



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA
DEPRESIÓN**

T E S I S

Para obtener el grado de:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta:
FLORES AGUILAR CRISTINA ELIZABETH

Director: **Dr. Samuel Jurado Cárdenas**

Revisora: **Mtra. Nelly Flores Pineda**

Sinodales: **Dra. Noemí Díaz Marroquín**

Dr. Ariel Vite Sierra

Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1: DEPRESIÓN	4
1.1. Definición	4
1.2. Epidemiología	11
1.3. Calidad de Vida en pacientes con Depresión	13
CAPITULO 2: TEORÍA COGNITIVO CONDUCTUAL	17
2.1. Teoría Cognitivo Conductual	17
2.2. Tratamiento Cognitivo Conductual en la Depresión	19
METODOLOGÍA	34
Justificación	34
Objetivo	34
Variables	35
Diseño	36
Sujetos	37
Instrumentos de medición	37
Procedimiento	39
RESULTADOS	41
DISCUSIÓN	51
REFERENCIAS	57
ANEXOS	62

INTRODUCCIÓN

Actualmente las personas están más expuestas a diferentes tipos de problemas personales y sociales que los conducen a diversas enfermedades físicas y mentales, en este caso la depresión; y ante la falta de recursos los individuos ven desgastada la integridad de su salud al paso del tiempo en las diferentes áreas de su vida.

La depresión ha llegado a situarse en los últimos años entre los trastornos psicológicos más prevalentes en la población general y uno de los más incapacitantes. Tanto es así, que la OMS estima que se convertirá en una de las tres principales causas de discapacidad en todo el mundo en el año 2030 (Mathers & Loncar, 2006)

La depresión afecta a millones de personas cada año, a más gente que el cáncer y a casi tanta como la enfermedad cardíaca (Kramlinger, 2001), y sin tratamiento tiende a hacerse crónica y a causar una incapacidad que se acentúa con el tiempo.

Uno de los principales motivos por los que la depresión tiene un impacto tan elevado en la salud pública, es el alto grado de discapacidad que genera, por lo que es necesario dejar de verla solo por los obstáculos al bienestar y la productividad que provoca y tratarla como un reto que se puede y debe superar ya que para el año 2020 será la segunda causa de años vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados (Wagner, 2012).

De acuerdo a la información obtenida de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México realizada entre 2001 y 2002 (Wagner, 2012), el 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida; por lo que permitió estimar que la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la

población general de 18 a 65 años, que una de cada ocho personas (12.8%) padece trastornos depresivos y que las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave y alrededor de siete si la gravedad fue moderada.

Por lo que a pesar de los avances multidisciplinarios, los trastornos depresivos continúan siendo un problema grave de salud pública en todo el mundo, así como en México, y sólo la atención organizada e inteligente permitirá hacer frente a este problema ya que la magnitud y el impacto social de la depresión, hacen necesario explorar métodos que permitan comprender mejor las estrategias necesarias para su control, siendo uno de estos, la atención psicológica ya que es una disciplina que incluye el manejo de factores socioculturales, conocimiento de dimensiones, etiología y alternativas de atención para los trastornos depresivos (Wagner, 2012).

Con lo anterior, se establece, que la finalidad de esta investigación es llevar a cabo una intervención cognitivo conductual para disminuir los síntomas de la depresión.

En el primer capítulo se abordara el concepto de depresión, la clasificación de la depresión de acuerdo a las dicotomías endógena y no endógena además de la clasificación de los trastornos depresivos según el DSM-IV (2002), también las cifras epidemiológicas actuales del padecimiento y la concepción de calidad de vida y su relación con la sintomatología depresiva.

En el segundo capítulo se describe el modelo de tratamiento cognitivo-conductual, su definición, objetivo, principios y supuestos teóricos. También se toman en cuenta los elementos y postulados del modelo que tratan de explicar los orígenes de la sintomatología depresiva que a su vez permiten aplicar el modelo de tratamiento.

La propuesta de esta tesis se detalla en el tercer capítulo, en el cual se plantea el diseño de una terapia individual dirigida a pacientes que presentes síntomas depresivos, se promueve la importancia de la participación activa de los pacientes así como el fortalecimiento de habilidades y herramientas en cuanto a la forma de solucionar la situación. Las dinámicas van encaminadas no solo a la parte emocional sino a la reestructuración de pensamientos, solución de problemas, desarrollo de habilidades sociales y fortalecimiento de la percepción de la calidad de vida asimismo su indiscutible adherencia terapéutica. Por último se hace un análisis de las limitaciones y sugerencias que tiene esta investigación.

CAPÍTULO 1: DEPRESIÓN

1.1. Definición

La depresión es una enfermedad mental común que se presenta con pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala concentración. Este trastorno puede volverse crónico o recurrente y llevar a importantes fallas en la habilidad de un individuo para llevar a cabo sus tareas diarias. En casos severos, puede llevar al suicidio (OMS, 2012).

Beck (1967) define la depresión como una alteración específica del estado de ánimo (tristeza, sensación de soledad, apatía), un concepto negativo de sí mismo, acompañado de auto reproches y autoinculpación, deseos regresivos y de autocastigo (deseo de escapar, esconderse o morir), trastornos vegetativos (anorexia, insomnio, disminución de la libido) y cambios en el nivel de actividad (retardo o agitación).

Bosqued (2005) dice que la depresión es fundamentalmente una alteración del estado de ánimo, un trastorno afectivo-cognitivo que tiñe de tono pesimista todos y cada uno de los aspectos de la vida. La persona deprimida ve el mundo de manera diferente y, en consecuencia, se comporta de manera distinta respecto de cuando no estaba deprimida: cambian sus actitudes y su comportamiento.

Cabe mencionar que los pacientes que experimentan un episodio depresivo mayor con frecuencia manifiestan síntomas adicionales, como preocupación por su salud física, ansiedad, fobia, pensamientos obsesivos irritabilidad y quejas por malestares. Los problemas maritales, académicos y de abuso de sustancias por lo general están presentes junto con la depresión (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006).

La sintomatología ocurre entonces en las esferas psíquica, somática y conductual, y se refleja en lo social, donde se pierde el interés de interactuar con el grupo social al que pertenece la persona y donde se pueden presentar datos principalmente de abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza y la pérdida de interés (Bautista, Rodríguez & Rodríguez, 2001). También existe un pensamiento constante de muerte. En el área somática es frecuente que se presenten los siguientes datos clínicos: cambios en el apetito y del sueño, pérdida de peso, astenia, adinamia y en ocasiones dolores musculares y/o articulares, el paciente puede sentirse verdaderamente enfermo, presentando con esto sintomatología que pudiera hacer pensar en trastornos somato formes, así como de manera secundaria, rasgos obsesivo-compulsivos.

Por lo que la depresión, no es solamente sentirse triste, melancólico, o desanimado, es mucho más que el desaliento que puede ser parte de la vida diaria. Ésta es una enfermedad que afecta a toda la persona en sus pensamientos, sentimientos, comportamiento y su salud física, una alteración del estado de ánimo el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional, donde se ve afectada la capacidad de disfrute y que repercute negativamente en su comportamiento y en el desempeño de sus actividades cotidianas.

En su forma más benigna, la depresión puede impedirles a individuos usualmente saludables que gocen de la vida a plenitud. De manera más grave la depresión es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los *síntomas afectivos* (humor bajo, tristeza, desánimo), *síntomas cognitivos* (pensamientos negativos de sí, del mundo y del futuro, baja auto-estima, desesperanza, remordimiento), *síntomas conductuales* (retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al andar y al hablar, agitación motora, actitud desganada) y *síntomas físicos* (falta de apetito, mala calidad de sueño y, en general, a la falta de energía, entre otros). En consecuencia, la depresión

vendría dada por diferentes síntomas, de modo que una persona podría estar deprimida diferentemente de otra presentando diferentes síntomas y según el predominio de uno u otro (Pérez & García, 2001).

La clasificación en tipos de depresión cuenta, igualmente, con una variedad de categorías. Tradicionalmente han sido dominantes *dos dicotomías*, no excluyentes entre sí. Una es la que distingue entre *depresión endógena*, cuya línea asociativa conlleva la condición psicótica (de carácter no-reactivo y de supuesto origen biológico), y la *depresión no-endógena*, cuya línea asociativa conlleva la condición neurótica (de carácter reactivo y de supuesto origen psicológico).

La segunda dicotomía distingue entre *depresión bipolar*, cuando el episodio depresivo alterna con uno de índole maníaca (versión actual de la psicosis maniaco-depresiva), y *depresión unipolar*, cuando únicamente cuenta con el polo depresivo. Se ha de añadir que la dicotomía bipolar-unipolar no se corresponde exactamente con la endógena/no-endógena.

Dentro del *trastorno depresivo unipolar* se distinguen, a su vez, varios subtipos, en concreto, los siguientes, de acuerdo con el DSM-IV (básicamente coincidente con el CIE-10), a saber: episodio depresivo mayor, *trastorno depresivo mayor* (recidivante), *trastorno distímico*, *trastorno depresivo no-especificado* (premenstrual, menor, breve recidivante...) y *otros trastornos del estado de ánimo* (debido a enfermedad médica, inducido por sustancias, y no-específico). Cada uno de estos sistemas dispone de criterios por los que se puede clasificar la depresión en un tipo u otro y, a falta de poder hacerlo, se asigna a la categoría de «otros trastornos», «trastorno mixto» o «no-específico» (de manera que nada queda sin su clasificación, dándose por tal incluso la falta de clasificación). Asimismo, se distingue el grado de depresión entre suave, moderada y severa.

Existen diversos modos de clasificar los trastornos depresivos, y las revisiones más extendidas en la actualidad son: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades, decima edición (CIE-10). Para fines de esta investigación se desarrolla la clasificación el DSM-IV-TR (2002) donde la sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Los siguientes son criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (2002) para los trastornos depresivos:

Trastorno Depresivo Mayor:

- A. Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida del interés o de la capacidad para el placer.
 - a. Estado de ánimo depresivo (se siente triste, vacío, llora)
 - b. Disminución del interés por el placer y por las actividades
 - c. Alteraciones en el peso y en el apetito
 - d. Insomnio o hipersomnia diario
 - e. Agitación o enlentamiento psicomotor
 - f. Fatiga o pérdida de energía
 - g. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos (pueden ser delirantes)
 - h. Incapacidad para pensar y concentrarse, indecisión
 - i. Pensamiento recurrente de muerte, ideación suicida
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o medicamento) o una enfermedad médica.

- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, persisten durante más de 2 meses y se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida o enlentamiento psicomotor.

Trastorno distímico:

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.
- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito insomnio o hipersomnias falta de energía o fatiga baja autoestima dificultades para concentrarse o para tomar decisiones sentimientos de desesperanza
- C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial. Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- I. *Especificar* si:
 - a. Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años
 - b. Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad
- J. *Especificar* (para los últimos 2 años del trastorno distímico): Con síntomas atípicos

Trastorno depresivo no especificado:

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

- A. Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (p. ej., estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.

- B. Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.
- C. Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales).
- D. Trastorno depresivo pos-psicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.
- E. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
- F. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

Trastorno Depresivo Menor:

El DSM-IV-TR (2002) incluye los criterios del trastorno depresivo menor, en un intento de definir y acotar una entidad que probablemente recoge diversos síndromes depresivos leves poco homogéneos. La denominación de trastorno menor queda reservada para aquellos cuadros que presentan un mínimo de dos y un máximo de cuatro de los síntomas diagnósticos de depresión mayor, siendo uno de ellos, al menos, el estado de ánimo deprimido o la disminución de interés o de capacidad para el placer (Molina & Andrade, 2006).

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Los *trastornos depresivos* (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

1.2. Epidemiología

La depresión es uno de los problemas sanitarios más apremiantes de la sociedad. Los síntomas psicopatológicos más frecuentes son los depresivos. Asimismo, los trastornos depresivos son la tercera psicopatología más común, con una prevalencia vital entre el 2 y el 25%. Entre un 15 y un 40% de los pacientes de los Centros de Atención Primaria presentan trastornos psicológicos, y un 25% de ellos, depresión (Bernardo, 2000, en González, Fernández, Pérez & Amigo 2006).

Se calcula que la depresión afecta a cerca de 350 millones de personas en el mundo. Está presente en una de cada diez personas que acuden a servicios de atención primaria y generalmente no es identificada y mucho menos atendida con oportunidad. Se pierden casi un millón de vidas al año por suicidio, lo cual se traduce como 3000 suicidios por día. Por cada suicida, hay 20 o más que intentan terminar con su vida (OMS, 2012).

Según la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto (2009) en el año 2001 la prevalencia de depresión en el mundo fue de 5.8% para hombres y de 9.5% en mujeres. La OMS (2012) estima que la carga de los trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos 20 años.

Aun cuando la depresión es causa de incapacidad para hombres y mujeres, la carga de la depresión es un 50% mayor en las mujeres, de hecho, la depresión es la causa principal de carga de enfermedad para las mujeres tanto en países de alto nivel de ingresos como de niveles medio o bajo. (OMS, 2012).

Además de que en México los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con incapacidad. Cuatro de los padecimientos más discapacitantes son: esquizofrenia, depresión, obsesión-compulsión y alcoholismo. La depresión es la primera causa de atención psiquiátrica en México y se estima una prevalencia de 12% a 20% entre la población adulta de 18 a 65 años.

Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (ENEP) mostraron que una de cada cinco personas con un trastorno psiquiátrico en los últimos 12 meses recibió algún tipo de servicio para ese problema. Los datos acerca de los trastornos del estado de ánimo fueron levemente mayores (26.0%). Peor aún, los enormes déficits en materia de atención de problemas de salud mental incluyen a más de 75% de los casos graves y moderados entre adultos, y casi a la mitad de los jóvenes entre 12 y 17 años que padecen algún trastorno depresivo (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco & Fleiz, 2003).

Estos datos concuerdan con observaciones realizadas 10 y 20 años antes, cuando la Organización Mundial de la Salud encontró que uno de cada cuatro pacientes que solicitaban servicios de salud cursaban con un problema de salud mental, siendo la depresión y ansiedad los más comunes (Wagner, 2012).

Cabe mencionar que los trastornos depresivos cursan habitualmente con recaídas, cronificación y repercusiones graves. Entre un 40 y un 85% de las personas con depresión mayor presentan alguna recaída durante la vida. Además la consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es el suicidio, hasta 15%

de los individuos con trastorno depresivo mayor mueren por suicidio, además, es factible que se observe una tasa más alta, de muerte prematura como resultado de enfermedades medicas generales entre personas deprimidas (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006).

De las personas que cometen suicidio, entre un 50 y un 70% tenían historia de algún trastorno depresivo (Coon & Thompson, 2003; González, Ramos, Caballero, & Wagner, 2003; Emslie, Mayes, Laptook & Batt, 2003; Merrill, Tolbert & Wade, 2003, en González, Fernández, Pérez & Amigo 2006).

1.3. Calidad de Vida en personas con depresión

La depresión es un trastorno muy común en enfermedades médicas y, por lo tanto, en atención primaria y también se asocia con una discapacidad funcional significativa (Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000). Sin embargo, la amplia mayoría de las depresiones no son atribuibles a causas médicas. La meta a largo plazo en el tratamiento de la depresión es asegurarse que los pacientes mantengan su *funcionalidad*, por lo que la definición y evaluación de la *calidad de vida* es un aspecto muy importante en la actualidad.

La calidad de vida es una construcción multidimensional que en su evaluación incorpora componentes de las áreas emocional, física y social, por lo tanto se trata de una *medida subjetiva* y resulta imperativo que la evaluación incluya el reporte del propio paciente sobre su bienestar (Ruiz, Colín, Corlay, Lara & Dueñas, 2007).

Al referirnos a calidad de vida tenemos en cuenta los factores que inciden en el sujeto para desarrollar su vida dentro de los parámetros adecuados como: tomar decisiones, idear y realizar planes, ejercer una actividad económica o estudiantil, tener satisfacción en sus actividades sexuales voluntarias, interactuar con su familia, amigos comunidad e incluso en los rituales religiosos y las actividades

políticas. Lo cual directamente atrae un bienestar y sentimientos de utilidad e importancia en su sistema (González, 2002).

Desde la óptica de Rossella Palomba del Institute Of Population Research And Social Policies en Italia (González, 2002) la definición de la calidad de vida es vista como *término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida 'objetivas' y un alto grado de bienestar 'subjetivo', y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales* además define que la calidad de vida está *definida en términos del bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida.* Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.

Así mismo desde una postura psicológica el concepto de calidad de vida según Browne (1996) se define como la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones, concepto reforzado posteriormente por Lucas (2007) en el que sintetiza a la calidad de vida, como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

La calidad de vida es una percepción subjetiva, más que un indicador objetivo, como ya ha sido mencionado, es decir, en la evaluación de la calidad de vida, influye más la psicología que la estadística, ya que desde el enfoque psicológico se individualiza al paciente para encontrar criterios comúnmente compartidos en la decadencia del bienestar y la felicidad material e interior que se encuentra en un grupo (González, 2002).

La promoción de la salud es el proceso que facilita instrumentos a la gente para ganar el control sobre su salud y mejorarla (OMS, 1986). Por lo tanto, está más vinculada con el mejoramiento de la calidad de vida y el potencial para ganar una mejor salud, que sólo con una disminución de síntomas.

Desde esta postura cognitivo conductual se ha considerado a la depresión como indicador psicológico que contribuye en la disminución de la calidad de vida, mediante una inadecuada percepción y valoración que hace la persona de su calidad de vida, específicamente en lo relacionado con el área física, psicológica y de autoestima en la estructura funcional dentro de la familia y la sociedad (Fernández-Ballesteros, 1998).

Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) agrupan en tres categorías la definición del concepto de calidad de vida:

Categoría	Descripción
1. Condiciones de vida	Condiciones de vida objetivamente medibles en una persona, tales como salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación. Este tipo de definición permitiría comparar a una persona con otra desde indicadores estrictamente objetivos, sin embargo, pareciera que estos apuntan más una cantidad que calidad de vida.
2. Satisfacción con la vida	Se considera a la calidad de vida como un sinónimo de satisfacción personal. Así, la vida sería la sumatoria de la satisfacción en los diversos dominios de la vida.
3. Valores	La calidad de vida es definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas

	mediadas por los valores personales. Bajo este concepto, cambios en los valores, en las condiciones de vida o en la percepción, pueden provocar cambios en los otros, bajo un proceso dinámico.
--	---

Según Fernández-Ballesteros (1998), se puede decir que la literatura sobre calidad de vida concuerda fundamentalmente en tres cosas:

- (a) Es subjetiva
- (b) El puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona, y
- (c) El valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida.

La sintomatología depresiva como ya se ha mencionado provoca alteraciones en el individuo que la presenta, y éste a su vez, sufre alteraciones en las esferas social, familiar y personal, ya que su pensamiento no solo se encuentra sumido en razonamientos catastróficos de su entorno sino también sus conductas están regidas por estos, lo que aleja al paciente de lo que le genera satisfacción, haciendo innegable el retraimiento y aislamiento de sus redes de apoyo (familiar, laboral, amigos) lo que a su vez repercute en su estabilidad.

Aunque la mayoría de las investigaciones sobre el papel de los factores psicosociales en la depresión se ha centrado en los acontecimientos vitales, existen también situaciones estresantes crónicas que influyen sobre el individuo, requieren estrategias de afrontamiento y persisten durante un tiempo prolongado (Roca, 1999). Por lo que es recomendable contar con métodos y acciones dirigidas a obtener estilos de vida saludable, y en el siguiente capítulo se expondrá un modelo que apoya dicho cometido.

CAPITULO 2: MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

En este capítulo se analizará la importancia que tiene el Modelo Cognitivo Conductual (MCC) en la práctica clínica de la psicología. Esto permitirá comprender el fundamento teórico de éste modelo en el tratamiento de la depresión. Así pues se describirán los supuestos generales, características y el uso de técnicas que en conjunto guían la intervención clínica.

2.1. Modelo Cognitivo Conductual

El modelo cognitivo-conductual (MCC) tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos (Yapko, 2006).

En este modelo terapéutico se consideran dos elementos primordiales de intervención, el primero (Cognitivo) que hace referencia a las cogniciones o pensamientos; y el segundo (Conductual) que se refiere a las conductas que se originan a partir de creencias irracionales.

De acuerdo con Beck (1983), el modelo cognitivo manifiesta como supuesto teórico que los efectos y la conducta que tiene un individuo, están en gran medida determinados por el modo en que estructura el mundo. Esto quiere decir que el MCC se centra en la atención de las cogniciones, identificadas como elementos básicos de intervención, debido a que los pensamientos son fortalecidos por aquellas actitudes que se han aprendido a lo largo de las experiencias previas que ha tenido el paciente, y que han sido elaboradas correcta e incorrectamente; llegando así a formar y reforzar los comportamientos que realiza la persona en su entorno.

La terapia consiste en que el paciente tome conciencia de como sus esquemas cognitivos disfuncionales o irracionales están sesgando su experiencia y produciéndole un trastorno emocional. El siguiente paso (a veces paralelo y progresivo) consiste en poner a prueba esos significados disfuncionales para comprobar su validez actual o su ajuste funcional. Esto se haría básicamente mediante procedimientos cognitivos (análisis de distorsiones cognitivas y significados asociados y generación de alternativas) y conductuales (ensayo real de alternativas o puesta a prueba de las predicciones derivadas de los significados disfuncionales) (Ruiz & Cano, 2012).

La terapia cognitiva sostiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de formas erróneas de pensar concretas y habituales. Esas maneras erróneas reciben el nombre de distorsiones cognitivas. Las distorsiones cognitivas derivan a su vez de creencias personales o significados subjetivos a veces aprendidos en la niñez que, por lo general, actúan sin que la persona se percate de su papel. Esos significados subyacentes y tácitos se han denominado esquemas cognitivos y denotan la forma en que la persona da sentido y significado a su experiencia. Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones de las personas y suelen aparecer en situaciones donde hay una intensa alteración emocional como la ansiedad, el enojo, la depresión y los trastornos de conducta. A esas cogniciones se les denomina pensamientos automáticos (Dobson & Donzoi, 2000).

El propio Beck (1983) definía la terapia cognitiva como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado basado en el supuesto teórico subyacente de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo en que tiene dicho individuo de estructurar su mundo.

Así el objetivo de esta terapia sería que, el paciente, aprendiese a resolver problemas y situaciones que anteriormente consideraba insuperables mediante la

identificación, reevaluación y modificación de sus conceptualizaciones, distorsiones y falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones.

2.2. Tratamiento Cognitivo Conductual en la Depresión

A finales de la década de 1950, debido al tiempo y costo asociado al psicoanálisis, los psicólogos y psiquiatras empezaron a explorar alternativas para tratar la depresión. Estos esfuerzos llevaron eventualmente al desarrollo dos formas de psicoterapia: terapia del comportamiento cognitivo y terapia interpersonal. La terapia del comportamiento cognitivo se enfoca en identificar las creencias y conductas negativas, no saludables que contribuyen a la depresión y remplazarlas con creencias positivas y saludables (Kramliner, 2001).

Mientras que la terapia interpersonal interviene en la presencia de los síntomas y las relaciones interpersonales sin modificar directamente los patrones de conducta relativos a la personalidad ya que mantiene el supuesto de que a medida de que los síntomas depresivos vayan disminuyendo el sujeto irá ganando control sobre sus patrones desadaptativos (Chichilla, 2008).

Mucha de la investigación que se ha realizado hasta la actualidad sobre el tratamiento psicológico de la depresión ha tenido como tema central las terapias cognitivo- conductuales. Este tipo de intervenciones son activas (se enseñan estrategias) y directivas (se asignan tareas para casa), tiene metas específicas alcanzables y ayudan a proporcionar una nueva perspectiva al paciente (Vázquez, Muños & Becoña, 2000).

Esta terapia se basa en que la forma en que se siente es resultado de la forma en que se piensa de sí mismo y de sus circunstancias de la vida. Su objetivo es remplazar los pensamientos negativos con positivos y reales (Kramliner, 2001). Al enseñar nuevas maneras de pensar y de comportarse, la terapia cognitivo-

conductual ayuda a las personas a cambiar sus estilos negativos de pensamiento y de comportamiento que pueden contribuir a su depresión (INS, 2009).

La Terapia Cognitiva de la Depresión es un procedimiento altamente estructurado, de 15 a 25 sesiones, incluyendo las de continuación y terminación, siendo 12 las sesiones básicas. La terapia se concibe como un enfoque psicoeducativo, diseñado tanto para modificar cogniciones como conductas, de modo que no en vano se denomina también (y quizá más justamente) terapia cognitivo - conductual (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983; Sacco & Beck, 1995).

El modelo cognitivo de depresión predominante es el que planteo Beck (1983) y que consta de tres elementos básicos: triada cognitiva negativa, esquemas negativos y distorsiones cognitivas. La *triada cognitiva* consiste en tres patrones de ideas y actitudes negativas que caracterizan a los individuos deprimidos, y abarca opiniones negativas de sí mismos, del mundo y del futuro. Los *esquemas* son patrones de pensamiento estable y duradero que representan las generalizaciones de una persona acerca de experiencias pasadas, operan para organizar la información pertinente para una situación en curso a partir de experiencias pasadas y determinar la manera como se percibe, almacena y después se recuerda la información. Los individuos propensos a la depresión tienden a responder a su ambiente de una manera rígida y negativa e interpretan las experiencias nuevas de una forma inexacta (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006).

Beck postula los tres conceptos que tratan de explicar el sustrato psicológico de la depresión:

1. *Triada Cognitiva*. La sintomatología depresiva presentada (afecto, comportamiento y síntomas vegetativos derivados) se relacionan con la existencia de tres patrones cognitivos que incluyen:

- Una visión negativa del paciente acerca de si mismo. Se ve desgraciado, torpe, con poca valía, tienden a subestimarse y a criticarse a sí mismo con autoatribuciones negativas.
- Tendencia a interpretar sus experiencias de manera negativa, atribuyéndolas en su mayoría a un fallo propio. Tiene una visión del mundo caracterizada por obstáculos insuperables y demandas exageradas. Se siente derrotado y frustrado.
- Una visión negativa acerca del futuro, que inevitablemente determina que cuando el paciente depresivo haga proyectos de futuro este anticipando expectativas de fracaso.

Los síntomas del trastorno depresivo estarían ligados en gran medida a patrones del pensamiento. Por ejemplo, la poca fuerza de voluntad se correlaciona con la ideación pesimista; la dependencia de otros se correlaciona con su baja autoestima y la idea de que los otros son más competentes.

Estos patrones cognitivos son la base para la aparición de los llamados *pensamientos automáticos*, activados por acontecimientos que la persona identificaría a emociones negativas. Estos pensamientos son por un lado “negativos” ya que llevan asociados emociones negativas y “automáticos” en tanto que no son producto de un proceso reflexivo razonado.

Los *pensamientos automáticos negativos* son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos (el paciente no se da cuenta del mismo o de su proceso de interpretación), repetitivos, involuntarios e incontrolables. Entre el 60-80% de los pensamientos automáticos tienen un valor negativo (Friedman y Thase, 1995). Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas con un problema de depresión grave estos pensamientos

ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente (Beck, 1991).

2. *Organización estructural del pensamiento depresivo.* Los “esquemas” se definen como aquellas reglas o postulados silenciosos que organizan la recogida de información para transformarla en cogniciones. En la depresión el sujeto pierde el control de sus procesos de pensamiento y se vuelve incapaz de utilizarlos o, incluso, para hacer esquemas más funcionales.

Los conceptos “real - irreal” de un individuo provienen de sus experiencias, de sus actitudes y opiniones que otros le han comunicado y de su identificación o los modelos de su rol social. Una vez que se han formado un concepto concreto (actitud o suposición), él puede influir en los juicios posteriores y, por tanto, se afianza con mayor firmeza (Ellis, 1981).

Los esquemas determinan él como un individuo estructura distintas experiencias. Puede un esquema permanecer inactivo durante un largo tiempo y ser activado en situaciones específicas. En las depresiones más leves, el paciente mantiene cierta objetividad al contemplar sus pensamientos negativos. En las depresiones más graves, el pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, repetitivas, y puede encontrar difícil concentrarse en otros estímulos externos (trabajo, deportes, relación familiar, etc.)

3. *Errores en el procesamiento de la información.* La razón por la que los pensamientos automáticos y esquemas cognitivos se mantienen, a pesar de su falta de ajuste a la realidad, se debe, según Beck, a una serie de errores que se cometen en el procesamiento de la información por la que los datos parecen confirmar los supuestos (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006).

Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son: *inferencia arbitraria* (llegar a una conclusión en

ausencia de evidencia que la apoye); la *abstracción selectiva* (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información); la *sobregeneralización* (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados); la *magnificación* y la *minimización* (sobreestimar o infra-valorar la significación de un acontecimiento); la *personalización* (atribuirse a uno mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello); y el *pensamiento absolutista dicotómico* (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas) (Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000).

Por otra parte en el modelo conductual el primer programa de tratamiento importante que se desarrolló fue el de Lewinsohn (1975), basado en las formulaciones conductuales de depresión de Skinner y de Ferster. El interés de esta terapia se dirige a mejorar las habilidades sociales y de comunicación, incorporar en el repertorio del paciente conductas adaptativas tales como la aserción positiva y negativa, aumento de refuerzo positivo contingente a la respuesta de conductas adaptativas y disminución de experiencias de vida negativas.

La formulación conductual de Lewinsohn (1975) sirvió como fuente para el desarrollo de una estrategia de tratamiento centrada en aumentar la tasa de refuerzo en tres áreas: actividades agradables, actividades interpersonales y pensamientos saludables.

También se ha descubierto que la depresión grave se relaciona, desde el punto de vista causal, con una amplia variedad de variables psicosociales como distorsiones cognitivas, carencia de habilidades sociales, deficiente capacidad para resolver problemas, reducido refuerzo positivo y habilidades débiles de autocontrol (Nezu, Nezu, Trunzo, Sprague, 1998, en Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

Nezu (1987) indicó que el comienzo de la depresión ocurre cuando el individuo tiene que hacer frente a una situación difícil. Si no se resuelve esta situación problemática, es probable que se produzcan consecuencias negativas, lo cual se traduce a su vez en una disminución en el refuerzo de la conducta del sujeto.

McLean (1979) considera a la depresión un resultado del afrontamiento y habilidades sociales ineficaces, y diseñó un programa de diez semanas que abarcaba entrenamiento en estas áreas: comunicación, asertividad, toma de decisiones, resolución de problemas, autocontrol cognitivo, productividad, interacción social; como medios de desarrollar comportamientos prosociales y evitar recaídas.

Las teorías conductuales de la depresión postulan que, una baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta, puede conducir a la depresión, por lo que la obtención de refuerzo positivo está determinada, en parte, por la destreza del individuo para aumentar la disponibilidad de refuerzo positivo y obtener el mismo.

A continuación se explican las técnicas cognitivo conductuales de manera más específica.

- *Reestructuración Cognitiva:*

La reestructuración cognitiva es una de las técnicas cognitivo-conductuales más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos. Consiste en que el paciente identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros.

Por lo que el objetivo de la Reestructuración Cognitiva es delimitar y poner a prueba las creencias falsas y los supuestos desadaptativos específicos del paciente, mediante:

1. Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
2. Identificar sus pensamientos automáticos: consiste en un entrenamiento en el auto registro de los pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales y conductuales ante determinados eventos internos y externos (Beck, 1983). Se inicia el llenado del formato situación-pensamiento-emoción-conducta propuesto por Greenberger y Padesky (1998).
3. Búsqueda de datos o hechos relativos a los pensamientos automáticos: busca comprobar el grado de validez de las interpretaciones personales relacionadas con alteraciones emocionales. Esto se hace buscando datos o hechos a favor y en contra en la propia experiencia, utilizando evidencias providentes de terceros, diseñando experimentos personales para comprobar una hipótesis o detectando los errores lógicos de las interpretaciones.
4. Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas: se le pregunta al paciente si su interpretación le parece adecuada, productiva o le ayuda, si hay datos o hechos para mantenerla; se le pide mencionar las ventajas e inconvenientes de mantener esa interpretación y se buscan ideas más realistas. Se le indica que escriba esos nuevos pensamientos hacia la situación que se ha venido trabajando y se le pedirá que nuevamente vuelva a evaluar la emoción que presento al inicio de la situación, con el fin de que el paciente observe cómo con los pensamientos más reales o adecuados a esa situación su emoción disminuye o cambia.

- *Terapia de Resolución de Problemas:*

Nezu y cols. (2006) sugieren que los déficits en la capacidad de resolución de problemas para afrontar los acontecimientos estresantes de la vida operan como un factor de vulnerabilidad depresogénico significativo. La Terapia de Resolución de Problemas (TRP) se centra en aumentar la capacidad de afrontamiento del individuo al tratar situaciones estresantes. Este enfoque implica cambiar los factores cognitivos que afectan de manera negativa la orientación al problema y autoevaluación en relación con las habilidades propias para resolverlas.

La TRP tiene cuatro metas generales; ayudar a los individuos deprimidos a identificar situaciones cotidianas previas y actuales que constituyan antecedentes de un episodio depresivo; minimizar el grado en el que los síntomas depresivos afectan de manera negativa los intentos de afrontamiento presentes y futuros; aumentar la eficacia de sus esfuerzos de resolución de problemas al afrontar problemas presentes en ese momento; y enseñar habilidades generales que les permitan abordar de modo más eficaz problemas futuros con el fin de evitar más episodios depresivos (Nezu & Nezu, 1989).

Distintos estudios han demostrado que la TSP es un tratamiento eficaz para la depresión mayor, la depresión leve, la ideación suicida y la depresión en niños y en personas mayores (Areán, 2000). Nezu (1986) encontró que la TSP administrada durante 8 sesiones era eficaz para tratar la depresión mayor y los cambios que se producían en la depresión estaban unidos a un incremento en la habilidad de solución de problemas.

Según los datos de Wilkinson y Mynors-Wallis (1994) la TSP es muy eficaz en el tratamiento de la depresión leve, el malestar psicológico general y la depresión mayor. De hecho, muchos de sus estudios muestran que la TSP es tan eficaz como los fármacos antidepresivos (Mynors-Wallis *et al.*, 2000).

De acuerdo con la formulación de Nezu (1987), los pacientes que tengan un déficit en habilidades de solución de problemas tendrán un mayor riesgo para desarrollar un episodio depresivo. De modo más específico, Nezu señaló que la depresión podía ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas

1. *Introducción al modelo:* Al paciente se le enseña que los problemas son una parte previsible y normal de la vida que tendrá que hacerles frente durante toda la vida; en pocas palabras, *que la vida no está libre de problemas*. Además, a los pacientes se les enseña que todos *los problemas pueden ser resueltos*, aunque para solucionar un problema, la gente puede tener que *cambiar sus expectativas*. Se les dice también que no tengan miedo ni eviten sus síntomas de depresión, sino que, por el contrario, los usen como señales o *banderas rojas* para identificar la existencia de un problema. El dolor emocional es similar al dolor físico; cuando nos sentimos deprimidos, ansiosos, irritados, estos sentimientos constituyen la forma en que la mente nos dice que algo está mal, que debemos hacer algo sobre el entorno antes de actuar con nuestras vidas. Por lo tanto, *no deberíamos ignorar nuestras emociones, sino escuchar lo que pueden estar diciéndonos*.
2. Paso 1 *Orientación hacia el problema:* En la siguiente sesión, se revisa y se trata la tarea que se asignó para casa la semana anterior y el terapeuta ayuda al paciente a identificar las emociones que sean las señales de que está ocurriendo un problema. El terapeuta ayuda también al paciente a identificar los pensamientos que pueden contribuir a un afrontamiento ineficaz. El terapeuta señala los pensamientos del paciente que interfieren con la solución eficaz del problema. Se distingue entre el pensamiento pasivo, pensamiento de todo o nada y un pensamiento centrado en el problema. Se utilizan hojas de registro que les ayudan a identificar el tipo de

cogniciones que tienen, cogniciones que impiden la solución eficaz del problema y corregirlo con una orientación más centrada en la acción.

3. Paso 2 *Definición y formulación del problema*: En esta sesión, el paciente elige un problema sobre el que le gustaría trabajar y practicar definiendo el mismo en condiciones observables y conductuales concretas. el terapeuta enseña al paciente a pensar como un detective o un investigador. Para definir el problema con exactitud, el paciente debe poner en una lista *quién* está implicado, *qué* sucede actualmente, *cuándo* es más probable que ocurra, *dónde* tiene lugar el problema y *cómo* continúa.

4. Paso 3 *Generación de soluciones alternativas*: el paciente elige uno de los problemas que definió y se le pide que siga el método del “torbellino de ideas”, generando tantas soluciones como pueda. Se le enseña al paciente a generar una lista tan larga como sea posible y a apuntar todas las cosas que le vengan a la mente, independientemente de que piense que funcionarán o serán inútiles. Al paciente se le dice que después de que se haya generado la lista, será capaz de evaluar la utilidad de las soluciones para el problema elegido, pero hasta entonces debe aplazar emitir un juicio. La distinción entre generar soluciones y evaluar su utilidad es una cuestión muy importante. Según Nezu y Perri (1989), la gente deprimida tiene dificultad para encontrar soluciones a sus problemas porque generalmente creen que la solución no es útil. Cada vez que se le ocurre una posible solución, la gente deprimida la descarta inmediatamente, pensando “Yo no puedo hacer eso” o “Nunca funcionará conmigo”. Para otros, parece que la persona deprimida es incapaz de idear soluciones. En realidad, la persona deprimida está pensando en soluciones, pero no las está reconociendo porque cree que no tiene sentido mencionarlas.

5. Paso 4 *Toma de decisiones*: el paciente tiene la oportunidad de examinar cuidadosamente su lista de soluciones al problema y evaluar su posible utilidad para solucionar el problema. El paciente mira cada solución y considera su eficacia en cinco áreas: ¿satisface las metas a corto plazo?, ¿satisface las metas a largo plazo?, ¿crea otros problemas al paciente?, ¿crea problemas a otra gente? y ¿puede el paciente realmente llevar a cabo la solución? Para cada solución, el paciente apunta si tiene un impacto positivo o negativo en estas cinco áreas. Luego a cada solución se le da una puntuación basada en el número de impactos positivos que tiene. La solución que tenga la puntuación más elevada se discute con más detalle en cuanto a su eficacia

6. Paso 5 *Puesta en práctica de la solución y verificación*: el terapeuta ayuda al paciente a establecer un plan de acción. Esto implica, por lo general, crear pasos en el proceso. Luego se le enseña al paciente a evaluar el resultado de la solución. En muchos casos, la gente deprimida suele dejar a un lado la solución que ha tenido éxito con el problema como un acontecimiento puntual y se centra demasiado en los fracasos. Para evitarlo se enseña a los pacientes a considerar detalladamente la puesta en práctica de la solución tan pronto como se ha aplicado la solución. Si fue un éxito, debe anotar por qué pensó que fue un éxito, si consiguió o no la meta deseada y pensar en cuándo se puede usar otra vez la solución. Si ésta fue un fracaso, se le enseña al paciente a poner por escrito por qué fracasó y a usar esa información para redefinir el problema. Si la solución no fue puesta en práctica, el paciente anotará por qué y decidirá si el problema necesita ser redefinido e incluir los obstáculos.

○ *Entrenamiento en Habilidades Sociales:*

En la concepción de la depresión se identifica a las habilidades sociales deficientes o desadaptativas como un factor relacionado, desde el punto de vista etiológico, con la depresión (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006). Una serie de clínicos e investigadores (McLean, 1982; Nezu, 1986) han desarrollado intervenciones en las que se entrenan a los pacientes deprimidos en distintas estrategias de habilidades sociales, tales como la reducción de la ansiedad interpersonal, modificación de creencias inapropiadas, y entrenamiento directo de la conducta, utilizando representación de papeles, modelado, refuerzo social, retroalimentación, tareas para casa con el fin de facilitar la generalización, etc.

El entrenamiento en habilidades sociales es breve, los pacientes pueden ser tratados individualmente o en grupo. El entrenamiento comienza con la realización de distintas representaciones de papeles para identificar los déficits que tenga el paciente en habilidades sociales y se caracteriza por:

- Reproducir las experiencias de aprendizaje que se dan en situaciones reales, si bien de forma intensiva y controlada.
- Actuar con independencia de la etiología de la conducta-problema, centrándose en el desarrollo de habilidades y conductas alternativas, ampliando el repertorio conductual del sujeto.
- Los entrenamientos en habilidades sociales son procedimientos psicoeducativos de formación y su objetivo es facilitar el aprendizaje de nuevas habilidades y de conductas ya existentes.
- A los sujetos participativos que se comprometen y aceptan el procedimiento, se les llama agentes activos del cambio.

Los déficit en habilidades conductuales incluyen una tendencia a ser menos asertivo y menos positivo, a tener expresiones faciales negativas y un contacto

visual pobre y a mostrar menos actividad en las interacciones de grupo (Lewinsohn, 1997).

Los niveles de análisis de las habilidades sociales son:

- Nivel molar (entrenamiento asertivo): son tipos de habilidad general como por ejemplo la defensa de los derechos humanos, la habilidad heterosocial, etc. Este enfoque evita evaluaciones objetivas, las evaluaciones son subjetivas y generales. Su fiabilidad es más baja que las evaluaciones moleculares. No especifican lo que está haciendo bien o mal el sujeto. Es una evaluación cuantitativa.
- Nivel molecular (conductismo): son por ejemplo el contacto ocular, volumen de la voz, la postura, etc. Este enfoque, está unido al modelo conductual de la habilidad social. La conducta interpersonal se divide en elementos componentes específicos. Estos elementos son medidos de forma objetiva. Son más fiables y válidos, pero surge el problema de saber en qué grado es significativo medir esas características de respuestas estáticas, discretas. El impacto social lo determina un patrón de respuestas determinado por la interacción con la otra persona.
- Nivel intermedio (actualidad): las habilidades serían la expresión facial, la voz, la postura, etc.

Dado que muchas de las habilidades sociales dependen de la situación, el objetivo del tratamiento suele ser mejorar las habilidades sociales en distintos contextos sociales (p.ej., trabajo, escuela, interacción con el sexo opuesto).

○ *Terapia de Calidad de Vida*

Calidad de Vida es una noción reciente y aún por definir en toda su amplitud, el concepto Calidad de Vida es un constructo multidimensional, que se construye sobre áreas, dominios o componentes diversos, que no se explica por un solo

elemento sino por la combinación o interrelación de todos ellos la bibliografía ofrece un amplio listado de componentes de la Calidad de Vida (Fernández-Mayoralas, 2005): calidad del medio ambiente, entorno residencial, valores, relaciones y apoyo social, relaciones familiares, situación laboral, situación económica, salud, estado emocional, religión, espiritualidad, ocio, cultura.

La transición del término Calidad de Vida desde las ciencias sociales a la investigación en salud ha considerado la salud como uno de los principales dominios responsable de la Calidad de Vida. Esta creencia proviene, en gran parte, de la propia definición de salud que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) definió como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.

Actualmente se acepta que la Calidad de Vida tiene que ver con la consideración de las condiciones de vida y las evaluaciones subjetivas. La mayoría de las agencias que recogen datos de bienestar nacional incluyen tanto indicadores objetivos como subjetivos en sus sistemas de estadísticas sociales (Fernández-Mayoralas, 2005).

En el tratamiento para mejorar la percepción de Calidad de Vida (Frisch, 2005) se requiere de:

1. Detectar en que dimensión de su vida tienen conflictos y enseñarles a mejorar, las dimensiones son: funcionamiento físico, emocional, cognitivo y social, rol funcional, percepción de salud general y bienestar, proyectos futuros y síntomas (específicos de la enfermedad). Y en esta ocasión se empleó una escala que nos permite conocer la percepción del nivel de Calidad de Vida (WOL-QOL breve), en el que se ubica cada persona, de una manera subjetiva y objetiva.
2. Evaluación de objetivos y metas.

3. Encontrar dominios que contribuyan en la calidad de vida: qué áreas específicas de la vida contribuyen a la infelicidad o insatisfacción general.
4. Encontrar la causa de insatisfacción en áreas particulares o específicas de la vida. Una vez identificadas, cada área específica de insatisfacción se puede analizar o evaluar en términos del modelo CASIO para ver qué factores están causando la insatisfacción que consiste en cambiar: circunstancias, actitudes, metas o estándares, prioridades u orden de importancia y otras cosas que se perciban como necesarias.
5. Recibir consulta médica para detectar enfermedad o incapacidad grave.
6. Detección de algún otro trastorno, según el DSM-IV.

Una vez descrito las técnicas del MCC se observa la interrelación psicobiosocial que abarcan y así muestran su utilidad para tratar con la sintomatología depresiva de acuerdo con el sustento teórico ya antes mencionado. Por lo que en el siguiente capítulo se relata el método en que se integraron dichos planteamientos.

METODOLOGÍA

Justificación

Y si bien es cierto que se han dado avances en el tratamiento cognitivo conductual en la depresión, no existe evidencia de que la frecuencia de la depresión haya disminuido, sino que se pronostica un aumento en años posteriores.

Tomando como base los planteamientos expuestos en los capítulos anteriores es necesario diseñar una forma de aplicar el tratamiento para la sintomatología depresiva, que permita disminuir en el paciente los sentimientos de desesperanza, pensamientos irracionales, disminución de actividades agradables, redes de apoyo conflictivas, aislamiento social, entre otros; ya que todo esto repercute directamente en la calidad de vida del paciente.

Se puede decir que el tratamiento cognitivo conductual para la sintomatología depresiva se practica de distintas maneras para la mayor parte de los pacientes, por lo que, es de crucial importancia definir formas específicas de tratamiento que logren resultados satisfactorios en lapsos de tiempo cortos, ya que las personas que ingresan a este tipo de programas enfrentan problemas en la adherencia al tratamiento, la aceptación del padecimiento y el curso del mismo.

Objetivo General

Implementar un plan de tratamiento psicológico mediante una modalidad de terapia individual para pacientes que presenten síntomas depresivos, basado en el modelo cognitivo-conductual, para reducir la sintomatología.

Objetivos Específicos:

- Enseñar al paciente que es la depresión y cuáles son sus síntomas, para dotarlo de conocimiento que le permita identificar sus características fuera del ambiente terapéutico.
- Que el paciente logre identificar sus pensamientos automáticos que perjudican su calidad de vida para después modificarlos por otros más adaptativos.
- Dotar al paciente de herramientas psicológicas que le permitan solucionar sus problemas de forma más eficiente.
- Que el paciente adquiriera un repertorio de conductas que le permitan desarrollarse socialmente en su entorno.

Hipótesis

Ho: No existen diferencias significativas en el nivel de síntomas depresivos que presentan los pacientes después de la aplicación del tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas en el nivel de síntomas depresivos que presentan los pacientes después de la aplicación del tratamiento.

Variables

Variable Dependiente:

- Depresión: Alteración específica del estado de ánimo (tristeza, sensación de soledad, apatía), un concepto negativo de sí mismo, acompañado de autorreproches y autoinculpación, deseos regresivos y de autocastigo (deseo de escapar, esconderse o morir), trastornos vegetativos (anorexia, insomnio, disminución de la libido) y cambios en el nivel de actividad (retardo o agitación) (Beck. 1967).

Definición operacional: Puntuación en el Inventario de Depresión de Beck.

Variables Independientes:

- Reestructuración Cognitiva en la depresión

Definición operacional: Puntuación en la escala de Registro de Opiniones.

- Solución de Problemas en la depresión: Es una forma de intervención estructurada, breve y centrada en el aprendizaje de afrontar problemas específicos frecuentemente asociados a la depresión.

Definición operacional: Puntuación obtenida en el Inventario de solución de problemas de Heppner y Petersen.

- Habilidades Sociales en la depresión

Definición operacional: Puntuación en la Escala Multidimensional de Asertividad, EMA.

- Calidad de Vida percibida en la depresión.

Definición operacional: Puntuación en el Instrumento de Calidad de Vida (WHO-QOL BREVE).

Diseño de investigación

El diseño que se utilizara es un ensayo clínico con nueve replicas (McGuigan, 1997).

Sujetos

La muestra se compone de 10 pacientes que solicitaron atención individual en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, de la Facultad de Psicología de la UNAM, de forma voluntaria y bajo Consentimiento Informado, y en base a los siguientes criterios:

- *Criterios de inclusión:* Sujetos de 18 años a 60 años de edad, hombres y mujeres que informen en su motivo de consulta estado de ánimo deprimido, tristeza, falta o disminución del interés. Y que obtengan un puntaje de moderado a grave en el Inventario de Depresión de Beck.
- *Criterios de Exclusión:* Sujetos que no cumplan con lo señalado anteriormente y que además presenten otro trastorno del estado de ánimo.

Escenario

El estudio se llevó a cabo dentro de las instalaciones del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México.

Instrumentos de medición

- Inventario de Depresión de Beck (IDB): Desarrollado por Beck (1961) y estandarizado para la población de la ciudad de México por Jurado (1998), es una escala autoaplicable que evalúa la severidad de los síntomas de la depresión. Es una de las escalas más utilizadas tanto en muestras clínicas como no clínicas. Consta de 21 afirmaciones que van de 0 (ausencia de síntomas depresivos) a 3 (depresión severa).

- Registro de Opiniones: Es una escala con base en la Teoría Racional Emotiva (Davis, Mckay, & Eshelman, 1988, en Jurado, 2009). Es una escala de auto reporte, adecuada para la población de la Ciudad de México por Jurado (2009). Consta de 100 reactivos, los cuales tienen como propósito poner de manifiesto las ideas irracionales particulares. Los reactivos son contestados en una sola ocasión de manera independiente hay que señalar la expresión que mejor señale si está “De Acuerdo” o “En Desacuerdo” con dicha expresión. El tiempo estimado es de 15 a 25 minutos.

- Escala Multidimensional de Asertividad (EMA): Flores y Díaz – Loving (2004), es un instrumento auto aplicable que consta de 45 afirmaciones tipo Likert de cinco opciones de respuesta. Puede administrarse a adolescentes y adultos a partir de los 15 años de edad y permite la medición y entrenamiento en asertividad. La EMA, desde una perspectiva etnopsicológica, aborda tres dimensiones: Asertividad indirecta, No asertividad y Asertividad, las cuales expresan la habilidad o inhabilidad que tenga la persona para autoafirmarse en diversas situaciones en su entorno social.

- Instrumento de Calidad de Vida (WHO-QOL BREVE): Se adaptó para la población mexicana por González-Celis y Sánchez-Sosa (2001). El instrumento incorpora cuatro dominios; la percepción de la Salud Física, su Estado Psicológico, su nivel de independencia en sus Relaciones Sociales así como su relación con el Ambiente. El instrumento WHO-QOL BREVE es una versión reducida que consta de 26 reactivos de cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert. Se obtienen sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 100, entre más alta la calificación mejor calidad de vida percibida por el sujeto.

- Inventario de solución de problemas de Heppner y Petersen: Barrera (1996). Adaptado de Heppner y Petersen, (1982). Evalúa la percepción que tienen las

personas de sus habilidades y estilos de solución de problemas. Mide la evaluación, desarrollo y aplicación de tales habilidades en estudiantes de nivel superior. Son 32 afirmaciones tipo Likert “De *Totalmente de acuerdo* (1) a *Totalmente en desacuerdo* (6)”. El índice de consistencia interna para la escala total fue de .88. Se obtiene una suma general que va de 0 a 192, y entre más alta la calificación mayor el grado de percepción que tienen las personas para solucionar problemas.

Procedimiento

1. General:

- La selección de los pacientes se realizó en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM.
- Para formar parte de las condiciones de intervención, se escogieron pacientes con puntuaciones moderadas y graves en el Inventario de Depresión de Beck (1961).
- Fueron seleccionados 16 pacientes que cumplían con las características y se les aplicó el Tratamiento Cognitivo Conductual en una modalidad de Terapia Individual.
- Se citó a los pacientes a una sesión a la semana durante un periodo aproximado de 3 meses (12 sesiones). Cada sesión con una duración de 45 minutos a 1 hora aproximadamente.
- Cabe destacar que hubo 6 bajas lo que formó una muestra final de 10 pacientes.

2. Etapa de Tratamiento

Se atendió a los pacientes en terapia individual y se manejó un modelo de tratamiento cognitivo conductual el cual se detalla a continuación sesión por sesión. El tratamiento procuró dotar a los pacientes de herramientas cognitivo conductuales que le faciliten la disminución de los síntomas depresivos, mediante la aplicación de las técnicas de: Reestructuración Cognoscitiva (dentro de la cual se aplicara detención de pensamientos), Terapia de Solución de Problemas, Entrenamientos en Habilidades Sociales y Terapia de Calidad de Vida (Anexo 1).

RESULTADOS

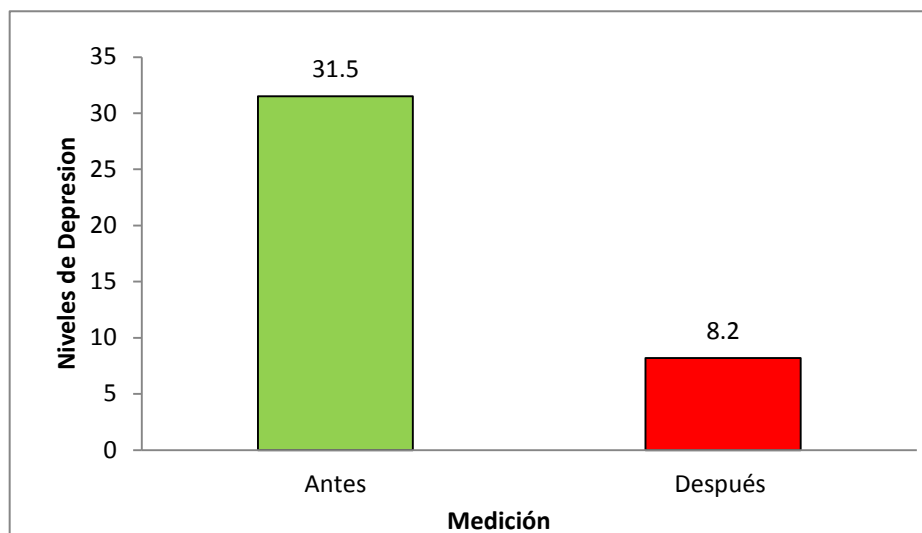
Una vez finalizado el tratamiento se llevó a cabo el análisis mediante la prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon, para determinar si existió diferencia entre los puntajes pre-test y pos-test y comprobar alguna de las hipótesis.

La muestra estuvo compuesta por 10 pacientes y a continuación se presenta la información demográfica de cada uno.

Tabla 1. Descripción demográfica de los pacientes.

Paciente	Genero	Edad	Escolaridad	Edo. Civil
1	Femenino	27	Licenciatura	Soltera
2	Femenino	28	Bachillerato	Casada
3	Femenino	51	Técnico	Casada
4	Masculino	47	Secundaria	Casado
5	Femenino	20	Licenciatura	Soltera
6	Masculino	19	Secundaria	Soltero
7	Femenino	27	Licenciatura	Soltera
8	Femenino	50	Bachillerato	Divorciada
9	Masculino	24	Bachillerato	Soltero
10	Femenino	54	Licenciatura	Casada

Referente a los niveles de depresión obtenidos por los 10 pacientes, alcanzados mediante el Inventario de Depresión de Beck, arrojó una media de 31.5 pre-test y 8.2 pos-test (Grafica 1); y se obtuvieron valores de $Z = -2.807$, $p = .005$ por lo que se rechaza la hipótesis nula. Y se acepto que existen diferencias significativas en los niveles de depresión pre-test y pos-test.



Gráfica 1. Puntuación media pre-test y pos-test de los niveles de depresión (IDB)

En lo que respecta al cambio específico, observado en cada paciente, se muestra que todos los pacientes disminuyeron significativamente sus niveles en los síntomas depresivos.

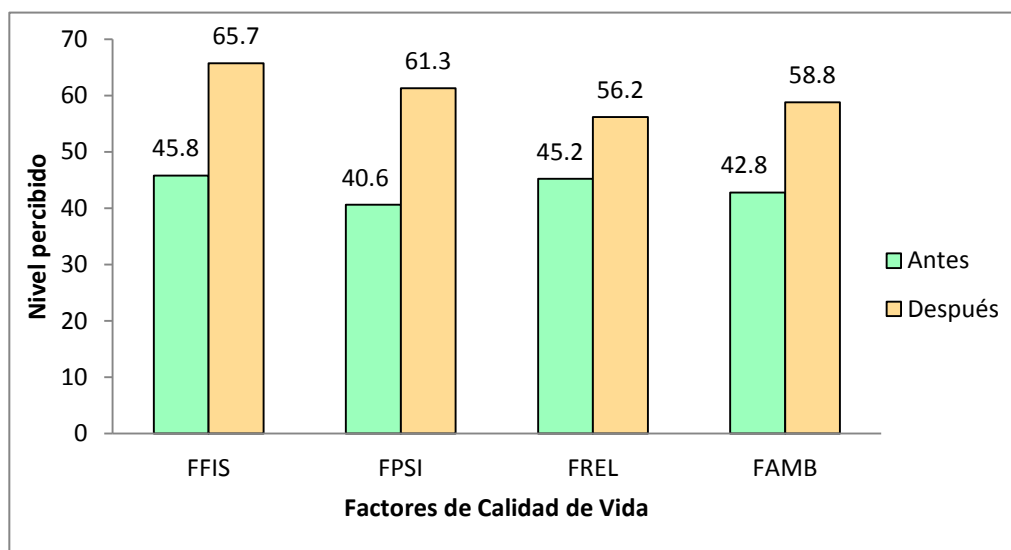
Tabla 2. Puntaje individual del Inventario de Depresión de Beck.

Paciente	Puntuación (mínima-leve-moderada-grave)	
	Antes	Después
1	Moderada	Mínima
2	Moderada	Mínima
3	Moderada	Mínima
4	Grave	Mínima
5	Moderada	Leve
6	Grave	Leve
7	Grave	Leve
8	Grave	Leve
9	Moderada	Mínima
10	Grave	Leve

Con relación a la Calidad de Vida se utilizó la prueba de WHO-QOL Breve que se divide en cuatro factores. En la Tabla 3 se muestran los resultados de la puntuación media pre-test y pos-test, el valor z y la probabilidad asociada de cada uno. En los cuatro factores se obtuvieron valores que muestran que existen cambios significativos en la medición pre-test y pos-test (Gráfica 2).

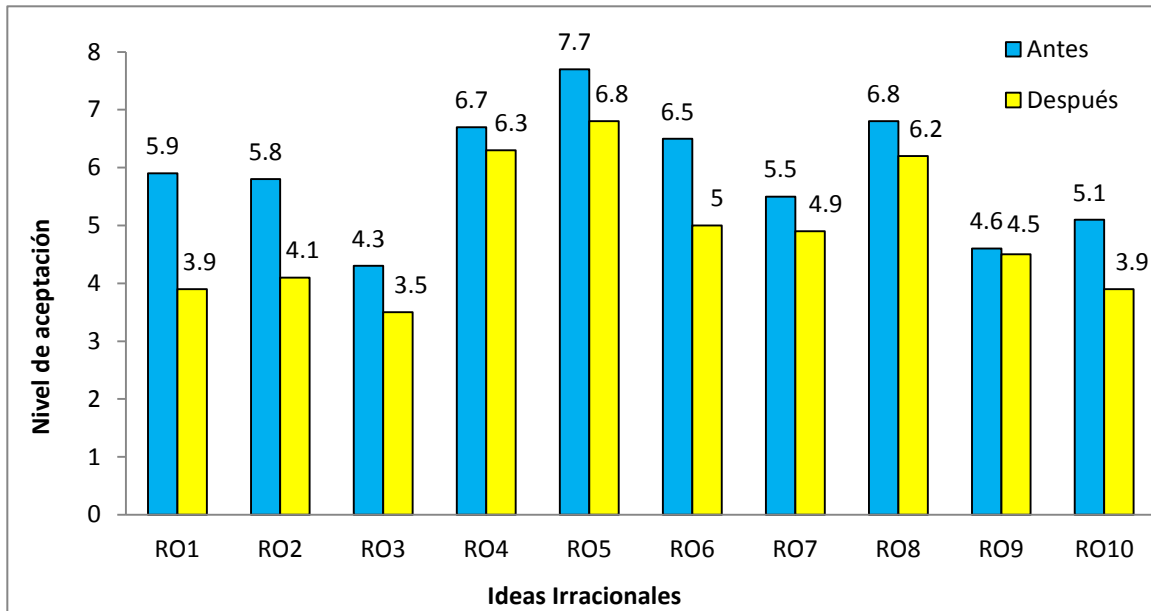
Tabla 3. Percepción de Calidad de Vida

Factor	Media		Z	P
	Pre-test	Pos-test		
Factor Físico (FFIS)	45.8	65.7	-2.533	.011
Factor Psicológico (FPSI)	40.6	61.3	-2.677	.007
Factor Relaciones Sociales (FREL)	45.2	56.2	-2.035	.042
Factor Ambiente (FAMB)	42.8	58.8	-2.536	.011



Gráfica 2. Puntaje medio de la percepción de Calidad de Vida en WHO-QOL Breve.

Con relación al pensamiento disfuncional en la Grafica 3 se muestran los valores promedio de cada idea irracional pre-test y pos-test. Cada idea puntúa de 0 a 10.



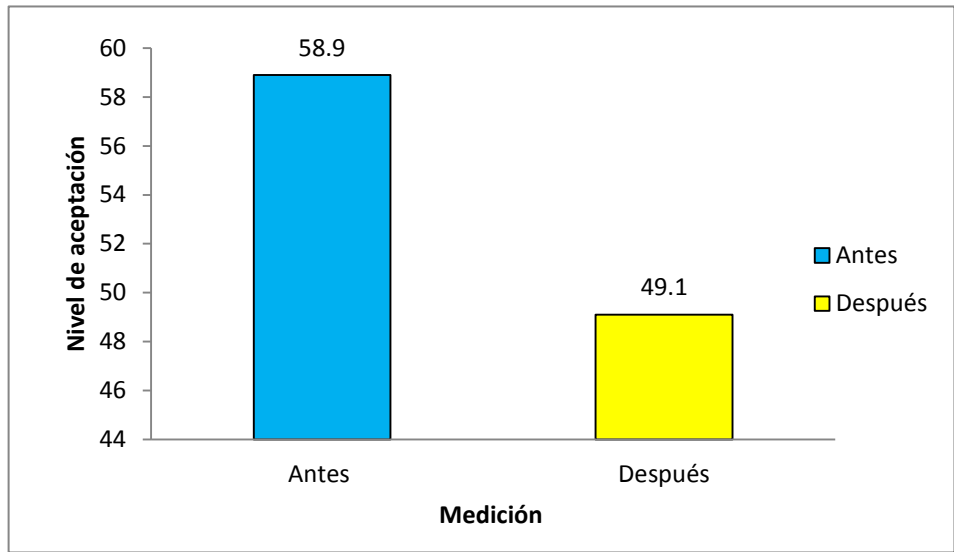
Gráfica 3. Valor promedio de las Ideas Irracionales

Los resultados obtenidos que se exponen en la Tabla 4, mostraron que las ideas irracionales 1, 2, 6 y 10 arrojaron puntuaciones que indican que existen diferencias entre las condiciones pre-test y pos-test a diferencia de las ideas irracionales 3, 4, 5, 7, 8 y 9 donde el cambio que se obtuvo indica una disminución pero no de manera significativa.

Tabla 4. Ideas Irracionales

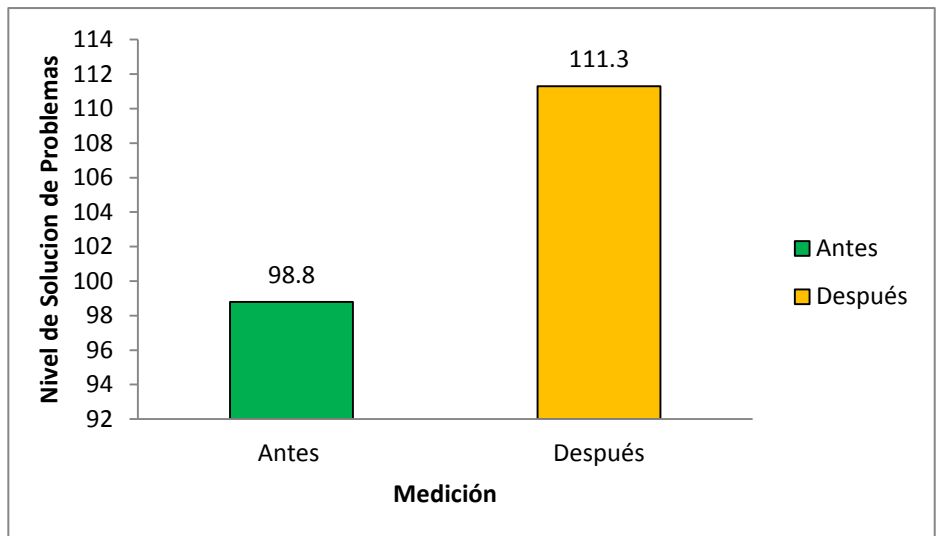
	Idea Irracional	Z	Probabilidad Asociada (p)
RO1	“Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos”.	-2.572	.010
RO2	“Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende”.	-2.050	.040
RO3	“Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas”.	-1.136	.256
RO4	“Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran”.	-.423	.673
RO5	“Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como los acontecimientos inciden sobre sus emociones”.	-1.355	.176
RO6	“Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa”.	-2.090	.037
RO7	“Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente”.	-1.222	.222
RO8	“Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo”.	-1.382	.167
RO9	“El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente”	-.264	.792
RO10	“La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido”	-1.812	.070
RO total		-2.668	.008

Aunque cabe destacar que en la puntuación total del instrumento se obtuvieron una media de 58.9 pre-test y 49.1 pos-test (Grafica 4) y $z = -2.668$ $p = .008$ lo que nos indica que si existen diferencias significativas entre las condiciones de pre-test y pos-test.



Gráfica 4. Valor promedio del total del Instrumento de Registro de Opiniones

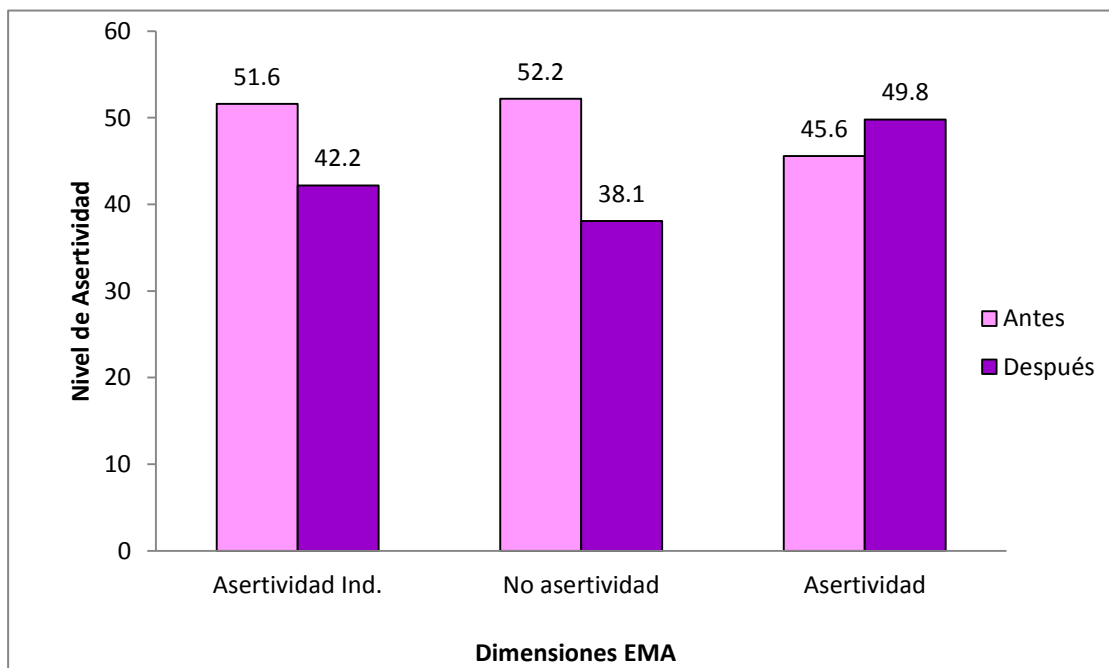
Con relación al grado de Solución de Problemas se registró una media de 98.8 pre-test y 111.3 pos-test (Gráfica 5), $Z = -2.191$, $p = .028$ por lo que se acepta que si hay una diferencia significativa entre el pre-test y pos-test.



Gráfica 5. Media pre-test y pos-test del nivel de solución de problemas

Y con respecto a la Asertividad se utilizó la Escala Multidimensional de Asertividad que se divide en tres dimensiones asertividad indirecta (AI), no asertividad (NA) y asertividad (A).

Los valores promedio obtenidos en las tres dimensiones de manera global, es decir tomando en cuenta a los 10 pacientes en conjunto, muestran que si hay una diferencia significativa en la comparación entre condiciones pre-test y pos-test denotando una disminución en AI y NA y un aumento en la asertividad general (Gráfica 6).



Gráfica 6. Media pre-test y pos-test del nivel de asertividad

Finalmente para conocer el cambio terapéutico se muestran a continuación los aspectos más relevantes del análisis funcional de cada paciente.

Tabla 5. Resumen del análisis funcional de cada paciente

P	Problema	Variables funcionales	Variable de respuesta
1	-Carga de trabajo -Conflicto con la pareja (no se siente suficiente). -No mantiene relaciones sociales (no confía en poder acercarse y expresarse)	-Vivir solo desde los 18 años y responsable de su hermana menor. -Carencia de modelos paternos. -Relaciones de pareja insatisfactorias. -Situación económica negativa.	-Concepto negativo de sí mismo. -Aislamiento social. -Sentimiento de desesperanza y autocompasión. -Autoevaluación negativa. -Desvalorización. -Retraimiento social.
2	-Pérdida del control de su estado de ánimo. -Insatisfacción en la relación de pareja. -Baja autoestima.	-Situación de abuso en la infancia. -No ejerce su carrera. -Limitado repertorio de habilidades sociales. -No cuenta con apoyo social (amigos).	-Déficit de autocontrol. -Sentimientos de tristeza e indefensión. -Insomnio -Fatiga -Pérdida del interés.
3	-Insatisfacción en la relación de pareja. -Fuerte sentimiento de muerte (siente que enfermará y morirá de cáncer).	-Su padre murió de cáncer y lo cuidó en sus últimos días. -Vive en concubinato. -Impulsividad -Relación anterior dependiente. -Experiencias de rechazo familiar -Hijo transexual	-Sentimientos de culpa, desesperanza, miedo e inutilidad. -Autoevaluación negativa. -Auto reproches -Déficit de habilidades sociales. -Exceso de preocupación.
4	--Insatisfacción en la relación de pareja. -Hijo menor con problemas de control de la ira.	-Maltrato y abandono en la infancia. -Proyectos de vida frustrados. -Conductas de evitación como forma de solucionar conflictos. -Relaciones interpersonales nulas.	-Baja autoestima -Déficit de habilidades sociales. -Evasión. -Pensamiento irracional de incapacidad. -Sentimientos de indefensión. -Fatiga.
5	-No experimenta gozo en lo que hace. -Sentimientos de incomodidad en cualquier entorno. -Pensamientos	-Pensamientos irracionales de "todos pueden menos yo". -Falta de apoyo familiar. -Reprobar sus materias. -Falta de relaciones sociales. -Deseos de perfección.	-Pensamiento irracional de incapacidad. -Exceso de irritabilidad. -Sentimientos de desesperanza. -Insomnio -Fatiga.

	obsesivos.		-Dificultad de concentración.
6	-Problemas de conducta. -Sentimientos constantes de abandono y tristeza.	-Déficit de control de impulsos. -Pensamiento irracional de desconfianza. -No trabaja ni estudia. -Peleas constantes.	-Insomnio -Fatiga. -Pérdida del interés en su apariencia, su salud y su futuro. -Aislamiento. -Relaciones disfuncionales. -Sentimientos de culpa e inutilidad.
7	-Baja autoestima. -Sentimientos de tristeza y soledad.	-Estudia otra carrera porque no le satisface la primera. -Vive con sus 10 hermanos(a). -Mala situación económica. -No tienen apoyo social. -Pesimismo. -Desesperanza. -Falta de imágenes paternas	-Fatiga. -Letargo -Falta de interés. -Pensamiento irracional de "que piensa el otro" -Déficit de habilidades sociales. -Autoevaluación negativa.
8	-Diagnostico de trastorno depresivo.	-Relaciones de pareja tormentosas. -Relación actual con una pareja 15 años menor. -No hay apoyo social. -Relaciones familiares de agresividad constante. -Vive sola porque no puede vivir con su hija. -Dependencia emocional. -Malos hábitos alimenticios.	-Sentimientos de tristeza, enojo, desesperanza. -Abatimiento. -Abandono personal de repertorio de habilidades sociales. -Celos. -Insomnio -Ansiedad. -Preocupación constante. -Falta de apetito
9	-Sentimientos de tristeza e impotencia para manejar su vida.	-Relaciones familiares y de pareja deficientes. -Vulnerabilidad biológica salud deficiente. -Concepto negativo de sí mismo. -Situación económica negativa. -Experiencias de humillación. -Homosexualidad.	--Baja autoestima. -Pobre repertorio de habilidades sociales. -Pensamientos irracionales de incapacidad. -Déficit en la capacidad de afrontamiento. -Aflicción -Pesimismo -Abatimiento. -Insomnio
10	-Sentimientos de tristeza y desgano. -Conflictos de pareja.	-Relaciones familiares deficientes. -Letargo -Situación económica negativa. -Alcoholismo en la familia de origen.	-Sentimiento de abandono. -Fatiga. -Falta de interés -Pesimismo. -Baja autoestima.

Después de identificar en los pacientes las variables relacionadas al motivo de consulta se plantearon objetivos y metas del tratamiento:

- Incremento del sentido de eficacia.
- Aumento de la confianza en sí mismo (autoestima).
- Aumento de las relaciones inter personales.
- Adquirir control del estado de ánimo.
- Aumentar capacidad de disfrute.
- Disminuir trastornos vegetativos.
- Aumento de dinámicas o actividades positivas.
- Confrontar pensamientos irracionales.

Y después de la aplicación del tratamiento y de acuerdo a los resultados obtenidos que se mostraron en apartados anteriores se determinó que los pacientes alcanzaron un conjunto de resultados finales:

- Reducción de síntomas depresivos.
- Disminución del pensamiento disfuncional.
- Mejora de la capacidad de solución de problemas.
- Mejora la percepción de calidad de vida.
- Aumento de las habilidades sociales inter personales.

DISCUSIÓN

Esta investigación surgió por la necesidad que hay en la actualidad de brindar atención psicológica (además de multidisciplinaria) a un gran número de personas que padecen de síntomas depresivos que interfieren en su bienestar psicobiosocial y que sin atención adecuada van aumentando gradualmente hasta llegar a convertirse en trastornos del estado de ánimo.

A partir de los resultados expuestos anteriormente se puede observar que los niveles de depresión, que son el eje central de la investigación, mostraron una diferencia significativa, por lo que el tratamiento funcionó para disminuir los síntomas depresivos de los pacientes atendidos. Lo que pronostica el aumento de satisfacción en el desempeño de las actividades de la vida diaria de las personas.

Al explicarle a los pacientes que la salud mental no es un constructo dicotómico sino un continuo integrado de varios puntos y que el objetivo de la terapia es aprender a resolver más eficazmente los problemas, y no reestructurar la personalidad, ni evitar todos los problemas vitales posibles, hizo que los pacientes desarrollaran una relación terapéutica basada en la confianza y colaboración mutua.

Incluso la forma más benigna de la depresión según Pérez y García (2001) abarca un conjunto de síntomas a niveles afectivo, cognitivo, conductual y físico; de modo que una persona podría estar deprimida diferente de otra, según el predominio de uno u otro síntoma. Por lo que de acuerdo a la investigación realizada, el tratamiento trato de abordar el reconocimiento de pensamientos, conductas, reacciones físicas, emociones y consecuencias, que rodean la sintomatología depresiva; para después desarrollar habilidades cognitivo conductuales que permitan disminuir el nivel desadaptativo de los aspectos anteriores.

De acuerdo con Beck (1972), la principal alteración en pacientes deprimidos está en el procesamiento de la información, lo cual conlleva a una serie de distorsiones sistemáticas de su malestar, afectando su percepción de la realidad. Con base en esto, en la investigación se dio gran peso a la identificación y modificación de pensamientos irracionales.

Dentro de esto vale la pena mencionar que los pacientes mantenían una evaluación causal errónea de sus problemas, ya que no estaban acostumbrados a puntualizar paso a paso cada aspecto de la situación ni a tratar de identificar las cogniciones que rodean dichas situaciones.

En el instrumento de Registro de Opiniones se tiene como propósito poner de manifiesto las ideas irracionales de los sujetos y evaluar el grado en que están de acuerdo con ellas, solo se obtuvieron diferencias en 3 que son; 1) Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos”; 2) “Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende”; y 6) “Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa”. Además de que se observó la disminución en la puntuación del promedio antes y después del tratamiento.

Estas frases indican ideas centradas aceptación de las personas, pensamiento de ser perfecto y anticipación o preocupación por el futuro. Estas ideas sugieren que hubo un cambio en cuanto a cómo se ven a sí mismos y sus proyecciones futuras pasando de subestimarse y autocriticarse a mantener expectativas positivas.

Observando que solo hubo diferencia en tres de diez ideas irracionales se pensaría que los resultados no son favorecedores, pero a raíz de esto se realizó un análisis al puntaje total del instrumento que arrojó un resultado que indica disminución significativa general. Por lo que se puede decir que los pacientes lograron disminuir su aceptación de ideas irracionales de manera total.

Y de forma específica las ideas 4, 5, 8 y 9 son en las que la disminución es mínima; 4) “Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran”; 5) “Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad, la gente simplemente reacciona según como los acontecimientos inciden sobre sus emociones”; 8) “Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo”; y 9) “El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente”

Estas frases nos dejan ver que están orientadas hacia factores externos y experiencias negativas identificándose como parte de la triada cognitiva propuesta por Beck (1979) y las cuales deben ser eliminadas mediante la experiencia nueva positiva, dejándonos así en el planteamiento de trabajar más con las experiencias del sujeto para comprobar con evidencia que son ideas irracionales.

La muestra de pacientes la integran jóvenes y adultos, y los dos muestran resultados similares en cuanto a la disminución de síntomas, lo que nos permitió considerar que se dio un cambio en conductas y cogniciones que genero más alternativas de solución que anteriormente no eran consideradas.

El uso de situaciones personales, para identificar las distorsiones cognitivas y generar alternativas, tuvo una aplicación muy favorable ya que mantuvo a los pacientes conscientes de cuál es el problema que enfrentan y los hizo descubrir cómo aplicar el modelo a otras situaciones que se pudieran presentar.

Y en lo que respecta a la Solución de Problemas los objetivos deseados fueron primero detectar en los pacientes el grado de percepción que tienen de sí mismos a la hora de solucionar problemas y segundo aumentar su percepción. Nezu (1987) indicó que el comienzo de la depresión ocurre cuando el individuo tiene que hacer frente a una situación difícil. Si no se resuelve esta situación problemática,

es probable que se produzcan consecuencias negativas, lo cual se traduce a su vez en una disminución en el refuerzo de la conducta del sujeto.

En la técnica de solución de problemas, se confirma que hay un aumento en las puntuaciones de los promedios antes y después del tratamiento lo que nos indica que los pacientes lograron aumentar la percepción que tienen de sí mismos, en cuanto a la confianza y el control personal a la hora de enfrentar una situación problema.

McLean (1979) también considera a la depresión como resultado del afrontamiento y habilidades sociales ineficaces, por lo que en el diseño del tratamiento se enseñó la asertividad como medio de desarrollar comportamientos sociales beneficiosos y evitar recaídas.

En la Escala Multidimensional de Asertividad se abordan tres dimensiones *asertividad indirecta* que se caracteriza por enfrentar situaciones de manera indirecta, la *no asertividad* donde la persona es inhábil para expresarse socialmente y la *asertividad* la hace referencia a sujetos hábiles socialmente.

Los puntajes de los promedios indican que la asertividad indirecta y la no asertividad disminuyeron mientras que la asertividad aumento. Lo que se traduce en que los pacientes se consideran más capaces de expresar limitaciones, opiniones, sentimientos, deseos, etc., en un ambiente social.

Para finalizar se toma en cuenta el concepto de Calidad de Vida, que según Fernández-Ballesteros (1998) se centra en la percepción subjetiva de los individuos que es diferente en cada persona, y puede cambiar a través de la vida.

En esta investigación se utilizó un instrumento que incorpora la percepción de la salud física, su estado psicológico, el nivel de desempeño en sus relaciones

sociales y su relación con el ambiente. Y los resultados muestran un aumento en la percepción de las cuatro dimensiones. Lo que nos permita decir que el tratamiento tuvo un efecto positivo en la Calidad de Vida de los pacientes.

Por lo tanto se puede concluir que mediante la utilización de las estrategias planteadas tales como reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y terapia de calidad de vida; se logró cumplir con los objetivos del tratamiento que son adquirir psicoeducación de los síntomas depresivos, identificación de emociones y pensamientos, estrategias de solución de problemas y repertorio de conductas que le permitan desarrollarse en su entorno; y con las metas ultimas que son disminución de síntomas depresivos y del comportamiento desadaptativo.

Limitaciones y Sugerencias

Una de las principales limitaciones de la investigación fue el número de sujetos ya que no permite que se generalizan los resultados. Y como es un tratamiento individual se llega a presentar la baja o inasistencia de los pacientes lo que hace que se vuelva un proceso largo para llegar a tener una muestra adecuada.

Otra limitación del proyecto fue el número de sesiones, que aunque es el necesario, si se extendiera se podrían abordar con mayor detalle cada variable, esto como forma de hacer que las herramientas cognitivo conductuales formen parte del repertorio de habilidades adaptativas del paciente.

Por otra parte tomando en cuenta los resultados se sugiere dar un seguimiento a los pacientes como forma de reafirmar el aprendizaje y las experiencias que enfrentan los mismos y así mantener el efecto positivo en el continuo de su vida. Y hacer hincapié en la prevención a diferentes niveles. Desde preparar a la comunidad científica para; difundir la información necesaria a la sociedad sobre la

problemática evitando así, la exposición prolongada a la mala calidad de vida; y fomentar la condición de complemento de la psicoterapia para con los tratamientos médicos.

REFERENCIAS

- Aréan, P. A. (2000). Terapia de solución de problemas: Teorías, investigación y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 8 (3) 547-559.
- Barrera, S. L. (1996). *Desarrollo y validación del Inventario de Solución de Problemas de Heppner y Petersen en un grupo de estudiantes de medicina*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM.
- Bautista, S. A., Rodríguez, G. R., y Rodríguez G. L. M. (2001). Epidemiología de la Depresión en México. *Epidemiología*, 18 (39).
- Beck, A. (1967). *Diagnostico y Tratamiento de la Depresión*. México: Merck Sharp & Co Inc.
- Beck, A. (1972). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Bosqued, M. (2005). *Vencer la depresión. Técnicas Psicológicas que te ayudaran*. España: Desclée de Brouwer.
- Browne, J. R. (1996). Calidad de vida en los individuos sanos de la tercera edad. Investigación sobre la Calidad de vida, *Quality of life Research*, 3, 235-244.
- Cano V. A., Martín S. J., Mae W. C., Dongil, E., y Latorre, J. M. (2012). La Depresión en Atención Primaria: Prevalencia, Diagnóstico Y Tratamiento. *Papeles Del Psicólogo*, 33 (1), 2-11.
- Chinchilla, M. A. (2008). *La depresión y sus mascararas. Aspectos terapéuticos*. España: Panamericana
- Dobson, K. S. y Donzois, K. S. (2000). Historical and philosophical bases of the cognitive behavioral therapies. En K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. (pp. 3-39). Nueva York: The Guilford Press
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Madrid: Descleede Brower.

- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of Life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, 2, 57 – 65.
- Fernández-Mayoralas, G. y Rojo, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*, 5, 117-135.
- Frisch, M. B. (2005). *Quality of Life Therapy: Applying a Life Satisfaction Approach to Positive Psychology and Cognitive Therapy*. Barcelona: Wiley.
- García, C. B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales: un enfoque de enseñanza basado en proyectos*. México: Manual Moderno.
- González G.S., Fernández, R.C., Pérez, R.J., y Amigo, E. (2006). Prevención Secundaria de La Depresión en Atención Primaria. *Psicothema*, 18(3), 471-477.
- González, U. (2002) El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista Cubana Salud Pública*, 28(2).
- González-Celis, A. L. y Sánchez-Sosa, J. J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 20(1), 43-58.
- Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto. (2009). México: Secretaria de Salud.
- Instituto Nacional de Salud, (2009). *Depresión*. Publicación Núm. SP 09 3561. EE.UU.
- Jurado, C. G. (2009). Validación y confiabilidad del instrumento “Registro de Opiniones” basado en la Terapia Racional Emotiva. Tesis de Licenciatura en Psicología. Escuela de Psicología, Universidad del Tepeyac. México.
- Jurado, C. S., Villegas, M. A., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.

- Kramlinger, M. D. K. (2001). *Guía de la Clínica Mayo sobre la Depresión*. México: Intersistemas.
- Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. *Progress in behavior modification*, 1, 19-65.
- Lewinsohn, P.M., Gotlib, I.H. y Hautzinger, M. (1997). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V.E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.
- Lucas, C. R. (2007). Cuestionarios genéricos WHOQOL Manual Separ de procedimientos. España: *Publicaciones Pemaner*, 152 (1), 16-22.
- Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. (2002).
- Mathers, C. D., y Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plosmed*, 3(11).
- McLean, P. (1982). Behavior therapy: Theory and research. En A.J. Rush, *Short-term psychotherapies for depression*. Nueva York: Guilford.
- McGuigan, F.J. (1997). *Experimental psychology. Research methods (7th ed.)*. New York: Prentice-Hall.
- McLean, P. D., y Hakstian, A. R. (1979). Clinical Depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 818-836.
- Medina-Mora, M. E., Borges G., Lara C, Benjet C, Blanco J, y Fleiz C. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16.
- Molina, M. J. D. y Andrade, R. C. (2006). *Manejo de la enfermedad depresiva en atención primaria*. Madrid: Actualizaciones en Psiquiatría de Cabecera.
- Mynors-Wallis, L., Gath, D., Day, A. y Baker, F. (2000). Randomized controlled trial of problem- solving treatment, antidepressant medication and combined treatment for major depression in primary care. *British Medical Journal*, 320, 26-30.

- Nezu, A. M., Nezu, M. C., y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Nezu, A.M. (1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 196-202.
- Nezu, A. M. y Nezu, C. M. (1989). Cognitive-behavioral formulations of depression and gender prevalence rates: Integration or expulsion. *Canadian Psychologist*, 30, 61-62.
- OMS, (2012). Sixty-fifth world health assembly 2012. Consulta realizada en <http://www.who.int/mediacentre/events/2012/wha65/journal/en/index4.html>
- Peñate, C. W. y Perestelo, P. L. (2008). *Sos...Me deprimó*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pérez, Á. M. y García, M. J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. España: *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Ruiz, F. L. G., Colín, P. R. F., Corlay, N. S., Lara, M. M. C. y Dueñas, T. H. J. (2007). Trastorno Depresivo Mayor en México: La relación entre la Intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Mental*, 30, 2.
- Ruiz, S. J. J. y Cano, S. J. J. (2012). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Consulta realizada el 05 de octubre de 2012 en <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual7.htm>
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Urzúa, M. A. y Caqueo-Úrizar, A. (2012). Quality of life: A theoretical review. *Psychological Therapy*, 30, 1.
- Vallejo, P. M. A. (1998). *Manual de Terapia de Conducta*. Madrid: Dykinson.
- Vázquez, F. L., Muñoz, F. F., y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.

- Vázquez, L.F., Muñoz, F.R., y Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos y Tratamiento a Finales del Siglo XX, *Psicología Conductual*; 8 (3): 417-449.
- Wagner, A. F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., y Gallo, J. J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3-11.
- Wilkinson, P. y Mynors-Wallis, L. (1994). Problem-solving therapy in the treatment of unexplained physical symptoms in primary care: A preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 591-598.
- Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México: Pax.

ANEXOS

Anexo 1: Tablas descriptivas de las sesiones de tratamiento individual.

Sesión 1	
<p>Objetivo: Establecer la agenda de trabajo, aplicación de los instrumentos de evaluación que medirán las variables. Enseñar al paciente que es la depresión y cuáles son sus síntomas, para dotarlo de conocimiento que le permita identificar las características de este trastorno fuera del ambiente terapéutico.</p>	
Técnica	Descripción
Agenda de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer rapport • Horarios y número de sesiones (12). • Relación dinámica
Aplicación de instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Depresión de Beck (1998). • Registro de Opiniones (2009). • Escala Multidimensional de Asertividad, EMA (2004). • Instrumento de Calidad de Vida (WHO-QOL BREVE) (1991). • Inventario de solución de problemas de Heppner y Petersen (1996).
Psicoeducación	Comprender que es la Depresión y cuáles son los síntomas principales.
Reestructuración Cognitiva	<p>Que el paciente entienda la relación entre situación - pensamiento - emoción – conducta.</p> <p>Registro de la comprensión de mis problemas ANEXO 2.</p>

Sesión 2

Objetivo: Se realizará la evaluación a fondo del motivo de consulta para determinar objetivos del tratamiento. Que el paciente logre identificar sus pensamientos automáticos. Durante esta sesión se lleva a cabo un ejercicio que muestra que la interpretación de los eventos es determinante del estado de ánimo. Que los pensamientos surgidos a partir de la misma situación varían de persona a persona, o para una misma persona de acuerdo a su estado de ánimo: los pensamientos no son los hechos.

Técnica	Descripción
Reestructuración Cognitiva	Que el paciente logre la identificación de pensamientos automáticos junto con reacciones fisiológicas, después identificación de emociones y por ultimo identificación de conductas y consecuencias a corto y largo plazo. Se usara un formato adaptado del propuesto por Greenberger y Padesky (1998). ANEXO 3.
Terapia de Solución de Problemas	Paso 1: Orientación al problema. a) Piensa en este problema como un reto. b) Di: "Puedo manejar esto" Detente y piensa (evita acciones impulsivas) ANEXO 4.
Entrenamiento en Habilidades Sociales	Explicar que es la conducta Asertiva Diferencias entre Agresivo-Asertivo-Pasivo ANEXO 5..
Calidad de Vida	Como percibe el paciente su calidad de vida en todas las áreas: familia, trabajo, social, pareja. Determinar los cambios y metas que se desean lograr a corto y largo plazo.

Sesión 3

Objetivo: Que el paciente pueda ser más consciente de sus experiencias (situación) sin calificarlas, de modo que aprenda a responder con plena conciencia. Dotar al paciente de herramientas psicológicas que le permitan solucionar sus problemas de forma más eficiente y que adquiera un repertorio de conductas que le permitan desarrollarse socialmente en su entorno.

Técnica	Descripción
Reestructuración Cognitiva	Trabajar con la identificación de pensamientos y evidencia que apoya y que no apoya el pensamiento. ANEXO 6.
Terapia de Solución de Problemas	Paso 2: Identificación del problema “Lo que es – Lo que debería ser” Establecer objetivos “¿Qué es lo que quiero lograr?” y “¿Por qué?”
Entrenamiento en Habilidades Sociales	Revisión de cómo usa o no las conductas asertivas en su vida diaria. Que el paciente logre distinguir diferencias entre Agresivo-Asertivo-Pasivo. Reforzar y ejemplificar las conductas que sean asertivas.
Calidad de Vida	Encontrar que áreas específicas de la vida contribuyen al mantenimiento del motivo de consulta y a la satisfacción o insatisfacción general del paciente. Trabajar en la primera área de conflicto reportada por el paciente.

Sesión 4

Objetivo: Ayudar al paciente a encontrar modos de reducir su grado de identificación con lo que están pensando, y a ver los pensamientos como eventos mentales, en lugar de como definiciones acerca de la realidad. Además de trabajar en el nivel de prevención en las áreas de vida para iniciar un estilo de vida saludable.

Técnica	Descripción
Reestructuración Cognitiva	Trabajar con identificación de pensamiento automático y seguir con la evidencia que apoya y que no apoya el pensamiento, volver a medir emoción. Ejercicio: Idea de ver el problema desde afuera.
Terapia de Solución de Problemas	Paso 3: Se le pide que piense en una solución. Después en varias soluciones alternativas (2 o más). A mayor número de alternativas, más posibilidades de encontrar la “mejor” solución. Distinguir entre solución y solución eficaz.
Entrenamiento en Habilidades Sociales	Identificación de pensamientos que ocurren en situaciones problema. Enseñar derechos humanos básicos.
Calidad de Vida	Planear itinerario que le permita estar pendiente y listo para trabajar el conflicto en cada área. Psicoeducación “estilo de vida sano” (salud física, alimentación, sueño y descanso)

Sesión 5

Objetivo: Que el paciente identifique el impacto de sus pensamientos, y logre modificar la forma en que percibe e interpreta las situaciones.

Técnica	Descripción
Reestructuración Cognitiva	Identificación de supuestos: condicionales que suelen expresarse como proposiciones del tipo: <u>si-entonces</u> . (Ideación de ejemplos), y <u>normas y actitudes</u> . Errores de pensamiento.
Terapia de Solución de Problemas	Paso 4: Pensar en el criterio más importante para evaluar las soluciones: ¿se alcanzará mi objetivo?, ¿qué efectos positivos y negativos tendrá para mí y en otros? ¿Cuánto tiempo y esfuerzo requerirá? Después elegir una de las opciones para llevarla a cabo.
Entrenamiento en Habilidades Sociales	Identificación de un objetivo adecuado, evaluación a corto y largo plazo de las consecuencias. Sugerencia de respuestas alternativas (<i>Aspectos Moleculares</i>) ANEXO 7.
Calidad de Vida	Seguir reforzando las áreas que presenten conflicto. Si hay un avance puede seguirse a la siguiente área de vida.

Sesión 6

Objetivo: Que el paciente mantenga en cuenta las consecuencias a corto y largo plazo, además de valerse de ellas para comprobar la efectividad de su conducta.

Técnica	Descripción
Reestructuración Cognitiva	Explicación de ¿qué es una creencia? Creencias incondicionales, duraderas y globales sobre: - <u>uno mismo</u> - <u>los otros y</u> - <u>el mundo</u>
Terapia de Solución de Problemas	Paso 5: Llevar a cabo la solución que parezca la mejor. Determinar el grado de satisfacción con la consecuencia obtenida, si no, volver a realizar el proceso desde el paso dos.
Entrenamiento en Habilidades Sociales	Representación de la respuesta elegida, por parte del paciente. Aplicar la técnica de “modelado” si es necesario. Se sugiere evaluación de la efectividad de la respuesta, por el paciente (nivel de ansiedad) y por otros (retroalimentación). Consecuencias positivas y negativas.
Calidad de Vida	Abarcar en su mayoría las áreas de vida. ¿Cómo afecta un problema, todas las áreas de vida?

Sesión 7	
Objetivo: Dar a conocer al paciente la herramienta de comunicación para que adquiriera refuerzo y motivación en las relaciones interpersonales.	
Técnica	Descripción
Reestructuración Cognitiva	Reafirmar conocimiento utilizando experiencias de la semana.
Terapia de Solución de Problemas	Ejecutar la solución de problemas en un conflicto escogido por el paciente.
Entrenamiento en Habilidades Sociales	Ejemplificar como llevaría a cabo todos lo visto anteriormente. ANEXO 8. Psicoeducación de la Comunicación Interpersonal: que es y sus características.
Calidad de Vida	Revisar como avanza en el conflicto.

Sesión 8 a 12.	
Objetivo: En las sesiones siguientes se generalizar el uso de las herramientas cognitivo conductuales aprendidas anteriormente, a la mayor parte de los conflictos que van surgiendo, para así reafirmar la confianza del paciente en el uso de las mismas.	
Técnica	Descripción
Reestructuración Cognitiva	Reafirmar conocimiento, utilizando experiencias de la semana.
Terapia de Solución de Problemas	
Entrenamiento en Habilidades Sociales	
Calidad de Vida	

ANEXO 2: Registro de la comprensión de mis problemas

REGISTRO DE LA COMPRENSIÓN DE MIS PROBLEMAS

Fecha: _____

Identificación de pensamientos automáticos

Pregunta básica: ¿Qué estaba pasando por su mente en ese momento?

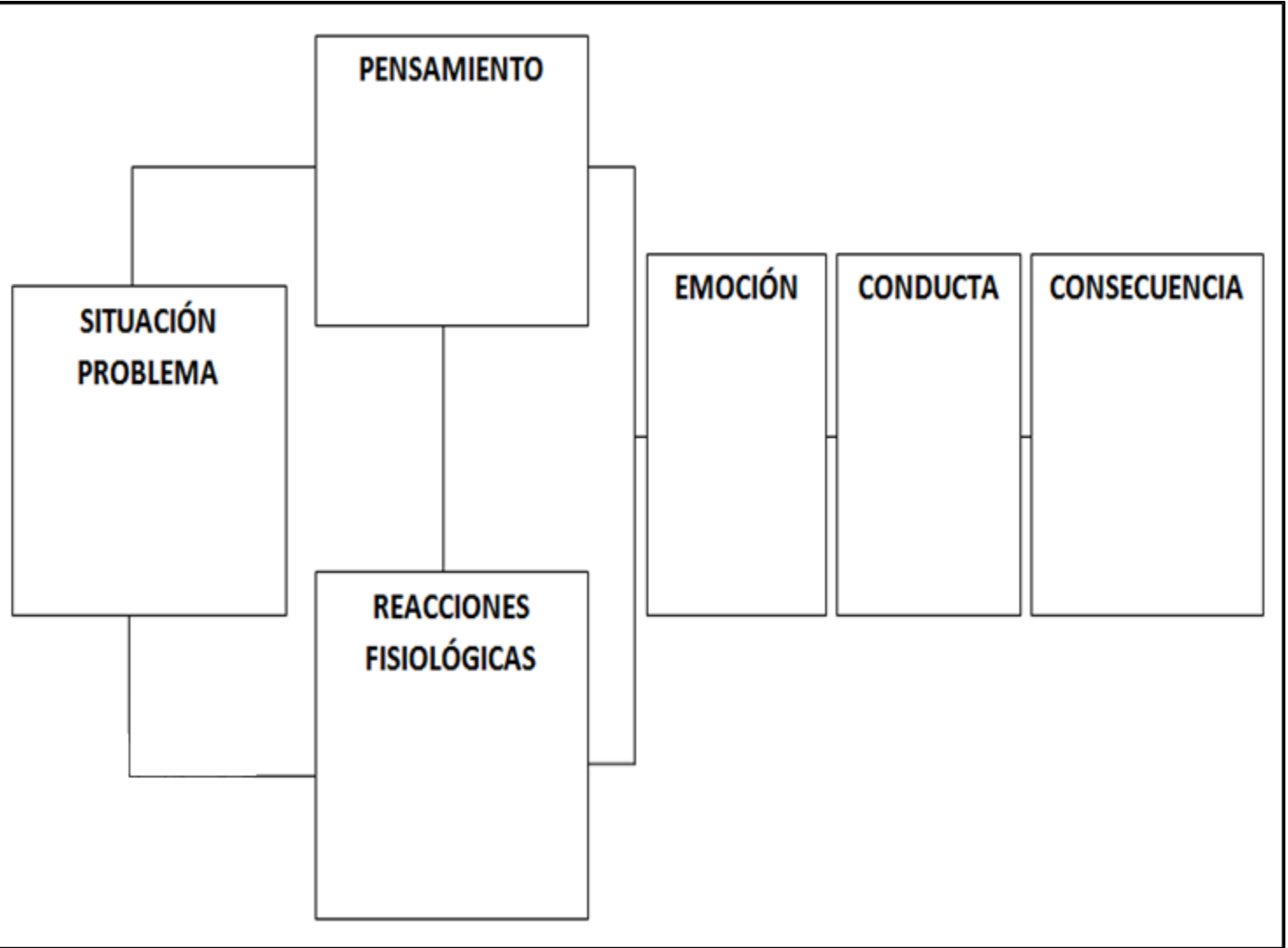
1. Formular esa pregunta en los momentos en que se observa un cambio o una intensificación de las emociones.
2. Describir una situación problemática y formular la pregunta
3. En caso necesario, utilizar imágenes mentales para describir la situación específica o el momento con mayor cantidad de detalles posibles (como si estuviera ocurriendo en el presente) y formular pregunta.
4. Si es necesario o prefiere, se dramatizara con algún compañero y luego formular la pregunta

SITUACIÓN, ¿Qué?, ¿Quién?, ¿Cómo?, ¿Cuándo?

PENSAMIENTO, a) ¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de empezar a sentirme así?

EMOCIÓN, a) ¿Qué sentías?, **b)** Estima c/ emoción del 0 al 100%

CONDUCTAS:



ANEXO 3: Identificación de la secuencia situación-pensamiento- emoción.

ANEXO 4: Modelo rápido de Solución de Problemas

MODELO RÁPIDO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS¹

Paso 1. Realiza lo siguiente:

- c) Toma una respiración profunda y tranquilízate.
- d) Considera que no hay una catástrofe inmediata
- e) Piensa en este problema como un **reto**.
- f) Di: **“Puedo manejar esto”**
- g) Detente y piensa (**evita acciones impulsivas**)

Paso 2. Realiza las siguientes preguntas:

- a) ¿Cuál es el problema? (establece la discrepancia entre “lo que es” y “lo que debería de ser”).

Lo que es: _____

Lo que debería de ser: _____

- b) ¿Qué es lo que quiero lograr? (establece el objetivo) _____

- c) ¿Por qué quiero lograr este objetivo? (Ampliar el objetivo si es necesario)

Paso 3.

- a) Piensa en una solución.
- b) Ahora piensa en varias soluciones alternativas (2 o más). A mayor número de alternativas, más posibilidades de encontrar la “mejor” solución.

Paso 4.

- a) Piensa en el criterio más importante para evaluar las soluciones: ¿se alcanzará mi objetivo?, ¿qué efectos positivos y negativos tendrá para mí y en otros? ¿cuánto tiempo y esfuerzo requerirá? _____

- b) Elige la solución que parezca mejor.

Paso 5.

- a) Lleva a cabo la solución.
- b) ¿estás satisfecho con el resultado? _____
- c) Si no, intenta una segunda alternativa de solución o inicia desde el paso 2.

¹* D’Zurilla, T. & Nezu, A. (1999). *Problem solving therapy*. New York: Springer.

ANEXO 5: Diferencias entre Agresivo-Asertivo-Pasivo

	NO ASERTIVO	<u>ASERTIVO</u>	AGRESIVO
Generalidades	<p>No respetan sus derechos. Se aprovechan de él. No consigue sus objetivos. Se siente frustrado, desgraciado, herido, ansioso. Inhibido. Deja al otro elegir por él.</p>	<p><i>Respetan los derechos del otro. Puede conseguir sus objetivos. Se siente bien en su pellejo. Tiene confianza en sí mismo. Expresivo. Elige por sí mismo.</i></p>	<p>No respetan los derechos del otro. Se aprovecha del otro. Puede alcanzar sus objetivos a expensas del otro. Está a la defensiva, denigrando y humillando al otro. Expresivo. Elige por el otro.</p>
Conducta no verbal	<p>Ojos que miran hacia abajo; voz baja; vacilaciones; gestos desvalidos; negando importancia a la situación; postura hundida; puede evitar totalmente la situación; se retuerce las manos; tono de voz vacilante o de queja; risitas "falsas"</p>	<p><i>Contacto ocular directo; nivel de voz convencional; habla fluida; gesto firme; postura erecta; mensajes en primera persona; honesta; respuestas directas a la situación; manos sueltas</i></p>	<p>Mirada fija; voz alta; habla fluida/rápida; enfrentamiento; gestos de amenaza; postura intimidatoria; deshonesto/a; mensajes impersonales</p>
Conducta verbal	<p>Quizás, supongo, me pregunto si podríamos, te importaría mucho, solamente, no crees que, eh, bueno, realmente, no es importante, no te molestes.</p>	<p><i>Pienso, Siento, Quiero, Hagamos, Cómo podemos resolver esto, Qué piensas, Qué te parece</i></p>	<p>Harías mejor en, Si no tienes cuidado, Debes estar bromeando, Deberías, Malo.</p>
Efectos	<p>Conflictos interpersonales Depresión Desamparo Autoimagen pobre Se hiere a sí mismo Pierde oportunidades Tensión Se siente sin control Soledad No se gusta a sí mismo ni a otros Se siente enfadado Adicción</p>	<p><i>Resuelve los problemas Se siente a gusto con los demás Se siente satisfecho Se siente a gusto consigo mismo Relajado Se siente con control Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades Se gusta a sí mismo y a los demás. Es bueno para sí y para los demás.</i></p>	<p>Conflictos interpersonales Culpa Frustración Imagen pobre de sí mismo Hiere a los demás Pierde oportunidades Tensión Se siente sin control Soledad No le gustan los demás. Se siente enfadado. Adicción.</p>

ANEXO 6: Evidencia que apoya y que no apoya el pensamiento

SITUACION ¿Qué? ¿Quién? ¿Cómo? ¿Cuándo?	EMOCION a) ¿Qué sentías? b) Estima c/ emoción del 0 al 100%	PENSAMIENTO a) ¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de empezar a sentirme así?	EVIDENCIA QUE APOYA MI PENSAMIENTO	EVIDENCIA QUE NO APOYA MI PENSAMIENTO	PENSAMIENTO ALTERNATIVO o EQUILIBRADO a) Escribe el pensamiento b) Cuanto crees en el. De 0 a 100%.	EMOCION De nuevo estima c/ emoción anterior. Del 0 al 100%

ANEXO 7: Aspectos Moleculares de la Conducta.

ASPECTOS MOLECULARES DE LA CONDUCTA ENTRE LAS PERSONAS

- **Mirada:** Mirar de forma extrema es percibido como hostil o dominante y expresa emociones como ira, dejar de mirar, puede ser señal de sumisión, mirar menos expresa emociones de vergüenza, si se mira más es visto como agradable y si se acompaña con el habla es visto como persuasivo y seguro.
- **Expresión Facial:** La cara es el principal sistema para mostrar emociones. La conducta socialmente habilidosa requiere una expresión facial que vaya de acuerdo con el mensaje.
- **Gestos:** Envían estímulos visuales, deben ser apropiados a las palabras para añadir énfasis, franqueza y calor.
- **Postura:** La postura del cuerpo refleja:
 - Actitudes – cálidas (inclinarse hacia adelante con brazos y piernas abiertas), dominantes (apoyarse hacia atrás, manos entrelazadas), determinación (piernas separadas, brazos en jarra, inclinación lateral), etc.
 - Emociones – indiferencia (hombros encogidos, brazos erguidos, manos abiertas), ira (inclinación hacia adelante, brazos extendidos, puños apretados).
- **Orientación corporal:** señalan el grado de intimidad y formalidad en la relación, la más adecuada es la frontal con una inclinación de 10 a 30 grados entre dos personas.
- **Distancia física:** expresa la naturaleza de la relación (íntima, superficial).
- **Volumen de la voz:** Un volumen alto indica seguridad y dominio, muy alto indica agresividad o ira.
- **Entonación:** Sirve para comunicar sentimientos y grado de las emociones.
- **Fluidez:** Las perturbaciones de la fluidez más comunes son: vacilación, falso comienzo, repetición, tartamudeo, pronunciación errónea, omisión y palabras sin sentido.
- **Tiempo de habla:** el tiempo en que se mantiene hablando, lo más adecuado es un intercambio recíproco (una vez tú una vez yo).
- **Contenido:** debe tener propósito: comunicar, describir, preguntar, razonar, argumentar.

ANEXO 8: Entrenamiento en Habilidades Sociales

Desarrollo de Habilidades Sociales

1. Descripción de la situación problema / de cada persona.
 - Que _____
 - Como _____
 - Cuando _____
 - Donde _____

2. Representación de lo que hace normalmente en esta situación.

3. Identificación de pensamientos que influyen en la situación.
 - Que estoy pensando _____

4. Identificación de derechos humanos básicos implicados.

5. Identificación de un objetivo adecuado, evaluación a corto y largo plazo de las consecuencias, (*Solución de Problemas*).
 - Solución: _____

6. Sugerencia de respuestas alternativas (*Aspectos Moleculares*).
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____

7. Demostración “Modelado”. Son 3 etapas:
 - Atención: _____
 - Retención: _____
 - Reproducción: _____

8. Representación por parte de la persona, de la respuesta elegida.

9. Retroalimentación (por otros o en audio/video).

10. Evaluación de la efectividad de la respuesta.
 - Por uno mismo (nivel de ansiedad): _____
 - Por los otros (retroalimentación): _____