



U N A M IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad De Estudios Superiores Iztacala

**“Análisis del comportamiento depresivo desde un enfoque
psicológico”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
VIOLETA ESPINOSA SIERRA

Director: Lic. **Marco Vinicio Velasco del Valle**
Dictaminadores: Lic. **Ángel Francisco García pacheco**
Lic. **Ángel Enrique Rojas Servin**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	3
1 La psicología y el comportamiento depresivo	7
1.1. Historia del comportamiento depresivo.....	14
1.2. El significado del comportamiento depresivo.....	21
1.3. Factores disposicionales del comportamiento depresivo.....	23
2 Enfoques que han tratado el comportamiento depresivo	27
2.1. Enfoque Psicoanalítico.	27
2.2. Enfoque Psiquiátrico.	29
2.3. Enfoque Cognitivo.....	31
2.4. El comportamiento depresivo desde el enfoque Cognitivo-Conductual...39	
3 Técnicas relevantes para tratar el comportamiento depresivo	48
3.1. Albert Ellis (Terapia Racional Emotiva)	48
3.2. Lewinsohn (Reforzamiento Social)	50
3.3. Seligman (Desamparo Aprendido).....	53
3.4. Aaron T. Beck (Esquemas Cognitivos)	56
4 Estrategias de intervención para tratar la depresión en psicoterapia	59
4.1. Estrategias de intervención tradicionales.....	60
4.2. Estrategias de intervención Cognitivas.....	66
4.3. Estrategias de intervención Cognitivo-Conductuales.....	70

4.4. Revisión de casos del comportamiento depresivo con respecto a su problemática, evaluación, diagnóstico, tratamiento y resultados utilizando el enfoque Cognitivo-Conductual.....	75
5 Propuesta Tecnológica.....	89
Conclusiones.....	143
Bibliografía.....	147

RESUMEN

A lo largo de este trabajo se hizo una revisión histórica del cómo se desarrolló la relación entre psicología y el comportamiento depresivo. Así mismo, se define el concepto de psicología y el significado del comportamiento depresivo, haciéndose referencia sobre los factores disposicionales que originan dicho comportamiento. Se explica cuáles son los principales factores disposicionales que están relacionados con la génesis del comportamiento depresivo en las dimensiones biológica, genética, psicosocial y ecológica. Posteriormente, se realiza una breve revisión de los diferentes enfoques teóricos que se han encargado de estudiar el comportamiento depresivo, como son: el psiquiátrico, el cognitivo y el cognitivo-conductual, profundizando en este último enfoque. Se hace una revisión y análisis de las técnicas relevantes que existen en la actualidad para el desarrollo de estrategias de intervención en la depresión, dichas técnicas son: la técnica de Albert Ellis (Terapia Racional Emotiva), Lewinsohn (Reforzamiento Social), Seligman (Desamparo Aprendido) y la de Aaron T. Beck (Esquemas Cognitivos). Una vez que se presentaron las técnicas, en lo general, se describieron las estrategias particulares para tratar la depresión en psicoterapia, haciendo mención de las estrategias tradicionales, cognitivas y cognitivo-conductuales. En este mismo trabajo se presentaron diez informes de caso de usuarios que reportaban comportamiento depresivo y que recibieron psicoterapia cognitivo-conductual, se hizo un análisis de los reportes con base en: la naturaleza de su problemática, la evaluación, el diagnóstico, la estrategia de intervención y los resultados. Como producto del análisis de los informes de caso llevado a cabo, se concluyó que la estrategia de intervención de Beck es una de las más eficaces en el proceso terapéutico, ya que cuando se utilizó dicha estrategia los usuarios mostraban una mejoría significativa en su comportamiento depresivo.

Dada la importancia que tienen los pensamientos disfuncionales en el origen y mantenimiento del comportamiento depresivo, se fundamentó la importancia de elaborar una estrategia que pudiera, inicialmente, ayudar a afrontar con prontitud

el problema que suscitan dichos pensamientos; esto, con base en la lógica de que intervenir tempranamente en los pensamientos disfuncionales disminuirá significativamente la frecuencia y la severidad del comportamiento depresivo. De esta manera, este trabajo derivó en el desarrollo y presentación de un Manual de autoayuda que, aunque modesto, se espera sirva de ayuda para aquellas personas que manifiestan comportamiento depresivo de leve a moderado y así puedan iniciar un proceso de análisis y cambio de su conducta depresiva por sí mismos.

INTRODUCCIÓN

El comportamiento depresivo es un constructo que debe ser operacionalizado, desglosado para su análisis en términos de conductas específicas. En tres canales de respuesta motora, cognitivo-verbal y fisiológicas (Marcia y Méndez, 1997).

Ahora bien, es necesario hacer mención que durante los últimos años se ha estimado que al menos un 12% de la población adulta ha presentado o presentara en un futuro comportamientos depresivos de importancia clínica suficiente como para necesitar atención psicológica (Shuyler y Katz, 1973).

En los últimos quince años, se han publicado cientos de estudios sistemáticos referentes a las bases bilógicas y la farmacoterapia del comportamiento depresivo. Varias publicaciones de la Administración Federal en Estados Unidos, así como del sector privado, sugieren que se han dado una serie de avances definitivos en el conocimiento de la psicobiología del comportamiento depresivo y en el tratamiento de esta conducta problemática mediante la farmacoterapia. Si bien es cierto que se han dado algunos avances en la farmacoterapia del comportamiento depresivo no existe una evidencia de que éste haya disminuido. Es más, la tasa de suicidios, que generalmente se toma como índice de la frecuencia del comportamiento depresivo, no ha disminuido, sino que incluso, ha mostrado un incremento a lo largo de los últimos años.

Un informe del Instituto Nacional de Salud Mental sobre *The Depressive Disorders* (Los Trastornos Depresivos), de Secunda, Katz, Friedman y Schuyler (1973), plantea que el comportamiento depresivo es la causa del 75% del total de hospitalizaciones psiquiátricas y que a lo largo de un año un 15% de los adultos entre 18 y 74 años puede presentar dicho comportamiento.

De esta manera, es de gran importancia elaborar estrategias de prevención y tratamiento del comportamiento depresivo que sean eficientes, más allá de los desarrollos en farmacoterapia. En tal sentido, la terapia psicológica se practica en distinto grado y de diversas maneras en el tratamiento del comportamiento

depresivo, por lo tanto se ha hecho imperativo definir las formas específicas de la terapia y determinar la efectividad que esta tiene, de tal modo que el usuario que presenta comportamiento depresivo pueda saber si este servicio está logrando un resultado satisfactorio en los usuarios, considerando el costo poco asequible para muchos.

Es necesario hacer mención que los fármacos antidepresivos son, en algunos de los casos, más baratos que la terapia psicológica, pero existen usuarios que no responden de manera satisfactoria a este tipo de tratamiento. Estimaciones fiables, basadas en una revisión de estudios sobre la farmacoterapia del comportamiento depresivo, indican que solamente el 60% y 65% de los usuarios muestra una mejoría satisfactoria como resultado del tratamiento farmacológico (Beck, 2008). Ahora bien, partiendo de este dato se deben desarrollar métodos para el restante 35% y 40% de los usuarios que no respondan a la farmacoterapia. Existen muchos usuarios a quienes les puede beneficiar la farmacoterapia, pero muchos otros se niegan a tomar los medicamentos antidepresivos por razones personales o pueden presentar algunos efectos secundarios al tratamiento que los obligan a abandonarlo.

Es posible que a largo plazo, la dependencia excesiva de los fármacos pudiese impedir indirectamente la utilización por parte del usuario de alternativas psicológicas, así como el desarrollo de sus propios recursos para superarla. Existe información que señala que los usuarios que optan por la farmacoterapia muestran una alta probabilidad de que atribuyan sus problemas a un desequilibrio químico y la mejoría a los efectos de los medicamentos (Shapiro y Morris, 1978). Sin embargo, es necesario mencionar que al llevar a la par el tratamiento farmacológico con la terapia psicológica en muchos casos se obtienen mejores resultados de manera satisfactoria en los usuarios.

El hecho de que la tasa de suicidios haya disminuido como producto del uso de antidepresivos y de la resolución temporal de las crisis que lleva al mismo no sugiere que tenga efectos permanentes que inoculen al usuario contra un nuevo intento en el futuro. Por el contrario, la investigación indica que, en las personas con intentos suicidas, existe un punto psicológico central –la

desesperanza, manifiesta en expectativas negativas generalizadas-. Los resultados positivos obtenidos al emplear una alternativa dirigida a modificar directamente a las expectativas negativas generalizadas en los usuarios que presentan comportamiento depresivo indican que la terapia Cognitivo-Conductual puede dar lugar a un rango de “efectos antisuicidas” mayor que el producido con la farmacoterapia (Shuylar y Katz, 1973).

En este sentido, este trabajo propone el uso de la terapia psicológica como principal elemento de tratamiento en contra del comportamiento depresivo ya que a largo plazo puede beneficiar más que la farmacoterapia, pues el usuario puede aprender algo de su propia experiencia psicoterapéutica. Es decir, se puede esperar que los usuarios logren manejar su comportamiento depresivo, lo eliminen o incluso sean capaces de prevenir posibles comportamientos indicadores de depresión.

Por lo tanto, en el presente trabajo se hace una revisión general del desarrollo histórico conceptual del comportamiento depresivo, su abordaje y tratamiento psicológico, así como la propuesta de un Manual para promover la autoayuda.

En el Capítulo 1 se hace una revisión histórica de cómo se desarrolló la relación entre psicología y comportamiento depresivo; así mismo, se define el concepto de psicología y el significado del comportamiento depresivo, se hace mención sobre los factores disposicionales que originan el comportamiento depresivo (biológico, genético, psicosocial y ecológico). En el Capítulo 2 se realiza una breve revisión de los diferentes enfoques que se han encargado de estudiar el comportamiento depresivo -el psicoanalítico, el psiquiátrico, el cognitivo y el cognitivo-conductual-, enfocándonos principalmente en éste último. En el Capítulo 3 se hace una revisión de las técnicas relevantes que existen para una posible estrategia de intervención del comportamiento depresivo; en este mismo se hace hincapié de la técnica de Albert Ellis, Lewinsohn, Seligman y Aaron T. Beck. En el Capítulo 4 se describen las estrategias para tratar la depresión en psicoterapia, haciendo mención de las estrategias tradicionales, cognitivas y cognitivo-conductuales. En el Capítulo 5 se hace una breve revisión de diez casos de usuarios que presentan

comportamiento depresivo, éstos se analizaron con base en: respecto a su problemática, evaluación, diagnóstico, estrategia de intervención y resultados, todo con base en el enfoque Cognitivo-Conductual. Finalmente, en el Capítulo 6 se realiza una propuesta tecnológica de un Manual de autoayuda que pretende dar a conocer a usuarios, que no tienen acceso a la atención psicológica de manera privada o pública, los siguientes elementos: las características del comportamiento depresivo, las disfunciones que originan la depresión, los factores disposicionales del comportamiento depresivo y una estrategia de intervención desde el enfoque Cognitivo-Conductual retomando los principios básicos de propuesta de Aaron T. Beck. Al final del presente trabajo recepcional se exponen las conclusiones a las que se llegaron, enfatizando la importancia de utilizar, en el proceso terapéutico, la estrategia de intervención de Aaron T. Beck; además, se menciona brevemente los casos y sus características en los que se utilizan las estrategias de intervención de Albert Ellis y Aaron T. Beck, concluyendo sobre la importancia y la eficacia que tiene el uso de la estrategia de intervención de éste último en el Manual de autoayuda. Se hace énfasis en la importancia de la elaboración de este tipo de Manuales de autoayuda y proponiendo a su vez líneas de investigación futuras.

CAPÍTULO 1

LA PSICOLOGÍA Y EL COMPORTAMIENTO DEPRESIVO

Aunque la relación entre psicología y depresión es aparentemente fácil de establecer -- la depresión es conducta y emoción, aspectos que se encargan de estudiar las diferentes psicologías-- existen algunos desarrollos dentro de la psicología general que van generando variantes en cuanto a su explicación, diagnóstico y tratamiento; en este sentido, es conveniente hacer un breve recorrido histórico del desarrollo de la psicología y de las relaciones que se van estableciendo con el comportamiento depresivo.

Respecto al significado de la palabra psicología, la Oxford American Dictionary hace referencia a que ésta se entiende como el estudio de “la mente”, de cómo trabaja y sus características mentales. También el American Heritage Dictionary menciona que la psicología es una ciencia que se encarga de los procesos mentales y su comportamiento, de las emociones y las características de un individuo o de un grupo.

Las definiciones abstractas del término psicología, tales como “la ciencia de una actividad mental” o “la ciencia del comportamiento de hombres y animales en su medio”, en realidad no se refieren a las actividades psicológicas y conductuales, ni tampoco permiten distinguir a la psicología como disciplina de otras ciencias biológicas y sociales. En este sentido, es importante plantear que **la psicología es la ciencia que estudia las interacciones del comportamiento de los organismos en relación con el medio ambiente y las consecuencias que de este tipo de interacciones resultan.**

Ahora bien, la psicología desde miles de años atrás era el estudio de lo que antiguamente se conocía como alma, pero ninguna persona ha tocado el alma o la ha visto, como se ha podido comprobar en experimentos que se han realizado, además de que no existe un acuerdo consensuado de ésta, pues en su definición consideran diferentes y variados aspectos sin relación como constitutivos de ella. Sin duda, la posible existencia del alma resulta cuestionable puesto que para poder dar evidencia de su posible existencia se tiene que poder observar. Anteriormente se definía el alma como el principio

vital de animación de una persona, concebido como una entidad no material y que sobrevivía a la muerte (Zea, 1977).

Posteriormente, la noción de alma se modifica y se utiliza el concepto de “mente” como un sinónimo que hace referencia a entidades más concretas del estudio de la psicología. Así, la neurociencia en sus etapas iniciales considero que el alma es en realidad el nombre que se le ha dado al proceso de información de la actividad del cerebro. Las nuevas técnicas de la imaginación para cada pensamiento y emoción han sido atadas a la actividad neural. Cualquier cambio de la estructura y funcionamiento del cerebro ya sea por traumas, drogas, electricidad o cirugía, se supone que cambia la “mente” (Mueller, 1977).

En la evolución de la definición de psicología se van proponiendo diferentes elementos que se estudian, incluso existen en la actualidad teorías que consideran que la “la mente” es su objeto de estudio; aunque siempre enfatizando que la “mente” se encuentra dentro del cerebro (localizacionismo). Algunos elementos o componentes estudiados de la “mente son su naturaleza, el funcionamiento y la actividad mental, tales como la conciencia, la atención, la percepción, la imaginación y la concentración.

Posteriormente, se relaciono la noción de “mente” con el concepto de conciencia. Así, “el estudio de la mente” ha intentado identificar a los procesos de conciencia tal como hacia referencia Freud. La conciencia es la estructura de la personalidad en que los fenómenos psíquicos son plenamente percibidos y comprendidos por la persona como son: darse cuenta del ambiente que le rodea al ser humano, de la existencia, de las sensaciones, los pensamientos y darse cuenta de los demás (Marx y Hillix, 1978).

Respecto a los fenómenos psíquicos, se dice que estos son los diversos estados, hechos o acontecimientos que tienen lugar en nuestro yo. Los fenómenos psíquicos no están aislados si no por lo contrario se presentan interrelacionados en un todo, en una estructura y sólo adquieren sentido cuando se les interpreta en función de esta estructura. Cuando los fenómenos

psíquicos se alteran en su equilibrio entonces se dice que ocurren alteraciones en la estructura psíquica; en este caso, la depresión ocurre, como ya se menciono previamente, por la perdida objetal introyectado por el individuo –es decir, por la perdida significativa de personas u objetos que son parte de la realidad del individuo. Sin embargo, no siempre se consideró al psicoanálisis como fundamental para la explicación del comportamiento humano, incluso a este modelo teóricos se le criticó debido a que utilizaba al introspeccionismo como parte de su método de estudio y tratamiento; no sólo para la depresión, sino también relacionado con problemas de ansiedad y neurosis en general.

Considerando el método introspectivo, se crearon un conjunto de psicologías que utilizaban dicho método, llamándosele psicología introspectiva con gran sustento en los principios del estructuralismo o existencialismo (Marx y Hillix, 1978).

El objeto de estudio de la psicología era la experiencia inmediata por oposición de la experiencia mediata. Para Wundt, la experiencia mediata era la experiencia utilizada como medio para conocer algo distinto de la experiencia misma. Es decir, es el modo usual que utilizamos a la experiencia para adquirir conocimientos sobre el mundo; por ejemplo, se dice “la hoja es verde” o “la mesa es café”, de esta manera está implicado que el interés primario esta en la hoja y en la mesa, no en el hecho de que se este teniendo la experiencia con lo verde y lo café.

Wundt creía que la “mente” y el cuerpo eran sistemas paralelos, pero no interactúantes. De este modo la “mente” no dependía del cuerpo y podía estudiársela directamente con provecho. Sin embargo, Wundt no pensaba que introspección fuera la única fuente del conocimiento psicológico.

Ahora bien, Wundt concebía el problema de la psicología experimental bajo tres aspectos importantes: descomponer los procesos consientes en sus elementos, descubrir cómo están conectados y determinar las leyes de su conexión (Marx y Hillix, 1978).

Cabe señalar que se definía la conciencia como la suma total de las experiencias de una persona, tal como están en un momento dado. De este modo se entendía la “mente” como la suma total de las experiencias de una persona, consideradas como algo dependiente de la persona desde su nacimiento hasta su muerte.

Por otra parte, el funcionalismo fue el primer fundamento del sistema norteamericano de psicología. Su desarrollo comenzó con William James. La fuerza original del funcionalismo provino en parte de su oposición al estructuralismo (Marx y Hillix, 1978).

Con base en Marx y Hillix (1978), el funcionalismo se interesa de una manera característica en la función de adaptación al medio que tiene la conducta y la conciencia del organismo. También se interesa por las relaciones funcionales o de dependencia entre antecedentes y consecuentes; aquí, se comienza a emplear el término “función”. La psicología norteamericana, influida por la teoría de la evolución y por el espíritu práctico, se ha interesado en la utilidad de la conciencia y de la conducta, por ello se le nombra “funcional”.

Se pensaba que la psicología debía estudiar las condiciones de conciencia. Afirmaba que los procesos sensoriales tenderían a expresarse en procesos motores, a menos que algo los inhibiera; en consecuencia, es de suponer que una idea, a menos que otras la inhiban, conducirá más o menos directamente la acción. La psicología funcionalista es hija de la teoría de la evolución y su foco central consistiría en la adaptación del organismo a su medio.

Posteriormente, surge el sistema de la psicología objetiva, creada por John B. Watson y que el mismo bautizó con el nombre de “conductismo”. El interés fundamental de la posición de Watson reside en dos posturas, una positiva y otra negativa. Con respecto al aspecto positivo, propuso una psicología completamente objetiva. Quería aplicar las técnicas y métodos de estudio de la fisiología rusa y los principios de la psicología animal a los seres humanos. Esta postura del conductismo ha recibido el nombre de conductismo metodológico o empírico. El principal punto de vista metodológico de Watson es la insistencia sobre la primacía de la conducta como fuente de datos

psicológicos. De esta manera se puede distinguir dos aspectos en el conductismo de Watson. En primer lugar, el conductismo metafísico por el cual sostenía que la “mente” no existe y que toda actividad humana, incluyendo pensamientos y emociones, se pueden explicar a través de movimientos musculares o secreciones glandulares. Por otra parte, Watson negaba el papel de la herencia como determinante del comportamiento ya que consideraba que la conducta se adquiere casi exclusivamente mediante el aprendizaje.

Para Watson la psicología era “la parte de la ciencia natural cuyo objeto de estudio es la conducta humana, las acciones y verbalizaciones aprendidas, de las personas”. Para él no era necesario mencionar la vida psíquica o la conciencia, estos eran puros “supuestos”. Watson mencionaba que la verbalización era un tipo de conducta. El conductismo de Watson tenía dos objetivos específicos: predecir la respuesta, conociendo el estímulo, predecir el estímulo, conociendo la respuesta.

Watson formuló sus supuestos de una manera directa y cuidadosa, aunque no necesariamente bajo la forma de postulados, los principales son los siguientes:

- 1) La conducta se compone de elementos de respuesta, y puede ser analizada con éxito mediante los métodos objetivos de la ciencia natural.
- 2) La conducta se compone por entero de secreciones glandulares y movimientos musculares, por lo cual es en última instancia reductible a procesos físico-químicos.
- 3) Ante todo estímulo efectivo hay una respuesta inmediata de algún tipo; toda respuesta obedece a algún tipo de estímulo. Hay entonces un estricto determinismo de causa y efecto en la conducta.
- 4) Los procesos de la conciencia, si es que existen, no pueden ser estudiados científicamente. Los conocimientos de la conciencia representan tendencias sobrenaturales, es un dato que constituye fases teológicas precientíficas de la psicología por lo tanto es necesario ignorarlos.

Este enfoque estaba muy influido por las investigaciones pioneras de los fisiólogos rusos Iván Pávlov y Vladimir M. Bekhterev sobre el condicionamiento

animal. Pavlov, consideraba que los actos de la vida no eran más que reflejos (Milleson, 1967).

Aunque actualmente el conductismo no se limita al estudio de fenómenos observables sino que también incluye sucesos internos (pensamientos, imágenes), se mantiene el criterio de relacionar los postulados teóricos con la conducta manifiesta mediante un enfoque experimental.

La influencia del conductismo watsoniano es la objetivación de la psicología, tanto en sus aspectos metodológicos como terminológicos, por lo tanto el conductismo metodológico ha sido bien incorporado a la psicología.

En la segunda Guerra Mundial se manifestó con más intensidad la terapia del comportamiento, desarrollándose de esta manera lo que se conoce como "neconductismo" Esta nueva orientación conductista difería en cierto grado de sus antecesores pero, al mismo tiempo, tomaron muchos elementos de teóricos del aprendizaje como Pavlov y Thorndike (Aguado, 1983).

Posteriormente se desarrolló en Estados Unidos el "condicionamiento operante", como resultado de los trabajos realizados por B. F. Skinner. Este enfoque es semejante al de Watson, según el cual la psicología debe ser el estudio del comportamiento observable de los individuos en interacción con el medio que les rodea. Skinner, sin embargo no tenía las mismas ideas que Watson respecto a los fenómenos internos, como los sentimientos, éstos debían excluirse del estudio, sosteniendo que debían estudiarse por los métodos científicos habituales y dando más importancia a los experimentos controlados, tanto con animales como con seres humanos. Skinner se basó principalmente en investigaciones con animales, centradas en el aprendizaje (condicionamiento operante o instrumental) que ocurre como consecuencia de un estímulo provocado por la conducta del individuo.

Ahora bien, a lo largo de los años surgen en distintos lugares del mundo corrientes de pensamiento que impulsaron el desarrollo de la aplicación de la teoría del aprendizaje a la comprensión y tratamiento de la conducta. Una de ellas es la de Joseph Wolpe que trabajaba con el modelo del "condicionamiento clásico" o Pavloviano. Wolpe demostró cómo podía desaprenderse o inhibirse la ansiedad condicionada (Montserrat, 1979).

Así mismo, se desarrolla el "aprendizaje imitativo u observacional" que estudia bajo qué condiciones se adquieren, o desaparecen, comportamientos mediante el proceso de imitación. Esto fue introducido por Bandura y Walters quienes describen un modelo de aprendizaje que tiene una base "mediacional": el individuo aparece como un intermediario activo entre el estímulo y la respuesta.

La orientación mediacional adquiere gran relevancia en el desarrollo de corrientes cognitivas ya que varios autores comienzan a trabajar aplicando la metodología conductista a los procesos psicológicos. Los trabajos pioneros en esta línea corresponden a Albert Ellis, que desarrolló una forma de psicoterapia llamada "Terapia Racional Emotiva" (TRE). Más adelante fue complementado y ampliado por varios autores como Aaron Beck quien propuso un modelo psicopatológico de base cognitiva y una "terapia cognitivo-conductual de las depresiones"; Martin Seligman que trabajó sobre el fenómeno depresivo y propuso el modelo de la "desesperanza aprendida"; Donald Meichenbaum que desarrolló un procedimiento conocido como "entrenamiento autoinstruccional" entre otros.

1.1. Historia del comportamiento depresivo.

La historia de la depresión tiene sus inicios con los hipocráticos de los siglos V y VI a. C. ellos le daban un significado a la depresión desde la noción de melancolía. En aquellos tiempos se le daba a la melancolía un significado a la aversión a la comida, la desesperación, insomnio, irritabilidad, intranquilidad y

tristeza en las personas. Cabe señalar que posteriormente estos síntomas fueron ligados al concepto de tristeza y miedo.

Ahora bien, Rufo de Efeso, a comienzos de siglo II d. C, con la ayuda de Galeno hacen referencia de que la melancolía era una forma de locura crónica, en donde comúnmente el usuario se mostraba temeroso, triste, cansado de la vida y a menudo tenía ideas delirantes. También se relacionaban ideas suicidas y el riesgo de suicidio, aunque este tipo de ideas se mostraban menos constante. Estos personajes también hacían mención sobre padecimientos gastrointestinales, como el estreñimiento, que acompañaba el síntoma de melancolía.

Durante el siglo XVI se mencionaba acerca del delirio, que podría estar presentando la melancolía, también referido por Rufo de Efeso. Es decir, este personaje hacía hincapié sobre tres tipos de melancolía: la melancolía flatulenta, la melancolía gaseosa y la melancolía hipocondría. Jackson (1986) menciona que Thomas Willis y Sydenham denominan el síntoma de melancolía clásica determinándolo como hipocondría. Sin embargo, la hipocondría se concibe como un problema claramente distinto a la melancolía, aunque tenía cierta relación con la melancolía y la manía.

Otro factor que se considero importante incluir en el concepto de melancolía es la concepción amorosa, la cual influía de manera significativa en la percepción social de las personas. Para ello, Wack (1990) menciona que Galeno distinguía el estado de aflicción amorosa, debido a un estado de desconsuelo, esto provocado por la “bilis negra”; de esta manera, se le daba a este estado emocional (desconsuelo) una interpretación de amor patológico como una operación del alma (función del equilibrio humoral). Galeno no especifica cual es el mecanismo concreto de la alteración humoral o somática responsable del amor.

La explicación de la melancolía giraba en torno de una explicación de orden humoral, es decir se consideraba que tenía un papel importante en la formación de la “melancolía”, se hacía cierta referencia sobre el exceso de “bilis negra”

que podía estar proviniendo de las decepciones en el amor. Tan solo se trataba de una enfermedad fría y seca ya que la “bilis negra” presentaba cierta frialdad y sequedad. En el caso de la melancolía hipocondríaca intervenía un variante en la cual la “bilis negra” se acumulaba en la región de los hipocondrios y allí producía ciertos vapores que “subían” al cerebro donde esto provocaría melancolía.

Por otro lado, la melancolía religiosa o delirante comienza describirse desde la época del Barroco. Durante este periodo existían una serie de trastornos de diversa naturaleza, no todos eran de índole depresivo, pero al parecer sí tenían una cierta relación con la melancolía, como mencionaban los griegos.

A partir del siglo XIX va desapareciendo poco a poco la idea de que la melancolía es como una forma de perturbación depresiva grave. Durante este siglo se describe como un delirio que puede o no empeorar y convertirse en una melancolía delirante. Dentro de este mismo siglo se le empieza a dar una importancia al pensamiento y se le vincula con los estados emocionales; es decir, si existía una reacción emocional en ésta se encontraba inmiscuido el pensamiento.

Jackson (1986) vincula de nuevo el concepto de manía y el de melancolía, señalando a la infamia maniaco-depresiva y haciendo alusión de dos triadas de síntomas nucleares en cada extremo. Menciona que para la manía la triada fundamental la constituían la fuga de ideas, la exaltación y la hiperactividad, mientras que nuevamente para la melancolía la triada que caracterizaba este tipo de padecimiento era la inhibición del pensamiento, la depresión de los sentimientos y la inhibición psicomotriz. Como se puede notar, durante este periodo ya se hace hincapié sobre la importancia que tiene el pensamiento. Aquí se incluye otro concepto “la inhibición psicomotriz”.

Jackson (1986) también hace referencia que, durante ese mismo periodo, Tomas Willis desde la yatroquímica describe una nueva constitución del ser humano basada en principios diferentes. Tal constitución se basa en cinco principios básicos, tres de ellos activos (espíritu, sulfuro y sal) y dos pasivos (la

tierra y el agua); todos estos principios básicos interactuaban entre si de tal manera que el liquido nervioso, que no era si no el vehiculo de los espíritus animales, se transformaba en ácido y corrosivo. Este liquido producía una fermentación y explica los cambios funcionales que ocurren en los trastornos patológicos. La circulación se basa en la sangre, que tiende a acumularse en zona precordial y a reducirse en la cabeza y extremidades. La parte más vital del alma se limita en sus funciones y la parte “animal” se debilita, todo lo cual produce tristeza y de manera consecuente compresión o estrechamiento de las partes que tiemblan, de ahí que se explique el miedo.

Después de las explicaciones que se daban desde la yatroquímica, surge otra teoría que trata también de dar sus aportaciones acerca de este tipo de padecimiento, la cual es la teoría de la yatomecánica, ésta se encargo de explicar la fisiología y la patología como derivada de los fenómenos físicos resultantes del movimiento y de la interacción de las partículas. En este periodo, a partir del comienzo del siglo XVIII, se desarrollan los sistemas médicos en los que la hipodronámica de las partículas y las fuerzas de atracción jugaban un papel importante. Se consideró que la patogenia de las enfermedades implicaba una cierta alteración del flujo de los sistemas circulatorios (sangre, linfa, fluidos nerviosos), de esta manera se trataba de dar una explicación cercana a los desordenes mentales ya que a partir de un cierto enlentecimiento de la circulación de la sangre en el cerebro se produce una falta de vitalidad del fluido nervioso y esto traía como consecuencia un enlentecimiento motor y tristeza visible en la persona. Este tipo de teorías empiezan a abrir paso a las teorías neurocéntricas, basadas en movimientos irregulares de un fluido nervioso. Éste se orientaba a la naturaleza eléctrica. Jackson (1986) menciona que Cull explicaba que el fluido nervioso, de naturaleza eléctrica, era responsable de la patogenia a través de un exceso o defecto de energía del cerebro y de la movilidad de dicho fluido. De esta manera, el efecto que tiene este fluido nervioso en la persona melancólica es agotar la energía del cerebro, de forma que si después presenta alguna excitación ésta seria más que nada residual.

A partir del siglo XIX cada vez se ve más marcada la interpretación de los desordenes nerviosos es decir; se da importancia al aparato nervioso como la piedra angular de padecimientos como la melancolía y otros desordenes del mismo tipo. También, se hace hincapié en que ciertos desordenes se debían a interrupciones o perturbaciones del proceso de nutrición, estimulación y reposo del cerebro. La hiperemia cerebral o congestión de los vasos cerebrales conduciría a formas de insania con excitación, mientras que la anemia cerebral, o las deficiencias de las capacidades nutritivas de los aportes sanguíneos, conducían a un estado de melancolía por decadencia de las células nerviosas.

Como se puede observar, las explicaciones que se han dado en los párrafos anteriores se basan principalmente en la idea de la presencia o ausencia de una energía nerviosa. Por otro lado, Jackson (1866) destaca gran parte de las ideas del origen de la melancolía basándose en una combinación de factores hereditarios predisponentes, anemias cerebrales, irritaciones, deficiencias nutricionales cerebrales o un agotamiento de la energía nerviosa, proponiendo diversas funciones nerviosas defectuosas y esquemas de las diversas deficiencias en las células nerviosas.

A finales del siglo XVIII, respecto a la melancolía, se empiezan hacer ciertas consideraciones de la vida mental relacionada con el intelecto. Si la melancolía era un padecimiento parcial, la lesión fundamental afectaba a las emociones y sólo secundariamente al intelecto.

Gastó (1860) empezó hacer una distinción sobre las melancolías como un delirio sobre un objeto sin un furor por lo anterior se entendía que era “maniaco no delirante” también existían episodios de furia en donde existían una supresión del pensamiento y un idiotismo, es decir la melancolía se relacionaba con la manía.

Ávila (1860) señala que en vez del término “manía” se empieza a utilizar el de psiconeurosis. Es necesario remontarnos un poco con Sigmund Freud y su discípulo Karl Abraham los cuales fueron uno de los primeros en articular un

modelo psicológico para intentar comprender y explicar los fenómenos depresivos.

Ávila (1990) menciona que Freud se encargó de analizar un poco más a fondo acerca del significado que tenía la palabra melancolía en la depresión. Dicho significado era atribuido a la sexualidad y el erotismo. Posteriormente Sigmund Freud empieza a clasificar a este padecimiento de depresión dentro de las patologías de la neurosis. Cabe señalar que este autor también hace mención de Karl Abraham, el cual se encargó de interpretar esta clasificación que Freud le da a la depresión en la psiconeurosis, pero enfatizó que es debido a una represión de la libido: "instintos reprimidos". Karl Abraham insistía sobre la semejanza entre individuos deprimidos y obsesivos, fundada en la profunda ambivalencia que se da en ambos hacia los demás; la búsqueda de amor quedaba bloqueada por fuertes sentimientos de odio, que a su vez estaban reprimidos debido a la incapacidad del individuo para reconocer su extrema hostilidad, la cual vendría seguida de una posterior proyección: "las personas no me aman, me odian". En esta formulación, la culpa masiva se debería a los deseos destructivos existentes que permanecen inconscientes, por ello el sujeto coloca el goce en los autorreproches.

Sin embargo, Sigmund Freud sugería que los estados melancólicos eran similares al duelo o aflicción, condiciones subsidiarias de un cambio interno (inconsciente) por la pérdida real o imaginaria de un objeto deseado. Este autor concebía los estados de aflicción emergentes a partir de los sentimientos primitivos que se generaban en los primeros años de vida de la persona, es decir la infancia, incluso antes de nacer (vientre materno).

Por otro lado, George Miller (1969; en Gastó, 1990) empieza a mencionar el concepto de neurastenia (fatiga nerviosa) para poder describir un estado crónico que afecta al sistema nervioso; es decir, se acumula un conjunto de síntomas y signos somáticos y emocionales menores como cierta irritabilidad, mal humor, mareos, insomnio, temores etc. Este autor no se encuentra muy lejos de la idea que planteaba Sigmund Freud, ya que se vuelve a mencionar el

concepto de “neuro” que se relaciona con una neurosis, mientras que “astenia” se encuentra relacionada con una fatiga.

Gastó (1990) menciona que a comienzos del siglo XX Kraepelin (1899) empieza a clasificar la “melancolía” con tres criterios: el psicopatológico, el clínico-descriptivo y el pronóstico. De los tres, la principal aportación fue el pronóstico, ya que según este personaje las melancolías y manías se caracterizaban por padecer estados de excitación y estados de inhibición. Se empieza a ser uso de términos como la disposición a la depresión y una disposición a la manía.

Más adelante, Pichot (1996) explicó las patologías mentales en tres distintos niveles: el orgánico (el más basal), el esquizofrénico (intermedio) y el afectivo (el más superficial). La presencia de al menos alguno de los síntomas ya determinaba un diagnóstico, es decir si una persona tenía características maniaco o depresivas pero presentaba a su vez algún signo ya se le etiquetaba como esquizofrénico. Este tipo de clasificación es psiquiátrica, ya que el hecho de clasificar la depresión desde la esquizofrenia es característica clásica de este enfoque, por lo que se puede mencionar que dentro de la historia de la depresión se encuentra el enfoque psiquiátrico; este fue uno de los primeros enfoques que se encargaron de realizar aportaciones, así como estudios acerca de este padecimiento.

Cabe señalar que, desde la perspectiva psiquiátrica, la historia de la depresión se divide en dos postulados: la existencia de trastornos mentales y la posibilidad de describirlos. Con respecto a la existencia de trastornos mentales, se incluye una definición del universo o dominio a clasificar, ligando a los conceptos de salud y enfermedad, normalidad y patología; es decir, desde este punto de vista, se puede considerar la depresión como un concepto puramente de enfermedad y de una patología en las personas que pueden estarla padeciendo. La capacidad de clasificar juega un papel importante, ya que da la pauta para poder pronosticar el tipo de tratamiento que se puede llevar a cabo.

La depresión era relacionada en gran parte con la melancolía. También se parte de un supuesto: que existen muchos tipos de depresiones. Pero en lo que más se hace hincapié es que hay un cierto continuo en las características diagnósticas de la melancolía y la depresión.

Las grandes aportaciones de siglos anteriores pudieron dar un cierto “significado” de la depresión y de cuales eran los síntomas que la acompañan. Esto abrió las puertas para la investigación de futuros autores que se interesaron en seguir estudiando el problema del comportamiento depresivo.

1.2. El significado del comportamiento depresivo.

A lo largo de la historia se han dado diferentes definiciones respecto a que es la depresión, lo cual da cuenta que dentro del mismo campo existen diversas posturas respecto aun mismo fenómeno o hecho, dificultando llegar al concepto genérico de la misma.

De acuerdo con Salinas (1998), la depresión, dependiendo de la orientación teórica, puede significar un síntoma, un síndrome, o una entidad nosológica. Por ejemplo, un síntoma podría ser que una persona tenga un estado de ánimo deprimido o poca energía, siendo estos algunos de los indicadores de un síndrome o un trastorno, el cual es mucho más complejo y ésta acompañado de otros síntomas o manifestaciones.

En cuanto al uso de la depresión como una entidad nosológica, es decir como etiqueta de un síndrome o conjunto de síntomas relacionados entre si, podemos encontrar dos ejemplos, como son las tipificaciones que se encuentran en los sistemas de clasificación y diagnósticos de enfermedades y trastornos, desarrollados por las Organizaciones e Instituciones como la OMS que brinda la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) o el DSM

IV, en donde se hace una codificación de acuerdo a criterios como son la duración, severidad, los síntomas, las causas y la etapa del desarrollo.

Es necesario señalar que existen una gran variedad de definiciones, surgidas desde distintos marcos teóricos y disciplinas, por lo que es fundamental mencionar que según se conceptualice el trastorno será la manera en como se aborde y solucione el problema.

Entre diversas definiciones se encuentra la del DMS-IV, el termino depresión es considerado dentro de los trastornos del estado de ánimo de la misma manera que se considera la depresión una forma de trastorno anímico o afectivo, con lo cual se refiere a un cambio severo en el estado de animo, cuestión que esta implicada en la mayoría de las definiciones.

Aunque existen múltiples interpretaciones acerca de las causas de la depresión, hay un acuerdo unánime al considerarla como un rasgo universal de la condición humana, que va desde la tristeza pasajera, que puede apoderarse de cada uno de nosotros, hasta un severo acceso de melancolía. Robert y Lamontagne (1977) consideran que la depresión es "un estado de tristeza patológica, acompañada de una marcada disminución del sentimiento de valor personal y de una dolorosa consecuencia en la disminución de la actividad mental, psicomotriz y orgánica". Concuerdan en que **los síntomas son diversos y entre los principales se incluyen: llanto, cara de tristeza, pérdida de la estima de uno mismo, autoacusación, autocastigo, hipocondría, disminución del campo de conciencia, dificultades de concentración, pérdida de interés, escasez de conversación, pérdida de apetito, dolores diversos, etcétera.**

Ahora bien, desde una aproximación Cognitivo-Conductual, Katz (1979; citado por Navarro, 2001) refiere que la depresión es una construcción hipotética que se utiliza para distinguir una serie de alteraciones cognoscitivas-conductuales durante las cuales el individuo ya no tiene acceso a los reforzamientos sociales o quizás estos han dejado de ser contingentes a sus respuestas o pierden efectividad. Dichas alteraciones van acompañadas por pensamientos

automáticos depresivos, trastornos corporales y por la sensación de falta de energía y de pérdida del control sobre las situaciones; todo tiene por resultado final la disociación de las funciones cerebrales y la ausencia de comportamientos orientados a logros.

A partir de lo anterior, se puede **considerar que la depresión es una construcción hipotética, ya que designa algo que no puede ser observado de manera directa, pero se da por hecho su existencia a partir de inferencias experimentales y clínicas, con lo que se trata de dar cuenta de formas de interacción diferentes en un individuo consigo mismo y con el medio ambiente que lo rodea, afectando de manera consecuente su desempeño cotidiano.**

1.3. Factores disposicionales del comportamiento depresivo.

Los factores disposicionales del comportamiento depresivo pueden dividirse en:

- ✓ Biológico
- ✓ Genético
- ✓ Psicosociales
- ✓ Ecológicos

Este tipo de división no es muy confiable ya que existe la posibilidad de que todos los factores antes expuestos interactúen entre sí. Calderón (1999) hace referencia que los factores disposicionales biológicos-genéticos tienen mayor importancia en las depresiones con psicóticos, mientras que los factores disposicionales psicosociales la tiene en las depresiones neuróticas y, por último, los factores disposicionales ecológicos en las depresiones simples.

Ahora bien, con respecto a los factores disposicionales biológicos, se puede hacer referencia a que los mismos son incidentes en la patogenia de un cuadro depresivo, se refieren a alteraciones de las aminas piógenas como la serotonina y la noradrenalina que son los dos neurotransmisores más implicados en la fisiopatología de los trastornos de estado de ánimo (López

Vargas y Villamil, 2004). Durante el año de 1959 se empezaron a postular las primeras hipótesis acerca de la importancia de las catecolaminas y de la serotonina en la etiología bioquímica de la depresión. Más tarde, se menciona que un cierto tipo de medicamento con efecto antidepressivo puede ejercer su acción clínica aumentando una u otra amina en receptores cerebrales específicos, en tanto que los medicamentos que producen depresión clínica o que son efectivos en estados maníacos posiblemente causen este efecto disminuyendo la concentración de aminas biógenas en ciertos receptores cerebrales.

El enfoque psiquiátrico cobra importancia porque menciona que el comportamiento depresivo es una enfermedad biológicamente determinada; consideración que ha influido en la percepción popular de que es una enfermedad. La explicación que comúnmente se ofrece desde el enfoque psiquiátrico es que la depresión es un desequilibrio del cerebro en el que participan dos neurotransmisores: la serotonina y norepinefrina. Ferro (2001) hace referencia que una situación pasajera no puede resolverse “echándole ganas”, sino que se requiere de un tratamiento farmacológico que pueda ayudar a la persona a recobrar el equilibrio en el funcionamiento de los neurotransmisores. Es por ello que dentro de los factores disposicionales se le da importancia a los factores disposicionales biológicos como un factor que puede estar generando el comportamiento depresivo.

Con respecto a las causas genéticas, se puede mencionar que estas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas. Esta causa nos indica que algunas personas pueden ser portadoras de una vulnerabilidad específica a las psicosis maniaco-depresivas. Algunos trabajos de investigación han tratado de demostrar que la tendencia a presentar uno de los cuadros anteriores mencionados aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona enferma. Dentro de esta explicación reside una premisa general con respecto a que la enfermedad puede ser transmitida por vía de un gen dominante. Los datos que se han obtenido en las investigaciones disponibles hasta hoy indican, al menos aparentemente, que no sólo existe la posibilidad de heredar

la depresión, sino también la forma de respuesta al tratamiento (Figuroa, 2002).

Estudios recientes han encontrado que si dentro del primer núcleo familiar (los padres, hijos y hermanos) existe algún miembro de la familia que padezca algún tipo de trastorno depresivo, se tiene entonces alrededor de tres veces más de probabilidad de presentar comportamiento depresivo en comparación con la población en general. Los estudios sobre miembros de una misma familia con depresión por si mismos no pueden establecer el nivel de riesgo proviene de factores disposicionales genéticos y el nivel de riesgo derivado del ambiente familiar compartido. A pesar de la dificultad para establecer criterios cuantitativos, la herabilidad de la depresión mayor ha sido estimada entre 31 a 42%, aunque puede ser mayor en algunos subtipos de depresión (Silva, 2002).

La evidencia, si bien es cierto limitada, sugiere que los factores disposicionales genéticos influyen parcialmente en el riesgo total de enfermar así como también sobre la sensibilidad de los individuos a los afectos depresógenos en un ambiente adverso.

Ahora bien, los factores disposicionales psicosociales no son otra cosa si no los estados afectivos resultantes de una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo para la especie humana; por medio de estos se han desarrollado los sistemas psicobiológicos, que a través de los siglos se han heredado de nuestros antepasados. Estos sistemas nos permiten resistir con una fuerza biológica cualquier intento de destrucción de nuestras emociones y lazos afectivos, reaccionando generalmente con manifestaciones físicas y psicológicas de angustia. Cabe señalar que un indicador de la fuerza de estos lazos es la reacción de duelo que se presenta en los seres humanos cuando alguno de ellos se destruye.

Finalmente, estos factores disposicionales tienen su historia desde que el hombre ha modificado su hábitat, sometiendo gradualmente a la naturaleza en la búsqueda continua de satisfacciones. No obstante, durante el último siglo la

humanidad ha alcanzado un grado de desarrollo científico y tecnológico que supero con mucho lo logrado en miles de años. Este desarrollo no ha sido de manera gratuita por lo que el ser humano como especie ha tenido que “pagar” el precio por lo beneficios obtenidos: el deterioro ambiental. La contaminación debe ser un tema fundamental ya que en la medida en que el hombre deteriore su medio ambiente, disminuye la calidad de vida.

Para poder enfatizar un poco más en los problemas que enfrenta el ser humano, es necesario mencionar el problema de la contaminación atmosférica: esto se debe a la combustión de motores vehiculares, industriales y la quema de desechos, lo cual ha traído como consecuencia la mala calidad del aire inhalado y el deterioro consecuente de la salud (vías respiratorias principalmente). Con respecto a los problemas de tránsito, estos se dan por el exceso de vehículos y la falta de estacionamientos, lo cual trae como consecuencia mayor número de accidentes, pérdida económica y la disminución de las horas de descanso. Otro problema es el ruido excesivo a causa de los auto-transportes, aviones, fabricas y equipos de sonido que trae como consecuencia insomnio, fatiga física e intelectual, irratibilidad, aumento de la frecuencia cardiaca y de la tensión arterial (Calderón, 1999). Lo expuesto anteriormente provoca la manifestación y el mantenimiento del comportamiento depresivo en las personas. Ya que si las personas se encuentran sometidos a estos factores disposicionales la mayor parte del tiempo, puede provocar y mantener el comportamiento depresivo.

CAPÍTULO 2

ENFOQUES QUE HAN TRATADO EL COMPORTAMIENTO DEPRESIVO.

2. 1. Enfoque Psicoanalítico.

Un enfoque encargado de estudiar la depresión es el psicoanalítico. Ávila (1990) hace referencia a Sigmund Freud y a su discípulo Karl Abraham, los cuales fueron los primeros en articular un modelo psicológico para intentar comprender y explicar los fenómenos depresivos. Este autor menciona que Freud se encargó de analizar un poco más a fondo acerca del significado que tenía la palabra melancolía en la depresión. Dicho significado era atribuido a la sexualidad y el erotismo. Posteriormente, Freud empieza a clasificar a este padecimiento de depresión dentro de las patologías de la neurosis. Cabe señalar que este autor también hace mención de Karl Abraham, el cual se encargó de interpretar esta clasificación que Freud le da a la depresión en la psiconeurosis, le atribuye una depresión de la libido “instintos reprimidos”.

Karl Abraham (1920; citado por Ávila, 1990) insistía sobre la semejanza entre individuos deprimidos y obsesivos, fundada en la profunda ambivalencia que se da en ambos hacia los demás; la búsqueda de amor quedaba bloqueada por fuertes sentimientos de odio, que a su vez estaban reprimidos debido a la incapacidad del individuo para reconocer su externa hostilidad, la cual vendría seguida de una posterior proyección: “las personas no me aman, me odian”. En esta formulación la culpa masiva se debería a los deseos destructivos existentes que permanecen inconscientes por ello el sujeto coloca el goce en los autoreproches. Este mismo autor hace mención sobre el concepto de manía la cual según él es la manifestación clara y manifiesta de lo que estuvo reprimido durante la fase depresiva. La explosión de “amor” y “odio” que se observa en la fase maniaca es interpretada por Karl Abraham como una vuelta al periodo de la fantasía previo a la instalación de la represión emocional.

En el depresivo surge la ambivalencia frente al objeto a partir de la reiteración de esta situación infantil, en la que en principio se desea aquello que se ama y posteriormente se prefiere destruir al objeto amado antes que perderlo.

Tanto en la depresión como en el duelo, hay una pérdida del interés por el mundo circundante, una inhibición que puede recaer en cualquiera de las funciones del sujeto, ocasionando por ejemplo insomnio y anorexia. Pero este cuadro clínico no es la manera en que se presenta más frecuentemente la depresión. En medicina se conoce como “depresión enmascarada” aquella que contiene múltiples síntomas somáticos, para los que no se encuentra etiología orgánica, y que mejoran con el tratamiento de la depresión. La diferencia más significativa entre el duelo y la depresión son los supuestos autorreproches que se dirige el deprimido y que nunca escucha dirigirse a una persona en duelo. En realidad, los reproches que se hace parecen no corresponder a su persona y es observable en todos los casos que están que están destinados al objeto perdido. La depresión no sabe lo que con ello ha perdido. Para abandonar al objeto, se identifica con él, lo incorpora a su yo. Se dice que el objeto ha caído como una sombra sobre el yo. Se trata de una identificación de carácter narcisista, única manera de explicar que la libido tan ligada al objeto, pueda tan fácilmente retrotraerse al yo, es decir, que la elección de objeto ya se realizó bajo una forma narcisista: el objeto amado es lo que el sujeto fue, lo que es, lo que desearía ser. Podemos decir que el yo, después de esta identificación, es el objeto perdido.

Como se puede notar en lo expuesto anteriormente, se hace mención de la importancia de la infancia de la persona para poder identificar el porqué y poder dar una solución al problema de depresión de la persona. Para este enfoque, en la primera infancia se da la pérdida de un objeto, seguridad y bienestar ofrecidos por la madre, durante la edad preescolar se va a dar una desadaptación por parte de los padres, pérdida de actividades gratificantes (incapacitantes), durante la etapa de la pubertad se va a manifestar la incapacidad para cumplir el ideal del padre y tolerar amenazas al vínculo con los padres y en la adolescencia se da la incapacidad para cumplir el ideal del padre internalizado y separarse de la familia. Todos estos factores que se han mencionado pueden influir en la formulación de una depresión desde este enfoque.

El tratamiento que el enfoque psicoanalítico le da a la depresión es preguntarle al paciente sobre su infancia porque, como ya se expuso con anterioridad, este es un punto importante en el cual se va a basar todo el análisis. El analista puede utilizar la técnica de hipnosis, la cual consiste en el “apalabramiento” para poder someter a la persona a un estado donde se puedan mencionar cosas que conscientemente no recuerda. Este tipo de intervención puede durar años a comparación de otro tipo de intervenciones, ya que el enfoque psicoanalítico se encarga de reconstruir toda la personalidad del individuo, por ello que su intervención puede durar años.

2.2. Enfoque Psiquiátrico.

Ahora bien el enfoque psiquiátrico aborda el padecimiento de la depresión a través del depuramiento de aspectos neurológicos, neuroendocrinos, más las variables sociales y psicológicas del individuo, éstas hacen que la depresión no sólo sea una identidad psiquiátrica sino un síntoma de enfermedades somáticas o la manifestación de los factores sociales que afectan al individuo (Ávila, 1990).

Con base al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IVTR) se hace referencia que los trastornos depresivos se definen como la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representa un cambio con respecto a la actividad previa del individuo. Uno de los síntomas debe ser el estado de ánimo depresivo, o pérdida en interés o de la capacidad para el placer.

Por el otro lado, la mayoría de los estudios epidemiológicos han detectado tasas de comorbidad muy elevadas en el aspecto de la relación de la ansiedad con la depresión. La comorbidad no implica causalidad, por lo cual debe determinarse si cuando coexiste un trastorno depresivo y un trastorno de ansiedad estos son entidades completamente independientes o son el producto de una relación.

Como base se debe acompañar de por lo menos cuatro de los siguientes síntomas: pérdida o aumento importante de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o lentitud psicomotora, fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva inapropiada (pueden llegar a ser delirantes) autorreproches por el padecer alguna enfermedad, disminución de capacidad para pensar, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin plan específico o un tentativa de suicidio.

Para ello el enfoque psiquiátrico hace hincapié de los siguientes aspectos:

- ✓ Las personas que padecen ansiedad y depresión que no cumplen con lo criterios actuales. Corresponde a un trastorno mixto de ansiedad de depresión de la CIE 10, muy frecuente en las consultas de atención primaria.
- ✓ Usuarios con trastornos de ansiedad asociados a síntomas depresivos.
- ✓ Usuarios con trastornos depresivos asociados a síntomas ansiosos.

Ahora bien, en lo expuesto anteriormente se hace mención sobre los síntomas que debe presentar una persona para poder de alguna manera canalizarlo y/o diagnosticarle depresión. Sin embargo cabe señalar que la forma en que este tipo de modelo trata el padecimiento es a través de antidepresivos que puede provocar alteraciones a nivel biológico en las personas para se vea un cierto cambio en el estado de ánimo de las personas.

2.3. Enfoque Cognitivo.

El modelo cognitivo se ha encargado de estudiar la conducta depresiva en las personas. Desde este enfoque el término cognición se utiliza para definir el proceso cognitivo del ser humano. Por procesos cognitivos se entiende la

percepción, la memoria, el pensamiento, el lenguaje, las creencias y las actitudes (Sabanés, 1993)

Es necesario remontarnos un poco a la historia filosófica de este enfoque para contextualizar sobre cuáles fueron los precursores y las aportaciones que dieron pie para la formación del mismo. Los antecedentes se inician con Epíteto (siglo 1 d.C), el cual menciona que no son las cosas mismas las que nos perturban, si no las opiniones que tenemos de esas cosas (Feixas y Miro, 1993). Asimismo, desde Cicerón hasta Marco Aurelio destacaron el lado subjetivo de la realidad y la importancia del pensamiento y fueron estos filósofos también los que aportaron al inicio de las terapias cognitivas conductuales.

Por otro lado, Feixas y Miro (1993) hacen referencia de que Kant señaló que los trastornos mentales son la pérdida del sentido común y el desarrollo de un sentido privado. Estos mismos autores hacen hincapié de la importancia que tuvieron Vico y Vaihinger para las actuales teorías que respaldan el modelo cognitivo.

Ahora bien, el modelo cognitivo tiene diversos autores que se encargan de dar sus aportaciones. **Beck** es un autor al cual se le atribuye un papel fundamental. Este autor **hace referencia sobre el pensamiento y el juicio de las personas depresivas en el desarrollo y mantenimiento de la depresión**. Sabanés (1993) hace referencia de que **Beck hace alusión a que cada persona tiene un “esquema” una forma de pensar con la que enfoca y experimenta la vida**. El mismo autor ha sugerido que existe una alteración previa en la manera de pensar que, precisamente, provoca el desarrollo de la alteración del estado de ánimo.

Se considera a Beck uno de los importantes precursores de la terapia cognitiva, sin embargo también es necesario hacer mención de **Albert Ellis, el cual fundamenta su teoría en la creencia de que la persona puede llegar a sustituir de manera consciente algunos pensamientos irracionales por pensamientos razonables**.

En la terapia cognitiva existen procesos cognitivos que pueden ser modificados mediante la práctica clínica, tal como lo indicaron Arieti y Bemporado (1990), la descripción de los mecanismos cognitivos en el proceso de cambio terapéutico, un denominador común de varios sistemas teóricos. La investigación de los procesos cognitivos ha indicado que la mejoría en la condición clínica se ve asociada con los cambios de la estructura cognitiva de la experiencia, sin tener en cuenta el tipo de terapia. Esto sugiere que los cambios en los procesos cognitivos juegan un papel terapéutico esencial en este tipo de tratamiento psicológico.

Dentro de este modelo se ha hecho referencia a **Beck (1995)**, este autor **menciona que los pensamientos automáticos negativos son el resultado de un procedimiento automático en las personas y esto se puede observar con más frecuencia en pacientes que padecen depresión ya que este tipo de pensamientos, tienen una importante influencia en el estado de ánimo de una persona depresiva.** Beck (1995) definió como pensamientos automáticos a aquellos que son generados sin que la persona los propicie, cabe señalar que estos pensamientos automáticos se encuentran asociados con emociones, estas emociones y pensamientos influyen en la conducta; cabe mencionar que más adelante se abordara de manera más extensa el tema de los pensamientos automáticos.

Una de las propuestas terapéuticas más efectivas en lo que se refiere a problemas psicológicos de orden cognitivo es el llamado modelo de Beck (1995) se diseñó como una alternativa de tratamiento para el síndrome de la depresión, es uno de los modelos más eficaces en la actualidad, además de ser el punto de partida para muchos teóricos cognitivos que posteriormente diseñaron sus propios modelos terapéuticos.

Cabe señalar que Caro (1988) menciona que el modelo de Beck es uno de los modelos que más ha contribuido a la introducción de las terapias cognitivas en el ya amplio campo de las psicoterapias. Dicho modelo surgió en el tratamiento de la depresión, aunque en la actualidad se utiliza ampliamente para el

tratamiento de diversos trastornos y, especialmente, en casos de ansiedad y fobias o para el tratamiento de la crisis de la angustia.

Una de las formas en la que interviene las terapias del enfoque cognitivo es en la modificación de los pensamientos “negativos” en personas que presentan comportamiento depresivo; identifica y modifica las alteraciones cognitivas de la persona, entre ellas los pensamientos automáticos.

Con base en Jonquera y Guarch (2006) los pensamientos automáticos se explican por el condicionamiento clásico ya que se caracterizan por ser discretos, es decir surgen sin necesidad de reflexión y por ello la persona los acepta de manera razonable. Estos autores hacen hincapié de que existe una relación entre los estados afectivos, los comportamientos depresivos y los esquemas de pensamientos automáticos que producen depresión en las personas.

Se mencionan algunas técnicas que se ocupan de la eliminación de los pensamientos automáticos que presentan las personas que padecen depresión. Se realizan algunas actividades en donde se trabajan aspectos de una reestructuración cognitiva, la eliminación de pensamientos irracionales, y de pensamientos automáticos que generan y mantienen la depresión. Cabe señalar que si una persona depresiva se ve afectada en los tres sistemas como el cognitivo, fisiológico y motor en la intervención misma se interviene el sistema cognitivo y para el sistema fisiológico y motor se hacen uso de otras técnicas que a la par ayudan y benefician al usuario.

Ahora bien, Beck (1995) define un sistema filosófico en cual se basa en los siguientes postulados:

- 1.- Los fenómenos no materiales y no espaciales son tan reales como los fenómenos o procesos materiales y espaciales. No espacial, significa que un proceso en concreto no puede localizarse en el espacio. No material, significa que los procesos no consisten en algo que podamos tocar, ver o degustar.

Además, esos fenómenos son privados y dependientes del informe introspectivo del individuo que los está experimentando y por tanto no pueden ser directamente validados por otro individuo.

2.- Un fenómeno como la depresión se puede interpretar de forma alternativa, tanto desde una perspectiva bioquímica, una perspectiva psicológica, una perspectiva conductual o desde otras perspectivas. Las perspectivas conductual y bioquímicas coinciden en la medida en que relacionan con estímulos públicos espaciales. Las perspectivas cognitivas y psicoanalistas se refieren a datos fundamentales privados, no materiales y espaciales. Ninguna de estas perspectivas es más correcta o real que otras.

3.- Las distintas perspectivas tienen distintos grados de fuerza explicativa, de tal forma que, relacionándolas, podemos intentar constituir un modelo que tenga un poder explicativo más fuerte que las perspectivas particulares.

Cabe mencionar que la terapia cognitiva desarrollada por **Beck** (1995) tiene ya una vida de varios años en la primera formulación de esta teoría, este autor **trabajó con la hipótesis de que este enfoque de tratamiento podría utilizarse en problemas como la ansiedad, la depresión, la ira, los problemas interpersonales, entre otros** y el desarrollo del trabajo teórico y clínico ha confirmado esta conceptualización.

Beck (1995) menciona que en la psicopatología se producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos considerarían una manera realista de pensar o de interpretar realidad; aquí es donde el autor comienza a darse cuenta de que existen errores cognitivos que regulan la conducta depresiva.

El modelo de Beck se caracteriza por 10 principios característicos:

- 1.- Es un modelo cognitivo de los trastornos emocionales.
- 2.- Se sigue un modelo educativo en donde el terapeuta enseña al paciente a evaluar con más objetividad sus perspectivas.

- 3.- Es breve y con un límite de tiempo.
- 4.- Se basa en un esfuerzo colaborador entre paciente y terapeuta.
- 5.- Emplea el método socrático.
- 6.- Es necesario una buena relación terapéutica.
- 7.- Las sesiones son estructuradas y directivas.
- 8.- La terapia está orientada hacia los problemas.
- 9.- Esta basada en el método científico.
- 10.- Se le da una gran importancia al trabajo en casa.

Beck (1995) hace mención de la tríada cognitiva la cual se encuentra compuesta por las expectativas negativas del individuo respecto al ambiente, la autoapreciación negativa y las expectativas negativas respecto del futuro. El modelo de este autor se fundamenta en estos tres conceptos de gran importancia para entender el problema de la depresión. Además de la tríada cognitiva existen otros dos conceptos de gran importancia para dicho modelo como son: **los esquemas y los errores cognitivos** (que son los errores en el procesamiento de la información). Beck sostiene que fue posible detectar estos componentes esenciales de la depresión en los sueños de sus pacientes, sus asociaciones y sus relaciones con estímulos externos.

Los esquemas se utilizan para explicar porque la persona depresiva mantiene actitudes que la hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su comportamiento. El modelo cognitivo de Beck ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. En pocas palabras, propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo. Estos **conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser por determinadas circunstancias análogas y las experiencias iniciales son responsables de la formación de las actitudes negativas** (Beck, Brian y Emery, 1983)

Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El termino esquema designa estos patrones cognitivos estables, es decir un

esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta un individuo a la realidad.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo de como un individuo estructurara distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos periodos de tiempo y ser activado por estímulos ambientales específicos.

De acuerdo a Beck, John, Brian y Emery (1983) existen diferentes tipos de errores sistemáticos que se da en el pensamiento del depresivo y que mantienen la creencia del usuario en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria. El primero de estos **errores es la inferencia arbitraria que se refiere al proceso de adelantar una conclusión en ausencia de evidencia que la respalde.** El segundo error es la **abstracción selectiva, que consiste en centrarse en un detalle e ignorar otras características del estímulo en cuestión, por lo general ese detalle suele ser desagradable o inadecuado para la persona.** Otro error es el de la **generalización excesiva y se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como situaciones inconexas.** Un error más es el de **maximización que queda manifestado cuando se evalúa una situación y se le da una dimensión inadecuada.** Otro error es la **personalización que se refiere a la tendencia y a la facilidad del cliente para atribuirse a si mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.** El último error es el **pensamientos absolutista, dicotómico que se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas.**

Además de los elementos teóricos del modelo de Beck que se han analizado existen otros conceptos que han sido importantes para la psicología cognitiva como son los mencionados por Caro (1988):

Esquemas: Estructuras cognitivas relativamente estables que canalizan el proceso pensamiento, tanto si están estimuladas o no por la situación ambiental inmediata.

Esfera personal: Es el concepto clave para comprender el significado especial que damos a los objetos tangibles e intangibles. No sirve para encontrar sentido a nosotros mismos y a lo que nos rodea. Es un constructo que integra todas aquellas características que poseemos y que nos conforman y definen.

Triada cognitiva: La pérdida se manifiesta en la triada cognitiva. El depresivo se ve así mismo como deficiente e inútil. Interpreta todo aquello que le ocurre, el presente como algo imposible de realizar. Por ello, no encuentra nada positivo en un futuro.

Reglas: Consiste en ecuaciones, formulas y premisas que permiten a una persona ordenar, clasificar sus observaciones de la realidad, de tal forma que se llegue a conclusiones significativas.

Perdida: A raíz de ella se puede deducir un estado de melancolía, caracterizado psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una sensación de desinterés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio. En ella radica la clave para entender la conducta del depresivo en contra sus instintos y necesidades más básicas.

Distorsiones cognitivas: Errores sistemáticos de pensamiento que mantienen las creencias de la persona sobre la vida de sus conceptos negativos, a pesar de la evidencia en contra. Las seis más destacadas son: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificar y minimizar, personalización, pensamiento absolutista.

Pensamientos automáticos: Aquellos pensamientos e imágenes que se presentan en situaciones de depresión. Se caracterizan por ser poco

razonables, disfuncionales, repetitivos e indiosincráticos, aunque plausibles a los ojos de las personas que lo padecen.

Este enfoque mencionado no es único que se encarga de estudiar el problema de la depresión sino existen otros enfoques que se encargan de dar otra explicación acerca de la aparición, mantenimiento y de las técnicas que encargan de dar una solución al problema de la depresión.

2.4. El comportamiento depresivo desde el enfoque Cognitivo-Conductual.

Las terapias Cognitivo-Conductual se diseñaron con el fin de investigar diversos procedimientos, proponiendo un modelo de psicopatología y una teoría del cambio de la conducta que integra diversos enfoques.

Los terapeutas cognitivo-conductuales intentan integrar los puntos de interés de ambos modelos (cognitivo y conductual) con el fin de combinar la comprensión clínica de los terapeutas semánticos con la tecnología de los terapeutas de conducta.

Víctor Raimy (1975) hace referencia del desarrollo histórico del enfoque cognitivo-conductual, para ello este autor traza la historia desde los antiguos filósofos griegos y romanos hasta los teóricos modernos. También hace hincapié de las observaciones que Epíteto, un filósofo estoico romano, hizo al destacar el papel de los factores cognitivos como causas de los trastornos emocionales. Epíteto observó que los hombres no se trastornan por los acontecimientos sino por las opiniones que tienen de ellos. De igual manera, Emmanuel Kant propone que la enfermedad mental ocurre cuando una persona no puede ajustar su sentido privado al sentido común.

Años después Alfred Adler (citado por Víctor Raimy, 1975) juzgo el sentido “privado” que mencionaba Emmanuel Kant como opiniones erróneas que subyacen a la conducta neurótica.

Ahora bien, existen en la actualidad dos líneas de investigación que han contribuido al surgimiento del enfoque cognitivo-conductual. Una de las líneas se deriva de los esfuerzos de los teóricos cognitivos semánticos, tales como George Kelli, Albert Ellis y Aaron Beck. La segunda línea se deriva de la terapia de la conducta basada en la teoría del aprendizaje, como ha quedado reflejado en los trabajos de Julián Totter, Albert Bandura, Walter Mischel, Michael Mahoney y Don Meinchenbaum.

La terapia cognitiva-semántica es un termino genérico que se refiere a una variedad de enfoques terapéuticos, cuyo principal modo de acción es modificar los patrones erróneos de significado del individuo y las premisas, asunciones y actitudes subyacentes a estas cogniciones. Por lo tanto, los terapeutas cognitivos intentan familiarizarse con el contenido del pensamiento, los estilos de pensamiento, los sentimientos y las conductas de los individuos con el fin de comprender su interrelación (Meinchenbaum, 1988).

Shaffer (1947) define este tipo de enfoque como un proceso de aprendizaje mediante el cual una persona adquiere la capacidad de hablar sobre si misma de modos adecuados, a fin de controlar su propia conducta.

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas, como la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor. 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 dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1976).

Para los terapeutas cognitivos, el trastorno “mental” es un desorden de pensamiento por el que el individuo distorsiona la realidad de modo idiosincrásico. Estos procesos de pensamiento afectan de modo adverso la forma que el paciente tiene de ver el mundo y lo conducen a desarrollar emociones disfuncionales y dificultades conductuales. Así mismo, **el terapeuta cognitivo ayuda al usuario a identificar las concepciones erróneas específicas, las expectativas no realistas y las atribuciones inadecuadas, así como medir su validez y el grado de razón.**

Las técnicas terapéuticas específicas utilizadas se sitúan en el marco del modelo cognitivo en psicopatología; pensamos que la terapia no puede ser aplicada con efectividad si no se tiene un conocimiento de la teoría. Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El usuario aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperable, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta cognitivo ayuda al usuario a pensar 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 los supuestos desadaptativos específicos del usuario. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

- 1.- Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
- 2.- Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conductas.
- 3.- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- 4.- Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.

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

A partir de lo anterior, surgen numerosos psicoterapeutas que han enfatizado el papel que juega el sistema de significados del individuo en la etiología y mantenimiento del trastorno emocional. Una de las explicaciones más desarrolladas fue la que ofreció George Kelly (1955) con su teoría de los constructos personales. Esta teoría describe el proceso continuo por el que un individuo construye interpretaciones personales acerca del mundo y luego las evalúa nuevamente considerando los eventos resultantes. Para este psicoterapeuta un constructo personal es la forma en que se ve el mundo o se atribuye significado a la propia experiencia. Un individuo no necesariamente es capaz de expresar las construcciones que hace del mundo, sin embargo estos constructos influyen en su forma de evaluar los eventos.

Cabe señalar que uno de los terapeutas semánticos que ha hecho aportaciones al enfoque cognitivo-conductual es Albert Ellis, el cual desarrolló la terapia racional-emotiva (TRE). La premisa básica de la TRE es que gran parte, si no todo, el sufrimiento emocional es debido a los modos inadaptativos en que las personas construyen el mundo y las creencias irracionales que mantiene. Este tipo de creencias conducen al individuo a pensamientos y sentimientos autoderrotistas que ejercen un efecto y/o control adverso sobre la conducta del mismo. Por lo tanto, la tarea del terapeuta de la TRE encierra tres tipos de acción:

- 1.- Se debe determinar los eventos que perturban al usuario.
- 2.- El terapeuta debe ayudar al paciente a describir las pautas específicas de pensamiento y las creencias subyacentes que constituyen la respuesta interna a estos eventos que dan nacimiento a las emociones negativas.
- 3.- El terapeuta ayuda al usuario a alterar estas pautas de pensamiento y creencias.

En la TRE, el terapeuta enseña a los pacientes a como cuestionar y disputar enérgicamente sus creencias irracionales. Se les demuestra

como preguntarse a si mismos, de esta manera sus ideas irracionales, adquirirán en efecto cognitivo nuevo.

Aaron Beck desarrollo una forma de terapia cognitiva que también se centra en los procesos de pensamiento del individuo. Este psicoterapeuta desarrolló un enfoque activo y estructurado para el tratamiento de una diversidad de desordenes psiquiátricos. Para entender a **Beck es necesario introducir tres conceptos básicos que son: los eventos cognitivos, los procesos cognitivos y las estructuras cognitivas.**

Para Beck los eventos cognitivos son los pensamientos e imágenes que tiene una persona, pero que con frecuencia no presta atención. Este autor ordenaba a sus pacientes: “en cualquier momento que experimenten un sentimiento o sensación desagradable trate de recordar los pensamientos que había tenido antes de ese sentimiento”. **Estos pensamientos surgen automáticamente y son rápidos, Beck los denomino “pensamientos automáticos”, estos son vagos, uninformes y generados sin que el usuario los inicie voluntariamente. Dichos pensamientos están asociados con una diversidad de emociones e influyen en la conducta.**

En el caso de las personas que presentan comportamiento depresivo sus cogniciones automáticas pueden centrarse en:

- 1.- El desempeño, la posición, las metas y las necesidades de la persona.
- 2.- Como podrían evaluarla otras personas.
- 3.- Que le depara el futuro.

Con base a lo anterior, Beck lo nombra la triada cognitiva. **El usuario depresivo puede tener pensamientos negativos acerca de si mismo, puede esperar que otros lo consideren como un torpe, egoísta etc. y el no ver las cosas en el futuro. Este tipo de pensamientos negativos y auto-determinantes pueden ejercer un impacto fuerte en el modo de sentir y creer del individuo y, recíprocamente, en como siente y cree que puede**

influir sobre lo que piensa. Si una persona se encuentra deprimida probablemente recordara y entenderá los eventos negativos.

Ahora bien, los eventos negativos se refieren al contenido de los pensamientos e imágenes y sentimientos que los acompañan, los procesos cognitivos se refieren al como pensamos, a los procesos automáticos del sistema cognitivo. El procesamiento de la información incluye mecanismos de búsqueda y almacenamiento y procesos de inferencias y recuperación.

Beck (1972) menciona algunas de las formas en las que los individuos depresivos procesan la información, y que contribuyen y ayudan a mantener su estado depresivo. Los procesos cognitivos incluyen:

1.- Razonamiento dicotómico: El usuario depresivo es propenso a ver las cosas o pensar en términos de extremos.

2.- Sobregeneralización: El usuario realiza sobregeneralizaciones injustificadas sobre algunos eventos.

3.- Magnificación: El usuario suele ver los eventos mucho más importantes y catastróficos de lo que naturalmente son.

4.- Inferencia arbitraria: El usuario elabora conclusiones cuando carece de alguna evidencia.

Beck (1976) ha sostenido que los diferentes desordenes psicológicos que suelen tener las personas, se caracterizan por un “autoesquema” dentro del cual se procesa la información relacionada con el sí mismo. De esta manera, una persona que se encuentra depresiva procesa la información en un esquema de rechazo y fracaso social.

Beck ha desarrollado la terapia cognitiva en un tiempo aproximado de 20 sesiones, para que de esta manera el usuario se haga consciente de sus

eventos, procesos y estructuras cognitivas, así como ha cambiar la influencia de los mismos.

Es importante señalar que los principales autores que influyeron en la terapia cognitiva-conductual han sido los terapeutas semánticos, de los cuales ya se hablo anteriormente. Ahora bien, otro impulso importante que ha contribuido al desarrollo de estas terapias son las teorías del aprendizaje para explicar las conductas y las teorías del aprendizaje social.

Cabe señalar que desde los comienzos ha habido un enorme debate acerca de la adecuación del lenguaje del condicionamiento (clásico y operante) para poder dar una explicación de la conducta humana. Para ello se consideran a Julián Rotter, Albert Bandura y Walter Mischel, autores que se han encargado de poner en énfasis el rol de los factores cognitivos en el condicionamiento (Meinchenbaum, 1988).

Bandura (1974) refiere que las llamadas reacciones condicionadas son autoactividades fundamentalmente con base en las expectativas aprendidas, en lugar de ser evocadas automáticamente. El factor crítico, por tanto, no es que los eventos ocurran juntos en el tiempo, sino que los individuos aprendan a predecirlos y se armen con reacciones apropiadas.

Con base en esta teoría del aprendizaje social, los modos que tienen los individuos de evaluar las situaciones, fijar expectativas, establecer pautas internas, recordar selectivamente los eventos y poner en acción rutinas de resolución de problemas, son críticos a la hora de comprender su conducta y formular las intervenciones del tratamiento. De acuerdo a la teoría del aprendizaje social:

- 1.- Una gran parte del aprendizaje humano es mediado cognitivamente.
- 2.- En lugar de responder a las consecuencias ambientales, los humanos responden principalmente a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales; es decir, el individuo entiende selectivamente a interpretar los eventos.

Bandura (1974) utilizó el término “determinismo recíproco” para describir la interacción continua entre las variables conductuales, cognitivas, afectivas, fisiológicas y ambientales. Los conceptos que provienen de las terapias semánticas y de la teoría del aprendizaje social proporcionan las bases para el desarrollo de un enfoque cognitivo-conductual de la psicopatológica y del cambio de la conducta.

Los usuarios depresivos experimentan un humor disfórico caracterizado por sentimientos de tristeza, desvalimiento y desesperanza. Este humor puede estar afectando a los procesos de pensamiento del individuo. También tienden a pensar más lentamente, presentan más atención selectiva y recuerdan eventos depresivos negativos y además, tienden a culparse por los fracasos y errores, en lugar de buscar otras explicaciones que incluyan factores situacionales. Estos estilos de pensamiento, a su vez, pueden afectar el estado emocional, tal como ocurre en el proceso mutuamente interdependiente entre pensamiento y sentimientos. Los sentimientos y los pensamientos se alimentan unos a los otros, por lo tanto, establecen un círculo vicioso depresivo.

Para ello **los terapeutas cognitivo-conductuales se ocupan de los procesos cognitivos y señalan que el individuo depresivo con frecuencia tiene un impacto depresivo en otros. Los usuarios depresivos pueden tener déficit de habilidades sociales desde mucho tiempo atrás del inicio de la depresión; por lo tanto, ellos mismos pueden crear inadvertidamente las diversas situaciones sociales que mantienen su conducta depresiva.**

Por otra parte los individuos están caracterizados por la inactividad una “parálisis del deseo” y estilos de vida perturbadores caracterizados por la falta de apetito, el insomnio, la pérdida de peso o la ausencia del deseo sexual. Estos factores pueden, a su vez, favorecer los cambios bioquímicos y, en consecuencia, exacerbar la depresión. Dicha inactividad puede disparar las

reacciones fisiológicas que refuerzan los síntomas depresivos (Ariskal y Mckinney, 1975).

Por lo tanto, **el objetivo del terapeuta cognitivo-conductual es ayudar al usuario a que se dé cuenta de este proceso transaccional que envuelve múltiples procesos. Este aprendizaje se alcanza de manera clínicamente manifiesta, esto es, incluyendo al paciente como un colaborador en la recolección de datos con el fin de permitirle descubrir como sus propios pensamientos, sentimientos y conductas influyen en los numerosos problemas que presenta.**

CAPÍTULO 3

TÉCNICAS RELEVANTES PARA TRATAR EL COMPORTAMIENTO DEPRESIVO.

3. 1. Albert Ellis (Terapia Racional Emotiva)

Kendall y Norton-Ford (1998) explican que Ellis supone que los individuos aprenden a hablarse así mismos con el fin de resolver cierto tipo de problemas que les estén creando malestar y dependiendo del tipo de pensamientos (racionales o irracionales) generados, resolverán o les causaran problemas. Así, los sentimientos y emociones son producto de los pensamientos, que por lo regular son irracionales y absolutistas en las personas que padecen depresión.

Los 11 pensamientos “irracionales” detectados por Ellis en sus pacientes son los siguientes:

- 1.- La idea que toda persona adulta necesita verdaderamente ser amada o aprobada por todas las personas que la rodean.
- 2.- La idea que para sentir que uno vale la pena, tiene que ser absolutamente competente adecuado y triunfar en todos los aspectos posibles.
- 3.- La idea que ciertas personas son malas, malvadas e infames y deberían ser culpadas y castigadas severamente por su familia.
- 4.- La idea que es horrible que las cosas no resulten como quisiera.
- 5.- La idea que la infelicidad proviene de las causas externas y que las personas pueden hacer poco o nada para controlar penas y aflicciones.
- 6.- La idea de que si algo es o puede ser peligroso o temible, uno debe sentirse terriblemente preocupado por ello y seguir pensando en la posibilidad de que ocurra.

7.- La idea de que es más fácil evitar que enfrentar ciertas dificultades y responsabilidades de la vida.

8.- La idea de que uno debe depender de los demás y necesitar a alguien más fuerte que uno mismo, en quien confiar.

9.- La idea de que nuestro pasado es un importante factor determinante de nuestra conducta actual, y que si alguna vez algo influyó fuertemente en nuestra vida, seguiría produciendo indefinidamente un efecto similar.

10.- La idea de que uno debería sentirse sumamente afectado por los problemas y penas de los demás.

11.- La idea de que, invariablemente, los problemas humanos tienen una solución correcta, precisa y perfecta (Ellis 1962, citado en Kendall y Norton-Ford, 1998).

A partir de estas suposiciones, se derivó el modelo ABC, que es la base de la Terapia Racional Emotiva. En donde "A" es el evento activador, ya que es la situación que origina la perturbación. En tanto "B" hace alusión a las creencias o ideas irracionales generadas, bajo las cuales se realiza la interpretación del evento, que a su vez producen un tercer elemento que son las consecuencias emocionales-afectivas experimentadas por la persona "C".

En algunas ocasiones dentro del proceso terapéutico, se integran dos elementos más, que son: la discusión de las ideas irracionales "D" y los efectos obtenidos de la discusión "E" (Kendall y Norton-Fort, 1998)

En resumen, el objetivo de este autor es cambiar las ideas irracionales de las personas por otras más racionales que logren generar emociones "saludables".

3.2. Lewinsohn (Reforzamiento Social)

De acuerdo a Lewinsohn, Glotlib y Hautziger (1997) este modelo surge a partir de los planteamientos realizados por Skinner en 1953. El modelo afirma que el comportamiento depresivo aparece a partir de la interrupción de reforzamiento (extinción) de algunos patrones de conducta, los cuales eran reforzados con anterioridad por el ambiente social. Así mismo, se incorporaron algunos planteamientos de Fester, quien señalaba que la pérdida de la fuente principal del reforzamiento, debilita las “cadenas conductuales”, lo que en cierto modo explicaba la baja actividad de las personas deprimidas, quienes mantienen poca probabilidad de emitir conductas adaptativas, debido a tres factores que son:

- 1.- Cambios repentinos en el ambiente, que implica el establecimiento de nuevas fuentes de reforzamiento.
- 2.- El incurrir en conductas punitivas o aversivas, disminuye las posibilidades de recibir reforzamiento positivo.
- 3.- La observación errónea del ambiente, produce conductas socialmente inapropiadas y baja frecuencia de reforzamientos.

Posteriormente, Costello (1972, citado por Vallejo, 1998) mencionó que la pérdida de reforzamiento en alguno de los componentes de la cadena, podía disminuir la eficacia del refuerzo, con lo que se terminaba paulatinamente la cadena.

A partir de estas explicaciones, Lewinsohn desarrollo tres hipótesis básicas:

- 1.- La existencia de una relación causal entre una tasa de refuerzo positivo y la disforia.
- 2.- El mantenimiento de las conductas depresivas por refuerzo positivo por parte del ambiente social, en forma de simpatía, interés y preocupación.

3.- El déficit de habilidades sociales como antecedente principal de la baja tasa de refuerzo positivo.

Ahora bien, la primera hipótesis sugiere que los usuarios depresivos tienen pocos esfuerzos positivos en áreas importantes de la vida, como lo pueden ser la vida de pareja, amistad, economía, salud etc.; aunado a la alta frecuencia de experiencias aversivas y la sensación de disforia. En ambos casos, implica deficiencia del individuo para conseguir reforzamiento positivo y evitar las situaciones aversivas, ya sea por falta de un repertorio conductual adecuado, la pobreza del ambiente o la falta de habilidades de afrontamiento de las situaciones aversivas.

En cuanto a la segunda hipótesis, se hace referencia que el sujeto deprimido puede obtener consecuencias positivas con su estado, puesto que tiene reforzamiento social a través de la atención de los demás, manteniendo con ello las conductas depresivas.

La tercera hipótesis señala que por lo general los usuarios deprimidos carecen de las habilidades sociales que aumentan la probabilidad de obtener reforzadores positivos de las personas que lo rodean.

Posteriormente, Lewinsohn y sus colaboradores, replantearon el modelo al considerar que la mayoría de las explicaciones eran fragmentadas, proponiendo un modelo integral de la depresión. (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger 1997)

El modelo integral describe que hay una cadena de hechos generados en el ambiente que afectan la conducta (factores situacionales), cogniciones y los efectos (factores disposicionales).

Dicho proceso se divide en siete etapas: la presencia de factores de riesgo y acontecimientos desencadenantes de la depresión (A), estos eventos producen perturbaciones conductuales, impidiendo la emisión de conductas adaptativas (B).

Los cambios producidos en la conducta dificultan la interacción cotidiana del individuo, quien solo consigue tener bajo refuerzo positivo y muchas experiencias desagradables (C).

La perturbación y la persistencia de situaciones aversivas asociadas con la reacción emocional negativa por no revertir de manera adecuada la situación estresante produce una alta atención y concentración sobre uno mismo y la manera de responder (D). La sobre atención en el actuar del individuo sobre sí mismo produce sensación de fracaso y disforia, por la ineffectividad de las estrategias implementadas (E). Posteriormente el individuo, exacerba y mantiene los síntomas de depresión (F).

En la última etapa, el usuario puede quedar vulnerable al tener un acceso a información negativa sobre si mismo, predisponiéndole a sufrir nuevamente una depresión, si es que no logro desarrollar “inmunidad” ante la depresión (G).

Este ciclo puede retroalimentarse varias veces, convirtiéndose en un “circulo vicioso” (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger 1997).

En resumen, el modelo propone como parte de la terapia la reactivación de las personas deprimidas a través del ejercicio de actividades agradables. También, proponen utilizar el reforzamiento de conductas antidepresivas como lo es el tener amistades, conseguir trabajo, tener arreglo personal, salir a pasear, tener pensamientos positivos; esto, con el fin de extinguir las conductas depresivas como son tener ideas negativas sobre si mismo, el asilamiento y el llanto que son mantenidas por la atención de los familiares y amigos.

Se pretende enseñar a la persona un aprendizaje en habilidades sociales y de afrontamiento, con el objetivo de modificar su ambiente para así aumentar las fuentes sociales de reforzamiento positivo, al mismo tiempo que intenta desarrollar las habilidades necesarias para hacer frente más adecuadamente a las condiciones adversas que se presentan a lo largo de la vida, tratando de desarrollar “inmunidad” a la depresión.

3.3. Seligman (Desamparo Aprendido)

Seligman (1975) realizó una serie de experimentos con animales llegando a la conclusión de que estos aprendían a ser indefensos e impotentes para responder ante situaciones aversivas, si las condiciones aversivas a las que eran expuestos eran incontrolables e impredecibles para ellos. Sin embargo también podían aprender a evitar las situaciones aversivas si se dan las señales correctas que indiquen que va a ocurrir un evento desagradable.

Por el contrario, al realizar algunos experimentos con humanos descubrió que algunos de los participantes no se “rendían” a pesar de que las condiciones les eran incontrolables y aversivas, tratando de volver a tener el control de la situación, llegando a la conclusión que también se podría aprender a no sentirse “indefenso” si se le enseñaba que sus actos deben obtener buenos resultados.

Seligman (1975) propone que la indefensión aprendida podía ser un modelo que explicaba varios de los síntomas de la depresión, realizando la siguiente comparación entre los síntomas de la indefensión aprendida y la depresión.

Para ello menciono lo siguiente:

1.- La disminución de la iniciación de respuestas voluntarias; los animales y las personas que han sufrido experiencias de incontrolabilidad manifiesta un descenso en la iniciación de respuestas voluntarias.

2.- Disposición cognitiva negativa; las personas y los animales indefensos tienen dificultades para aprender que las respuestas producen resultados.

3.- Curso temporal; la indefensión se disipa con el tiempo cuando ha sido inducida por una sola sesión de cargas incontrolables; después de varias sesiones, la indefensión persiste.

4.- Agresión disminuida; las personas y animales indefensos inician menos respuestas agresivas y competitivas, y su status de dominancia disminuye.

5.- Pérdida del apetito; los animales indefensos comen menos, pierden peso y son deficientes sexuales y socialmente.

6.- Cambios fisiológicos; las ratas indefensas manifiestan un descenso en la norepinefrina y los gatos indefensos pueden mostrar hiperactividad colinérgica.

Cada uno de estos síntomas fue sustentado por diversos estudios experimentales y clínicos tanto con animales como con humanos, encontrando algunos otros efectos de la indefensión aprendida como lo son: las úlceras gástricas y estados de ansiedad.

Posteriormente, menciona que hay una interrelación clara entre los sentimientos y los pensamientos, ya que “no nos sentimos deprimidos sin tener pensamientos depresivos, ni se tiene pensamientos depresivos sin sentirse deprimido”.

Con base en lo anterior, la terapia contra el comportamiento depresivo tendría como objetivo que el usuario vuelva a creer que puede controlar los acontecimientos que para la persona son importantes. Posteriormente, Seligman, Abramson y Teasdale (1978, citados por Vallejo, 1998), reformularon su modelo anterior, al cual incorporaron el constructo de atribución; en éste, hacen referencia a que las personas adjudican los hechos a determinadas causas y por ciertas razones.

Estos autores distinguen tres dimensiones genéricas de las atribuciones:

- ✓ Atribuciones personales o personalización.

Internas-externas, en la primera se da por hecho que los eventos negativos por lo general son causados por uno mismo o por características propias, mientras que en el segundo caso se atribuyen a causas externas que por lo regular son “incontrolables”.

- ✓ Respecto a la permanencia.

Estables-inestables, hace referencia a que siempre que ocurre un evento a uno anterior la causa es la misma, en el segundo caso la ocurrencia de un evento particular se debe a circunstancias únicas y casi irrepetibles en el futuro.

- ✓ Atribuciones en cuanto a la amplitud.

Globales o universales-específicas, en las atribuciones se cree que en la mayoría de las situaciones se tendrán el mismo resultado, mientras que en las específicas se atribuye un resultado sólo para una ocasión en concreto, por lo que no puede ser extrapolado a otras situaciones similares futuras.

De acuerdo con lo anterior, las personas con un estilo atributivo depresivo son las que en situaciones adversas hacen atribuciones internas, estables y globales de dichas situaciones, entretanto en situaciones agradables hacen atribuciones externas, inestables y específicas de las diversas situaciones.

En contraste, se considera que las personas que cuentan con un estilo atributivo externo-inestable-específico en situaciones de fracaso, en combinación con un estilo atributivo interno, estable y global para explicar las situaciones de éxito, tiene menos probabilidades de deprimirse y mayores probabilidades de ser “resistentes” a sufrir depresión (Vallejo, 1998).

En conclusión, los autores mencionan que el sentirse indefenso o desamparado y la génesis de dichos estilos atribucionales, se establece en las etapas tempranas de vida, que de cierta manera marcan al individuo en su futuro.

3.4. Aaron T. Beck (Esquemas Cognitivos)

Beck plantea que el comportamiento depresivo es una compleja interacción entre factores cognitivos, conductuales, afectivos y ambientales, los cuáles producen en las personas una serie de pensamientos con contenido negativo o distorsionado respecto así mismo, el ambiente y el futuro (Triada Cognitiva). Según Beck, estos tres

elementos tienen en común la “desesperanza” como uno de los factores importantes para desarrollar los pensamientos distorsionados e irreales, lo que conduce a las personas, no solo a tener creencias, sino también a tener conductas y emociones distorsionadas.

Con base en Liddon y Jones (2002), el contenido negativo de los pensamientos y el estilo tendencioso a magnificar eventos negativos, así como a minimizar los eventos positivos en el procesamiento de información, es atendido en términos de estructuras cognitivas profundas o esquemas y en términos de estructuras superficiales o pensamientos automáticos; ambos representan la historia de aprendizaje de la persona deprimida.

Los esquemas son aprendidos o desarrollados desde la infancia, lo que puede convertirse en reglas de conducta. Según Freeman y Oster (1998), los esquemas son teorías o hipótesis básicas que dirigen la organización y estructuración de la información sobre el mundo y sobre sí mismos, además de proporcionar “valores por defecto” en situaciones en la que la información es incompleta o poco clara. Estos son activos al mediar la conducta, y/o latentes pasivos al manifestarse en momentos determinados dentro de la memoria, ambos sirven como filtros en el análisis y la interpretación de la información proveniente de las experiencias cotidianas, ya sean negativas o positivas.

Según el tipo de esquema se pueden presentar distorsiones cognitivas, siendo en la depresión las más frecuentes como la inferencia arbitraria, personalización, la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación y la minimización, el perfeccionismo, el pensamiento dicotómico, el razonamiento emocional, afirmaciones de debería y no debería, la comparación, externalización de la propia valía, falacia de control y descalificación de lo bueno.

Bas y Andrés (2005) mencionan que los contenidos de estos esquemas se expresan a través de un tipo de pensamiento, denominado automático. Los pensamientos automáticos son producto de los esquemas y por lo regular son inestables, transitorios y específicos, además de ser accesibles a través de la

introspección, auto informe y porque permite dar cuenta de la emoción que le proceda, le acompaña y le sigue.

Con base en lo anterior, se ha desarrollado **la terapia cognitiva, la cual busca que el usuario identifique sus pensamientos automáticos y las actitudes disfuncionales que den cuenta de los esquemas, los cuáles tratan de ser debatidas, analizándolas objetivamente, y permitir al usuario la corrección de sus distorsiones y la creación de nuevos esquemas que contengan pensamientos positivos y más reales, dejando de lado los errores cognitivos, como lo son las inferencias arbitrarias, la generalización, exageración de la importancia o el significado de las cosas y el olvido (Kazdin, 1989).**

Ahora bien, **si el usuario logra identificar sus errores cognitivos y aprende a no caer en ellos, logrará formar esquemas más adecuados a la realidad de las diversas situaciones desfavorables que se presenten en su vida cotidiana.**

CAPÍTULO 4

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA TRATAR LA DEPRESIÓN EN PSICOTERAPIA.

Para iniciar el presente capítulo, es necesario hacer mención sobre el significado de la psicoterapia para ello Kielholz (1983) menciona que la psicoterapia es un dialogo entre dos o más personas de forma verbal. Según el autor, necesita una relación de confianza entre ambos para reducir e ir eliminando las manifestaciones de la conducta depresiva, para mejorar la integración social y para la valoración positiva de la autoestima en las personas depresivas.

Por otro lado, Rojas (2006) hace referencia que la psicoterapia es el modo de cómo se va consiguiendo que otra persona sea más madura y equilibrada, se ubique más en la realidad y sea capaz de desarrollarse integralmente. Así mismo, la psicoterapia tiene una serie de objetivos sucesivos: trata de ayudar al paciente, en sus comienzos, a comprenderse mejor a si mismo; asumir su vida superando las heridas del pasado y a ir madurando en la distintas vertientes de la personalidad.

Mientras tanto, Garza (2004) hace alusión que la psicoterapia es el tratamiento de los trastornos emocionales, conductuales o psiquiátricos. Este tratamiento se lleva a través del análisis de algún problema o situación específica. Es el tratamiento de los trastornos psicológicos que un terapeuta entrenado aplica al paciente a través de una serie de conversaciones e interacciones. Este tratamiento de los trastornos es a nivel emocional y conductual, implica el estudio verbal y no verbal de la comunicación y es complementario de la fármacoterapia.

Ahora bien, para Cameron (2005) hace referencia que la psicoterapia abarca un amplio campo de tratamiento cuya característica común es tratar las enfermedades psicogénicas por medio de apoyos con farmacológicos; es decir con más medicamentos u otros procedimientos psicosomáticos.

Por su parte, Gold (1988) menciona que algunos usuarios se pueden beneficiar con ciertas terapias; sin embargo, no se sabe a ciencia cierta qué porcentaje de pacientes mejora en general. Según este autor, el diagnóstico del paciente, las metas, la estrategia de la terapia, la duración de ésta y la determinación del éxito, varía de un terapeuta a otro.

La psicoterapia, de forma general, ha sido usada como herramienta para el tratamiento de los trastornos afectivos y se ha generado mucha discusión acerca del valor de cómo se debe abordar el problema y sus resultados.

Existen una serie de estrategias que tratan de dar una solución a la depresión. Estas estrategias pueden ser psicoanalíticas, cognitivas, cognitivo-conductuales y psiquiátricas. Cada una de las estrategias puede tener una modalidad grupal o individual en el tratamiento de la depresión.

4.1. Estrategias de intervención tradicionales.

Existen varias estrategias que intentan dar una solución al comportamiento depresivo en las personas. Estas estrategias de intervención se ubican en diferentes modelos psicológicos, es decir, cada uno de los modelos tiene sus propias técnicas y estrategias para poder tratar el comportamiento depresivo.

Estas estrategias de intervención intentan mejorar, no solo los signos y síntomas, sino a toda la persona de manera integral. Una de las estrategias es enfocarse en las experiencias previas tratando de comprender los conflictos actuales revisando en perspectiva el pasado del paciente. Otra estrategia es analizar las figuras de la infancia y la relación con ellas, particularmente con los padres, para resolver conflictos pasados, si es que todavía están perturbando el presente (Garza, 2004).

Para los enfoques tradicionales, las personas son vulnerables a cualquier cosa que destruya o amenace seriamente la satisfacción de sus necesidades de dependencia profunda y a todo lo que empequeñezca su sentido de autoestima. De acuerdo también a Garza (2004), los factores precipitantes son:

- 1.- Pérdida del amor y apoyo emocional.
- 2.- Fracasos personales o económicos.
- 3.- Responsabilidades nuevas o la amenaza de nuevas responsabilidades.

De esta manera, el usuario reaccionara ante tales factores con una regresión parcial. Ésta reactivara conflictos infantiles, actitudes y defensa del ego y un súper ego arcaico (Cameron, 2005). Las estrategias de este tipo de terapia es dejar al paciente hablar y el terapeuta escucha atentamente y observa con empatía, ayudando lenta y apropiadamente a que el paciente comprenda pensamientos, ideas y actos, según los patrones inconscientes que se quedan en el pasado.

Este tipo de psicoterapia agrega “penetración al daño” al acentuar su conciencia intelectual y emocional de sí mismo; el individuo puede liberarse de esas garras del pasado inconsciente y establecer patrones nuevos más sanos y adaptables. De este modo la persona sometida abandona sus antiguos modos de conducta para aprender otros nuevos (Gold, 1988).

Ahora bien, existen estrategias que se utilizan en la terapia interpersonal, este tipo de terapia sostiene que cualquier área con problemas interpersonales puede acarrear depresión y problemas personales, disputa y transición de roles y deficiencias interpersonales (Klerman y Weissman, 1992, Klerman et al, 1984, citado por Comer, 2001).

Según este tipo de estrategia interpersonal, el comportamiento depresivo puede estar originado por diferentes factores, sin embargo cobra una importancia especial los problemas interpersonales entre los cuales se encuentran, la pérdida

de una persona querida, conflictos y discusiones con los demás, cambios en el papel social, cambios en el estado civil, cambios de residencia, cambios de trabajo, cambios de pareja y dificultades para relacionarse con los demás.

Las estrategias se basan en la propuesta de que los acontecimientos vitales dolorosos afectan el estado de ánimo del usuario. Al entender la relación entre el estado de ánimo depresivo y los problemas cotidianos, el usuario puede mejorar su situación y su papel de vida. Se aplica con frecuencia cuando el comportamiento depresivo se debe a una situación cotidiana de vida, como la muerte de un ser querido; se llama intervención en crisis y se enfoca en el estudio y solución de problemas que existen entre el usuario y su situación de vida. El terapeuta ayudara a restablecer el balance vital a través de modificaciones de la conducta del usuario (Garza, 2004).

El terapeuta interpersonal ayuda a determinar la naturaleza del problema y se dedica a buscar soluciones. Con frecuencia los problemas interpersonales entrañan transiciones o disputas de roles. Las transiciones que coexisten en la depresión son del matrimonio a la soltería, de la casa con los hijos al nido vacío. Las disputas de roles suelen refiriese a las expectativas divergentes de las relaciones entre, amantes, esposos y familiares. Las personas con depresión comúnmente no logran cambiar la naturaleza de la misma (Golf, 1988).

Cabe señalar que el terapeuta interpersonal trata a ambas personas involucradas en disputas de roles, los ayuda a comunicarse y a enseñarle a ver las cosas realmente como son, La terapia interpersonal también ayuda a la persona aislada que carece de autoestima y de habilidades sociales necesarias para establecer una relación con otra persona.

Las estrategias interpersonales se desarrollan en tres fases: fase inicial o diagnóstica, de la primera a la tercera sesión; la intermedia a la focalizada, de la cuarta a la decima sesión, y la final o concluyente, de la onceava a la doceava. Es

necesario mencionar que el número de sesiones es relativo. Pérez y García (2001) señalan que este tipo de terapia esta estructurada por fases y objetivos que, según los autores, tiene una duración aproximada de 16 sesiones programadas semanalmente. En un inicio, se pueden programar dos sesiones por semana y posteriormente se puede programar solo una sesión.

Ahora bien, en la fase inicial se valora al usuario, dándole información acerca de su trastorno y del enfoque del tratamiento, además se concreta el problema interpersonal por el cual el paciente busco ayuda terapéutica. Durante la fase intermedia se sigue profundizando en la comprensión de la relación entre la depresión y los cambios en las relaciones y se desarrollan estrategias para superarlo y crear alternativas del comportamiento ante el problema. En la fase final se tratan los sentimientos que surgen ante la despedida, se resume lo que se aprendió y lo que queda por delante (Bergin y Garfield, 1994).

Es necesario mencionar algunas de los procedimientos utilizados para esta terapia interpersonal. Se agrupan en siete categorías dentro de las cuales se encuentran: técnicas exploratorias, propensión de los afectos, clasificación, análisis comunicacional, uso de la relación terapéutica, modificación de la conducta y técnicas auxiliares (Dieguez y cols, 2001).

Las estrategias grupales buscan una mejoría rápida de la personalidad y conducta de los miembros mediante la interacción entre ellos. Los criterios para considerar un éxito dentro de la terapia de grupo son prácticamente los mismos que se aplican para la terapia individual. Entre los cuales se encuentra el alivio a la angustia, aumento de la dignidad de la personalidad, autocognición y mejoría de la conducta y relaciones sociales.

La estrategia de la psicoterapia de grupo puede tener diversas características. El tipo de grupo más frecuente es el de autoayuda al que el paciente acude para compartir sentimientos y experiencias con otras personas. Se espera provocar una

atmosfera de apoyo que aporte soluciones. Es útil para la gente aislada y que desgraciadamente no tiene especial afición por compartir sus sentimientos (Garza, 2004).

Según Solomon (1972), existen diversos tipos de terapia grupal:

Terapia grupal evocativa: En el cual se estimula la expresión espontánea de los sentimientos de los pacientes en una atmosfera de aceptación y esfuerzos hacia el entendimiento de dichos sentimientos.

Terapia grupal directiva: Son grupos en los cuales el guía afirma su autoridad especialmente como experto de los temas a tratar. Se pueden dar consejos y ordenes. Se trata de que el guía sea el punto central de la atención del grupo.

Terapia grupal didáctica: Son grupos en los cuales se intenta adecuar a los pacientes con conocimientos acerca de su tratamiento. Dentro de estos grupos están las clases que se dan dentro del hospital a pacientes internados.

En la terapia grupal la estrategia de terapeuta es alentar las interacciones y las discusiones libres que son el núcleo de la psicoterapia. La utilización de esta estrategia supone la creación de relaciones en el interior del grupo y por tanto de un tipo especial de transferencia y afecta a la naturaleza de las comunicaciones en el sentido de permitir al terapeuta y a los integrantes del grupo hacer frente exitosamente a las resistencias al tratamiento.

Un punto importante dentro de la terapia de grupo es considerar que la autoestima del paciente aumenta cuando se convierte en un donador y receptor de ayuda. A menudo se proporcionan autocogniciones valiosas y verdaderas de un paciente a otro (Solomon, 1972).

Finalmente, existen otro tipo de tratamientos en los cuales no sólo se hace alusión a los procesos cognitivos y a la conducta de la persona depresiva, sino también toman en cuenta todos los aspectos antes mencionados. Se propone añadir un suplemento terapéutico por llamarlo de alguna manera como son los medicamentos. Tal es el caso de Gabbard (1994) el cual propone a la persona llevar una terapia no estructurada relacionada con el manejo de la depresión, pero al mismo tiempo se le pide que ésta lleve a cabo consultas psiquiátricas para recibir medicamento y apoyo.

Ahora bien, Anderson (2000) plantea un tratamiento diferente al enfoque cognitivo; es decir, este autor se encarga de mencionar el tratamiento farmacológico o farmacoterapia. Este autor recomienda en uso de medicamentos para tratar la depresión. Tales medicamentos son imipramina en una dosis de al menos 150 mg por día, 50 mg y después 75 mg de nortriptilina (antidepresivo tricíclico) al día. No menos de 150 mg al día de amitriptilina de doxepina o clomipramina.

Hay otras escalas, como por ejemplo la denominada auto evaluación de la depresión de Zung-Conde. Consta de 20 preguntas, puntuadas entre uno y cuatro. Algunos se puntúan inversamente para evitar que se repitan las puntuaciones. Cuando la puntuación que obtenemos es superior a 33 puntos debe sospecharse una depresión y por encima de 47 ya nos orienta hacia un trastorno depresivo claro.

En ocasiones hay errores por exceso, en ellos se realiza un diagnóstico de depresión abusivo y erróneo. Esto hace que el diagnóstico subjetivo sea frecuente para un grupo de sujetos que pertenecen a otro síndrome clínico. Ahora bien, los usuarios que presentan trastornos de ansiedad acuden al médico alegando padecer depresión, cuando en realidad padecen una neurosis de angustia.

A veces también podemos hablar de errores por defecto. En estos casos el problema está en pasar por alto la enfermedad depresiva, bien atribuyendo los síntomas a otra enfermedad, bien omitiendo cualquier diagnóstico con la

interpretación errónea de que todo se debe a ideas sobrevaloradas o actitudes hipocondríacas del enfermo.

4.2. Estrategias de intervención Cognitivas.

Las estrategias cognitivas se sustentan en la noción de que los pensamientos, las imágenes, las autoverbalizaciones y todo proceso cognitivo son los elementos responsables de conducta; es decir la conducta es función de los procesos cognitivos, incluyendo el pensamiento. De esta manera, en el presente apartado incluiremos todas aquellas posturas cognitivas que han propuesto y demostrado la eficacia de la intervención en el comportamiento depresivo.

Uno de los primeros autores de interés en este apartado es Klerman (1996), él hace alusión de que la terapia cognitiva para tratar la depresión en las personas se centra en las siguientes estrategias: modifica los patrones de pensamiento destructivos y negativos, modifica comportamientos inadecuados que agravan los problemas, alivia el sentimiento de las experiencias traumáticas y reduce la angustia, promueve actitudes positivas para resolver problemas, trabaja con el autoestima y las habilidades sociales, mejora la comunicación y finalmente reduce la probabilidad de recaídas.

La terapia cognitiva tiene como estrategias cambiar los pensamientos negativos a través a través de una serie de técnicas. Una de las estrategias de esta terapia es invitar al paciente a que lleve a cabo tareas específicas entre una sesión y otra, que incluye por ejemplo, escribir los pensamientos y sentimientos perturbadores, con el fin de poder romper las distorsiones (Garza, 2004).

Los pensamientos, sensaciones y acciones se alimentan los unos a los otros y empeoran la vida, confirmando las certezas del depresivo. Pero la percepción depresiva del mundo no es en si la conducta, lo que el usuario depresivo ve es el resultado del defectuoso procesamiento de la información que es sintomático de la depresión (Gold, 1988).

Las estrategias de los terapeutas cognitivos se dedican a corregir el modo de pensar negativo de los usuarios. Los ayudan a identificar sus suposiciones falsas, los sentimientos y conductas resultantes. Posteriormente se trabaja con los pacientes para reemplazar las distorsiones mentales con un criterio más que librado que les permita funcionar, lograr éxito, sentirse confiado y tener fe de sí mismo.

Esta terapia utiliza una amplia variedad de estrategias con el objeto de delimitar y reevaluar las falsas creencias del usuario que provocan desadaptación. Beck en 1979 (citado por Bolio en 1990) consiste en las experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: controlar los pensamientos (cogniciones) negativos automáticos, identificar las relaciones entre cognición y afecto, examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas, aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Con base en Caro (2005), las técnicas principales para eliminar pensamientos automáticos distorsionados serían:

Ofrecer psicoeducación directa: Ofrece información concreta y que contradiga los pensamientos negativos.

Descenso vertical: Hacer preguntas a partir de las propias respuestas del usuario.

Reducción a lo absurdo: Llevar al usuario hasta un punto donde parezca absurda su manera negativa de pensar.

Mantener un registro diario: Hacer que el usuario lleve un registro de conductas y acontecimientos que confirmen o no su pensamiento.

Negación de los problemas: Hacer que los usuarios hagan una lista de porque una situación no es un problema, más que las razones por las cuales es un problema.

Reatribución: Hacer que se consideren otras causas en determinada situación o bien, poder reatribuir responsabilidades en determinada situación.

Actuar “como si”: Es el juego de roles y después situaciones reales, hacer que el usuario actué como si no creyera en sus pensamientos negativos.

Comprobar predicciones: Hacer que el paciente haga una lista de predicciones específicas para la próxima semana y haga un seguimiento de los resultados.

Luchar contra la sobregeneralización: Preguntar al usuario: ¿solo porque X ha ocurrido, significa que es inevitable que suceda?

Ahora bien, Albert Ellis es otro reconocido autor que se encarga de aportar estrategias para el tratamiento del comportamiento depresivo. Una de las estrategias que se lleva a cabo es explicarle al usuario en qué consiste este tipo de terapia y sobre las estrategias que se llevaran a cabo. Algunas de las estrategias que se utilizan son las siguientes:

Escribir ensayos racionales: En esta se trata de pedirle al usuario que desarrolle un ensayo con los argumentos que se le han dado en terapia para que “logre aterrizarlos” y ponerlos en práctica.

Técnica de la evidencia ante el jurado: Se lleva a cabo la “metáfora de un juicio”, en esta se trata hacer que el criminal sea la idea irracional. El abogado

defensor es que el elabora justificaciones para la idea irracional. El fiscal será quien defienda la parte racional. Así, el juez dictaminará la sentencia decidiendo qué pesa más, la parte racional o irracional.

Ejercicios de atacar la vergüenza: Se utiliza mucho con personas que le tienen miedo al ridículo, se trata de exponer al usuario a situaciones que le parecen vergonzosas para que logre ver que no pasa nada.

Ejercicios de toma de riesgos: Aquí se trata de ayudar al usuario a que imagine las secuencias buenas o malas de una determinada situación.

Empleo de claves auditivas, olfativas, etc.: En ésta se trata de dejarle tareas al usuario donde le pidamos que con algunos olores o sonidos logre relacionar pensamientos racionales o no irracionales.

En la terapia cognitiva el terapeuta intenta convencer al usuario de que modifique sus opiniones acerca de los sucesos y acerca también de él mismo. El especialista también le indica que tome nota de sus “monólogos internos” e identifique todos aquellos patrones de pensamiento que parezcan contribuir a su depresión. Luego, se le enseña a examinar sus creencias negativas, a comprender como le impiden realizar suposiciones más realistas y positivas e interpretar de manera más sensata los sucesos adversos (Davison y Neale, 1983).

En general, la terapia cognitiva el tratamiento intenta enseñar al usuario a identificar, examinar y sustituir los pensamientos distorsionados por otros más realistas y así modificar las actitudes negativas que lo predisponen a interpretar sus experiencias de un modo depresivo. De igual manera, el terapeuta deja tareas para casa, para que el paciente trabaje en lo que ha aprendido en la terapia.

4.3. Estrategias de intervención Cognitivo-Conductuales.

La terapia cognitivo-conductual implica la utilización de estrategias específicas, apoyadas empíricamente y centradas en el procesamiento de la información y del comportamiento (Sanderson y McGinn 2002).

La terapia cognitivo conductual parte de los supuestos de que la respuesta de los individuos esta en función de la interacción entre conductas y cogniciones, en donde el ambiente juega un papel importante en la génesis y mantenimiento de la conducta, por lo tanto en la depresión. En este sentido, la terapia cognitivo-conductual se orienta a la recolección de información con la finalidad de llevar acabo un análisis funcional de las respuestas, lo cual permite determinar el papel que juegan cogniciones, conductas particulares y el ambiente en la etiología y mantenimiento de la conducta. En el caso de la depresión, el supuesto general es que esta se da como producto de la combinación compleja de pensamientos disfuncionales relacionados con deficiencias de comportamiento general – por ejemplo, la presencia de pensamientos irracionales y las deficiencias en el comportamiento social -.

Con base en lo anterior, Kurlowicz (2003) hace referencia de algunas de las estrategias que utiliza para tratar el comportamiento depresivo. Este autor menciona que, a partir del enfoque Cognitivo-Conductual, la forma de tratar la depresión de manera grupal ha considerado necesario aplicar técnicas de relajación progresiva, reestructuración cognitiva y entrenamiento en asertividad. Se utilizan técnicas para mejorar la cohesión del grupo haciendo hablar a los integrantes sobre los pensamientos negativos y respuestas negativas. El fin de este tipo de estrategia es brindar apoyo emocional a los integrantes y didácticas en las cuales los miembros del grupo se confrontan respecto a sus pensamientos negativos. Este mismo autor plantea estrategias para tratar la depresión desde el enfoque Cognitivo-Conductual de manera individual. Dentro de esta estrategia se utiliza relajación progresiva, reestructuración cognitiva y entrenamiento en

asertividad. Se llevan a cabo técnicas verbales y comportamentales para poder ayudar a la persona a conocer las relaciones entre sus cogniciones, afectos y comportamientos, a controlar sus comportamientos negativos, examinar la evidencia existente para y en contra de cada pensamiento distorsionado y finalmente sustituir el pensamiento distorsionado e inadaptado por interpretaciones orientadas a la realidad. De igual manera, se usan estrategias y técnicas para ayudar a identificar y corregir visiones negativas y distorsionadas de los individuos depresivos.

Dentro del mismo enfoque Cognitivo-Conductual Ryle (1990) propone estrategias para tratar el comportamiento depresivo por medio de un “curso estructurado”. Este curso tiene un periodo de ocho semanas de 12 sesiones cada una, dos por semana. En las primeras dos sesiones del curso consisten en una aproximación de la depresión de aprendizaje social y se proporciona información sobre habilidades auto-cambiables. Las siguientes ocho sesiones incluyen información sobre como relajarse, aumentar las actividades placenteras, cambiar aspectos de pensamiento y mejorar las habilidades sociales y las interacciones. Finalmente las últimas dos sesiones se dirigen a conseguir que el paciente utilice las habilidades aprendidas y desarrolle su plan de vida. Cabe señalar que este tipo de curso se utiliza tanto para la terapia grupal como para sesiones individuales.

Ahora bien, Jones (1993) hace hincapié en una forma de terapia asistida por un ordenador (programa terapéutico de aprendizaje) donde permite al individuo identificar y describir conflictos y comportamientos inter e intra personales que bloquen su capacidad de solucionar problemas y su crecimiento personal. Al paciente se le exige ejercitar lo aprendido para reducir la ansiedad personal y después hacer un informe de su progreso al terapeuta y al grupo. Dentro de los primeros 30 a 40 minutos de la sesión se dedican al trabajo en el ordenador, realizando un resumen del modulo al final para que el terapeuta lo revise. Con respecto al resto de la sesión se utiliza para procesar como grupo aquellos aspectos asociados con el modulo.

Las estrategias que se utilizan en este tipo de terapia es entrenar al individuo para que pueda funcionar como su propio auto regulador y tener autocontrol de sus conductas. Goldfreid y Merbaum (1973, citados por Navarro, 1990), el autocontrol puede considerarse un proceso mediante el cual el individuo se convierte en el principal agente para guiar, dirigir y regular aquellas características de su propia conducta que muy probablemente lo conduzcan a las consecuencias positivas que desea.

Cabe señalar que Rehm desarrollo un modelo que hace énfasis en la capacidad de una persona para el logro de metas a través de tres procesos secuenciales: automonitoreo, autoevaluación y autoreforzamiento. Este autor plantea que las personas deprimidas demuestran déficit en cada uno de estos procesos de autocontrol (Aguado y cols, 2005).

Ahora bien, Leía y Holland (2000) hacen referencia de algunas estrategias cognitivo conductuales que se ocupan para el tratamiento de la depresión:

Actividad conductual.- Es la planificación gradual de actividades y la planificación de tareas y evaluaciones.

Entrenamiento en toma de decisiones y solución de problemas.- Es el desarrollo de las pautas de acción planificadas y secuenciadas para la resolución eficaz de problemas. Orientación hacia los problemas: definición clara y concisa de problemas (hechos vs problema).

Estrategias de distracción (conductuales y cognitivas).- Es bloquear la atención del usuario presta a un estado de animo bajo, pensamientos negativos etc., mediante la asignación de tareas alternativas.

Entrenamiento en focalización de la atención en experiencias agradables.-

Entrenar al usuario a focalizar la atención en estímulos externos agradables, potenciar la identificación de características placenteras de cada momento, aumentar tiempo de exposición a estímulos positivos.

Autocuidados.- Es el enriquecimiento del medio, el mantenimiento de hábitos saludables (dieta, ejercicio etc.,) es el entrenamiento de autoreforzo.

Estrategias de regulación de la activación.- Es el entrenamiento en control de la respiración y el entrenamiento en la relajación muscular.

Higiene de sueño y control estimular.- Es la adquisición de hábitos saludables para el sueño y las pautas para el control estimular.

Exposición (gradual) en vivo y en imaginación.- Es enfrentarse a estímulos/situaciones en las que el usuario hace predicciones catastróficas, negativas, de fracasos. etc. La visualización es la creación de imágenes positivas, relajantes, de éxito etc.

Entrenamiento en habilidades sociales.- Es el entrenamiento en comunicación no verbal, en inicio y mantenimiento de conversaciones, manejo de críticas, recibir, aceptar halagos y el entrenamiento en conducta asertiva.

Control de la ira.- Es la identificación de estímulos internos y externos discriminativos y diferenciar estados emocionales.

Registro de pensamientos.- Es el autoregistro tipo ABC (situación, cognición y conducta). Es útil para la identificación de pensamientos (positivos y negativos) y relación de situación estimular, emociones asociadas y estrategias de afrontamiento.

Entrenamiento en parada de pensamientos.- Es la identificación de pensamientos negativos más autoinstrucción, más estrategias distractoras.

Reestructuración cognitiva.- Es un debate socrático para suscitar preguntas que activen pensamientos consecuenciales, identificar incongruencias y ayudar a crear respuestas alternativas.

Pruebas empíricas.- Es desafiar reglas, auto imposiciones, el ensayo conductual, poner a prueba los “no puedo”, recoger información externa (otros significativos del entorno del usuario).

Gráfico de sectores.- Es dibujar un grafico de sectores en el que el usuario distribuya proporción de responsabilidad sobre un suceso determinado.

Empleo de paradojas y sentido del humor.- Enfatizar y exagerar interpretaciones distorsionadas para fomentar procesos de reevaluación.

Regulación emocional.- Es la identificación, discriminación, y etiquetación adecuada de emociones. Análisis de significados subyacentes. Afrontamiento y expresión de emociones.

Desde este tipo de terapia el usuario debe de tener un repertorio de las habilidades necesarias no sólo para obtener un reforzamiento social, si no para lograr exitosamente cualquier ajuste requerido ante los estresores y los eventos adversos.

4.4. Revisión de casos de depresión con respecto a su problemática, evaluación, diagnóstico, tratamiento y resultados utilizando el enfoque Cognitivo-Conductual.

CASO 1

Bernal y Jiménez (2009) publicaron un estudio clínico desde el enfoque Cognitivo-Conductual. El caso se llevo a cabo con un adolescente de 15 años quien en el pre-tratamiento presentó un diagnóstico con síntomas depresivos severos, alta ideación suicida, baja autoestima y actitudes altamente disfuncionales. El tratamiento consistió en doce sesiones de terapia individual más cuatro sesiones adicionales, y una intervención familiar. Se utilizó un método de estudio de caso. Se presentaron ambos datos cualitativos y cuantitativos para el caso utilizando instrumentos de auto-informe, notas de caso clínico y grabaciones de las sesiones de la terapia. En los resultados algunas de las características que la usuaria presentó se asociaron con una respuesta parcial o nula a la terapia fueron: aumento de la severidad de los síntomas depresivos, comorbidad de otros trastornos mentales y conflicto parental significativo. Al final la usuaria presentó disminuciones en los síntomas depresivos, actitudes disfuncionales, así como mejoras en el auto concepto, estas mejoras fueron mantenidas hasta un año post-tratamiento.

CASO 2

Vargaz e Ibáñez (1998) utilizaron las estrategias de la terapia Cognitivo-Conductual para tratar a un usuario de sexo femenino de 52 años. La problemática principal de este usuario fue que no fue criada en un ambiente familiar armonioso, que le permitiera generar modelos de interacción con el sexo opuesto más allá de una situación tradicional con su esposo. Su autoestima era muy baja y los motivos de su existencia se centraban alrededor de los demás (su esposo y sus hijos). Ella sentía que lo único que tenía en la vida eran sus seres queridos. En este sentido ella se aferraba en forma desesperada provocando el poco crecimiento de sus

hijos y el desinterés de su esposo. En general la usuaria se deprimía porque los objetivos centrales de su existencia los percibía como a punto de desaparecer, sin que la vida tuviera algún sentido. El tratamiento consistió en aplicar la Terapia Racional Emotiva; para ello, a la usuaria se le pidió que llevara un diario donde anotara las situaciones en donde ella se sintiera mal. En las sesiones, la discusión se centro en el argumento de que uno es creador de sus emociones, por lo que es necesario explicarlas, analizarlas, discutir las y sustituir las auto-verbalizaciones por otras más funcionales que no generen emociones negativas. Posteriormente, se pasó a analizar la situación en que vivía la paciente y la alternativa planteada fue la siguiente: había que cambiar las situaciones que se podían cambiar y aceptar las que no. En este sentido, se le dio a la usuaria entrenamiento asertivo para que manejara las situaciones incómodas. Cabe señalar que costó trabajo al principio porque la usuaria deseaba evitar confrontaciones con la finalidad de no complicar las cosas, pero se desesperaba de que no cambiarían por sí solas. Posteriormente, se convenció de que es más fácil afrontar que evitar ciertas situaciones, además de que conforme iba pasando el tiempo, las cosas se complicaban aún más, por lo que se vuelve más difícil resolverlas. Después de 20 sesiones, en las cuales se observó un cambio en sus niveles reportados de depresión, así como en el ajuste familiar, se dio por terminada la terapia. Los resultados que se obtuvieron después de este tratamiento fueron: la usuaria comenzó a salir de compras sola, cuando antes tenía mucho miedo de hacerlo. Estableció las reglas básicas de comportamiento dentro de su casa. Cuando la usuaria dejó la terapia, ya había conseguido comenzar a vender zapatos en diversas oficinas, por lo que sus relaciones sociales se incrementaron y pudo tener otras fuentes de satisfacción emocional.

CASO 3

Salinas (1998) publicó un artículo en donde menciona el tratamiento de un caso de depresión desde el enfoque Cognitivo-Conductual. La terapia se centró en una usuaria de 24 años, la cual reportaba “encontrarse deprimida” porque se “sentía muy triste, sin ganas de hacer algo, se la pasaba encerrada y durmiendo en su cuarto, no sentía deseos de hablar con alguien, sentía que no tenía ilusiones y que no podía cambiar nada de su vida. La usuaria reportaba que era un fracaso en su trabajo, tenía problemas con su madre, debido a que ella es demasiado autoritaria y que con su hermana no tenía deseos de hablar. Se consideraba tonta, incapaz de lograr sus aspiraciones de independencia económica. Reportaba que estaba bajando de peso por falta de apetito y dolores de cabeza. Los instrumentos que se utilizaron para este tratamiento fueron el Inventario de Beck como el índice de su sintomatología depresiva, el registro de auto-monitoreo de pensamientos automáticos con columnas de izquierda a derecha de: situaciones, pensamientos y emociones. Las principales situaciones de auto-monitoreo, de acuerdo al análisis del usuario fueron: los fines de semana en su casa, ante situaciones de demanda en el trabajo, cuándo está con su madre y en interacciones sociales, tanto con sus amigas como con compañeros de trabajo. También se utilizó como instrumento un registro de conductas sociales y asertividad tanto para el entrenamiento como para la asignación de tareas y post-evaluación. A través de este registro se obtuvo información relacionada con: situaciones, personas, eventos de interacción y respuesta del paciente. Se utilizó la escala de asertividad de Rathus utilizando los reactivos como indicadores específicos de habilidades e inhabilidades de asertividad. En el procedimiento se utilizó un diseño A-B-A, típico de las intervenciones en Psicología Clínica, en donde A es una fase de evaluación y/o línea base, B es la estrategia de intervención y A es un post-evaluación y seguimiento. Las diferentes fases consistieron en: fase A, se recolectó la información más profunda sobre las conductas motivo de la queja y que se pueden considerar depresivas. Inicialmente se elaboró conjuntamente con la paciente el análisis funcional de su queja a través de entrevista. Se identificaron las conductas

“problema” para ella definiéndolas funcionalmente, identificando los antecedentes, los consecuentes y las variables orgánicas implicadas, como son los pensamientos, valores, creencias y atribuciones. Durante esta fase se llevaron a cabo todos los instrumentos antes mencionados; fase B, se le explico a la paciente el análisis funcional con la finalidad de que ella confirmara y/o redefiniera aquellas conductas que consideraba importantes para lograr sus objetivos terapéuticos; en la fase A post-evaluación tuvo una duración de dos semanas, considerando criterios de recaída como: presencia del llanto por más de dos horas al menos dos veces por semana, permanecer en su cuarto durmiendo más de cuatro horas al menos tres veces por semana, reporte de sentirse deprimida, triste y pensamientos de auto-critica, devaluación y negativa del futuro y del mundo cuando menos una semana consecutiva. Los resultados que se encontraron en este tratamiento fueron satisfactorios, la usuaria logro relajarse, al principio reportaba altos grados de ansiedad, pero poco a poco se empezó a notar que la paciente reportaba niveles bajos de ansiedad. Con respecto a los pensamientos automáticos, la usuaria reporto que disminuyeron substancialmente a la vez que incremento la frecuencia de pensamientos positivos. En referencia al entrenamiento de habilidades sociales y asertivas, logró mejorar sus respuestas asertivas, asimismo se incrementaron el número de sus relaciones sociales.

CASO 4

Mácia y Méndez (1997) expusieron un caso de depresión en una usuaria de 32 años, esta usuaria reporto sentirse deprimida y hacía referencia de que “buscaba en su pasado y su presente algo que le sirviera para tener ilusión y no encontraba nada, su futuro le daba miedo, sus hijos eran una carga muy pesada y le abrumaban las responsabilidades. La usuaria presentó dolores de cabeza, mareos, dolores de estomago, insomnio (se despertaba durante la noche), pesadillas, tensión, sentimientos de inferioridad y soledad, con pensamientos recurrentes acerca del pasado y problemas sexuales (anorgasmia) se agravaba fundamentalmente los fines de semana. Cabe señalar que cuando inició la terapia

no encontraba ninguna satisfacción en su trabajo al que asistía. Su círculo de amistades se reducía a una persona y con el resto del personal de su trabajo tenía problemas. El procedimiento de este tratamiento consistió en una primera fase A donde se recopiló toda la información sobre el problema de la usuaria, se utilizaron instrumentos como la historia clínica conductual, el cuestionario de refuerzos, inventario de pensamientos, lista de auto-evaluación conductual, escala de la evaluación de la depresión se especifican las hipótesis y el plan de tratamiento a seguir, una vez mencionado en análisis funcional a la paciente se procede a llevar a cabo el tratamiento psicológico (fase B). Las técnicas que se llevaron a cabo en este tratamiento fueron relajación y reestructuración cognitiva. Los resultados que se obtuvieron fueron muy significativos para la usuaria ya que presentó niveles bajos de ansiedad, además que logró eliminar estados de tensión, en la reestructuración cognitiva se pudo notar que la paciente logró cambiar sus pensamientos irracionales por otros más racionales, se dio cuenta que era una persona funcional para poder realizar cosas importantes y entablar relaciones sin tanto conflicto.

CASO 5

El tratamiento de este caso se realizó en la clínica de la CUSI de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. El usuario tenía la edad de 25 años. Acudió a terapia porque refería sentirse triste, disfrutar cada vez menos de la vida y no tener ganas de hacer nada. Durante la fase de entrevista el usuario mencionó tener dificultades para conciliar el sueño, concentrarse en sus estudios, se mostraba preocupado por haber aumentado de peso en los últimos tres meses (seis kilos) cambiando así su imagen corporal y tener una sensación constante de vacío e inquietud. Durante la fase de entrevista también se observó alteraciones en el área de las conductas de autocuidado, mostrando un aspecto ligeramente desalineado en vestimenta y en el aseo personal. Constantemente hacía referencia de pensamientos negativos hacia su persona y de los fracasos de su vida. Al finalizar esta sesión se elaboró junto con el usuario un listado inicial de los

principales problemas los cuales fueron: bajo estado de ánimo y desesperanza, dificultades para conciliar el sueño y descansar, ausencia de actividades gratificantes, presencia de conflictos interpersonales. Relaciones sociales insatisfactorias, irritabilidad y tensión general, presencia de pensamientos negativos rumiativos, e imágenes catastróficas, autoconcepto negativo y baja autoestima. Las sesiones de evaluación se llevaron a cabo a través de la entrevista clínica, para valorar la gravedad y el grado de inferencia de los problemas que presentaba el usuario se utilizaron estrategias cuantitativas (escalas auto aplicadas) como cualitativas, es decir, se le pidió al usuario que completara un autoregistro estándar para identificar pensamientos automáticos en relación a situaciones, emociones y conductas y que elaborara una autodescripción. Posteriormente, se llevó a cabo la explicación del problema del usuario, presentándole al análisis funcional inicial de sus problemas, durante esta sesión también se acordaron conjuntamente cuales eran los objetivos a trabajar, así como el programa de intervención. Los objetivos de la intervención fueron los siguientes: incrementar tasa de reforzadores positivos y disminuir las experiencias negativas y incrementar la percepción de controló sobre su vida. Durante la sesión uno se enfocó a mencionarle al usuario el modelo con el cual se iba a llevar a cabo el tratamiento terapéutico así como también el carácter transitorio de la depresión y las recaídas que puede sufrir el usuario, en la sesión dos se planeó las actividades gratificantes pasadas, presentes y futuras, durante la sesión tres se le dio al usuario entrenamiento en relajación muscular, en la sesión cuatro mantenimiento de actividades gratificantes, durante la sesión cinco y seis se llevó a cabo estrategias terapéuticas como: problemas interpersonales-pensamientos asociados, en la sesión siete se dio una revisión del proceso de toma de decisión y sus consecuencias, sesión ocho análisis de las tareas del usuario, durante la sesión 9 se dio una revisión del estado general y valoración de aprendizajes y avances, en las sesiones once-catorce se revisan las estrategias de autoconcepto-creencias nucleares, finalmente durante la sesión quince se concluyo con el tratamiento y prevención de recaídas. Los resultados que se encontraron en este tratamiento fue: remisión total de síntomas (estado no deprimido), ausencia de

diagnostico de depresión según el criterio DSM-IV-TR, logro los objetivos terapéuticos acordados y generalizo los resultados en contextos diferentes.

CASO 6

Mácia y Méndez (1997) reportaron un caso de un usuario de 42 años que presentaba un trastorno bipolar I que le fue diagnosticado a la edad de 31 años, desde entonces llevo tratamiento farmacológico con litio y risperidona cuando iniciaba una fase maniaca. Durante la evaluación, el usuario reportó haber tenido el periodo depresivo a los 28 años, a raíz de esto recibió tratamiento farmacológico con fluoxetina, se recuperó a los 30 años y volvió a tener otro episodio depresivo y de nuevo recibió tratamiento farmacológico. Posteriormente, tuvo un episodio maniaco el cual posiblemente disparó la crisis maniaca. Cuando el usuario detectaba cambios de naturaleza conductual, cognitiva o fisiológica se habían identificado los indicadores de un nuevo episodio, era el momento de poner en marcha una serie de recursos como por ejemplo: ponerse en contacto con el psiquiatra de manera urgente para valorar la probabilidad de aumentar el litio o añadir otro fármaco, al mismo tiempo ponerse en contacto con los terapeutas para poder en marcha estrategias. Otra parte del tratamiento fue el adiestramiento de las estrategias psicológicas específicas para luchar con el trastorno bipolar, específicamente el control de los pensamientos y del nivel de actividad. La modificación conductual consistió en tener preparado un plan de actividades agradables básico que debía mantener a pesar de que empezara a caer en un episodio depresivo o un episodio maniaco. Los resultados que se encontraron en este tratamiento fueron que el llevar a la par un tratamiento psicológico con un tratamiento farmacológico es altamente eficiente. Los episodios depresivos y maniacos del usuario disminuyeron, aunque es necesario mencionar que después de un seguimiento con el usuario se reporto que seguía teniendo episodios maniacos de un a dos veces al año.

CASO 7

Mácia y Méndez (1997) reportaron un caso en donde se llevo a cabo una intervención en un caso de duelo y adaptación a la perdida. El tratamiento se llevó a cabo con un usuario de 30 años de sexo femenino. El motivo de consulta fue que desde hace 7 meses se murió su novio, a raíz de eso no puede dormir, ya no llora tanto, pero apenas tiene fuerzas para trabajar. No tiene ganas de comer, ha adelgazado mucho, y aunque eso no le desagrada porque estaba un poco “gordita” siente que pierde las fuerza día con día. Presenta ahogos, náuseas, mareos, palpitaciones, opresión en la garganta y el pecho, siente un nudo en el estómago, dolor de cabeza etc. La usuaria reporto que quería estar bien; había conocido a un chico hace uno dos meses, pero sus sentimientos estaban todavía más confusos, no sabía cómo controlar su problema y tampoco qué hacer con ese chico. El perfil de duelo sirvió para orientar la intervención, priorizando las conductas problemas y esto ayudo a saber si se estaba ante un duelo aparentemente normal o de riesgo. Para elaborar este perfil se utilizaron las siguientes variables: datos generales del fallecido (edad, fecha de fallecimiento, tiempo de convivencia y tipo de relación con el fallecido, aniversarios y fechas importantes, antecedentes personales como problemas de salud psicofísicos, elaboración de posibles duelos previos, coincidencias de otros problemas de trabajo y de familia, datos sociofamiliares tales como genograma, relaciones familiares, amigos y situación económica. Evaluación inicial sirvió de línea base para el terapeuta y para el usuario, con esta línea base también se dio inicio al tratamiento. El primer objetivo de este tratamiento fue devolverle al usuario el control de sus emociones, sentimientos, pasamientos y comportamientos a través de una cuidadosa y rigurosa información sobre los resultados obtenidos. Los instrumentos que se utilizaron para este tratamiento fueron MIPS, Inventario de Estudios de Personalidad de Millo el cual sirvió para dar cuenta de las formas de sentir, pensar y actuar ante la experiencia de la perdida, Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman el modo predominante de la usuaria es la huida-avoidación mediante la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento centrada en la

emoción, como son la supresión cognitiva ante sus pensamientos intrusos (la evitación y el distanciamiento), Test de Rorschach (sistema comprensivo) la usuaria en las áreas de procesamiento de información reporto un estilo perceptivo abierto y flexible, muy motivada a resolver situaciones complejas e intentar tareas complejas y ambiciosas, una fuerte orientación al logro. En la mediación cognitiva, se reporto un deterioro sustancial de su habilidad para formar impresiones exactas de ella misma y de los demás, este juicio no funcional estaba afectando a sus relaciones sociales, en su ideación parecía estar experimentando una cantidad considerable de intrusiones, por encima de la que la usuaria podía controlar, lo que afectaba a su capacidad de atención y concentración. Respecto a la capacidad de control y tolerancia al estrés, la usuaria parecía tener menos recursos disponibles para cubrir las demandas cognitivas y emocionales de día a día. En la Escala de Apoyo Social la usuaria podía disponer de apoyo social suficiente, pero el grado de satisfacción que obtenía era muy bajo, y no parecía congruente con la extensión y el nivel de apoyo recibido, Inventario de Depresión de Beck la usuaria reporto un estado de ánimo deprimido de leve a moderado, no existía una afectación en todas las áreas de funcionamiento (en la percepción del futuro, las expresiones emocionales, la toma de decisiones y aspectos de salud física como alimentación y sueño) , Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (síntomas psicofisiológicos los resultados indican una situación altamente desadaptativa que no se corresponde con trastorno de estrés postraumático ya que no se dan todos los criterios requeridos para ello finalmente en los Autoinformes indicaron la evolución del tratamiento. El tratamiento consistió de cuatro fases: la fase uno versó respecto al establecimiento del contrato terapéutico, en la fase dos se da la construcción de la alianza relacional, durante la fase tres se lleva a cabo la identificación de sentimientos, control emocional y conductual, durante la fase cuatro se llevo a cabo la introspección, identificación de las necesidades interpersonales y reorganización, análisis comunicativo, restructuración cognitiva, cambios de conducta y aprendizaje de habilidades sociales: instrucciones, modelado y juego de roles y finalmente se crean rituales significativos que le permitieran elaborar la pérdida y encontrarle sentido a la vida

y continuar viviendo. Los resultados que se encontraron en este tratamiento fueron la identificación y toma de conciencia de los síntomas, las conductas problema, los procesos psicofisiológicos, la expresión adecuada y completa de la emocionalidad asociada a la pérdida, en el trabajo de reestructuración de las cogniciones negativas y deformadas, presentes en la paciente, ha permitido una reinterpretación de su imagen de sí y de su papel en el mundo, una reelaboración de sus proyectos vitales en ausencia de su pareja fallecida, una toma de conciencia de las limitaciones propias de su personalidad, un aprendizaje de nuevas habilidades sociales y de recursos de afrontamiento.

CASO 8

El tratamiento de este caso se realizó en la Clínica la CUSI de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. El motivo por el cual la usuaria acudió a consulta es porque refería que su familia tenía ideas machistas, esto hacía que ella estuviera molesta con la diferencia de trato en cuanto a ella y a su hermano, esta diferencia ocasionaba constantes conflictos dentro de su familia y con su pareja ya que consideraba que su pareja tenía ideas y acciones machistas. La usuaria mencionaba no tener decisiones propias, en la escuela aseguraba que no se sentía bien porque no interactuaba mucho con sus compañeros de su salón, esto le provocaba estar triste, sin ganas de realizar alguna actividad y en ocasiones lloraba de todo. Los instrumentos que se utilizaron fueron: entrevista profunda y auto monitoreo. La intervención consistió en llevar a cabo las técnicas de solución de problemas y reestructuración cognitiva con base a Ellis las cuales se llevaron a cabo en un periodo de 8 sesiones. Los resultados que se obtuvieron en este tratamiento fueron: que la paciente fue capaz de resolver sus problemas de manera correcta, permitiéndole una mejor adaptación en su casa y con su novio. El sentimiento de tristeza y infelicidad desapareció por lo menos en un 80% de esta manera se logró que la paciente tuviera mayor independencia y una mejor relación con las personas que la rodean.

CASO 9

El tratamiento de este caso se realizó en la Clínica la CUSI de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Usuario de 22 años mencionaba tener cambios constantes de ánimo, además de que se consideraba ser muy impulsiva, actuar de forma muy precipitada y no poder controlar su reacción a “pesar de querer hacerlo”; esto le provocaba una falla en la socialización y en las interacciones sociales, además de sentirse poco adaptado a las situaciones que se le presentan. El usuario manifestaba que no le agrada su forma de actuar y que es por eso que decidió asistir a terapia en la CUSI y evitar sentirse mal con su forma de actuar. El objetivo general para el tratamiento fue que el usuario se comportara de manera relajada, tuviera ideas racionales sobre sus expectativas y deseos, sobre el respeto y su tendencia a la perfección, actuara de forma asertiva en un 80%, para que pudiera mantener interacciones sociales sintiéndose más adaptado y con menos ansiedad al expresar lo que sentía o pensaba en las situaciones que consideraba sentirse ignorado y con poca importancia al no ser respetado como él deseaba. El tratamiento consistió en tres fases: durante la primera fase se llevó a cabo la técnica de relajación progresiva favoreciendo cambios fisiológicos y disminuyendo la sintomatología de la ansiedad que presentaba la paciente, durante la segunda fase se llevó a cabo la técnica de la Terapia Racional Emotiva para identificar y modificar las ideas irracionales del usuario, esta técnica consistió en explicarle al paciente cómo distinguir las ideas racionales de las irracionales y cuáles son los efectos que tienen cada una de ellas y que identifique las ideas irracionales que suele tener y finalmente en la tercera fase se trabajó con el entrenamiento en asertividad para a partir de este entrenamiento el usuario pueda defender opiniones, derechos, y sentimientos de manera adecuada; es decir, sin mostrar ansiedad ni agresividad, esta fase consistió en tres etapas: en la primera etapa se le brindó al paciente información específica sobre los componentes más importantes de las conductas asertivas adecuadas; en la segunda etapa fue la práctica, donde se realiza un ensayo de la conducta durante las sesiones de entrenamiento y la tercera etapa fue de mantenimiento y

generalización, donde se indico al usuario a las actividades que debía de llevar a cabo fuera de la sesión en un ambiente real. Los resultados que se obtuvieron en este tratamiento fueron que el usuario obtuvo un mayor control y disminución de la tensión muscular, propiciado una reducción de la sintomatología de ansiedad en el paciente, esto a su vez propiciando la organización de cogniciones y comportamientos culturalmente aceptados que influyo de manera positiva para el procedimiento de modificación de ideas irracionales, ya que al sentirse más relajado le permitió trabajar con sus cogniciones. Se pudieron modificar los pensamientos irracionales del usuario por cogniciones más adaptativas, donde pudo modificar su concepto de respeto y entenderlo de una manera donde el usuario no sale perjudicado, donde se dio cuenta de que el respetar a las personas no implica quedarse callado, al contrario tiene que hacer que lo respeten a él también, sobre la idea de ser siempre perfecto la modifíco por cogniciones de poner todo su empeño en las cosas que realiza pero si falla, tendría que hacer algo para remediarlo y no se debe de quedar frustrado, sobre las expectativas de los otros menciono que debe darle importancia a sus expectativas más que a la de los otros, que debe estar seguro de lo que quiere y hacer algo para conseguirlo, y aceptar que si no concuerdan con las expectativas de los otros sabrá hacer respetar su decisión. Estos aspectos de las ideas irracionales abrieron el camino para comenzar a trabajar con la asertividad, ya que entendió que debe de decir las cosas que le molestan antes de que sea demasiado tarde, ya que a pesar de que las personas están cerca de él no conocen todas sus expectativas, deseos, pensamientos y emociones si él no las expresa.

CASO 10

El tratamiento de este caso se realizo en la Clínica Universitaria de la Salud integral (CUSI) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Una paciente de 24 años solicito ayuda terapéutica porque desde hace nueve meses su madre había muerto y reportaba que últimamente se sentía deprimida. La hipótesis de cambio fue que si la usuaria se mantenía relajada, tenía pensamientos racionales

respecto a su capacidad para afrontar exitosamente las demandas de su profesión, las críticas de la tía y se comportaba exitosamente ante estas situaciones, con sus amigos y pareja, entonces reportaría que se siente tranquila y segura, con iniciativa para ejercer su profesión y establecería límites con su tía. La usuaria recibió la información necesaria de su problemática (análisis funcional), esto con el fin de que aprendiera las causas de su comportamiento y cómo se interrelacionaban las diversas variables para que éste se siguiera manteniendo. Así también, para que la paciente eligiera las variables sobre las que se podían intervenir y que constituirían sus metas terapéuticas. Cabe señalar que se le dio la instrucción de que para pasar a la siguiente fase de intervención ella tenía que ser capaz de contestar el 90% de las preguntas realizadas acerca de cada tema tratado en la fase, así como mencionar ejemplos de estos. El tratamiento se llevó a cabo en cuatro fases: en la fase uno se le proporcionó a la usuaria información adecuada de la técnica de relajación, esto con el fin de informarle en que consistiría la técnica y para que serviría el entrenamiento que recibiría (racionalización de la técnica y sus implicaciones potenciales); en la fase dos se le enseñó a identificar los pensamientos irracionales respecto a las críticas de su tía y las demandas de su profesión que implicaban una postura íntima y personal, así como de las emociones asociadas. Se le pidió generara al menos dos argumentos que contradijeran los pensamientos irracionales bajo situaciones conocidas para ella y se diera cuenta de las emociones positivas que esto generaba. Se le pidió a la usuaria hacer una recolección de pros y contras de los pensamientos automáticos en situaciones de enojo, reconociendo cuáles formaban parte de los pensamientos irracionales, con al menos un 80% que el terapeuta le cuestionó; en la fase tres se le pidió a la paciente que discriminara entre agresión, asertividad y pasividad en situaciones reales que el terapeuta le presentaba, finalizando cuando logró un 80% de efectividad en la tarea y finalmente en la fase cuatro se llevaron a cabo sesiones en donde se evaluó la efectividad y pertinencia de las habilidades entrenadas, asimismo de asesorarla en cómo pensar y actuar en ante las situaciones que estaba enfrentando en el presente con su tía, su pareja y amigos. Los resultados que se encontraron durante este tratamiento fueron: la usuaria

reporto que la relación con su padre ya no es tan conflictiva, y ya acepta que él tenga relaciones afectivas con otra mujer (esto lo reporto al finalizar la intervención terapéutica). Reporto que en situaciones novedosas el control de sus emociones, a través de la relajación y de pensar en algo que la distraiga del estado de ansiedad mejoró sustancialmente, de tal forma que considera un reto enfrentarse a tales situaciones. La usuaria comenzó a presentar pensamientos racionales, respecto a sus relaciones amorosas, dejando de ser dependiente y de aferrarse a la relación. Presento mayor asertividad y toma de decisiones ya que puede decidir si termina o continúa con las relaciones, identificando los beneficios y costos emocionales que produce la relación.



MANUAL DE DEPRESIÓN



CONTENIDO

Prólogo.

Objetivos del Manual.

Termino del comportamiento depresivo.

Alteraciones que acompañan al comportamiento depresivo.

- ✓ Afectivas.
- ✓ Intelectuales.
- ✓ Conductuales.
- ✓ Somáticos.

Factores disposicionales del comportamiento depresivo.

- ✓ Biológico.
- ✓ Psicosocial.
- ✓ Ecológicos.

Estrategia de intervención.

Sondeo.

Sugerencias para mejorar el Manual.

Glosario.

PRÓLOGO

Este Manual presenta de manera breve y sencilla el comportamiento depresivo, enfocándose principalmente en llevar de la "mano" al usuario para que su comprensión del tema de la depresión sea clara y sobretodo llevarlo a una dinámica en donde podrá completar varios ejercicios con el fin de dar la oportunidad de aplicar los conceptos revisados dentro del Manual, realizar un autoanálisis con el fin de que logre identificar si es que está presentando comportamientos depresivos y conocer una posible estrategia de intervención.

El aprendizaje y el grado de efectividad con que el usuario logre aplicar los conocimientos adquiridos en este Manual dependen del cuidado y la minuciosidad con que revise este material y del interés y cuidado que sea al practicar y aplicar los principios de este Manual.

Al finalizar la revisión de este Manual de depresión el usuario tendrá una amplia información sobre el tema de la depresión, podrá identificar si está presentando comportamientos depresivos y conocerá una posible estrategia de intervención.



OBJETIVOS DEL MANUAL

Es **IMPORTANTE** ¿¿¿qué???

Usted tenga claro los objetivos que este Manual quiere alcanzar.

Los **OBJETIVOS** de este Manual son los siguientes:



- ✓ Describir el término de depresión.
- ✓ Identificar los comportamientos que acompañan a la depresión.
- ✓ Mencionar los factores disposicionales que originan la depresión.
- ✓ Identificar la importancia de conocer una estrategia de intervención.

Para este Manual es importante que usted reflexione acerca de la descripción que se le designa al comportamiento depresivo.

Para usted **¿Qué es el comportamiento depresivo?**

**COMPARE SUS
IDEAS CON LAS
DEL MANUAL**



La descripción que se le designa este Manual al comportamiento depresivo es el siguiente:

El comportamiento depresivo es:

Un constructo que debe ser operacionalizado en formas de conductas específicas de los tres canales de respuesta. Dicho de otro modo, el comportamiento depresivo de una persona se puede descomponer en respuestas de cada uno de los tres sistemas:

Sistema Cognitivo: Sentimientos de tristeza, abatimiento, desánimo, apatía; pensamientos negativos sobre sí mismo (autoreproches, autculpa, etc.), sobre las propias experiencias (soledad, derrotismo, etc.), sobre el futuro (muerte, suicidio, etc.), distorsiones cognitivas como inferencias arbitrarias, abstracciones selectivas, sobregeneralizaciones, personalizaciones, entre otras: dificultades para concentrarse y recordar.

Sistema fisiológico: Sequedad de la boca, disminución de la sudoración, estreñimiento, dolores de estómago, falta de apetito, amenorrea, insomnio, cefaleas, mareos, etc.

Sistema motor: Déficit de conductas sociales (hablar, reír, alabar a un amigo, etc.) y de conductas positivas (leer, hacer deporte, escuchar música, ver la televisión, ir de excursión, practicar algún *hobby*, etc.): exceso de conductas de escape/evitación ante la estimulación aversiva (pedir ayuda, quejarse, etc.) y de conductas inusuales o irracionales (estar acostado, intentos de suicidio, etc.).



Existe el peligro de poder estar presentando comportamiento depresivo y no identificarlo correctamente. La persona puede estar presentando alteraciones en su comportamiento tales como tristeza, llanto, rechazo hacia los demás y en sus pensamientos sin tener la claridad de cada uno de ellos.



DISFUNCIONES EN EL COMPORTAMIENTO DEPRESIVO.

Las personas que presentan comportamiento depresivo suelen tener disfunciones afectivas.



Escriba el significado de las siguientes disfunciones afectivas, le pedimos que escriba el significado de manera simple es decir, no se consulte otras fuentes externas para poder responder:

Indiferencia.

Tristeza.

Inseguridad.

Pesimismo.

Miedo.

Ansiedad.

Irritabilidad.



COMPARE SUS IDEAS CON LAS DEL MANUAL

El significado que le designa el Manual a las disfunciones afectivas es el siguiente:

Indiferencia.

La persona presenta una disminución y una pérdida en intereses que antes eran esenciales para su vida. Tales intereses suelen ser: pérdida del apetito sexual, disminución de las relaciones sociales con los familiares, amigos y pareja.

Tristeza.

La persona presenta conductas de llanto en seguidas ocasiones.

Inseguridad.

La persona presenta dificultad para tomar decisiones importantes.

Pesimismo.

La persona presenta conductas de evitación antes algunas situaciones. Tales como ir de paseo con la familia e ir a fiestas con los amigos.

Miedo.

La persona no se siente con la "confianza" para salir a la calle o relacionarse con otras personas.

Ansiedad.

La persona constantemente presenta alteraciones en el sistema nervioso, es decir, puede presentar sudoración en las manos o en todo el cuerpo, puede presentar algunos movimientos repetitivos como mover rápidamente alguna de las piernas, tartamudear etc.

Irritabilidad.

La persona presenta poca tolerancia en algunas situaciones de la vida cotidiana. Generalmente puede responder antes estas situaciones de manera agresiva teniendo como consecuencia problemas con la familia, amigos y la pareja.

10.- ¿En las últimas dos semanas has respondido de manera agresiva ante algunas situaciones de la vida cotidiana?

a) Si

b) No

SI RESPONDIO DE LAS 10 PREGUNTAS, a) SI. ES O QUIERE DECIR QUE ESTA PRESENTANDO DISFUNCIONES AFECTIVAS. POR LO CUAL DEBE DE TRATAR DE PONER MUCHO CUIDADO PUEDE SER QUE ESTE PRESENTANDO COMPORTAMIENTO DEPRESIVO, SIN EMBARGO LE INVITAMOS A QUE SIGA LEYENDO EL MANUAL YA QUE EXISTEN OTRAS DISFUNCIONES EN EL COMPORTAMIENTO DEPRESIVO.

RESPUESTA

No solo existen disfunciones afectivas en el comportamiento depresivo, sino también hay disfunciones cognitivas.



Escriba el significado de las siguientes disfunciones cognitivas, le pedimos que responda el término de manera simple es decir, no se consulte otras fuentes externas para poder responder.

Pérdida de la memoria.

Disminución de la atención.

Disminución de la comprensión.

Ideas de culpa o fracaso.

Pensamientos obsesivos.

COMPARE SUS IDEAS CON LAS DEL MANUAL



El significado que le designa el Manual a las disfunciones cognitivas es el siguiente:

Pérdida de memoria.

La persona presenta dificultad para la evocación (recordar) hechos pasados.

Disminución de la atención.

La persona presenta constantemente una disminución en la atención al realizar actividades de la vida cotidiana, tales como ver la televisión, estudiar, trabajar etc.

Ideas de culpa o fracaso.

La persona constantemente se encuentra en autoevaluación de las cosas que realiza, generalmente las califica de manera negativa, es decir inada me sale bien! isoy un tonto! etc.

Pensamientos obsesivos.

La persona presenta ideas o recuerdos repetitivos molestos.

RESPONDA LO SIGUIENTE:



Es importante para el Manual que usted logre identificar si ésta presentando alguna disfunción cognitiva. Para ello es necesario que usted responda con la mayor sinceridad posible las siguientes preguntas. Marque con una X la respuesta que usted crea pertinente.



Marque con una X la opción que más este presentando:

1.- Constantemente tengo pensamientos de:

- a) Soy un fracasado (a) para todo lo que realizo.
- b) Nada me sale bien, porque no tengo las cualidades para lograrlo.
- c) Me agrada todo lo que realizo.

d) A veces las cosas no resultan como yo lo esperaba, pero se que con un poco de esfuerzo podre lograr que salga mejor.

2.- En las últimas dos semanas ha presentado una disminución de la atención en:

a) Al ver la televisión, aparento que estoy poniendo atención pero en realidad estoy pensando en otras cosas.

b) Al leer un libro no me concentro y no logro retener nada de información.

c) Cuando estoy realizando alguna actividad logro concentrarme.

d) No he presentado en ninguna actividad cotidiana disminución de la atención.

3.- En las últimas dos semanas ha presentado problemas de memoria:

a) No puedo recordar las cosas que realizo con mucha facilidad,

b) Al tratar de recordar lo que he hecho días antes, me cuesta trabajo recordar todo con exactitud.

c) No he presentado ningún trastorno de memoria.

d) Recuerdo todo lo que he realizado y leído a la perfección.

4.- En las últimas semanas ha tenido pensamientos tales como:

- a) Si hubiera hecho las cosas bien, ahora no estaría pasando esto.
- b) Soy un tonto, todo el tiempo me equivoco.
- c) No he tenido pensamientos repetitivos respecto algún hecho.
- d) No he tenido pensamientos obsesivos.

RESUESTA

SI USTED RESPONDIÓ:

PREGUNTA 1.- INCISO a) y b)
 USTED ESTA PRESENTANDO PENSAMIENTOS DE FRACASO Y CULPA.

PREGUNTA 2.- INCISO a) y b)
 USTED PRESENTA UNA DISMINUCIÓN EN LA ATENCIÓN AL REALIZAR
 LABORES DE LA VIDA COTIDIANA.

PREGUNTA 3.- INCISO a) y b)
 USTED PRESENTA UNA PERDIDA DE MEMORIA, ES DECIR NO PUEDE RECORDAR
 CON FACILIDAD LOS EVENTOS .

PREGUNTA 4.- INCISO a) y b)
 USTED PRESENTA PENSAMIENTOS OBSESIVOS.

DISFUNCIONES EN LA CONDUCTA



Las personas que presentan comportamiento depresivo suelen tener disfunciones en la conducta.



Escriba el significado de las disfunciones en la conducta, le pedimos que responda el significado de manera simple es decir, no se consulte otras fuentes externas para poder responder.

Actividad disminuida.

Productividad disminuida.

Impulsos suicidas.

Impulso a la ingestión de alcohol y otras drogas.

COMPARE SUS IDEAS CON LAS DEL MANUAL



El significado que le designa el Manual a las disfunciones en la conducta es el siguiente:

Actividad disminuida.

La persona descuida sus obligaciones y su aseo personal.

Productividad disminuida.

La persona presenta un mal rendimiento en las actividades cotidianas (trabajo, escuela hogar).

Impulsos suicidas.

La persona constantemente tiene ideas o intentos de quitarse la vida, de matarse etc.

Impulso a la ingestión de alcohol y otras drogas.

La persona manifiesta una tendencia a beber o utilizar drogas de manera consuetudinaria.

RESPONDA LO SIGUIENTE:



Marque con una X la opción que más este presentando:

1.- ¿En las últimas dos semanas ha presentado problemas en atender sus obligaciones en la escuela, el hogar y el trabajo?

a) Si

b) No

2.- ¿En las últimas dos semanas ha dejado de bañarse con frecuencia?

a) Si

b) No

3.- ¿En las últimas dos semanas ha presentado un desgaste físico, cansancio y pesadez al realizar algunas actividades?

a) Si

b) No

4.- ¿En las últimas dos semanas ha tenido pensamientos suicidas tales como ¡no quiero vivir! ¡nada en esta vida tiene sentido! ¡sería mejor que yo estuviera muerto (a)"?

a) Si

b) No

5.- ¿En las últimas dos semanas ha sentido la necesidad de beber alcohol con mayor frecuencia?

a) Si

b) No

Si la respuesta es SI, cuantas veces a la semana ingiere alcohol.

_____.

7.- ¿En las últimas dos semanas ha ingerido alguna droga?

a) Si

b) No

Si la respuesta es SI, cuantas veces a la semana ingiere drogas.

_____.



DISFUNCIONES SOMÁTICAS



Las personas que presentan comportamiento depresivo suelen tener disfunciones somáticas.



EJERCICIO

Escriba el significado de las siguientes disfunciones somáticas, le pedimos que responda el significado de manera simple es decir, no se consulte otras fuentes externas para poder responder.

Alteraciones en el sueño.

Alteraciones en el apetito.

Alteraciones digestivas.

COMPARE SUS IDEAS CON LAS DEL MANUAL



El significado que le designa el Manual a las disfunciones somáticas es el siguiente:

Alteraciones en el sueño.

La persona presenta insomnio, duerme inquieto. También la persona puede presentar hipersomnia, lo cual es un exceso del sueño, duerme más de 8 horas diarias.

Alteraciones en el apetito.

La persona puede presentar anorexia y en ocasiones tener hambre compulsiva.

Alteraciones digestivas.

La persona puede estar presentando náuseas al ingerir algún tipo de alimento y presentar una sensación de vacío en el estómago.

**RESPONDA LO
SIGUIENTE:**



Marque con una X la opción que más este presentando:

1.-En las últimas dos semanas ha presentado alteraciones en el sueño como:

- a) No puedo dormir en las noches, me cuesta mucho trabajo (insomnio)
- b) Duermo mucho, antes me levantaba muy temprano y ahora me cuesta mucho trabajo despertarme (hipersomnia).
- c) Ninguna de las anteriores.

2.- En las últimas dos semanas ha presentado alteraciones en el apetito como:

- a) No tengo ganas de comer durante todo el día.
- b) Me dan muchas ganas de estar comiendo de manera compulsiva todo el día.
- c) Ninguna de las anteriores.

3.- En las últimas dos semanas ha presentado alteraciones digestivas como:

- a) Cuando ingiero algún alimento me dan ganas de ir a vomitar de inmediato.
- b) Siento un vacío en el estómago la mayor parte del día.
- c) Ninguna de las anteriores.

SI USTED RESPONDIÓ:
PREGUNTA 1.- INCISO a) Y b) PRESENTA ALTERACIONES EN EL SUEÑO.
PREGUNTA 2.- INCISO a) Y b) PRESENTA ALTERACIONES EN EL APETITO.
PREGUNTA 3.- INCISO a) Y b) PRESENTA ALTERACIONES DIGESTIVAS.

RESPUESTA

FACTORES DISPOSICIONALES DEL COMPORTAMIENTO DEPRESIVO.



En los factores disposicionales **BIOLOGICOS** se considera que en el primer núcleo familiar (padre e hijos) existe algún miembro de la familia que presente comportamiento depresivo, se tiene entonces alrededor de tres veces más de probabilidad para presentar depresión en comparación con la población en general. Con esto no se pretende dar por hecho que una persona por tener antecedentes de comportamiento depresivo, sea 100% probable que presente depresión, solo se debe de tomar como un factor disposicional para la génesis y el mantenimiento del comportamiento depresivo.

Los factores disposicionales **GENETICOS** reportan que algunas personas pueden ser portadoras de una predisposición a presentar depresión. Este tipo de padecimiento puede ser transmitido por vía de un gen dominante. Existen algunos datos que indican, que no solo existe la posibilidad de heredar la depresión, sino también la forma de respuesta al tratamiento.

Ahora bien, los factores disposicionales **PSICOSOCIALES** son las relaciones interpersonales en las que se puede estar generando o manteniendo el comportamiento depresivo de la persona. Un ejemplo de ello es cuando un familiar cercano a la persona depresiva continuamente le hace referencia acerca de su aspecto físico "te ves mal" "te ves triste", sobre sus expectativas a futuro "jamás vas a lograr nada" "para que vas a la escuela". Este tipo de factores juegan un papel importante en el comportamiento depresivo.



RESPONDA LO SIGUIENTE:



Con base a lo anterior es importante que usted responda con la mayor sinceridad posible las siguientes preguntas. Es de vital importancia que responda todas las preguntas. Marque con una X la opción que usted considere correcta.

1.- ¿Algún familiar cercano o amigo continuamente le hace referencia sobre su apariencia física como: criticar tu vestimenta, tus gustos, tu aseo personal?

a) Si

b) No

Si tu respuesta es SI especifica ¿cómo se siente?

2.- ¿Algún familiar cercano o amigo continuamente le dice algunas cuestiones como: ¡eres un tonto! ¡nunca lograrás nada bueno en tu vida! ¡eres un fracasado!?

a) Si

b) No

Si tu respuesta es SI especifica ¿cómo se siente?

Los factores disposicionales **ECOLOGICOS**. Durante el último siglo la humanidad ha alcanzado un gran desarrollo científico y tecnológico que supero lo logrado en miles de años. Este desarrollo no ha sido de manera gratuita por lo que el ser humano ha tenido que "pagar" el precio por los beneficios obtenidos: el deterioro ambiental.

El problema de la contaminación atmosférica se debe a la combustión de motores vehiculares, industriales y la quema de desechos, esto ha traído como consecuencia la mala calidad del aire inhalado, el deterioro de la salud (vías respiratorias principalmente). En lo que respecta a los problemas de transito esto se da por el exceso de vehículos y la falta de estacionamientos, esto trae como consecuencia mayor número de accidentes, perdida económica y la disminución de las horas de descanso. Otro problema es el ruido excesivo a causa de los autotransportes,

aviones, fábricas y equipos de sonido y esto trae como consecuencia insomnio, fatiga física e intelectual, irritabilidad, aumento de la frecuencia cardíaca y de tensión arterial.

Lo expuesto anteriormente son algunos de los factores que favorecen la manifestación y el mantenimiento de la depresión en las personas.

Existen errores que se dan en el pensamiento del depresivo

Inferencia arbitraria: Se refiere adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión. Por ejemplo:

---Si voy a la fiesta con mis amigos, seguro que todos se burlaran de mí porque soy muy feo y nada agradable---

Generalización excesiva: Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas. Por ejemplo:

---No me fue bien en el trabajo, el jefe me llamo la atención, porque no pude realizar adecuadamente el inventario del día...soy un menso, tonto para todo, nunca nada me sale bien---

---Me esmere para realizar la comida de la casa, pero al ver que los demás no dijeron algún comentario de mi comida me sentí muy triste de seguro iino les agrado!! iino hago nada bien!! iino sirvo para eso!!

Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda experiencia en base a ese fragmento. Ejemplo:

---Ayer que fui con mis amigos a la fiesta, sentí que Alejandro me miró muy feo y se burlo de mí, seguro no quería que estuviera en la fiesta,

Personalización: Se refiere a tendencia y facilidad del paciente para atribuirse así mismo fenómenos externos cuando existe una base firme para hacer tal conexión. Por ejemplo:

---Ayer se cayó mi hija en la bañera, soy una tonta todo es mi culpa por no haberle puesto atención, no hacer nada bien---

Maximización y minimización: Quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar el significado o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión. Por ejemplo:

Maximización -Todos se enojaron conmigo, de seguro jamás en la vida me van a volver a dirigir la palabra itodo por tonto!--

Minimización—Hoy observe que cada día me pongo más gorda y fea, así nadie nunca me va hacer caso...me quedare solo por estar horrible--

Pensamiento absolutista: Se manifiesta en la tendencia de clasificar todas la experiencias según una dos categorías opuestas; para describirse a si mismo, el usuario selecciona las categorías del extremo negativo. Por ejemplo:

---Soy un sucio, mugroso, feo, estoy muy chaparro así nadie me va a querer---

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Para usted ¿qué es una estrategia de intervención? y en qué consiste?

**COMPARE SUS
IDEAS CON LAS
DEL MANUAL**



El término que se le designa este Manual la estrategia de intervención es:

**¿ EN QUE CONSISTE LA
ESTRATEGIA DE
INTERVENCIÓN ?**

La estrategia de intervención consiste en identificar y modificar los pensamientos distorsionados y las falsas creencias que prevalecen en los usuarios que presentan comportamiento depresivo.

El usuario en la estrategia de intervención aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente consideraba "imposibles" "insuperables" esto lo logra a través de la reevaluación y la identificación de sus pensamientos distorsionados.

Dentro de esta **ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN** la tarea principal del terapeuta es ayudar a pensar y actuar de manera más realista y adaptativa en relación a sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando los síntomas y los pensamientos distorsionados.

Su objetivo principal es...



Investigar los pensamientos, conductas y sentimientos del usuario durante la estrategia de intervención para cambiar aquellos pensamientos, conductas y sentimientos que le estén favoreciendo a la manifestación y el mantenimiento del comportamiento depresivo en el usuario.



En el apartado de alteraciones que acompañan el comportamiento depresivo y en el apartado de factores disposicionales respondió varias preguntas, aquí es **IMPORTANTE** que vaya paso a paso revisando cada una de las respuestas que proporcione.

DENTRO DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN SE LE ENSEÑA AL USUARIO A:

Controlar sus pensamientos automáticos negativos, como soy un itonto! de seguro las cosas me saldrán muy mal como siempre, nada me sale bien, seguro a mis amigos les caigo mal, ni para eso soy bueno.



Identifica las relaciones entre los pensamientos, el efecto y la conducta, es decir si el usuario piensa que no puede relacionarse con las demás personas porque nadie "lo quiere" ese tipo de pensamiento tiene un efecto de manera negativa para que el usuario pueda entablar nuevas relaciones o mantener las existentes, de esta manera sus relaciones sociales se encuentran nulas o muy reducidas.

Sustituye los pensamientos distorsionados por pensamientos más realistas.

Como:

Usted me menciona que es un bueno para nada y un tonto...

Si usted fuera un itonto! ¿Cree que hubiese terminado una carrera?

El hecho de terminar una carrera no lo hacer ser una persona tonta al contrario usted posee cualidades que pueden ayudarle a mejorar su presente.



Examina la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados. Es decir, si ¿usted piensa que es un tonto y que no posee las habilidades para realizar nada bien? entonces dígame ¿porqué ha finalizado una carrera y ha logrado sus objetivos?

Aprende a identificar y modificar sus falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Como:

Usuario: --me doy cuenta que efectivamente he terminado una carrera, mis hermanos no lo han hecho, eso me hace tener una cualidad importante que me puede ayudar a ser mejor.

Entonces no soy un itonto!





En las primeras sesiones recibe información acerca de la estrategia de intervención. Posteriormente usted aprende a reconocer, controlar, registrar sus pensamientos negativos en el **Registro Diario de Pensamientos Distorsionados**.

ESTE REGISTRO LE PUEDE SERVIR DE MUCHA AYUDA A REGISTRAR SUS PENSAMIENTOS:

Situación	Emoción (es)	Pensamiento (s) Automáticos	Respuesta Racional	Resultado
Describa: 1.- El acontecimiento que motivo la situación desagradable, o 2.- La corriente de pensamientos o el recuerdo que motivo la emoción desagradable. Fecha:	1.- Especifique: Triste/ansioso/ enfadado etc. 2.- Evalué la intensidad de la emoción de 1-100	1.- Anote el pensamiento o pensamientos automáticos que proceden a la emoción (es). 2.- Evalué el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0-100%	1.- Anote una respuesta racional a los pensamientos automáticos., 2.- Evalué el grado de creencia en la respuesta racional de 0-100	1.- Reevalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0-100 2.-Especifique y evalué de 0-100 las emociones subsiguientes.

Explicación: Cuando experimente una emoción desagradable, describa la situación que pudo motivar la aparición de la emoción, (Si la emoción tuvo lugar mientras usted estaba pensando algo, anótelos). A continuación, anote el pensamiento automático asociado con la emoción. Anote el grado de creencia en este pensamiento: 0= nada en absoluto; 100= totalmente. En la evaluación de la intensidad de la emoción 1= un leve indicio; 100= la máxima intensidad posible.



El usuario dentro de la estrategia de intervención comienza a incorporar muchas de las técnicas que emplea el terapeuta. Por ejemplo, a menudo sucede que el usuario se encuentra a sí mismo asumiendo espontáneamente el papel de terapeuta y cuestionándose de sus conclusiones o predicciones.

Ejemplo:

¿A partir de qué evidencia extraigo esta conclusión?

¿Existen otras explicaciones?

Realmente, ¿es tan grave la pérdida?

Estas preguntas que el usuario se formula así mismo desempeñan un papel importante en la estrategia de intervención. Sin este tipo de preguntas, el usuario que presenta comportamiento depresivo se ve rodeado de pensamientos negativos y disfuncionales.

En algunas ocasiones los usuarios no cuentan con la asertividad para poder entablar "nuevas" relaciones o mantener la "existentes". El trabajo del terapeuta es enseñarle a usuario las habilidades necesarias para poder entablar relaciones sociales, expresarse de manera clara, concreta y directa.

SONDEO



Para este **Manual** es importante que usted responda las siguientes preguntas. Para responder le sugerimos que evite consultar el Manual, esto con el fin de que usted se pueda apreciar el conocimiento adquirido a lo largo de la lectura de este Manual. Marque con una X la respuesta que crea conveniente:

1.- ¿Qué es el comportamiento depresivo?

2.- ¿Qué sistemas de respuesta describen el comportamiento depresivo?

- a) Sistema motor, sistema de pensamiento y sistema verbal.
- b) Sistema cognitivo, sistema fisiológico y sistema motor.
- c) Sistema operacional, sistema orgánico, sistema emocional.

3.- ¿Cuáles son las disfunciones que acompañan al comportamiento depresivo?

- a) Disfunciones afectivas, intelectuales, conductuales y somáticas.

- b) Disfunciones afectivas, intelectuales, emocionales y somáticas.
- c) Disfunciones afectivas, selectivas, sentimentales y somáticas.

4.- Algunas de las disfunciones efectivas son:

- a) Tristeza, indiferencia, disminución de la atención, inseguridad, pesimismo, miedo, ansiedad e irritabilidad.
- b) Tristeza, indiferencia, inseguridad, miedo, pesimismo, ansiedad e irritabilidad.
- c) Actividad disminuida, productividad disminuida, impulsos suicidas, impulso a la ingestión de alcohol y otras drogas.

5.- Dentro de la disfunción conductual se encuentra la productividad disminuida ¿a qué se refiere esta?

- a) La persona presenta un mal rendimiento en las actividades cotidianas (trabajo, escuela, hogar, etc.)
- b) La persona descuida sus obligaciones y su aseo personal.
- c) La persona constantemente tiene ideas o intentos de quitarse la vida, de matarse etc.

6.- Dentro de las disfunciones intelectuales se encuentra las ideas de culpa o fracaso ¿a qué se refiere esta?

- a) La persona presenta ideas o recuerdos repetitivos molestos.
- b) La persona constantemente se encuentra en autoevaluación de las cosas que realiza, generalmente las califica de manera negativa.
- c) La persona presenta constantemente una disminución en la atención al realizar actividades de la vida cotidiana.

7.- ¿Cuáles con los factores disposicionales del comportamiento depresivo?

- a) Factores biológicos, factores genéticos, factores psicosociales y factores ecológicos.
- b) Factores biológicos, factores somáticos, factores psicosociales y factores ecológicos.
- c) Factores orgánicos, factores familiares, factores ecológicos y factores biológicos.

8.- ¿Cuáles con los errores que se dan en el pensamiento del depresivo?

- a) Inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento absolutista.

b) Inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización de personalidad, maximización y minimización, personalización y pensamiento negativo.

c) Inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, pensamiento dicotómico, pensamiento irracional e informalidad.

9.- Dentro de los errores del comportamiento depresivo se encuentra la inferencia arbitraria ¿a qué se refiere esta?

a) Se refiere a adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye a cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

b) Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

c) Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda experiencia en base a ese fragmento.

10.- ¿Qué es una estrategia de intervención?

11.- ¿Qué aprende el usuario en las primeras sesiones del proceso terapéutico?

- a) Controlar sus emociones y tolerarse un poco más.
- b) Recibe información acerca de la estrategia de intervención. Posteriormente aprende a reconocer, controlar y registrar sus pensamientos negativos en el Registro Diario de Pensamientos Distorsionados.
- c) Disminuye su ansiedad y pierde el miedo.

SI USTED RESPONDIÓ TODAS LAS PREGUNTAS DE MANERA
CORRECTA ¡¡¡FELICIDADES!!! HAS ADQUIRIDO UN CONOCIMIENTO SIGNIFICATIVO DEL
COMPORTAMIENTO DEPRESIVO.

PREGUNTA 2.- B)
PREGUNTA 3.- A)
PREGUNTA 4.- B)
PREGUNTA 5.- A)
PREGUNTA 6.- B)
PREGUNTA 7.- A)
PREGUNTA 8.- A)
PREGUNTA 9.- A)
PREGUNTA 11.- B)

RESPUESTAS

SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL MANUAL

FINALMENTE....

Este **Manual** es un primer esfuerzo que proporciona información acerca del comportamiento depresivo y una posible estrategia de intervención para el mismo. Este Manual fue diseñado para aquellas personas que no puede acceder fácilmente a la Atención Psicológica ya sea a nivel público o privado. Es **IMPORTANTE** señalar que este Manual se debe de acompañar con un proceso terapéutico, para poder obtener resultados más favorables para el usuario.



Informes al:

Centro de Atención Integral Psicológica (C.A.I.P)

51-19-29-23

GLOSARIO

Asertividad.- Es la habilidad para expresar pensamientos, sentimientos, deseos, opiniones positivas o negativas de manera clara, directa y concreta haciendo respetar sus derechos y dignidad a la vez que se respetan las de otros.

Comportamiento.- Es todo lo que el organismo hace frente al medio (cualquier interacción entre un organismo y su ambiente)

Contexto. Es el medio ambiente que rodea al ser humano.

Disfunción.- Es una consecuencia (de un hecho o fenómeno) que impide la satisfacción de alguna de las necesidades del sistema en que se produce; o la adaptación y ajuste de este.

Habilidades.- Es la capacidad de que tiene el ser humano para ejecutar conductas de manera adecuada.

Registro.- Instrumento que sirve para recoger datos importantes, para después verificarlos.

Reevaluación.- Es volver a analizar los hechos, las evidencias una y otra vez hasta que a la persona le queden claras.

Pensamientos automáticos.- Aquellos pensamientos e imágenes que se presentan en situaciones de depresión. Se caracterizan por ser poco razonables, disfuncionales y repetitivos.

CONCLUSIONES

A lo largo del presente trabajo se hizo referencia al significado del comportamiento depresivo, lo cual desde el enfoque cognitivo-conductual es un constructo que debe ser operacionalizado, desglosado para su análisis en términos de conductas específicas, en tres canales de respuesta: motora, cognitivo-verbal y fisiológicas.

El análisis del reporte de los casos de usuarios que presentan comportamiento depresivo, llevado a cabo en el presente trabajo, considerando varios aspectos como: la edad del usuario, la queja principal, los instrumentos que se utilizaron para evaluación, las técnicas, la estrategia de intervención y finalmente los resultados. En dicho análisis se pudo apreciar un uso extenso de las estrategias cognitivo-conductuales, observándose, al mismo tiempo, que las técnicas con mayor frecuencia utilizadas para tratar el comportamiento depresivo fueron la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis y la Terapia Cognitiva de la Depresión de Aron Beck.

Se pudo constatar que las estrategias de intervención que se han utilizado para tratar el comportamiento depresivo no son muy variadas. Con base en las características del comportamiento depresivo del usuario se realiza el análisis funcional para poder determinar cuál es la estrategia de intervención más adecuada para el usuario. Lo cual es comprensible ya que cada individuo tiene características idiosincráticas, en un entorno único y particular mismos que están relacionados con la génesis y el mantenimiento de su comportamiento depresivo; por lo tanto, no se debe de tratar la depresión con las mismas técnicas y estrategias para todos los usuarios.

Dentro de este trabajo se puede apreciar que la estrategia de intervención de Beck es una de las más eficaces en el proceso terapéutico; fue evidente que, en los

casos donde se utilizó la estrategia de intervención de Beck, los usuarios mostraban una mejoría significativa en su comportamiento depresivo.

Ahora bien, dada la importancia que los pensamientos disfuncionales tienen en el origen y mantenimiento del comportamiento depresivo, fue importante llevar a cabo una estrategia que pudiera, inicialmente, afrontar con relativa prontitud el problema que representan dichos pensamientos; esto con base en la lógica de que intervenir tempranamente en tales pensamientos disminuirán la frecuencia y severidad de la conducta depresiva. De esta manera, en el presente trabajo, se considero que es importante el desarrollo de un Manual de autoayuda, que si bien es modesto en sus pretensiones, se espera que sea útil para que las personas que manifiestan comportamiento depresivo, de leve a moderado, puedan iniciar un proceso de análisis y cambio de su conducta, con énfasis en los pensamientos disfuncionales asociados a la misma. El Manual de autoayuda para el manejo de la depresión elaborado, parte del supuesto de que es difícil el tratamiento de este comportamiento sin ayuda de un profesional de la psicología, por lo que su principal intención es que los usuarios del mismo adquieran información acerca de las conductas que caracterizan dicha conducta e identifiquen en ellos mismos los pensamientos disfuncionales que, regularmente, están asociados. Asimismo, en la elaboración del presente Manual de autoayuda, se ha tenido cuidado de que las personas con depresión que lo utilicen tengan alternativas para el control de sus pensamientos disfuncionales y desarrollen otros más funcionales. De esta manera, no esperamos que la sola utilización del Manual de autoayuda logre efectos terapéuticos significativos para controlar la depresión, pero seguramente servirá de base para que la persona decida obtener ayuda terapéutica de un profesional de la psicología.

En este sentido, el modesto Manual de autoayuda que se ofrece en el presente trabajo tiene ventajas importantes como el ayudar al usuario a detectar con prontitud si está presentando características del comportamiento depresivo. Lo anterior es importante, ya que suele suceder que algunas personas tienen un largo

periodo presentando pensamientos y comportamientos depresivos y no logran identificar con claridad y de manera específica que están presentando un comportamiento depresivo. Una ventaja más del Manual de autoayuda es que éste es económico para las personas que no pueden acceder con facilidad a los servicios de Atención Psicológica de manera privada o pública. Otra ventaja es que es accesible para todo público, ya que se puede adquirir con facilidad; añadiendo, que está elaborado de manera sencilla para que el lector pueda leer con facilidad y comprensión el contenido del Manual. Es importante señalar que el Manual cuenta con un glosario de palabras, facilitando las mismas la comprensión de los términos utilizados dentro del Manual.

El Manual es un primer esfuerzo para dar a conocer las disfunciones que presenta el comportamiento depresivo, los factores disposicionales del mismo y da a conocer una posible estrategia de intervención para el comportamiento depresivo. Dentro del Manual de autoayuda se elaboraron ejercicios con el fin de que el usuario se pueda dar cuenta con mayor facilidad de los pensamientos y comportamientos que está presentando.

Líneas futuras de investigación sugieren hacer de este tipo de Manual de autoayuda de manera presencial o a distancia para que de esta manera las personas tengan un acceso de manera inmediata a este tipo de apoyo para poder ayudar a las personas a identificar parte de su problemática y tener mayor información acerca de ésta. Si bien es cierto, este Manual de autoayuda pretende dar a conocer de manera breve y sencilla las características del comportamiento depresivo y plantear una posible estrategia de intervención del mismo, se debe de proponer analizar la eficacia del Manual en el control de los pensamientos disfuncionales de los usuarios que tienen acceso a éste, en poblaciones específicas por variables demográficas como planteando el ¿Por qué esta población característica es la que más accede a este tipo de Manual de autoayuda?; así mismo, la edad de la población específica, su posición económica etc. Se debe de desarrollar una investigación paramétrica de variables en el

Manual de autoayuda en sus contenidos específicos como la información, los procesos y los tipos de ejercicios y su impacto en el control de comportamiento depresivo y en la asistencia del profesional de la psicología.

Ahora bien, es importante mencionar que el desarrollo del Manual de autoayuda aquí ofrecido requiere de una serie de habilidades que están relacionadas con la capacidad para sintetizar de manera eficiente toda aquella información acerca de un comportamiento disfuncional, así como el análisis de aquellas variables relevantes que subyacen a dicho comportamiento. Sin duda, la formación de estas habilidades sólo es posible por medio de un currículo académico que considere un enfoque cognitivo-conductual, como es el caso de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. La formación en dicha Facultad nos ha permitido contar con las competencias para el ejercicio profesional de la psicología, de manera propositiva, creativa y orientada a las necesidades actuales de la población de México; ejemplo de lo antes mencionado es que el Manual de autoayuda propuesto en el presente trabajo, cuenta con las características necesarias para poder dar al usuario, de manera inmediata y directa, la información necesaria con ayuda de ejercicios sobre el comportamiento depresivo.

BIBLIOGRAFIA

Abrahamson, L., Seligman, M. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, pp. 497-4

Aguado, A. L. (1983). El nuevo enfoque del condicionamiento pavloviano. En: lecturas sobre el aprendizaje animal. Madrid: Debate.

Aguado, H. Silberman, R. y Manrique, E (2005) Lineamientos para la evaluación y conceptualización cognitivo-conductual de la depresión. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilo Valdizan*. Vol. VI. No. 2. p.p 63-64

Akiskal, H. Y W. McKinney (1975) Overview of recent research in depression. *Archives of General Psychiatry*, 32. 285-305

Anderson, JR (2000) *Cognitive Psychology and its implications*. New York: Worth Publishers and W. H. Freeman.

Arieti, S y Bemporado, J. (1990). *Psicoterapia de la depresión*. México: Paidós. p. p 25-72

Ávila, A. (1990) "Psicodinámica de la depresión" *Anales de psicología*. Madrid 6(1) 57-58

Bandura, A. (1974) Behavior theory and models of man. *American Psychologist*, 29, 859-869

Beck T. Beck (2008). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée De Brouwer

Beck, A. (1972) *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania: Press

- Beck, A. T. (1995). "Terapia cognitiva: pasado, presente y futuro". En M. J. Manoney Psicoterapia cognitiva y constructivitas: terapia, investigación y práctica. Barcelona: Desclée de Broker. p.p 49-61
- Beck, A. T; John, R. A; Brian, F. S y Emery, G. (1983). Terapias cognitivas de la depresion. España: Desclée de Broker. p.p 11-39
- Beck,A. T (1976) Cognitive therapy and the emotional disorders. Nueva York: International Universities Press
- Bergin, A.E. y Garfield, S.L. (1994). Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.). Nueva York: Wiley
- Bernal G. y Jiménez M. (2009) Clinical Case Study: CBY for Depression in a puerto rican adolescent: Challenges and variability in treatment response. Depression and Anxiety 26:98-103.
- Bolio H. (1990) Depresión: un enfoque cognitivo. Tesina de licenciatura Universidad Iberoamericanoamericana. México.
- Calderón, G., N (1999) Represión un libro para enfermos deprimidos y médicos en general. México: Trillas.
- Cameron, B. (2005) "Desarrollo de la personalidad y psicopatología. Un enfoque dinámico", México: Trillas.
- Caro, I. (1988). Cognición y psicoterapia. Barcelona: Paidos p.p 345-361
- Caro, I. (2005) Terapia Racional Emotiva Conductual. Material grafico del curso de Psicoterapias Cognitivas. España: Universitat de Valencia.

- Comer, J. (2001) *Fundamentals of Abnormal Psychology*, New York: Worth Publishers.
- Davison, G., Neale, J (1983) *Psicología de la Conducta anormal. Enfoque Clínico Experimental*. México: Limusa
- Diéguez, M., Rodríguez, B., Fernández, A. (2001) *Psicoterapia en la atención primaria: consejo interpersonal para la depresión*. *Medifan*. Vol. 11. No. 3. p.p 156-162
- DSM IV Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos mentales. Masson. 4ª Edición. Barcelona. 1997.
- Ferro, R., G. (2001). *La depresión; algunas consideraciones criticas en su tratamiento. Análisis y modificación de conducta*. Vol. 27, 112.
- Fexias, G y Miró, M. T. (1993). "Aproximaciones a la psicoterapia". Una introducción a los tratamientos psicopatológicos. Barcelona: Paidós. Cap, 3. p.p 209-212
- Figuroa, G. (2002) *Psicoterapia y farmacoterapia en el tratamiento de la depresión mayor*. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. Vol. 40, 1.
- Freeman, A. y Oster, C.: (1997) "Terapia cognitiva de la depresión", en Caballo, V.: (1997) "Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos", vol. 1, págs. 543-551. Siglo XXI de España Editores S.A: Madrid.
- Gabbard (1994) *Depression and the response of others*. *Journal of Abnormal Psychology*.
- Garza, F. (2004) "Depresión, angustia y bipolaridad. Guía para pacientes familiares", México: Trillas.
- Gastó C, Vallejo (1990) Aspectos históricos. En: *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.

- Gold, M. (1988) "Buenas noticias sobre depresión", México: Javier Vergara.
- Jackson (1986) Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna. Madrid: Turner.
- Jorquera, A. y Gaurch. (2006). Trastornos distímico y otros trastornos depresivos crónicos. Madrid: Pirámide. p.p 84-97
- Kazdin, A. (1989). "Behavior modification in applied settings." (4ª Ed.). California, EE.UU.: Pacific Gove.
- Kelly. G. (1955) The psychology of personal constructs (2 vols.) New York: Norton
- Kendal, P. y Norton-Ford, J. (1988). "Psicología Clínica. Perspectivas Científicas y Profesionales", D.F., México: Limusa
- Kielholz, P. (1983) "El médico no psiquiatra y sus pacientes depresivos", Barcelona: Herder.
- Klerman, G. L (1996). Treatment of depression by drugs and Psychotherapy. America Journal of Psychiatry.
- Lewinsohn, P., Sullivan, J. y Grosscup, S. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. "Psychotherapy. Theory, Research, and practice." 17, 322-334.
- Lewinsohn, P., Youngren, M. y Grosscup, S, (1979). Reinforcement and depression. En R. Depue (ed.) "The psychobiology of the depressive-disorders: implications for the effects of stress." Nueva York, EE.UU. : Academic Press.

- Liddon, W. J. & Jones, J. V. Jr. (2002). Terapias cognitivas con fundamento empírico: Aplicaciones actuales y futuras. México, DF.: Manual Moderno
- López B., López, R., Vargas, T. y Villamil, S (2004). Estudio doble ciego con antidepressivo, psicoterapia breve y placebo en pacientes con depresión leve o moderada. Salud Mental. Vol. 27, 5.
- Marcia, D y Méndez, F. (1997) Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta. Estudios de Casos. Madrid: Pirámide
- Marx, H. M. y Hillix, A.N. (1978). Psicoanálisis. En: Sistemas y teorías psicológicas contemporáneos. Buenos Aires: Paidós.
- Meinchenbaum (1988). Terapias cognitivo conductuales. En Linn, S. J. y Garske. Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Millenson, J. R. (1967). Condicionamiento pavloviano. En: Principios de análisis conductual. México: Trillas.
- Montserrat-Esteve, S. (1979). Prologo. En: I.P. Pavlov. Reflejos Condicionados e inhibiciones. Barcelona: Península.
- Mueller, F. I. (1977). Prólogo. En: historia de la psicología. México. F.C.E.
- Navarro J. (2001) Las clasificaciones en la Psiquiatría. La aportación española. En: Angosto T, Rodríguez A, Simón D comp. Setenta y cinco años de Historia de la Psiquiatría. III jornadas Nacionales de historia de la Psiquiatría. 75 años de Historia de la AEN. Ourense; Asociación española de Neuropsiquiatría: Asociación Galena Mental.

- Navarro, R (1990) Psicoterapia antidepresiva. Humanismo Conductual para recuperar la alegría de vivir. México: Trillas
- Pérez, M. García, J. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. Vol. 13. No. 3. .p 499-502
- Pichot (1996) Evolución del concepto de trastornos afectivos. En: Gutiérrez M, Ezcurra J, Pichot. P. Avances en trastornos afectivos. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Raimy, V. (1975) Misunderstanding of the self: Cognitive psychotherapy and the misconception of hipótesis. San Francisco: Jossey Bass
- Robert, S. y Lamontagne, Y. (1977) Depresión, En: M. Bouchard, L. Granger, y R. Ladouceur. Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta. Madrid: Debate.
- Rojas, E. (2006) "Adiós, depresión. En busca de la felicidad razonable", España: Temas de hoy.
- Sabanes. F. (1993). La depresión. México: Diana.
- Salinas, J., R (1998). La Aplicación de Técnicas Cognitivo-Conductuales para el Tratamiento del la Depresión: Un caso. *Revista Electrónica de psicología Clínica*. Facultad de Estudios Profesionales Iztacala. <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/jorgluis.htm> con acceso día 8 de diciembre de 2009.
- Sanderson, McGinn (2002) Terapia Cognitivo-Conductual para la depresión. Barcelona: Medica.

- Schuyler, D. y Katz, M. M. (1973) The depressive illnesses: A mayor public health problem. Washington, D.C.:U.S. Government Printing Office.
- Seligman, M, E. (1975) Helplessness: On depression, developmen, and death. San Francisco: Freedman.
- Shaffer, L. F. (1947) The problem of psychotherapy. American Psicologist, 2, 459-467
- Shapiro, A. K. y Morris, L. A. (1978) Placebo effects in medical an psychological therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bergin, Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis. Nueva York: Wiley.
- Silva, H. (2002) Nuevas perspectivas en biología de la depresión. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. Vol. 40, 1.
- Solomon, P, Vernon, D. (1972) Manual de psiquiatría, México: El Manual Moderno S. A.
- Vallejo J. Menchón (1998) Distimia y otras depresiones no melancólicas. En: Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión, Barcelona: Masson.
- Vargas J y Ibañez J. (1998) Aplicación de la Terapia Racional Emotiva y del Entretenimiento Asertivo a un Caso de Depresión. Revista Electrónica de Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Wack (1990) Lovesickness in the Middle Ages: The Viaticum and its commentaires. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Zea, L. (1977). Sobre el concepto de filosofía. En: Introducción a la filosofía. México: UNAM.