= 4 14 30%	

En la tabla 5 se específica el número de participantes con depresión Moderada y Severa, así como el porcentaje que este dato arrojó. Así como el porcentaje en la que cada uno de los 28 participantes se vió implicad.

Como se podrá apreciar, participaron sujetos que tenían depresión moderada (24); mientras que depresión severa tan sólo fueron 4. En cuanto al grupo testigo o control, el diagnóstico prevaleciente fue sin depresión, puesto que no se trataba de un grupo equivalente. Lo anterior obedece a que si hubiésemos tratado con un grupo experimental y uno control en las mismas condiciones, es decir, ante la presencia de depresión, el grupo testigo o control no hubiera recibido tratamiento, con lo que muy seguramente se mantendrían en los mismos valores, pero, estaríamos infringiendo la ética del psicólogo. Dado lo anterior, se debe aclarar que las diferencias se efectuaron intragrupo y no

intergrupo; porque, como ya se indicó, el grupo experimental y el testigo o control no fueron equivalentes.

La otra prueba no paramétrica utilizada para buscar diferencias entre los tres grupos experimentales fue la de Kruskas-Wallis (ANOVA). El cálculo del ANOVA de un factor nos dice sí, por lo menos, un par de series de datos son significativamente diferentes, aunque no precisa cuales son.

Se obtuvo una Chi-cuadrada de 9.1353 con dos grados de libertad, lo que da un grado de significancia de .0104. Por lo que con una Chi-cuadrada de 9.6113, con 2 grados de libertad se obtuvo que $p<.0082$ con respecto a .05, lo que nos hace concluir que sí son significativamente válidos los valores obtenidos. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa, ya que el cambio entre los grupos se debe al tratamiento experimental y no al azar. Es correcto, pues, que la Terapia Conitiva de la Depresión de Beck en Grupo, si cesa los síntomas esenciales del paciente con depresión.

A continuación se explica lo obtenido en Beck 1 (pre test) y Beck 2 (pos test) en los grupos experimentales.

Cuando en una misma muestra se aplican dos pruebas en diferentes ocasiones (diseño antes- después), en otras palabras, con mediciones repetidas, los datos obtenidos están correlacionados. La prueba no paramétrica más útil y más poderosa es la de Wilcoxon de rangos de signos pareados.

De esta prueba se obtuvó una $Z= -4.5167$; lo que nos da un nivel de significancia de una $p<.0000$. Con lo que se vuelve a confirmar la hipótesis alternativa para los grupos experimentales.

Al hacer una comparación intragrupos de los grupo control experimental y el grupo testigo o control, no se halló ninguna diferencia significativa. Pero esta diferencia no es contundente, puesto que en el segundo grupo nunca existió depresión, mientras que en el segundo, sí. Aunque sí se puede decir que en ambos grupos, las características de los

sujetos son muy similares: tales como la forma de trabajo, nivel de vida, nivel escolar, ambiente restrictivo, etc.

De lo anterior se desprende que de la U de Mann- Whitney se obtuvo 175.0; de la prueba de Wilconxon de 581.0. Lo que nos da una Z= -3.5691, con una correlación de .0004. Que, como ya se informó es significativa, ya que en el grupo testigo o control no existió depresión por las razones anteriormente expuestas.

Arriba se nota la diferencia (no contundente) entre el grupo experimental y el testigo y control; es decir, que los puntajes aunque variaron en algunos casos, siempre se mantuvo la no depresión en el grupo control.

Se obtuvó una U Mann-Whitney de .0. Mientras que en la prueba de Wilconxon disminuyó a 406.0 con una Z= -6.4395; con un nivel de correlación de .0000.

Grupo Control.

Cuadro 6. Beck 1 Beck 2 en el grupo control.

Rangos	Casos	gruposBeck 1 Beck 2
10	7	Beck 2 Beck 1
11.50.7	14	Beck2 Beck 1
	7	Beck 2 Be3ck1
	28	

Aquí se puede apreciar una Z= - 1.5815, con una p=.1138. Lo que nos indica que los valores en el grupo control se mantuvieron, no encontrando una diferencia significativa. Lo anterior, como ya se ha venido explicando, por que en el grupo testigo o control no hubo depresión: Siendo lo importante, sin embargo, que los valores no variaron o se mantuvieron sin mucha diferencia.

Con esto se finaliza lo referente a la estadística no paramétrica, sólo se concluye con un examen de las subcategorías contenidas en la entrevista conductual; hubó algunas que, por su propia importancia basada en la frecuencia en cada sujeto, nos detuvimos en

un amplio margen de análisis. Como fueron la ansiedad, ambiente restrictivo, auto etiquetación, conducta encubierta, entre otras. Lo que se examinó con mayor detalle en análisis de resultados cualitativos y que, podría llevarnos a una definición de las posibles causas de brote de depresión en la mayoría de los pacientes tratados. Y, posiblemente, que puede llegar a generalizarse en ambientes no sólo similares, sino diferente por completo en actividades laborales, sino, incluso, en población.

Ahora se describe lo detallado en la entrevista clínica cognitiva conductual, y lo obtenido en cada subcategoría.

Cuadro 7. Conteo por subcategorías.

Número de subcategorías	Frecuencia en sujetos	Porcentaje
7	1	1.80%
9	2	3.60%
10	2	3.60%
11	6	10.80%
12	9	16.20%
13	3	5.40%
14	5	9%
	28	50.40%
	56	100%

En la anterior tabla, se pudó constatar que un sujeto presenta 7 subcategorías, que equivale al 1.8%. Dos sujetos, lo que es el 3.6%, se vieron involucrados en 9 y 10 subcategorías respectivamente. En 11 subcategorías se observó a 6 sujetos lo que arroja el 10.8%; mientras que para 12 subcategorías fueron 9 sujetos, es decir, el 16.2%. Para 13 subcategorías se halló a 3 sujetos, el 5.4%. Y en 14 subcategorías a 5 sujetos más, que da el 9%. El grupo control, por no ser equivalente se encontró en 28 sin presentar ninguna subcategoría, con el 50%.

ANÁLISIS CUALITATIVO

La raíz de la depresión, al menos en la gran mayoría de los participantes, tiene su fundamento en un trabajo que implica monotonía, ambiente laboral y familiar restrictivo, que los lleva a la sensación de vacío. Existe depresión ante la imposibilidad de romper el círculo vicioso que siempre los lleva a lo mismo: alcohol, drogas, confusión y promiscuidad sexual Drogas, que según los participantes, representa una mejora en el trabajo; pero, también, "aguantar" largas jornadas. Pero, en realidad, las drogas y el alcohol, abren las estrechas perspectivas en que se hallan sumidos los pacientes.

Promiscuidad sexual, una posibilidad de terminar con el aburrimiento crónico; una relación extramarital que haga el efecto de sentirse que le importa a alguien. Dos, y quizá, tres parejas sexuales que, en definitiva puedan disminuir esa horrible sensación de "no ser nadie", de refuerzos no contingentes, es decir, que, si por ejemplo, un trabajador recivía un refuerzo independientemente de la conducta que se emitiera. Pero, además, para equilibrar esa auto imagen distorsionada; todo lo anterior es, sin duda, la fuente primordial de depresión de los grupos participantes, de cada uno de los sujetos. "Si tengo dos o tres parejas, experimento que mi auto estima se mejora, mi valía aumenta, con lo que la tristeza y la melancolía disminuyen un poco", afirma un paciente, tratando de justificar a sus dos esposas y un amante más.

ALCOHOL Y DROGAS PARA TRASCENDER

Trascender, es ésta la palabra que el 57% de lo entrevistados usó para referirse a la experiencia con drogas. Es decir, con ello experimentan que "van más allá" de sus problemas y, por lo tanto, de su propia tristeza (depresión). El 78% de los entrevistados afirman haber sido alcohólicos. Por lo recopilado en las entrevistas, los pacientes expresan razones tales como un aprendizaje (54.3%), por presiones sociales, como son la convivencia con amigos y familiares (66%). En menor proporción atribuyen el haber iniciado a beber por su propia cuenta (15%), por experimentar "qué se siente" (4.7%) Lo cierto es que la gran mayoría, 87%, reporta que era una forma de atenuar la sintomatología esencial de la depresión, que en palabras de los pacientes consistía en contrarrestar la melancolía, tristeza, las sensaciones de futilidad y aburrimiento, los sentimientos de culpa y de inferioridad.

El consumo de drogas tiene una connotación similar a la del alcohol. Benzodiazepinas, 76% reportan haberlas tomado, puesto que los síntomas de la depresión los llevó a acudir al Seguro Social, donde el médico general se las prescribía. He de hacer notar que los entrevistados que fueron adictos a dichos fármacos, son, en su gran mayoría, mujeres, 65%. De donde el 24.7% presentan problemas maritales, 13% económicos y un breve 2% problemas "existenciales". Asimismo, presentan trastornos fisiológicos tales como migrañas, colitis, gastritis, ulceras, trastornos de sueño y en la alimentación; todo ello, como puede deducirse, relacionado con el estrés y la distimia (tristeza y melancolía, depresión).

La gran mayoría, estaríamos hablando del 43% de los entrevistados hombres, afirman haber consumido cocaína (12%), heroína (11%) y en menor proporción marihuana (8%) Esto obedece a que la mayoría de los hombres son meseros (la mujeres no pueden ejercer dicha labor); esto quiere decir que son los que más dinero obtienen, por las propinas sobre todo. Pero, además, muchos de ellos reportan (34%) tener que soportar problemas no sólo económicos, sino de pareja y extramaritales, lo que los lleva a "requerir" de alicientes para poder sobre llevar la situación.

La mayoría de los participantes -hombres- aseguran haber comenzado con alcohol e inhalantes. A diferencia de las mujeres que comenzaron bebiendo, ninguna reporta haber probado los inhalantes.

Un 47.5% de los hombres reporta haber comenzado a beber antes de los trece años; mientras que un 33% informa haber probado las drogas estando en la primaria, es decir, antes de los doce o trece años. Un 8% de las mujeres entrevistadas confirmó haber iniciado a beber antes de los quince o diecisiete años. Mientras que su primer contacto con las drogas fue poco antes de los dieciocho años, estamos hablando de un 2.7%.

Hay que hacer resaltar que cuando las mujeres empiezan a beber, 12%, tienen su primer contacto sexual. Un escaso 2.6% asegura haber disfrutado de su primera experiencia; mientras que un 19% asegura no sólo no haber disfrutado su relación y no saber qué sucedía, sino que de dicha relación nació su primer hijo. De lo anterior se desprende que las mujeres, 33%, desconoce lo esencial a su sexualidad, como es: anatomía de su propio cuerpo, qué sucede

durante la gestación o lo relativo a concepción. En cuanto a los hombres, 45%, tiene mayor información en los anteriores puntos en comparación con las mujeres.

De las mujeres con más de una pareja, 5%, asegura que busca "algo" en la infidelidad, que ignora lo que pueda ser. Un 2% asevera que buscan lo que en su casa ya no es posible encontrar; el 0.7% dice que es por diversión. Sin embargo, llamó la atención el hecho de que un pequeño grupo de mujeres, 1.2%, informó que lo que buscaba en relaciones extramaritales era afecto. Sensación, que asocian con la depresión, pero, y esto es lo más significativo, que las viene acompañando desde edades muy tempranas. Resulta curioso que durante las entrevistas más del 50% de los hombres definieron exactamente lo mismo que sus compañeras entrevistadas. Es decir, que buscan una figura que les de afecto. Pero está la contra parte, aquellos que niegan necesidad de afecto. Que, no obstante, fue uno de los principales errores cognitivos (pensamientos irracionales) que se trataron durante la investigación: la sensación de que nadie los quiere.

Pero regresando a las drogas y alcohol, 34% de los hombres reportan trabajar alcoholizados; otro 3% afirman haber estado, en alguna ocasión, bajo los influjos del alcohol al momento de estar trabajando. Mientras que un 25% asevera que a diario necesita ingerir heroína o cocaína para "enfrentarse" a la gente con la que trata y aguantar las duras jornadas de trabajo. Huelga decir, que de estas afirmaciones, sólo un 7% confirma que su ingestión de drogas obedece a una adicción. Sin perder de vista, desde luego, que ellos confunden el origen con las consecuencias, otro error cognitivo muy tratado. Con lo anterior se pretende deducir que ellos piensan que beben o se drogan por el trabajo y los problemas, cuando, en realidad, sus problemas son por sus adicciones.

Para finalizar el actual rubro, el 14% de los hombres confirma tener hijos adictos ya sea a una droga, alcohol o medicamento, como las benzodiazepinas o anfetaminas. Un 2% habla de tener sospechas de que alguno de sus hijo sea adicto. En cuanto a las mujeres, el 23% estima que alguno de sus hijos han comenzado a drogarse; un 45% confirma que sus hijos mayores de trece años han comenzado a beber. Por las entrevistas, se puede inferir que el aprendizaje es la fuente principal de la temprana adicción en esta población que se estudió.

Pero, también, el hecho significativo de que el ambiente restrictivo lleva a los sujetos a buscar formas de estimular su vida, salir del aburrimiento y, quizá, también de una "depresión heredada". O, ¿por qué no?, de un desvalimiento aprendido o heredado, junto con todas las adicciones y vicios que con lleva.

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Soledad, temor a perder seres queridos, desesperación, accesos de melancolía, estos son sólo algunos de los pensamientos e ideas que se trataron en las sesiones. Pero, de verdad, quizá lo más difícil fue tratar ese tipo de pensamiento de "que nadie nos quiere" o, tal vez, de que "le somos indiferentes a todos", también, "nadie se percata que existimos" o, incluso, "nadie nos ha querido de verdad". Esa falta de afecto que inside en la estructura cognitiva, a muy temprana edad, de los pacientes y que, en un momento determinado, perdido, de su evolución cognitiva, le llevó a desarrollar pensamientos irracionales. El principal problema tratado era una especie de idea fija que invadía a los pacientes. "esperar a ese ser (madre, padre, novio, etc.) que nos ha de querer; que nos va a dar ese cariño que no nos dieron de niños". Así, de esa forma, expreso una paciente una idea que obsesionaba a la gran parte de los participantes. La cuestión era, luego entonces, cómo despertarlos de su mal estructurada gama de ideas cognitivas. Cómo hacerles ver que no se trataba de *"esperar"* a quien ya no habría de venir; sino que ahora, en el presente, teníamos que buscar de otra forma. Una solución que me ayudó mucho fue hacerles ver que tenían que dar el "cariño" no recibido. Luego de esto, centrar su atención en buscar el afecto; pero para ello tenían primero que aprender a pedirlo, pero ¿a quién? La solución consistió en orientar su mira cognitiva a personas que siempre habían estado ahí, pero que sus perspectivas mal orientadas no le permitían ver: estoy hablando de que tenían que regresar a sus hijos, esposas, padres -si aún vivían-, amigos y ya, en casos desesperados, en sus propios amantes.

De muchas formas, pero la idea, la expresión del pensamiento era la misma; un 67% de los entrevistados expuso como problema principal el experimentar la sensación de no ser queridos. Un 14% de los hombres concluyeron, más o menos a la mitad del tratamiento, que

muchos de sus lances extramaritales obedecían, en realidad, a la búsqueda de afecto. Sólo que su imposibilidad -idea irracional- de manifestar su deseo los orillaba a buscar de forma mal orientada. Un 5% llegó a la conclusión que en su "cabeza" se maquinaba constantemente la idea de que eran -físicamente- desagradables a los demás, por lo que optaban por mantenerse al margen. Idea, ésta, que también se reestructuró; dicho pensamiento o, mejor dicho, su detección ayudó a que muchos pacientes cambiaran su propia auto imagen.

Un siguiente pensamiento emergente, y que abarcaba el 36.5% de los entrevistados, consistía en pensar que su capacidad "intelectual" no era como el común de la gente. Hecho que los llevaba a ver su futuro como frustrante y poco claro. Puesto que nacía de una forma de pensamiento que los orillaba a no aspirar a otro tipo de actividades, ya que sentían que no eran aptos para desenvolverse en otros ámbitos. Dicha expresión cognitiva se presentó más en las mujeres que en los hombres; en el varón fue de un 12%, mientras que en la mujer fue de más del doble, es decir de 27%. Vale la pena hacer resaltar que en el ambiente de los restaurantes la mujer no puede llegar a ser un Capitán, mucho menos un gerente, siendo relegadas a actividades de cocina y limpieza. Preguntando en este sentido, las mujeres, en un 56% de ellas, consideró que tal desequilibrio en las oportunidades contribuye a que "su forma de pensar" se transforme. Mientras que los hombres, sin emitir un juicio a favor o en contra, aseveraron que la desigualdad de la mujer la hace ser "inferior" en dichos ambientes, estamos hablando del 58%. Estas ideas fueron tratadas también. Esto permitió que el 42% de los hombre transformara su pensar, es decir, que aceptaron que la mujer al verse inmersa en dicha situación es más vulnerable. Por lo que en la reestructuración cognitiva, se percataron que, en realidad, son compañeros y que la mujer debía tener un mayor respeto por parte de los varones. Mientras que el 55% de las mujeres comenzara a percibirse con más estima, valorándose como ser humano y no como un objeto sexual.

Otro importante factor, generador de depresión, y que se encontraba escondido entre pensamientos e ideas irracionales, fue el extrañar a la familia. En un principio el 48% de los hombres negaba la posibilidad de que no ver a su familia -a veces por días- fuera un

desencadenaste de distimia. En la mujer, como era de esperarse, el 67% considero ésta última posibilidad como factible y hasta segura.

Cuando en el transcurso del tratamiento se fue tomando en consideración ésta posibilidad, de 48% a 65% de los hombres comenzó a observar, con tristeza -adaptable, ésta última- que sí, en efecto, el alejamiento de sus familias los orillaba a la depresión. Al descubrir esta impresión, se puede decir que la depresión disminuyó considerablemente, no desapareció, pero si nos encaminamos hacia una salida más clara. Por lo menos, el 70% de los sujetos expresó una sensación de mejoría; que, eso sí, no fue pasajera, como lo demuestran los pos test.

Otras ideas y pensamientos que se detectaron fueron: perder a un familiar 20%. Perder el trabajo18.5%; que conocieran su homosexualidad, en el caso de cuatro pacientes homosexuales varones 18%; contraer enfermedades mortales 15%; incapacidad por vejez 13%; tener que cambiar de trabajo o actividad 9%; contraer una enfermedad venérea 7%; volverse loco o perder el control de sí mismo 3%; caer en la cárcel 2% y, por fin, morir 2%.

Como se pudó apreciar, las características de los pacientes que conformaron los grupos experimentales, son variados, en sexo, estado civil, edad y escolaridad. Lo que nos habla de un elemento "especial" de la técnica cognitiva; es decir, la heterogeneidad de sus posibilidades. La hipótesis alterna fue confirmada con pacientes de diversas características, sin que la conformación de las sesiones terapéuticas se viera afectada. Así, podemos observar que la media de edad de la población participante fue de 28 años. Los pacientes de menor edad fueron dos de 19, lo que contrasta con pacientes que tenían entre 42 y 50 años.

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA ENTREVISTA CONDUCTUAL

Déficits.

Lo anterior nos indica que la "gran" diferencia en edades no influyó de forma negativa en los resultados obtenidos. Se observó, por poner uno de tantas circunstancias que se dieron, que los pacientes mayores en edad influían (quizá su experiencia, tal vez su mayor deseo de

resolver sus problema) contundente en los de menor edad. esto sucedió en el primer grupo experimental, que estuvó conformado por un paciente de 42 años y dos de 19 años.

El estado civil, tampoco afectó la visión de los participantes; aunque no se descarta que en más de un caso una recién separación estaba provocando depresión. Sin embargo, lo importante es la resultante del intercambio cognitivo (pensamientos e ideas) que afecta a un casado de un soltero. Asi como la escolaridad, puesto que un profesionista, si bien es cierto la diferencia en su preparación, muchas veces ésta preparación conformaba una barrera para que cambiara su estructura cognitiva. Y alguien, con menos preparación académica, ayudaba a uno de mayor nível escolar, puesto que los primeros no tenían los prejuicios de estos últimos, con lo que se conformaba una estupenda mancuerna.

El que los grupos estuvieran conformados por los dos sexos, ayudó de forma considerable a la búsqueda de pensamientos irracionales. Por poner un caso, una mujer podia influir en un tímido paciente varón, puesto que éste último tenía una auto imagen distorsionada, lo que le hacía difícil acercarse a una mujer. Pero las mujeres del grupo ayudaron a romper ésa expectativa confrontando al paciente varón con su propia imagen, lo que le ayudó a avanzar rápidamente.

Como se podrá ver, entonces, la heterogeneidad en los grupos sometidos a terapia cognitiva, puede ser una herramienta de gran eficacia sí así se le quiere tomar, sí así se "desea" trabajar, dejando atrás el temor por las diferencias en el grupo y, que éstas mismas diferencias alteren el resultado de un resultado.

ANÁLISIS POR SUBCATEGORIAS

Las subcategorías se extrajeron de la entrevista conductual; aunque se les aplicó a cada sujeto de los grupos experimental y testigo o control, sólo para la presente investigación se tomó en cuenta la de los primeros. Puesto que, como se ha venido recordando, el grupo control estaba constituido por sujetos que no tenían depresión, por lo que las subcategorías no representaban ninguna influencia significativa. Y, en éste mismo grupo, los valores se mantuvieron, es decir, que en ningún caso se vio que los valores se elevaran como para llegar a diagnosticar depresión.

Información

La primer subcategoría a tratar es la de Información. En este sentido, los pacientes manifestaban dudas o carencias en su repertorio de respuestas para una situación dada. Ello se evidenciaba al momento de no saber qué hacer cuando se asume un rol social u ocupacional nuevo o con el que no estaban relacionados. Por lo que sus respuestas pueden ser ineficaces o, simplemente, no presentarse la conducta adecuada o esperada. En esta situación se encontraron 20 pacientes de 28. Algunas de las problemáticas tratadas fueron, por ejemplo, no saber cómo hablar a sus esposas de manera afectiva y efectiva, puesto que un pensamiento frecuente entre ellos fue: "siento que hablar con cariño a mi esposa (o hijos) me hace ver ridículo". También en cuanto a su futuro: "siento que no soy lo suficientemente hábil para encontrar otro trabajo con mejor remuneración económica"; "es difícil que las cosas cambien para mi"; "no vale la pena encariñarse mucho con los hijos, en el futuro lo olvidan a uno".

Este tipo de pensamientos nos hablan de un déficit en la información de los sujetos, ya que no poseían la información adecuada para guiar sus conductas a la hora de buscar un acercamiento con sus familias. Y esto, desde luego, se manifestaba también en el área laboral, en relaciones interpersonales o en el momento de conocer gente nueva.

Habilidades auto-directivas

Esto, en el paciente se manifiesta, sobre todo, en inhabilidades para imponerse u oponerse a las influencias ambientales inmediatas, por lo que no pueden regular su conducta propia por medio de sus respuestas. Con lo que se puede apreciar que los sujetos se ven imposibilitados para organizar sus actividades diarias, como son en el trabajo, lo que los lleva a percibir su futuro caótico y poco atractivo y sin orden. Como consecuencia, tomarán sus decisiones de acuerdo a lo que su medio ambiente inmediato les dicte; como puede ser la influencia de otras gentes, horóscopos y hasta un festejo determinado.

Aquí se encontró dividida ésta subcategoría a la mitad, con 14 de 28. aquí se encontró pensamientos relacionados con sugerencias de horóscopos y adivinaciones. Por ejemplo, "ayer

me fue mal por que vestí de rojo"; "mi mujer me engañó porque, desde un principio, ningún cura nos bendijó". Asimismo, había pacientes que no podían organizar una rutina hasta que ésta les fuera impuesta por alguna persona de la que dependían en este sentido; aquí se hallaron pensamientos tales como: "mi madre murió hace tres años, desde entonces no puedo organizar mi vida como lo hacía ella .."; "el tomar decisiones por mi mismo (a) me da terror". En algunos casos se pudó tratar un fenómeno particular de dependencia a la lectura: "he leído x libro, luego entonces ahora ya sé qué hacer en tal o cual situación"; en éste libro dicen que la gente que piensa como yo, invariablemente, le tiene que ir mal".

Autocontrol

Aquí el paciente se ve imposibilitado para alterar su propia conducta ante situaciones de conflicto. Es decir, que el paciente se queja de que no puede disciplinarse en su propia conducta; por lo general los pacientes se ven seducidos ante conductas que otorgan una "ganancia" inmediata, pero, a la postre, trae consecuencias negativas.

Aquí, en la presente tesis, se encontró que los pacientes se auto reforzaban sin que la conducta efectuada fuera la deseada o contingente con el reforzamiento. Los ejemplos más claros los encontramos con las adicciones. Puesto que su ambiente era carente de reforzadores apropiados, el mismo paciente buscaba reforzadores inmediatos para sustituir los que ya no obtenía. La pregunta que surge de inmediato es ¿cuáles eran estos reforzadores que, ahora, ya no se presentan? Hay que hacer referencia que alguna vez esos reforzadores "naturales" fueron la familia, la pareja (hablando de la esposa) y, por supuesto, la convivencia con todos estos elementos. Lo pensamientos subyacentes eran, sobre todo, los de que ya no sentían lo mismo por la esposa, por lo que buscaban reforzadores (mujeres o hombres, según el caso) para terminar con la depresión o el aburrimiento. La droga, ya que " se sentían incomprendidos y solos"; el alcohol, puesto que "así podían olvidar muchas cosas (pensamientos negativos) que ya no querían experimentar".

Esta subcategoría se relaciona mucho con la de Ambiente Restrictivo, ya que todos los sujetos (28) manifestaron "sentir que se ahogaban en sus trabajos, a la hora de convivir con sus familias o parejas"; no faltaron, incluso, quienes experimentaban hastío con alguna de sus

parejas que no fuera la propia esposa (o). De igual forma, de esta subcategorías se desprendían pensamientos que tienen que ver con otras de las subcategorías como la Ansiedad. Ya que la mayoría de los sujetos (27), manifestaron sentirse preocupados ante la posibilidad de ser "sorprendidos", de "ser castigados por Dios", situación cognitiva (emocional, por lo tanto) que los mantenía deprimidos, aprehensivos y angustiados.

Habilidades

Habilidades fue otra subcategoría con un amplio margen de pacientes, contando con 25 de 28. Aquí, los sujetos se ven impelidos en sus conductas cognitivas o motoras indispensables para enfrentarse a las demandas diarias que les presenta su medio. En la investigación que se presenta, éste fenómeno se vio reflejado en la forma en que los sujetos se presentaban en su arreglo personal, sobre todo.

Las cogniciones o pensamientos derivados de ésta situación mostraron su presencia en pensamientos tales como: "para qué me arreglo más (o bien) si ya ha nadie puedo gustarle"; "no me importa estar de "fachas", al cabo que ya nadie se va a fijar en mi".

Relaciones interpersonales

En este rubro el paciente se enfrenta a problemas para involucrarse en conductas socialmente aceptables debido a déficits en habilidades de interacción. Los pensamientos de los pacientes, en éste caso 24 de 28, fueron la imposibilidad "cobardía", como algunos la llamaron, de enfrentarse a los castigos injustos de jefes, esposos o, incluso, de las segundas parejas.

En esta subcategoría se encontró la pérdida, tanto en los varones como en las mujeres, de la habilidad para acercarse a sus parejas de forma afectiva y efectiva; y, como consecuencia, a los hijos, si los había, padre, hermanos y amigos más cercanos.

Auto-monitoreo

Aquí se apreciaron 23 de 28 sujetos, con problemas para identificar sus logros. pero a la hora de explorar el campo cognitivo, se pudó constatar que los sujetos tenían dificultad de

expresar sus sentimientos, de llevar a cabo una descripción de sí mismos y, por consecuencia, tenían una auto imagen distorsionada.

Lo anterior, los orillaba a sentirse poco atractivos, sin valía o con poca habilidad para que alguien se fijara en ellos, o, más complejo aún, para mantener a alguien junto a ellos únicamente por sus características como persona. Estos pensamientos irracionales los sumían, con frecuencia, en estados de ansiedad y depresión.

Excesos

En esta parte están contempladas dos subcategorías, la Ansiedad, que ya se mencionó más arriba y nuevamente el Auto-monitoreo, que ya también se trató en el apartado anterior.

Problemas en el control de estímulo ambientales

Estímulo que evocan reacciones emocionales inapropiadas

Aquí se encontró a 15 de 28 sujetos; el problema consiste en que la respuestas afectivas a objetos o eventos, y éstos producen incomodidad subjetiva o se manifiesta en conductas inaceptables, socialmente hablando.

Los pensamientos detectados en dicha situación fueron los relacionados con la excitación sexual; por ejemplo: "me excita ver a otras parejas besarse o tener relaciones"; "me excito cuando estoy en presencia de violencia o cuando estoy siendo humillado". También fue frecuente encontrarse con problemas cognitivos acerca de preferencias sexuales por determinadas razas, como la gente de color o las orientales, aunque, fueron mínimas dichas expresiones.

Organización ineficiente de los estímulos que controlan las actividades diarias

Aquí fueron 23 de 28 sujetos los que se vieron influenciados por éste problema que consiste en dificultades para enfrentarse a las demandas ambientales o responsabilidades que surgen por la ineficiente organización del tiempo. Esto, además de depresión, genera pensamientos que conducen al estrés. Ya que los pensamientos predominantes son en cuanto al futuro y la visón de los demás para con ellos. De tal suerte, que los sujetos se sienten atrapados en sus limitantes académicas; se vio mucho en pensamientos tales como: "soy menos que los demás,

puesto que no tengo la secundaria, o la preparatoria"; "nadie me respeta, por ser un humilde trabajador"; "soy pobre como persona porque ya no puedo superarme".

Como se pudó ver, dichos pensamientos, como es de esperarse, propician depresión, sensaciones de minusvalía y una auto imagen distorsionada.

Hay que hacer resaltar que los pensamientos irracionales se presentaron menos en las mujeres que en los hombre, hablando de ésta subcategoría. Lo anterior se debe a que la mujer tiene menos presiones sociales y familiares para estudiar, ya que muchas guardan la convicción de que deben ser mantenidas; y en el hombre es diferente, pues el carga con la responsabilidad social de superación, al menos así lo expresaron los pacientes entrevistados.

Control inapropiado de estímulos autogenerado

Auto-etiquetación

En éste caso, fueron 21 de 28 sujetos los que predominaron en ésta situación. Consiste en autodescripciones que funcionan como señales que conducen a comportamientos con resultados negativos. Lo que prevaleció en éste problema fueron pensamientos que involucran descripciones sobre sus capacidades y potencialidades; de tal suerte que los pacientes dudaban de lo anterior, lo que los llevaba a sentirse deprimidos y desorientados. Pensamientos como: "soy tímido, por eso no me acerco a la gente"; "no tengo capacidad para enfrentar mi futuro, mi matrimonio y los problemas que coexisten en él"; "soy débil, es mejor mantenerme al margen de los problemas".

Debido, en éste caso en particular, a que muchos eran compañeros de la misma área de trabajo, en el mismo restaurante, se pudó llevar a efecto una retroaliomentación muy significativa. Puesto que a la hora de que un paciente, por ejemplo, exponía sus errores cognitivos, sus compañeros se sorprendían de que el paciente en cuestión tuviera una visión tan distorsionada de si mismo. Entonces, los mismos compañeros "sacaban" de la mala interpretación a su compañero.

Conductas cubiertas

Son problemas que se enfocan a la actividad verbal-simbólica que funciona como señal para producir un comportamiento inapropiado. En ésta subcategoría se vieron involucrados 22 de

28 sujetos. Los pensamientos frecuentes son los que tuvieron que ver cuando los pacientes acrecentaban un problema como consecuencia a conductas cubiertas. Como ejemplos de lo anterior, se pudó constatar que muchos se adelantaban a los hechos antes de que ocurrieran, lo que le llevaba a desencadenar ansiedad ante el supuesto problema, lo que decrementaba su habilidad en la ejecución de sus tareas diarias.

Verbigracia: "mi mujer se quejó de mi, tal vez desee divorciarse de mí"; mi jefe me llamó la atención, seguro busca la forma de despedirme"; "no tuve suerte con aquella mujer que me gusta, posiblemente carezco de atractivo".

Discriminación de estímulos internos

Fueron 10 de 28 sujetos los que presentaron dicho problema. Consiste en dificultad para "etiquetar" las señales internas. así, podíamos ver que los pacientes al especificar mal una sensación interna, por lo que se enfrenta a un problema para reportar dicho hecho. Luego, entonces, lo que se encontró, con mayor frecuencia, fue que los pacientes confundían, por ejemplo, un estado de ansiedad con una excitación sexual; otra gran proporción, un trastorno físico con una alteración emocional.

Arreglo inapropiado de contingencias

Conducta adecuada que no es seguida de consecuencias positivas

Estos son problemas en el ambiente para apoyar a la conducta apropiada y estuvieron involucrados 21 de 28 sujetos. Ésta subcategorias está asociada con la de Ambiente Restrictivo; lo anterior obedece a que los pacientes se ven a sí mismos quejándose sobre la utilidad de sus conductas o la carencia de motivación e intereses en las actividades que de ellos se esperan. Por desgracia, en éste caso, la mayoría de sus pensamientos estaban fundamentados en un ambiente laboral, familiar, social que, en efecto, no era lo suficientemente reforzador ante conductas adaptables y apropiadas.

Lo anterior expuesto, como es de suponerse, repercute, de manera directa y contundente, en el estado de ánimo de los pacientes. El pensamiento que aquí se "atacó", en particular, fue deslindar a los pacientes de su responsabilidad, es decir, que se les hacía ver que su conducta

era correcta o adaptable (hecho que ellos no consideraban así), que su medio era, en éste caso, el que no los reforzaba lo suficiente.

Uso excesivo de reforzamiento

Fue de las subcategorías más bajas, 6 de 28 sujetos la presentaron. Consiste en un uso excesivo de reforzamiento positivo para conductas adecuadas o deseables. Aquí los pacientes se quejaban de hacer sus tareas familiares, laborales, etc., adecuadamente. Sin embargo, los reforzadores, tanto sociales, familiares o laborales no los dejaban satisfechos. Por lo que sus rendimiento se veía afectado, de igual forma su estado de ánimo era mermado con dicha escasez. Los pensamientos, como es de suponerse, fueron los relacionados con sentimientos de minusvalía o de inferioridad. Debido, como consecuencia, a que consideraban de poca importancia sus tareas o conductas; pero, también, su auto estima era lastimada porque pensaban que no se les refuerza por "ser poca cosa".

Efectos benéficos de conductas inapropiadas

Es el mantenimiento ambiental hacia conductas indeseables, donde se detectó a 20 de 28 sujetos. Aquí los pensamientos más frecuentes estaban relacionados con conductas que eran indeseables pero que su ambiente reforzaba. De tal suerte que, si los pacientes hacían corajes, para conseguir lo que deseaban, o mostraban pereza, ante la falta de un reforzador laboral, ellos pensaban que, de ésa forma, podían "cambiar" su medio ambiente.

Reforzamiento no-contigente

Aquí 10 de 28 sujetos se vieron dentro de éste problema que consiste en que, independientemente de la respuesta, reciben el reforzamiento. El pensamiento atacado, primordialmente, fue que podían ser premiados o reforzados aunque "se portaran mal". Por lo que la aparición de las conductas no deseables abundaba, puesto que, aunque no se diera una conducta más adaptable o deseable, los pacientes obtenían reforzamiento.

Como ya se pudó constatar, todas las anteriores subcategorías son las que componen, para bien o para mal, una depresión o algún otro trastorno afectivo. Claro esta, estas subcategorías

deben estar fundamentadas en ideas irracionales; esto es, que la estrctura cognitiva (o la tríada cognitiva) de un sujeto se hallan subyugadas a uno de los anteriores fenómenos.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y DISCUSION

En base a los resultados puede concluirse que la Terapia Cognitiva de Beck en grupo, sí cesa los síntomas esenciales de la depresión. Se pudó constatar que la depresión desapareció en 24 de los 28 sujetos sometidos al tratamiento por espacio de mes y medio, lo que equivale a seis sesiones de dos horas cada una de ellas. Se detectó la presencia de cuatro sujetos, sin embargo, que sus valores no disminuyeron, con lo que se mantuvo la depresión; uno de ellos, con puntuaciones altas de depresión severa, si bien es cierto bajo sus puntajes significativamente, no se logró que desaparecieran en su totalidad el trastorno. En los otros tres sujetos con diagnóstico de depresión severa, sí cesaron los síntomas, lo que es indicador de que el tratamiento es insensible a los pacientes que van más allá de la depresión severa.

Hay que señalar que en los tres sujetos dónde no se llevó a efecto un cambio, pertenecieron al primer grupo experimental. Haciendo un análisis más detallado, se pudó observar que los tres no sólo pertenecían a la misma área de trabajo, sino que, incluso, sus entrevistas guardaron algunos paralelos. Uno que se ha venido mencionando con insistencia es el de ambiente restrictivo, que más arriba se menciona con mayor detalle; otro factor apreciable es el de que dos de ellos, pertenecieron a alcohólicos anónimos. Por orto lado, los tres se han visto envueltos en relaciones fuera de su matrimonio, relaciones que, por su misma naturaleza conflictiva, han terminado con dificultades; lo anterior se pudó constatra a través de las entrevistas conductuales, previo al diagnóstico.

Empero, a dichos sujetos se les recomendó continuar su tratamiento, de manera individual, puesto que fueron de los pocos pacientes que, quizá, se rehusaron a plantear la totalidad de su

Y, lo más importante, que las personas vean la posibilidad de adaptarse a su medio ambiente, lo más pronto posible, por medio de la psicoterapia, dejando de recurrir a los elementos que ya se trataron, como son el alcohol o drogas. De que las personas observen un cambio por medio de una reestructuración cognitiva (pensamientos idiosincrásicos, ideas, etc.), de su vida por las bondades de la Terapia Cognitiva de Beck, por ejemplo.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Las limitantes fueron diversas, pero una de las principales fue el temor que la gente experimenta, por desconocimiento, hacia lo que es la psicoterapia. Incluso se ven problemas por el simple hecho de decirles que se trataba de una investigación psicológica. Por lo que reclutar a los voluntarios fue difícil. De igual forma, se tuvó que afrontar el hecho de que muchos de los participantes vivían en diversos puntos de la ciudad, lo que hacía muy complicado que acudieran a lugares que les quedaran lejos, o que las sesiones se realizaran a una hora que no correspondiera a la de su "quebrado".

Buscar el permiso de los jefes, así como el convencimiento de que la investigación no iba a influir en el trabajo de los empleados, o que su rendimiento no se iba a ver afectado. Pero también el hecho de hablar, primero, con los jefes, segundo, tener que estar visitando los restaurantes en distintos horarios para explicar a jefes y empleados el objetivo del trabajo.

El tiempo y el espacio donde se va a llevar a efecto el tratamiento, es otro aspecto que fue preocupante al principio, puesto que los pacientes residen en diversos puntos de la ciudad, lo que da otro punto en contra de que muchos acudan a donde se les indica para las sesiones.

Existen, no obstante, la contra parte, que sí conoce o tiene algo de información sobre lo qué es una terapia. Pero esto, puede volverse en contra cuando lo que se busca no es lo que ofrece una terapia cognitivo conductual como la de Beck. Ya que muchos dijeron "no" desilusionados, esperando que lo que se hiciera fuera una interpretación de sueños, terapia estrictamente individual donde se tratara la vida, también estrictamente, infantil. Esperaban,

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

encontrarse a un individuo con barba y pipa que fungiera como terapeuta, lo que implicó más negativas por parte de los pacientes potenciales.

Se sugiere que, en futuras investigaciones de esta misma naturaleza, se trate de explicar a los posibles pacientes lo qué es una terapia, y cuáles pueden ser las diferencias entre una escuela y otra. Explicar, lo más claro posible, cuáles son los objetivos de la Terapia Cognitiva de Beck, que puede ser una técnica como las otras; sólo que puede presentar ciertas ventajas o desventajas, al igual que las demás escuelas o técnicas.

Una limitante más, como consecuencia de la configuración de la investigación, fue el hecho de que no fue posible llevar a cabo un seguimiento de todos los pacientes. Lo anterior con objeto de determinar si los síntomas no regresaron. Por lo que se suguiere para futuras investigaciones, planear un método de continuidad, para establecer sí los síntomas vuelven a resurgir o, así se espera, no hay aparición de éstos.

El seguimiento, sin embargo, en este tipo de población es poco problable, puesto que los participantes dejan el trabajo, esto por diversas razones. No obstante, hay dos puntos a considerar: el primero es en relación a que algunos de los pacientes continúan en contacto con el que esto escribe, lo que puede traducirse como una respuesta positiva de los sujetos. Es decir, que han llegado a considerar las virtudes de la técnica de Beck, no sólo para la depresión, sino también, para otras afecciones como estrés, ansiedad, etc.

El segundo punto crucial en este sentido, estriba en que una vez finalizadas las sesiones se evaluó el estado de los participantes, econtrándose, en ese momento, que los síntomas de la depresión habían bajado, en unos casos, y desistido en otros. Como ya se asevró, no se planeó un seguimiento; pero, debido a que la técnica de Beck labora con pensamiento, ideas y recuerdos, se lleva a efecto una reestructuración profunda a nivel cognitivo, el participante queda preparado para afrontar situaciones generadoras de depresión a futuro, por lo que una recaída se percibe difícil.

Se sugiere, para trabajos posteriores, que se evalue estados como la ansiedad, estrés y algunas fobias sociales, ya que resulta posible que muchos pacientes traspolan lo aprendido para la depresión a los trastornos apenas mencionados.

BIBLIOGRAFÍA

Albert, N y Beck, T.A. (1975) Incidice of depression in early adolescence: A preliminary study. E.U.A.: J. of youth and adolescence.

Baldessarini, R.J. (1983). Las bases biomédicas de la depresión y su tratamiento. México: La Prensa Mexicana.

Beck, T.A. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. España: Biblioteca de Psicología.

Beck, T.A. (1995). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Barcelona: Paidos.

Beck,T.A. (1974). A short form of depression inventory: Cross-validation. New York: Psychol Report. 34, 1184-1186.

Beck, T.A. (1972). Screening depressed patients in family practice: a rapid technic. New York: Harper and Row.

Beck, A.T. (1967). Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper and Row.

Blaney, P. (1977). Contemporary theories of depresssion: Critique and comparison. Journal of Abnormal Psychology,3 203-223.

Brailowsky, S. (1995). Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología. México: F.C.E.

Caruso, I. (1996). La separación de los amantes. México-España: Siglo XXI.

Conde, V. y cols. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. Revista de Psicología General y Aplicada. Tomo XXXI, 14.

Dowling, C. (1992). ¿Osea que tengo que sentirme de esta manera? New York: Charles Scribner´s sons.

De Norma, L. (1997). Trastornos mentales específicos de culturas. Revista Argentina de clínica psicológica. Vol. VI. 3, 532-10.397.

Di Giacomo, L. (1997). Integración psicofarmacológica y psicoterapéutica en el tratamiento del pánico y agorafobia desde un abordaje cognitivo. Revista Argentina de clínica psicológica. Vol. VI. 2, 532- 10.098.

Elorza, H. (1992). Estadística para ciencias del comportamiento. México: Harla.

Engelsmann, F. (1982). Culture and depression. Baltimore: Culture and Pchopatology.

Eysenck, H.J. (1990). Manual de psicología anormal. México: Manual Moderno.

Freud, S. (1956). Obras completas. Madrid: Biblioteca nueva.

Freud, S. (1956). Mourning and melancholia. Londres: Collected papers, vol. IV.

Fromm, E. (1994). El corazón del hombre. México: Fondo de Cultura Económica.

Fromm, E. (1987). La revolución de la esperanza. México. Fondo de Cultura Económica.

Fromm, E. (1987). ¿Tener o ser. México: Fondo de Cultura Económica.

Flores, C. (1994). Identificación de estrategías cognitivas: Un estudio comparativo. Estudios de psicología, campinas. Vol. 11, 869- V. 8828.

Gómez, E.A. Franco- Urdaneta A.E. (1995). Psicoterpia de las enfermedades depresivas. Revista Médico Interaméricano. 14: 109-111.

Guidano, V.F. (1998). Desarrollo de la terapia cognitiva post-racionalista. Chile: Instituto de Terapia Cognitiva.

Guidano, V.F. (1995). ¿Qué nos pasa cuando estamos deprimidos? Chile: Instituto de Terapia Cognitiva.

Kierkeggard, S. (1995). El concepto de la angustia. México: Colección austral.

Klein, D.F. y Wender, P.H. Comprendiendo la depresión, una guía completa para su diagnóstico y tratamiento. Nueva York: Oxford University Press.

Kramer, M., y cols. (1972). Mental disorder suicide. Massachusetts: University Press.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1991). Estrés y procesos cognitivos. México: Planeta.

Lorente, A. P (1985). La depresión. Barcelona: Martínez Roca.

Lowen, A. (1983). Narcisismo, o la negación de nuestro verdadero ser. México: Pax.

Mancini, F. (1998). El sentimiento de culpa: Un análisis cognitivo. RevistaArgentina de clínica psicológica. 1, 532- V.10.724.

Martínez, G., Claudio et al. (1997). Alianza terapéutica en un grupo de pacientes de nivel socioeconómico bajo. Revista de Argentina de clínica psicológica Vol. 2, 532- V. 10.098.

Moscoso, M.S. (1996). Hacia un análisis cognitivo del cambio conductual. revista de psicología, Lima. Vol.XIV. 1, 114-9083.

Mondímore, F. M.(1993). Depresión: el estado de ánimo. Nueva York: John Hopkins University Press.

Morel, M.A. (1970). Los síntomas depresivos. París: Maroger.

Narváez, G.C. (1990). Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.

Papolos, D.F. y Papolos, J (1992). Venciendo la depresión. Nueva York: Harper Collins.

Padesky, C.A. and Greenberger, D. (1995). Clinician's guide to MIND OVER MOOD. New York: The Guilford Press.

Pasantes, H. (1997). De neuronas, emociones y motivaciones. México: F.C.E.

Pérez, A.J. (1997). Tratamiento de la ansiedad desde una posición cognitiva. Psicología Iberoamericana, México. 5, 838-10.374.

Rimm, D.C. y Masters, J.C. (1993). Terapia de la conducta. México: Trillas.

Rimoldi, H.J. (1997). Información y cognición e información y creatividad. Psicopedagogía, Mendoza. 2, 1206-V. 10. 556.

Roselli, N.D. (1997). Los procesos cognitivos implicados en el aprendizaje de saberes científicos. Revista irice, Rosario. 11, 388-9709.

Rosenzweig, M.R. y Leíman, A.I. (1992). Psicología fisiológica. México:Mc Graw-Hill.

Salinas, R. J.L. (1998). La aplicación de técnicas cognitivo y conductuales para el tratamiento de la depresión: Un caso. Revista electrónica de psicología clínica. Vol. 1. 1.

Sampieri, R.H., Collado, C.F. y Lucio, P.B. (1995). Metodología de la investigación. México: Mac Graw-Hill.

Schmuck, S. (1986). Técnicas de grupo en la enseñanza. México: Pax.

Staats, A.W. (1974). Conductismo social. México: El Manual Moderno.

Styron, W. (1991). La oscuridad visible: memorias de la locura. Nueva York: Random House

Sturgeon, W. (1987). Depresión: Cómo identificarla, superarla, curarla. México: Grijalbo.

Thompson, T. (1995). La bestia: un encuentro con la depresión. Nueva York: The beast: A reckoning with depression.

Valle, A.A. (1996). Dimensiones cognitivo-motivacionales y aprendizaje. Revista de psicología, Lima. Vol. XIV. 1, 114- V.9083.

Zamora, C.R. (1998). Diagnóstico de los trastornos depresivos en la adolescencia. Revista Argentina de clínica psicológica. 1, 532-V. 10.724.

Zinser, O. (1992). Psicología experimental. México: Ma Graw-Hill.