



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**"EVOLUCIÓN DE LAS CREENCIAS DE USUARIAS CON
DEPRESIÓN A LO LARGO DE SU INTERVENCIÓN COGNITIVA
CONDUCTUAL"**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)**

Fabiola Gutiérrez Guadarrama

Directora: Lic. María de Los Ángeles Campos Huichán

Dictaminadores: Dr. Adrián Cuevas Jiménez

Mtra. Carolina Rosete Sánchez



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

I

A mi familia, por apoyarme en todas las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida y ser mi pilar en cualquier problema que se me ha presentado en el camino. A mi papá que me ha enseñado desde niña a hacer las cosas con dedicación y constancia y me ha proporcionado las herramientas para poder lograr mis sueños profesionalmente. A mi hermana, quién ha sido mi compañía en las noches de desvelo y me da palabras de aliento o me escucha cuando lo necesito. Y a mi mamá, quien ha sido la persona que ha pasado más tiempo conmigo en ésta travesía desde que era una niña, ya que sin su compañía, regaños y apoyo incondicional no sería quien soy ahora. Gracias a los tres por dedicarme su tiempo, por ser una gran familia que me brinda su amor, tiempo y me comparten un poco de lo que son. Los amo.

II

A mis amigos, que siempre tienen palabras para hacerme sentir mejor, por ayudarme a olvidar mi estrés con pláticas, salidas o consejos; por tomarse el tiempo para preguntarme cómo estoy, darme mi espacio y ayudarme con material teórico para poder elaborar mi tesis. Por estar todos estos años conmigo y no dejarme desistir incluso si hubo momentos en que quería hacerlo; pero sobretodo, por ser parte de este crecimiento personal y profesional que he tenido a lo largo de la elaboración de mi tesis.

III

A la psicóloga Norma de la Clínica Integral de la Mujer, por haberme recibido con amabilidad, por las pláticas personales y por asesorarme en algunos de los casos clínicos en los que solicité su ayuda; además de facilitarme material teórico y compartirme sus conocimientos para poder continuar con mi formación profesional. Y a las usuarias con las que estuve trabajando a lo largo de mi voluntariado en el lugar, por preguntarme y echarme ánimos en el avance de mi tesis, por su disposición, amabilidad, compromiso y, sobretodo, por dejar un poco de ellas en mí, y permitirme dejar un poco de mí en ellas.

IV

A los docentes de la carrera que ayudaron a formarme como una profesional con el pasar de los años, además de que me compartieron experiencias profesionales y personales; lo cual me hizo admirarlos y tomar decisiones acerca del camino que quiero elegir; pero sobre todo a la profesora Huichán, quien fue un gran apoyo en el proceso, guiándome para poder realizar un buen trabajo; además de darme un poco de su tiempo para tener conversaciones enriquecedoras.

RESUMEN

La presente tesis empírica tuvo como objetivo general el conocer la evolución de las creencias centrales de usuarias con depresión a lo largo de una intervención cognitivo conductual. Para poder llevarlo a cabo se seleccionaron cinco estudios de caso de usuarias que concluyeron sus asesorías psicológicas en la Clínica Integral de la Mujer ubicada en la Delegación Gustavo A. Madero, en la Ciudad de México y cuya edad osciló entre los 53 y 69 años de edad, siendo el motivo de consulta la “depresión”, al momento de registrarse para recibir la atención psicológica. Estos casos fueron seleccionados entre el periodo de agosto de 2015 a agosto de 2016 y fueron atendidos como parte del voluntariado realizado por la alumna responsable de la tesis. Por otro lado, en lo que respecta al diseño empleado, cabe mencionar que debido a que no existió la manipulación de alguna variable se utilizó el diseño no experimental; siendo a través de la revisión de los expedientes PSOAP (Paciente, Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan del tratamiento) que se llevó a cabo una de las clasificaciones de éste diseño, el “longitudinal de panel”, identificándose la evolución de las creencias centrales de las usuarias a través de las paráfrasis y citas textuales de sus pensamientos automáticos, expuestos en el apartado “S” (Subjetivo) de cada expediente.

La revisión de los documentos pudo mostrar que existieron cambios en los cinco casos clínicos en lo que respecta a las creencias centrales negativas que presentaron las usuarias durante sus asesorías psicológicas, estas transformaciones se presentaron a partir de la mitad de sus asesorías; por lo que, de forma general, se puede resaltar que las usuarias desarrollaron entre una y tres creencias centrales positivas que influyeron de forma funcional en su conducta y emociones. Aunado a esto, la revisión de los expedientes permitió identificar las creencias centrales negativas que se presentaron con mayor frecuencia en las usuarias, mismas que están relacionadas con la falta de atención por parte de su familia, su preocupación al considerarse un ejemplo para sus hijos y las creencias acerca de lo que tiene que hacer una madre y una esposa.

De forma general, el cumplimiento del objetivo permitió llegar a la conclusión de que las creencias centrales que se presentaron con constancia y durante más de la mitad de las

sesiones tuvieron un vínculo con su motivo de consulta, además de que éstas creencias influyeron para que ellas refirieran que tenían depresión, siendo las conductas y las emociones las que tuvieron mayor impacto tanto en la usuaria como en las personas con las que ella convive en su día a día, pues son las conductas y emociones las que suelen hacerse evidentes a diferencia de las cogniciones, las cuales se identificaron por medio de una profesional o con el transcurso de las asesorías psicológicas para hacerlo de forma autónoma y a través de la introspección.

ÍNDICE TEMÁTICO

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. ¿QUÉ ES LA PSICOLOGÍA CLÍNICA?	5
1.1 ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	5
1.2 .LA PSICOLOGÍA COMO CIENCIA.	7
1.2.1 El interés por las diferencias individuales.	9
1.2.2 Los problemas de la conducta y la Psicología Clínica.....	10
1.2.3 La influencia de las guerras mundiales en la Psicología Clínica.	12
1.3 LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN MÉXICO.	15
CAPÍTULO II. LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	19
2. 1 ¿QUÉ ES Y CUÁL ES EL ORIGEN DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL?.....	19
2.2 FASES QUE SIGUE UNA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	21
2.3 ¿CÓMO ES QUE TRABAJA UN PSICÓLOGO COGNITIVO CONDUCTUAL DURANTE LA INTERVENCIÓN?	24
2.4 TERAPIA RACIONAL-EMOTIVO-CONDUCTUAL.	25
2.4.1 Procedimiento de la técnica.	27
2.4.2 Perfil del terapeuta.	29
2.4.3 Perfil del usuario.	29
2.4.4 Casos en los que se puede aplicar.	30
2.5 ENTRENAMIENTO ASERTIVO.....	30
2.5.1 Procedimiento de la técnica.	32
2.5.2 Perfil del terapeuta.	33
2.5.3 Perfil del usuario.	34
2.5.4 Casos a los que se puede aplicar.	35
2.6 LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK PARA LA DEPRESIÓN.	35
2.6.1 Procedimiento de la técnica.	36
2.6.2 Perfil del terapeuta.	37
2.6.3 Perfil del usuario.	38
2.6.4 Casos en los que se puede aplicar.	39

CAPÍTULO III. CLÍNICA INTEGRAL DE LA MUJER	40
3.1 LA ATENCIÓN PRIMARIA Y SU RELACIÓN CON LOS CENTROS DE SALUD.	40
3.2 ¿CÓMO SURGE LA CLÍNICA INTEGRAL DE LA MUJER?	44
3.3 CARACTERÍSTICAS DE LA CLÍNICA INTEGRAL DE LA MUJER.....	45
3.4 MANUAL, OBJETIVOS, MISIÓN Y VISIÓN DE LA CLÍNICA INTEGRAL DE LA MUJER.	49
CAPÍTULO IV. LAS CREENCIAS Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN	51
4.1 ¿QUÉ ES LO QUE CONOCEMOS COMO DEPRESIÓN?	52
4.1.1 Visión de la depresión desde diversos enfoques.....	55
4.2. ¿CÓMO ES QUE SON DEFINIDAS LAS CREENCIAS DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL?	58
4.2.1 Una visión de la depresión desde el enfoque cognitivo conductual.	60
CAPÍTULO V. METODOLOGÍA.....	65
5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	65
5.2OBJETIVO GENERAL.....	66
5.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	66
5.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	67
5.5 JUSTIFICACIÓN.	67
5.6 ENFOQUE.....	68
5.7 DISEÑO.....	69
5.8 PARTICIPANTES.	69
5.9 TIPO DE MUESTREO.....	69
5.10 RECOLECCIÓN DE DATOS.	69
5.11 PROCEDIMIENTO.....	70
5.11.1 Selección de participantes.....	70
5.11.2 Revisión de expedientes PSOAP.	70
5.11.3 Clasificación.	71
5.11.4 Análisis.	71
CAPÍTULO VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	72
6.1 PRESENTACIÓN DE CASOS.....	72

6.1.1 Caso 1: “¿Estoy haciendo bien?”	72
6.1.2 Caso 2: “Todo lo que quiero, me sale mal”	84
6.1.3 Caso 3. “Ellos no valoran lo que a mí me costó trabajo obtener”	95
6.1.4 Caso 4: “Me adapto a las situaciones”	107
6.1.5 Caso 5: “Si me caigo con una piedra, la siguiente vez la brinco”	116
6.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	131
CONCLUSIONES.....	138
ANEXOS	144
BIBLIOGRAFÍA.....	145

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la depresión es considerada una de las principales causas de discapacidad, estimándose que afecta a 350 millones de personas en el mundo (Berenzon, Robles y Medina; 2013), además de que estudios y encuestas realizadas han determinado que es la más común en la población femenina (Lara, Acevedo y Berenzon; 2004). Un claro ejemplo de esto último son las cifras en la población mexicana, en donde se ha identificado que la población femenina es la que tiene mayor prevalencia con un 10.4%, casi el doble que en los hombres, pues en ellos se presenta en un 5.4% (Berenzon, Robles y Medina; 2013). Estos datos fueron obtenidos de una de las mejores fuentes de información actualmente disponibles sobre la depresión en nuestro país, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, realizada entre 2001 y 2002, la cual es una muestra probabilística representativa de la población urbana entre los 18 y 65 años (Wagner, Gonzáles, Sánchez, et al; 2012).

Es a partir de éstas cifras que se han realizado investigaciones interesadas en conocer las variables que influyen en la prevalencia de éste trastorno en la población mexicana; siendo autores como Berenzon, Robles y Medina (2013) quienes mencionan que existen variables psicosociales que están asociadas con la depresión, señalando diversos elementos y destacando entre ellos el hecho de ser mujer, en especial si se es jefa de familia y se dedica exclusivamente a las labores del hogar o del cuidado de algún enfermo; mientras que las demás características mencionadas abarcan ambos sexos, como el hecho de tener un bajo nivel socio económico; estar desempleado (sobre todo en los hombres); el aislamiento social; el tener problemas legales; tener experiencias de violencia; consumir sustancias adictivas y la migración.

Sin embargo, es importante señalar que debido a la variedad de teorías en disciplinas médicas, sociales y psicológicas que se han realizado a lo largo de los años, se ha llegado a un acuerdo al señalar que la depresión es el resultado de la interacción entre factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto que interactúan con las características individuales; y por tal motivo su estudio requiere múltiples aproximaciones (Berenzon, Robles y Medina; 2013). Hablando específicamente del ámbito psicológico, también existen diversos modelos psicológicos que han tratado de darle una explicación a la depresión; siendo Aaron T. Beck uno de los primeros en tratar de definirla e incluso proponer un tratamiento cognitivo

conductual, partiendo del supuesto de que la deformación en la manera de pensar y razonar de la persona tiene como consecuencia los síntomas de la depresión. A partir de esto, postuló tres conceptos básicos que componen de forma psicológica la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y las distorsiones cognitivas; y es a partir de estos tres elementos que el terapeuta va a identificar, junto con el usuario, las creencias centrales que inciden en sus sentimientos y conductas para modificarlos (Chappa, 2003).

Como puede verse, la depresión es un tema complejo debido a los elementos que se tienen que tomar en cuenta, desde su concepción hasta los tratamientos propuestos para intervenir en dicho trastorno; por tal motivo, en la presente tesis se abordarán temas que ayudarán a comprender aspectos que competen al tema central de la misma “Evolución de las creencias centrales a lo largo de su intervención cognitiva conductual”. Por consiguiente, el marco teórico está compuesto por cuatro capítulos; siendo el capítulo uno el que habla acerca de la Psicología Clínica, ya que es a partir de ésta disciplina que se han comenzado a realizar avances sobre la explicación de algunos trastornos psicológicos que anteriormente sólo eran de interés médico; por lo que se inicia dando una definición sobre la Psicología Clínica, para posteriormente hablar acerca de los antecedentes de ésta rama, sus intereses y cómo es que su auge comenzó en México.

Aunado a esto, el capítulo dos retoma una de las terapias psicológicas denominada “Terapia Cognitiva Conductual”, la cual ha propuesto teorías que han influido no sólo teóricamente sino también en lo aplicado en lo que respecta a los trastornos psicológicos, proporcionando tratamientos efectivos y de corta duración (Beck, 2000); por lo que, a partir de los subcapítulos, se explican las fases que sigue éste tipo de terapia, la forma de trabajo y se desarrollan algunas de las técnicas que se emplean durante las sesiones; tomando en cuenta que las que se incluyen en los apartados tienen una relación con la depresión, ya que se enfocan en modificar las cogniciones que no les son funcionales al usuario; tal es el caso de la Terapia Racional Emotivo Conductual y la Terapia Cognitiva de Beck para la depresión. Mientras que el entrenamiento asertivo es una técnica conductual que ayuda a expresar opiniones y sentimientos de forma adecuada, ya que fueron algunas de las técnicas empleadas en los casos que se presentarán más adelante, según la revisión de los expedientes PSOAP(Paciente, Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan del tratamiento).

Estos expedientes PSOAP son pertenecientes a casos tratados en la Clínica Integral de la Mujer, por lo que el tercer capítulo habla acerca de la atención primaria, misma que tiene una estrecha relación con los centros integrales de salud; y es a partir de esto que se desglosan los antecedentes de la Clínica Integral de la Mujer, sus características, objetivos, manual, misión y visión. Cabe resaltar que tal y como lo señalan Lara, Acevedo y Berenzon (2004), la población femenina en nuestro país cuenta con pocas oportunidades de atención psicológica debido a los escasos recursos económicos con los que cuentan las personas para poder acudir a algún servicio de salud mental; por lo que la creación de ésta clínica en la Ciudad de México es una gran oportunidad para atender diversas áreas de salud de forma gratuita, entre ellas la salud mental.

Por lo tanto, en el capítulo cuatro denominado “Las creencias y su relación con la depresión” se define el constructo de la depresión, para posteriormente abordarla de forma breve desde el modelo psicodinámico, conductual y neuroquímico para conocer cómo es que ellos la conciben; y antes de finalizar el capítulo se hace una definición sobre las creencias desde el enfoque cognitivo conductual, lo cual da pie a desarrollar la visión que se tiene de la depresión desde éste enfoque psicológico, desglosando los componentes de ésta como las creencias centrales, intermedias y pensamientos automáticos, en donde las creencias negativas y que no son funcionales para las personas pueden generar depresión y/u otros trastornos mentales, viéndose reflejado en sus comportamientos y emociones.

Siendo a partir de esto que la presente tesis empírica tiene como interés conocer la evolución de las creencias centrales de usuarias con depresión a lo largo de una intervención cognitiva conductual, por lo que cabe mencionar que el enfoque bajo el que se trabajó fue el fenomenológico, estudiándose las creencias centrales de las usuarias tal y como ellas refirieron que las experimentaron y fueron registradas en sus expedientes. Además, se empleó el diseño no experimental, por lo que se efectuó una revisión de los expedientes (PSOAP) de cinco usuarias que llevaron a cabo un tratamiento en la Clínica Integral de la Mujer de la Delegación Gustavo A. Madero, mismas que refirieron como motivo de consulta la depresión durante el periodo de agosto de 2015 a agosto de 2016.

Teniendo en claro que no se pretendió probar la efectividad de los tratamientos empleados a lo largo de las sesiones, sino simplemente conocer las creencias con las que

cada usuaria había crecido, aquellas que manifestaba desde que se presentó por primera vez a consulta, y cómo es que estas se fueron modificando y, a la vez, influyendo en aspectos de su vida. Ya que esto también nos va a permitir reconstruir conjuntamente la realidad previamente definida por las usuarias, misma que va a presentar modificaciones que repercutirán de una forma funcional en su vida.

CAPÍTULO I. ¿QUÉ ES LA PSICOLOGÍA CLÍNICA?

1.1 Antecedentes de la Psicología Clínica.

Antes de comenzar a hablar acerca del concepto de Psicología Clínica, es necesario tomar en cuenta que se han encontrado diversos factores que estuvieron inmersos en el desarrollo de ésta rama como profesión, mismos que han tenido influencia en la concepción que se tiene acerca de ella hoy en día. Por ende, cabe destacar que sus orígenes no pueden ser atribuidos a una sola persona o acontecimiento, ya que existieron diversas personas que pertenecieron a numerosas orientaciones y se involucraron en el surgimiento de este campo, tanto en Estados Unidos como en Europa a finales del siglo XIX y a inicios del siglo XX. Por ello, es importante recalcar que la Psicología como ciencia precedió a la Psicología como profesión, debido a que la Psicología Clínica implica la aplicación del conocimiento científico acerca de la conducta humana (Compas y Gotlib, 2005).

Éste conocimiento científico va a tener un gran peso a lo largo del desarrollo de la Psicología Clínica, ya que los impulsos y razones para modernizar el conocimiento han provenido de cambios presentados en la estructura social, grupos políticos, grupos de presión y agentes que promueven la industrialización; por consiguiente, el conocimiento que es producido en las ciencias sociales tiene que responsabilizarse del uso potencial que se le pueda dar, analizando extensiva, sistemática y empíricamente problemas sociales actuales. Es por eso que la relación entre la evolución del estado y los discursos de los académicos y científicos, a pesar de los tropiezos, ha existido gracias a las respuestas que tienen los científicos a las demandas institucionales acerca del conocimiento de los procesos y la estructura social que ha necesitado el estado; por lo que incluso las ciencias sociales se han transformado con base en la necesidad de generar conocimiento que esté basado en los hechos (Miranda, Torres, et al; 1998).

Por lo que es a partir de éstas demandas sociales e institucionales que se podrá dar una explicación acerca de la Psicología Clínica; siendo Bernstein (1995) quién considera que es necesario tomar en cuenta tres hechos históricos y sociales que dieron a dicho campo sus características iniciales y que aún siguen teniendo influencia. Estos son: la manera en cómo se han estado utilizando los métodos científicos en la Psicología, la forma en cómo se ha ido desarrollando el interés por las diferencias individuales de los seres humanos, y

cómo es que se han visto los problemas de la conducta y la actitud que se ha tenido ante ellos. Los dos últimos aspectos han ido determinando lo que hacen los psicólogos clínicos, mientras que el primero ha determinado cómo es que lo hacen.

Sin embargo, el desarrollo constante desde hace más de cincuenta años en el campo de la Psicología Clínica, ha impedido que, según Hoch (en Bernstein, 1995), se le mire con suficiente detenimiento, provocando confusiones en la gente respecto a la precisión de la Psicología Clínica, llegándola a confundir con otras ramas e incluso desvalorizando el trabajo de las personas que la ejercen. Todo esto ha generado que existan diversas direcciones para tratar de darle una definición; llegándose a encontrar una serie de aspectos que se dan en la mayoría de las definiciones de Psicología Clínica. Primeramente, en lo que respecta a la labor que tienen los psicólogos de dicha área, Bernstein (1995) considera que los psicólogos clínicos, se dedican al estudio y comprensión de la conducta; enfocándose casi exclusivamente a la conducta humana; además de la aplicación en la práctica de los conocimientos obtenidos en la investigación; la evaluación de las capacidades y de las características de seres humanos concretos, observando, analizando y confirmando las conclusiones a las que ha llegado.

A pesar de las características dadas anteriormente, no se puede decir que eso sea exclusivo de la Psicología Clínica, pues existen otras ramas que también se dedican a realizar lo antes mencionado; por lo que considero necesario resaltar aquello que diferencia a la Psicología Clínica del resto. Bernstein (1995) considera que la “actitud clínica o percepción clínica” es la orientación exclusiva que tiene el psicólogo clínico de cambiar los conocimientos generados por la investigación clínica, y de otro tipo, para poder evaluar a una persona en particular y así entenderla y ayudarla; además de eso es importante mencionar que se realiza una atención individualizada cuyo fin es atender las necesidades psicológicas del usuario, que es otro de los aspectos que caracterizan a ésta rama de la Psicología.

Por lo tanto, la actitud clínica coloca a los psicólogos clínicos en una categoría distinta del resto de los psicólogos, pues los primeros conocen, aprecian y en ocasiones participan en estudios, pero su interés principal consiste en entender cómo es que esos principios y relaciones generales se plasman en la vida y en los problemas de los individuos; y para ello

evalúan sistemáticamente las conductas o condiciones presentes en los casos en los que intenta apoyar. Bernstein (1995) considera que lo que le da forma y esencia a la Psicología Clínica es la combinación de investigación, evaluación e intervención necesaria para entender en términos psicológicos la conducta humana y los conflictos internos, respetando la individualidad de la persona e intentando ayudarla en sus necesidades, dentro de una sola disciplina.

Si bien se han retomado elementos que componen a la Psicología Clínica como profesión, es necesario tener una definición concreta de dicho campo, por lo que la American Psychological Association define a la Psicología Clínica como la forma de la Psicología Aplicada que pretende determinar las capacidades y características de la conducta del individuo, recurriendo a métodos de medición, análisis y observación, y que por medio de la integración de estos resultados ofrece sugerencias para una adecuada adaptación del sujeto (En Centeno, 2012). Complementando la definición anterior, Centeno (2002) define a la Psicología Clínica, como una rama de la ciencia psicológica que se encarga del análisis y la optimización de los factores, procesos y condiciones (cognitivas, emocionales y conductuales) que afecten a la salud mental y a la conducta adaptativa del individuo.

Una vez que se han abordado de forma general los factores influyentes en el desarrollo del campo de la Psicología Clínica, así como las características y definición de la misma, en los siguientes apartados se hablará de forma breve cómo es que la Psicología surgió y, a partir de este suceso, se desarrollará cómo es que se fue dando origen al área que nos interesa principalmente en éste capítulo.

1.2 .La Psicología como ciencia.

Aunque las raíces históricas de la Psicología estaban en la Filosofía, y a pesar de que muchos de los primeros psicólogos se preocupaban por problemas filosóficos como el de las relaciones entre espíritu y cuerpo, ésta disciplina enfocó esos y otros aspectos de la conducta humana por medio de investigaciones, empleando el método de la ciencia: la observación y la experimentación (Compas y Gotlib; 2005). Sin embargo, no podemos hablar de Psicología científica como una disciplina independiente hasta el siglo XIX, pues es a partir de ese momento en donde se produjeron situaciones, contextuales tanto

científicas como sociales, que propiciaron la utilización de métodos científicos-naturales en lo que respecta al estudio de los problemas psicológicos; en donde se fue gestando, la conciencia de estar llevando a cabo una tarea diferencial que propició la especialización académica y la creación de laboratorios, canales de difusión y la constante aplicación de estos conocimientos a la sociedad, lo cual la llevaría al reconocimiento social de un nuevo rol profesional, el del psicólogo (Anguera, Civera, De la Casa, et al; 2009).

Por lo que es importante tener en cuenta que la Psicología como ciencia se estableció antes de que comenzara su aplicación (Bernstein, 1995). Siendo la Psicología científica la que fue aceptada de esa forma con la creación del primer laboratorio de Psicología Experimental en Leipzig, en el año de 1879. Si bien sería erróneo considerar la fundación del Laboratorio como el comienzo de la Psicología científica y experimental, ya que no hay nada que surja de forma espontánea y desligado de su contexto socio-cultural; los aspectos de carácter institucionalizador como el establecer un planteamiento de un objeto de estudio, indicación de metodología a utilizar, el establecimiento de una definición de Psicología, entre otros, confirieron al laboratorio de Wundt el papel detonante que abrió paso a que los jóvenes se interesaran en la investigación experimental de los procesos psíquicos (Anguera, Civera, De la Casa, et al; 2009).

Las causas socio-culturales que propiciaron el nacimiento de la Psicología científica en Alemania y que ha hecho que se considere a dicho país como “la cuna” de la Psicología científica tiene relación con el proceso que se ha denominado *role-hybridization*, el cual se produjo por condiciones académicas especiales que tuvieron lugar en Alemania a finales del siglo XIX, en donde hombres formados en el seno de la fisiología, ante la ausencia de plazas de su especialidad, accedieron a cátedras de Filosofía y fue a partir de esto que crearon una nueva forma de entender la Psicología: la de su enfoque científico y experimental (Anguera, Civera, De la Casa, et al; 2009).

Si bien no se desglosará el proceso que tuvo que pasar la Psicología para ser considerada una ciencia, me parece importante tener en cuenta que es a partir de que se empezaron a realizar investigaciones de aspectos psicológicos que se vio un interés en diversos elementos, los cuales fueron influyentes para que se originara la Psicología Clínica; además de que el hecho de que se le diera un gran énfasis a que esta disciplina

como una ciencia, generó algunos conflictos que se desarrollarán en los siguientes apartados.

1.2.1 El interés por las diferencias individuales.

Bernstein (1995) considera que debido a que la Psicología Clínica se encarga de casos en concreto, no pudo aparecer como especialidad hasta que se reconocieron las diferencias existentes entre los seres humanos, y hasta que dichas diferencias se comenzaron a medir. Actualmente nos parece algo natural aceptar que cada persona es única y diferente del resto, pero esta postura se ha ido adoptando debido a diversos acontecimientos. Si bien, las diferencias entre las personas ya se habían admitido desde tiempos remotos, e incluso se habían tomado en cuenta, los intentos por volver visibles las diferencias humanas por medio de detalles de la superficie corporal (frenología, antropología criminal y eugenismos) no pudieron proporcionar las técnicas de individualización que se les demandaba socialmente, en este caso, caracterizar las capacidades o atributos que estaban relacionados con el desempeño escolar, la predisposición para el crimen o la estimación del éxito en ciertos regímenes penales.

Siendo las pruebas de inteligencia las que iban a resolver dicho problema, desarrollándose en el contexto de la escolarización universal en Francia e Inglaterra, contexto en donde se destacaba la figura problemática del niño “débil mental”. Es con esto que la escolarización universal congregó por primera vez a un gran número de niños dentro de un mismo espacio físico y buscó disciplinarlos de acuerdo con criterios objetivos institucionales, siendo los niños sin deficiencias orgánicas que no aprovecharon la instrucción los que quedaron englobados en la categoría de débiles mentales. Cabe resaltar que las demandas sociales en esa época plantearon la necesidad de encontrar una forma en que se pudieran identificar a éstos niños para separarlos del resto de la población y colocarlos en instituciones especiales en donde se despertara su sensibilidad moral e incrementara su resistencia a las tentaciones del vicio y el crimen (Miranda, Torres et al; 1998).

Si bien la prueba de inteligencia en un inicio estaba concebida como un recurso básicamente administrativo para identificar a los niños que serían admitidos en las escuelas de débiles mentales; su autor Alfred Binet había llegado a la conclusión, en su trabajo

anterior, que la inteligencia no se podía estudiar de forma adecuada por medio de pruebas que realizaran un diagnóstico en unas cuantas horas, sino que era necesario un estudio extenso y detallado de los individuos particulares. Sin embargo, en 1904 la Comisión Ministerial para los Animales solicitó ayuda a la Sociedad para el Estudio Psicológico del Niño (de la cual él formaba parte), ya que necesitaba un instrumento que permitiera distribuir a los niños de forma exacta y verificable para poder decidir acerca de su admisión a las escuelas especiales; por lo que Binet recurrió a la edad como concepto clave para ordenar a los individuos en rangos que estuviesen de acuerdo a sus habilidades, definición de las cuales estaba provista de los requisitos educativos. Si bien la prueba de inteligencia que ahora conocemos no es la que se construyó con los fines administrativos de aquella época, sus transformaciones posteriores, llevadas a cabo por el propio Binet, son una elaboración que no modifica el terreno en el que emergió de forma inicial (Miranda, Torres, et al; 1998)

Es así que, para poder finalizar este apartado, es importante tener en cuenta el papel que tuvieron los primeros científicos que se interesaron en encontrar la forma de marcar las diferencias individuales, mismos que se comenzaron a interesar en la elaboración de pruebas sensoriomotoras con las que se determinaban estructuras mentales relativamente, mismas que dieron pie a las pruebas que analizaban las funciones mentales complejas, siendo en este caso la prueba de inteligencia elaborada por Alfred Binet la que tuvo un papel primordial para el interés social de esa época. Todo esto influyó en el desarrollo de la Psicología Clínica, siendo las pruebas mentales las que dieron a la nueva disciplina su identidad.

1.2.2 Los problemas de la conducta y la Psicología Clínica.

Los problemas de conducta siempre han existido, sin embargo, la concepción que se les daba fue evolucionando de acuerdo a la época. En un inicio, estos problemas se les atribuyeron a una posesión demoníaca; pero con el paso del tiempo, los médicos comenzaron a cuestionarse acerca de los comportamientos de las personas. Por tal motivo, se procedió a internar a los enfermos mentales en hospitales. Esto ocurrió en el siglo XVIII, pero a pesar de que ya existía dicho interés por parte de los médicos, la medicina aún no se hacía completamente cargo del problema debido a que tenía poco que ofrecerles, y el

tratamiento que se les daba provenía de médicos que estaban convencidos de que las enfermedades se producían por lesiones o sobreabundancia de sangre en el cerebro (Bernstein, 1995).

Ya para mediados del siglo XIX los médicos franceses comenzaron a examinar el fenómeno que Franz Anton Mesmer había denominado "magnetismo animal", y que tiempo después fue conocido como "hipnotismo" gracias al cirujano inglés James Braid. La importancia de esto fue que Jean-Marie Charcot, Hippolyte Bernheim y Pierre Janet hicieron investigaciones y demostraciones acerca de la relación que tenía la hipnosis con los desórdenes del comportamiento, especialmente en la histeria. Este problema llamó la atención del neurólogo vienés de nombre Sigmund Freud, quien para 1896 ya había propuesto la primera versión de su teoría en donde él postula que los desórdenes de la conducta no son el resultado de una condición orgánica, sino de una lucha dinámica de la mente humana para satisfacer sus instintos (Bernstein, 1995). Para ese entonces, las teorías de Freud no fueron más que una idea controvertida; sin embargo, la consideración del dinamismo de la conducta determinó las actividades de los psicólogos clínicos, además de que dio las bases para que la Psicología Clínica iniciara la terapia.

Además de lo anterior, considero importante mencionar que cuando comenzó a surgir la Psicología Clínica, 17 años después de que Wundt fundara su laboratorio, ya se había establecido la investigación experimental para ésta área. Ya existían laboratorios de Psicología en la mayor parte de las Universidades de Europa y Estados Unidos, y los psicólogos de aquellos tiempos estaban ocupados experimentando las sensaciones, la percepción, la memoria, la asociación, las emociones, los tiempos de las reacciones y muchos otros aspectos de la conducta humana (Bernstein, 1995).

Para finales del siglo XIX ya estaban dadas las condiciones para que la Psicología Clínica pudiera aparecer como disciplina independiente; esto debido a que la Psicología ya era considerada una ciencia y algunos psicólogos comenzaban a aplicar los métodos científicos en el estudio de las diferencias individuales (Bernstein, 1995). Siendo que la Psicología Clínica aparece formalmente como campo profesional en el año de 1896 en la Penn University, cuando Lightner Witmer emplea el término "Psicología Clínica" para connotar sus esfuerzos llevados a cabo con personas con discapacidad intelectual (Sánchez,

2008), refiriéndose con ello al método de enseñanza e investigación, y no sólo como una extensión de la palabra "clínica", lugar en donde las personas son examinadas (Compas y Gotlib, 2005). Siendo considerado en la actualidad como el primer psicólogo clínico reconocido, quien en 1892 fue nombrado director del laboratorio de Psicología en la Universidad de Pennsylvania ; y para 1896 ayudó a uno de los discípulos de la maestra Margaret Maguire, ya que éste tenía un problema de escritura relacionado con la mala ortografía (Bernstein, 1995). Si bien la disponibilidad de un psicólogo para ayudar a un niño con problemas de estudio no puede parecer importante para ser considerado como el inicio de la Psicología Clínica, es necesario tomar en cuenta que hasta ese entonces la Psicología sólo se había ocupado del comportamiento general de las personas, dejando de lado el tratamiento individualizado.

Bernstein (1995) menciona que en la convención de 1896 de la American Psychological Association, que en ese entonces tenía cuatro años de fundada, Witmer comunicó a sus colegas que había descubierto un nuevo tipo de Psicología; proponiendo un rol distinto para los psicólogos, en donde éstos continuaran trabajando como científicos pero aplicando sus conocimientos y habilidades adquiridas, refiriéndose a esto como "método clínico" en Psicología (Reisman, 1976). Sin embargo, obtuvo objeciones por parte de los presentes debido a diferentes cuestiones, como el hecho de poner en peligro su actitud de científicos, debido a que no estaban capacitados o no tenían la experiencia para ejecutar las funciones propuestas por Witmer (Compas y Gotlib, 2005). Fue ésta situación que hizo que un grupo de psicólogos clínicos molestos por la situación, promovieran los intereses de su profesión y formaron una asociación independiente en Diciembre de 1917, la cual fue llamada "American Association of Clinical Psychologists", aunque dos años después se unieron nuevamente a la American Psychological Association como sección clínica, debido a que ésta prometió que se preocuparía más por los problemas profesionales (Bernstein, 1995).

1.2.3 La influencia de las guerras mundiales en la Psicología Clínica.

Mientras ese tipo de problemas ocurrían dentro de la asociación, un acontecimiento importante se estaba dando: La Primera Guerra Mundial. Bernstein (1995) considera que ésta guerra tuvo una consecuencia importante para la Psicología Clínica, pues gracias a esto

se comenzó a centrar la atención de la especialidad en el diagnóstico de adultos no hospitalizados, y para poder hacerlo se tuvieron que elaborar nuevas y variadas pruebas psicológicas.

¿Cómo fue que la Psicología Clínica comenzó a involucrarse en el diagnóstico? Para poder responder a ésta pregunta, nuevamente es necesario mencionar el papel que tienen las demandas sociales e institucionales, ya que para ese entonces Estados Unidos tuvo la necesidad de clasificar un gran número de adultos, en relación con su nivel intelectual y con su estabilidad emocional para así reclutar a los soldados. Sin embargo, los médicos no pudieron cumplir con esa tarea debido a que el desempeño mental no se encontraba dentro de su campo de especialidad (Compas y Gotlib, 2005). Además, la falta de técnicas adecuadas orilló al Ejército a recurrir a Robert Yerkes, presidente de la APA, para que estuviera al frente de una comisión de psicólogos experimentales, los cuales tuvieron el cometido de desarrollar los medios para este fin; obteniéndose las pruebas "Army Alpha" y "Army Beta" como parte de su arduo trabajo. Una vez que concluyó la guerra, los psicólogos clínicos se estuvieron ocupando principalmente de los niños; ampliando sus horizontes con nuevas pruebas de inteligencia, personalidad, intereses, habilidades específicas, emociones y cualidades. Tal fue el impacto que tuvo el desarrollo de las pruebas psicológicas, que su aplicación comenzó a ser un negocio; pues en 1921 Catell formó la Psychological Corporation y comenzó a vender pruebas y a dar asesoría a negocios industriales (Bernstein, 1995). Y con el paso de los años, los psicólogos ya no sólo se dedicaban al diagnóstico y a la búsqueda de soluciones clínicas, sino que también comenzaron a impartir tratamiento, labor que en un inicio era exclusivo de los psiquiatras. Lo cual dio paso a que para finales de los años treinta algunos de los psicólogos clínicos se dedicaran a la práctica privada (Bernstein, 1995).

Sin embargo, aunque los psicólogos comenzaran a tener más funciones en el campo aplicado, Bernstein (1995) menciona que, para el periodo de la Segunda Guerra Mundial, todavía no existían programas oficiales de formación para la Psicología Clínica; por lo que para poder trabajar como psicólogo clínico lo único que se necesitaba era haber recibido algunos cursos para aplicar pruebas, tener conocimiento sobre desarrollo infantil, Psicología anormal y tener interés por la gente. Esto nos permite conocer que para ese

entonces, aún no había claridad para las personas acerca de lo que era la Psicología Clínica; y este aspecto hizo que los psicólogos clínicos se sintieran frustrados al ser confundidos con técnicos de pruebas psicológicas, y por no recibir el apoyo suficiente de la APA.

El descontento que tenían los psicólogos clínicos generó que en 1937 se separaran por segunda vez de la APA, formando una organización independiente de nombre American Association of Applied Psychology. Esta organización duró ocho años antes de unirse nuevamente a la APA. Y para finales de los años treinta ya había una tendencia fuerte de ser considerada como una rama independiente, sólo se necesitaba el apoyo de la ciencia madre, la Psicología (Bernstein, 1995). Este evento es de gran importancia, ya que influyó en gran medida al papel que tuvieron los psicólogos en la Segunda Guerra Mundial, ya que el compromiso que adquirieron fue más importante que el de la Primera; pues ya no sólo se encargaban de aplicar pruebas psicológicas, sino también tuvieron que realizar entrevistas, escribir informes psicológicos y, debido al enorme número de bajas psicológicas, aplicar terapia de orientación psicoanalítica. Esto significó para los psicólogos clínicos el primer contacto con problemas clínicos concretos (Bernstein, 1995).

En 1946 ya se definía al psicólogo clínico como el profesionalista que se dedica al diagnóstico, tratamiento y a la investigación de los desórdenes del comportamiento de los adultos. Además de que el presidente de la Asociación de Veteranos de Guerra se reunió con los presidentes de las universidades más importantes para pedirles la instauración de cursos formales para la enseñanza de la Psicología Clínica; siendo esta asociación la que tuvo contacto con la APA para que indicara qué tipo de programa universitario se necesitaba para la formación de un psicólogo clínico (Bernstein, 1995). El informe que presentó el Comité de formación de Psicología Clínica de David Shakow, designado por la APA, consideraba los siguientes puntos:

- 1.- Los psicólogos clínicos deben recibir en primera instancia una formación como psicólogos, es decir, como científicos y después como profesionales prácticos.

2.- La formación de los psicólogos clínicos debe ser tan rigurosa como la de los psicólogos no clínicos y, por lo tanto, deben consistir en estudios de doctorado que abarque cuatro años, con uno de práctica en un internado supervisado.

3.- La formación clínica debe centrarse fundamentalmente en la "trinidad", es decir, en el diagnóstico, investigación y tratamiento.

Como puede verse, es a partir de las demandas sociales e institucionales que se fueron generando en el periodo de las dos Guerras Mundiales que se les considera históricamente como las contribuyentes a la consolidación de la Psicología Clínica como disciplina científica, ya que por medio de la medición de las diferencias individuales a través de pruebas psicológicas para el reclutamiento y el tratamiento que demandaban los veteranos de guerra se contribuyó a la formación del psicólogo clínico como terapeuta. Es decir, el reclutamiento y la rehabilitación implicaban fuertes necesidades de atención clínico-psicológica (Sánchez, 2008).

1.3 La Psicología Clínica en México.

En lo que respecta a México, la Psicología tuvo un gran impacto durante el periodo del Porfiriato, ya que el positivismo gobernó el pensamiento político y la orientación académica de la educación superior a finales del siglo XIX y a principios del siglo XX; debido a que, como menciona Guadarrama (2003), esta corriente filosófica tuvo mayor significado en América Latina durante este periodo, debido a que desempeñó una función progresista. Sin embargo, en nuestro país la Psicología fue impartida por primera vez en la Escuela Nacional Preparatoria (ENP) como una materia y no como una profesión. Esto se debió a que en 1895 Ezequiel A. Chávez le presentó a Joaquín Baranda un proyecto en el cual se tenía como objetivo modificar el plan de estudios de la ENP, para incluir las materias de moral y Psicología, este interés se debió a la preocupación que sintió al ver la situación del país, pues en las calles se encontraban personas en estado alcohólico y, al igual que ahora, existían niveles altos de delincuencia (Patlán, 2005).

Esa preocupación puede ser considerada como una necesidad social del país y no sólo de Ezequiel, ya que si bien en la novela "De cómo la moral se hizo Psicología en México en 1985" de López Ramos (2002), se puede revisar más a detalle el contexto en el

que se desarrolló Chávez; en donde la moral toma un papel importante en distintos aspectos de su vida al provenir de una familia religiosa; por lo que es importante resaltar que el hecho de que su proyecto fuese aceptado deja ver que incluso si existía un conflicto entre el positivismo y la religión, ésta última tuvo influencia de manera indirecta para que la Psicología fuera tomada en cuenta. Por lo que únicamente se impartió la Psicología dentro de la cátedra de moral; siendo que en sus comienzos la única función de la Psicología no iba más allá que educar moralmente a los estudiantes de esta Preparatoria (Patlán, 2005).

Sin embargo, tras la implementación de la Psicología como materia, surgieron disputas en cuanto a la forma en la que Chávez lo había propuesto, ya que la influencia del positivismo en nuestro país hizo que se comenzara a considerar la implementación de la materia como fisiología cerebral, ya que de esa forma concebía Comte a la Psicología (Patlán, 2005); pero a pesar de esta controversia, Chávez defendió sus ideas, argumentando que la Psicología podría implementarse en diferentes áreas, además de considerarla como algo indispensable para la realización de la educación intelectual y moral de los alumnos; proponiendo el nombre de “Psicología Experimental” para darle un carácter científico, y permitir estudiar los fenómenos mentales (Patlán, 2005).

Este tipo de disputas hizo que la Psicología en México se caracterizara por la búsqueda de su identidad a principios del siglo XX; por lo que en los primeros años de éste siglo se comenzaron a publicar algunas obras acerca de la Psicología, como la escrita por Aragón en 1902 titulada "La Psicología" (Harrsh (2005). Siendo el año de 1910 una fecha importante para la Psicología, ya que ante la inauguración de la UNAM, se creó en su interior la Escuela Nacional de Altos Estudios, hoy en día la Facultad de Filosofía y Letras, en donde ya se impartía la Psicología como una materia, pero a nivel superior; siendo dentro del mismo lugar, pero en 1916, que el doctor Aragón fundó el primer laboratorio de Psicología Experimental, el cual permitió llevar a cabo investigaciones que se derivaban de la Psicología (Harrsh, 2005).

A pesar de que se comenzaba a impartir la Psicología como materia e incluso se creó la maestría de ésta disciplina, apenas se estaba consolidando en México. Por tal motivo, no existe la información suficiente en la cual se pueda dar una fecha exacta en la que se comenzaron a ver indicios de la Psicología Clínica; sin embargo, considero

importante mencionar la institucionalización oficial en 1919 de los enfermos en el Manicomio General "La Castañeda", pues el director general, el doctor José Meza Gutiérrez, utilizaba métodos psicológicos para establecer el diagnóstico, según menciona Harrsh (2005); lo cual nos deja ver que a pesar de que aún no se profesionalizaba la Psicología Clínica en nuestro país, algunos psiquiatras implementaban elementos psicoanalíticos para el diagnóstico.

Como puede verse, el desarrollo de la Psicología en México a principios del siglo XX tenía influencia del positivismo Europeo, en donde se le daba un gran peso a la parte científica y sus aplicaciones estaban basados en corrientes desarrolladas en dicho continente; siendo a mitades del siglo XX, que el ámbito de la Psicología en América Latina recibió influencia de las corrientes de pensamientos europeos y estadounidenses gracias a las traducciones en México y Buenos Aires de diversas obras de la disciplina; así fue como se dieron a conocer los sistemas psicológicos contemporáneos de la gestalt, el psicoanálisis, el conductismo y la fenomenología (Harrsh, 2005). Sin embargo, no es sino hasta el decenio de 1960-1969 que la influencia estadounidense comenzó a desplazar de forma gradual a la europea, identificándose tres enfoques relevantes en la Psicología en México: el primero de ellos es el transcultural, el cual coincide con la fundación de la licenciatura en Psicología en 1959 en la Universidad Nacional Autónoma de México, vinculado con los psicólogos de la Universidad de Texas en Austin, y alrededor de la figura de Rogelio Díaz Guerrero (Sánchez, 2008).

En lo que respecta al segundo enfoque, el psiquiátrico-psicométrico, cabe resaltar que se le considera como el más antiguo de la Psicología mexicana, debido a que está vinculado de forma directa con las tendencias predominantes en el periodo de formación mencionado con anterioridad (la década de los sesenta). Pues los científicos que trabajaban en ese campo eran normalmente los colaboradores de psiquiatras, dedicándose al trabajo de problemas como el alcoholismo, adicciones, enfermedades mentales y temas relativos al desarrollo de pruebas y escalas de uso clínico (Sánchez, 2008). Todo esto generó una confusión de identidad profesional del psicólogo clínico, pues para ese entonces se le consideraba como un subprofesional, debido a que sólo se dedicaba a diagnosticar por

medio de pruebas psicométricas y proyectivas; situación que también sucedió en Europa y Estados Unidos (Harrsh, 2005).

Es en éste periodo en el que el psicoanálisis tuvo un gran impacto en nuestro país, incluso se invitó a Erich Fromm a impartir cursos de Psicoanálisis en la escuela de Medicina, ya que éste sólo podía ser estudiado por médicos quienes en un inicio se desempeñaban en el aspecto clínico. Sin embargo, Harrsh (2005) menciona que para 1959 la Psicología se comenzó a enseñar como una disciplina autónoma en el país, lo cual significó un paso más hacia su reconocimiento como profesión; siendo el conductismo el tercer enfoque relevante en nuestro país, el cual surge a finales del decenio 1960-1969, alrededor de la figura de Emilio Ribes, quien señalaba que la única postura científica dentro de la psicología moderna la conforma el enfoque metodológico derivado de la corriente estímulo-respuesta (Sánchez, 2008).

Como puede verse, el desarrollo de la Psicología Clínica en México tuvo un proceso en el que se vieron influenciados una variedad de corrientes teóricas, mismas que fueron moldeando con el pasar de los años a este campo como una profesión y no sólo como una materia o un auxiliar del psiquiatra; si bien no existe mucha información acerca de la Psicología Clínica en México, considero elemental mencionar que, a partir del contexto que se da en los textos retomados, se puede ver que la forma en que se fueron reconociendo las funciones del psicólogo clínico en México más allá del diagnóstico, se vio influenciada por los acontecimientos del extranjero, pues la Segunda Guerra Mundial fue un evento de gran importancia; y es gracias al contacto con materiales de psicólogos extranjeros, que fue como se pudo lograr un cambio radical de ésta rama de la Psicología en nuestro país.

CAPÍTULO II. LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

2.1 ¿Qué es y cuál es el origen de la terapia Cognitivo Conductual?

El crecimiento del enfoque cognitivo conductual se inició a partir de la década de los sesenta, y el desarrollo de sus técnicas se hace presente debido a la necesidad clínica de enfrentar las problemáticas que presentaban las personas. Este enfoque tuvo dos líneas de teorización e investigación que han contribuido a su surgimiento. Linn y Garske (1988) mencionan que una de las líneas se deriva de los esfuerzos de los teóricos cognitivos semánticos como Kelly, Ellis y Beck; mientras que la segunda línea se deriva de la adecuación de los procedimientos de la terapia de conducta basada en la teoría del aprendizaje, y como ejemplo podemos tomar a Bandura, Rotter y Meichenbaum.

Ambas líneas son importantes para el surgimiento del enfoque cognitivo conductual, por lo que haré una mención general de lo que constituye cada una de ellas. En lo que respecta a las terapias cognitivas semánticas, el modo principal de acción es modificar los patrones erróneos de pensamiento del usuario y las premisas, asunciones y actitudes subyacentes a estas cogniciones (Semerari, 2002). Por su parte, Linn y Garske (1988) mencionan que el foco de las terapias cognitivas semánticas está en el contenido ideacional envuelto en "el síntoma". Por lo tanto, los terapeutas intentan familiarizarse con el contenido del pensamiento, los estilos de pensamiento, los sentimientos y las conductas de los usuarios; eso con el fin de entender su interrelación. Por ende, el enfoque está orientado fenomenológicamente ya que el terapeuta intenta ver el mundo a través de los ojos del usuario.

Semerari (2002) considera que normalmente se les conoce a Beck y a Ellis como los fundadores del cognitivismo clínico, y el trabajo que ellos realizaron fue una reacción a la crisis de la teoría clínica psicoanalítica, pues se consideraba que sus conceptos eran erróneos y mal definidos. Si bien los trabajos realizados por ambos se llevaron a cabo de forma independiente, sus bases filosóficas se remontan a escuelas de pensamiento antiguas; e incluso Rodríguez y Vetere (2011) mencionan que el estoicismo griego influyó en las conceptualizaciones empleadas; siendo más específica, Epicteto proclamaba que no eran los hechos objetivos los que perturbaban la dinámica del alma, sino la interpretación que

cada hombre hacía de éstos. De la idea anterior se puede rescatar que tanto Ellis como Beck tenían presente que no existía una realidad única, verdadera u objetiva; por el contrario, postularon que dicha realidad es una construcción de cada ser humano.

Mientras tanto, el aprendizaje social considera que la forma en que los individuos evalúan las situaciones, fijan expectativas, establecen pautas internas, recuerdan selectivamente los eventos y ponen en acción rutinas de solución de problemas se debe a que gran parte del aprendizaje humano es mediado cognitivamente, y en vez de responder a las consecuencias ambientales, las personas responden principalmente a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales (Linn y Garske, 1988). Como su nombre lo indica, esta teoría destaca la idea de que gran parte del aprendizaje humano se da en el medio social; pues al observar a otros la gente adquiere reglas, habilidades, estrategias, creencias y actitudes. Schunk (1997) menciona que una característica singular de la teoría del aprendizaje cognoscitivo social es el papel central que le otorga a las funciones de autorregulación.; con esto se refiere a que la gente no sólo se comporta para complacer las preferencias de los demás, esto debido a que gran parte de su conducta está motivada y regulada por normas internas y por las relaciones valorativas de sus propios actos, ya que se han adoptado normas personales.

Esta teoría fue propuesta por Albert Bandura, quien además de lo mencionado con anterioridad, también toma en cuenta que este tipo de aprendizaje se puede llevar a cabo observando a un modelo o recibiendo instrucciones, sin necesidad de que el sujeto lo experimente directamente y sin recibir algún tipo de reforzamiento; poniendo en tela de juicio el condicionamiento clásico u operante. Llegó a esta conclusión después de un experimento, en el que puso a tres grupos de niños de educación preescolar a ver una película, en la que un adulto le pedía a un muñeco que le abriera el paso, y al no obtener respuesta alguna respondió de forma agresiva con el muñeco, golpeándolo en diversos puntos; si bien existieron tres finales para cada película, luego de ser llevados a jugar en las condiciones en las que las escenas de la película se realizaron, los niños tuvieron el mismo comportamiento del adulto según las consecuencias del final: ser recompensado, castigado o no haber obtenido reforzamiento o castigo alguno (Morris y Maisto, 2001).

Ahora bien, en lo que respecta a la terapia cognitivo conductual es importante tomar en cuenta que, a diferencia de las dos teorías anteriores, intenta integrar los puntos de interés de ambas escuelas; enfatizando la relación interactiva de cinco elementos: el ambiente, el organismo, la conducta, la cognición y el proceso afectivo (Landa, Valadez, Rodríguez, Trujano, Salinas, Velasco y Ángeles; 2013). Farré y Fullana (2005) consideran que uno de los elementos claves de la terapia cognitivo conductual es su compromiso con el método científico, lo cual implica operacionalizar sus conceptos teóricos, métodos terapéuticos y evaluar empíricamente.

2.2 Fases que sigue una terapia Cognitivo Conductual.

Farré y Fullana (2005) mencionan que la terapia cognitivo conductual es un proceso secuencial de aprendizaje de ciertas habilidades, en el que el terapeuta le ayuda al usuario a identificar y modificar aquellas cogniciones y conductas que están siendo disfuncionales para él. Además, consideran que este proceso habitualmente sigue tres pasos: evaluación, educación sobre el "problema" y aplicación de técnicas específicas; sin embargo, Gavino (2009) también incluye un seguimiento.

Con respecto a estos últimos puntos, me parece prudente desarrollar lo que implica cada uno de ellos; pues si bien, la función de todo psicólogo es evaluar y aplicar las técnicas psicológicas en el medio en el que se desarrolla, el psicólogo clínico que se desempeña bajo el enfoque cognitivo conductual lo aplica siguiendo un lineamiento. Gavino (2009) considera que para poder llevar a cabo la evaluación, es necesario que el terapeuta tenga en cuenta qué datos son los que necesita recabar, y para esto debe cuestionarse de qué material dispone, la información que debe obtener y cómo la obtendrá; pues a partir de esto debe cubrir datos generales de la vida del sujeto en las diversas áreas de su vida (personal, afectiva, profesional y social).

Esta autora menciona que el terapeuta puede apoyarse de instrumentos de evaluación los cuales pueden ser entrevistas y suelen ser el primer contacto que permite recoger datos generales que pueden servir posteriormente para ir profundizando en los temas relevantes: autoinformes, registros, pruebas psicométricas o proyectivas. Sin embargo, para elegir cuáles serán los instrumentos de los que se apoyará, el terapeuta debe

tomar en cuenta qué información requiere, con qué instrumentos cuenta y cuáles se adaptan a las características del usuario.

Ahora bien, Farré y Fullana (2005) mencionan que el paso siguiente a la evaluación es la educación sobre el problema; sin embargo, detrás de todo eso hay una serie de pasos que el terapeuta cognitivo conductual debería emplear para poder explicar al usuario el origen de su "problema" y cómo es que influye en su sentir, pensar y comportamiento. Gavino (2009) considera que una vez que se han recabado los datos que el psicólogo considera suficientes, el siguiente paso es organizarlos; para ello se puede utilizar el cuadro secuencial integrativo propuesto por Fernández-Ballesteros, el cual toma en cuenta estímulos que provocan en el presente las respuestas de las personas y termina con las consecuencias que tales conductas producen en el medio ambiente.

Aragón y Silva (2002) consideran que lo enriquecedor de este modelo es que integra tanto aspectos cognitivos como conductuales, por lo que es una forma sencilla de poder explicar elementos que influyen en el problema del usuario, además de identificar si se tiene la información necesaria o se debe indagar en lo que respecta a algún área en específico. Ya teniendo la información necesaria, Gavino (2009) considera elemental hacer un análisis funcional, el cual permitirá encontrar sobre qué variables podrá realizarse la intervención o el tratamiento; al identificarse las variables que se relacionan sistemáticamente con las conductas y patrones de conducta indicados como quejas o demandas del usuario, y si se modifican esas variables se espera que haya una modificación en los comportamientos que se consideran problemáticos.

Una vez realizado el análisis funcional, es importante establecer los objetivos a conseguir. Para establecerlos hay que tomar en cuenta cómo es que deseamos que el sujeto se encuentre al finalizar el tratamiento, es decir, el estado que se desea alcanzar. Dichos objetivos se van a estructurar colocando en ellos conductas que queremos que el usuario adquiera y van a servir de guía para el terapeuta. Se va a elaborar el objetivo general, el cual va servir para dar por terminado el tratamiento una vez que se ha concluido; y los objetivos específicos, cuya consecución permite llegar al objetivo final y los cuales están compuestos de las variables en las que se aplica directamente el tratamiento (Gavino, 2009).

Una vez llevado a cabo lo anterior, se le explican al usuario los factores que están influyendo en su conducta y cómo es que esto se puede modificar a partir de un tratamiento personalizado. Para poder elegir el tratamiento adecuado para el usuario, Gavino (2009) menciona que es importante tener en cuenta qué conductas hay que tratar y en qué orden, además de eso hay que traducir lo mencionado por el usuario a términos teóricos, pues el tratamiento va a estar relacionado con la forma en que el terapeuta conciba el problema. A partir de esa concepción teórica, se van a elegir la o las técnicas que tengan como finalidad implantar o eliminar la variable objeto de la intervención.

En lo que respecta a la evaluación de los avances que ha tenido el usuario para dar por cumplido un objetivo, Gavino (2009) menciona que esta se lleva a cabo sesión a sesión a partir de la recogida de contenido, e incluso nos permite darnos cuenta de alguna variable que esté interviniendo de manera positiva o negativa en el tratamiento. Y una vez se le ha dado de alta, se lleva a cabo un seguimiento, en el cual se hacen contactos esporádicos del terapeuta con el usuario durante cierto tiempo, esto con el fin de corroborar si los resultados del tratamiento se mantienen, han mejorado o hay recaídas.

Labrador y Muñoz (1998) consideran que el seguimiento es una evaluación que se debe llevar a cabo después de algunos meses. Ambos mencionan que sería considerable que el primer seguimiento se llevase a cabo después de los tres meses de que la terapia haya concluido, seis meses para un segundo control y un año para un último control clínico. Dichos controles pueden llevarse a cabo a través de breves entrevistas (telefónicas o presenciales) en las que se investiga el estado general del sujeto, haciendo especial hincapié en aquellos indicadores más destacados de la razón por la que asistió a terapia. Estos autores toman en cuenta que en algunos casos, estos seguimientos pueden traer consigo la necesidad de sesiones de reaprendizaje o de superación de problemas puntuales o posibles recaídas.

Por último, considero importante mencionar que este tipo de terapia es una forma de tratamiento breve, a diferencia del psicoanálisis, pues según los estudios que se han realizado el tratamiento suele consistir en aproximadamente 15 o 20 sesiones, es decir, un periodo de tiempo inferior a seis meses (Farré y Fullana, 2005). Otros autores como Wright (2004) también reconocen la eficacia de esta corriente terapéutica, pues en uno de sus

artículos publicados en la revista inglesa "American Psychiatric" mencionan que actualmente la terapia cognitiva conductual ha sido reconocida debido a que en las investigaciones se ha demostrado que es altamente eficaz.

2.3 ¿Cómo es que trabaja un psicólogo Cognitivo Conductual durante la intervención?

Como ya se mencionó en el apartado anterior, la intervención o tratamiento que se lleve a cabo con el usuario va a estar relacionado con la forma en que el terapeuta conciba el problema. Para esto, el psicólogo se debe de preguntar ¿qué conductas hay que tratar para que desaparezcan las quejas y se alcancen las demandas?; además de esto, es importante considerar el orden en que se trabajarán las conductas e identificar las variables en las que es conveniente intervenir. Gavino (2009) considera que para poder darle respuesta a esas preguntas, es importante recurrir a los conocimientos teóricos que tenemos acerca de esas conductas y transformar el contenido de las conductas del caso concreto a términos teóricos, esto con la intención de seleccionar la técnica adecuada.

Una vez que se ha realizado lo mencionado previamente, es importante saber en qué debe consistir el tratamiento; sin embargo, para poder conocer el desarrollo de éste, es necesario realizar más preguntas que nos permitan operativizar la intervención como psicólogos. La pregunta que guiará el tratamiento, según Gavino (2009), es “¿Sobre qué conducta hay que intervenir?”, pues hay que tener presente que existen una o más variables sobre las que debe de intervenir, ya que la modificación de dichas variables producirá un efecto en las conductas (variables dependientes) que dependan de ellas. Cuando se tengan en claro las variables que determinan la conducta-problema y la información teórica acerca de esas variables, se pueden prever las consecuencias de su modificación y las características que hay que contemplar al momento de intervenir.

Ahora bien, tampoco hay que dejar de lado que la hipótesis de la evaluación contempla también la del tratamiento, ya que saber qué le pasa al sujeto en cuestión permite establecer objetivos terapéuticos y estrategias de intervención; por lo que se pueden seleccionar de forma adecuada las técnicas a emplear con el usuario. Gavino (2009) menciona que para elegir las técnicas podemos empezar por cuestionarnos “¿Qué técnicas tienen como finalidad implantar o eliminar la variable objeto de intervención?”; esto nos

ayuda, debido a que acudimos a determinada técnica ya que cada una tiene como objetivo una variable (como la ansiedad, pensamientos disfuncionales, conductas disruptivas, entre otras).

Una vez que se tengan contempladas las técnicas que podrían ser empleadas con el usuario, es importante cuestionarse “De todas estas técnicas, ¿cuál es la más adecuada para este caso?”; para poder responder, se sugiere ordenar las técnicas terapéuticas y enumerar las características de cada una. Algunas de esas características pueden ser comunes en todas ellas, mientras que otras son particulares o propias de determinada técnica; esto es importante, ya que se elegirá aquella que, por las características del caso, resulte pertinente (Gavino, 2009).

Además de lo mencionado, también considero importante el conocimiento de la aplicación de la técnica, contemplando el cómo, los pasos a seguir en las sesiones, inconvenientes que pueden surgir en cada uno de los pasos, y aspectos que deben realizarse de forma previa a la implementación de la técnica. Por lo que en los siguientes apartados desarrollaré elementos de algunas de las técnicas que se emplean en la terapia cognitivo conductual.

2.4 Terapia Racional-Emotivo-Conductual.

Soria y Olivera (2013) mencionan que la Terapia Racional-Emotivo-Conductual (TREC) fue desarrollada por Albert Ellis en 1957, quien parte de la suposición básica de que lo que un individuo se dice a sí mismo, influye en la forma en que se siente y se comporta; es decir, que las cogniciones, emociones y conductas no se experimentan de forma aislada, por el contrario, están interrelacionadas. La manera como los individuos perciben los hechos, va a interactuar con sus emociones y conductas; las cuales se producen gracias a las creencias que tienen de su interpretación de la realidad.

Estas autoras resaltan que una de las contribuciones importantes de esta técnica en la terapia es la distinción entre creencias racionales e irracionales; pues su objetivo es ayudar al usuario a identificar sus pensamientos “irracionales” y reemplazarlos por otros “racionales”, que le permitan alcanzar sus metas y establecer mejores relaciones interpersonales. Si las interpretaciones o creencias de los individuos son ilógicas, poco

empíricas y dificultan el logro de las metas, reciben el nombre de “irracionales”, lo cual no significa que las personas no razonen, más bien que lo hacen mal y llegan a conclusiones que son erróneas. Por otra parte, si las interpretaciones o inferencias están basadas en datos empíricos y en una secuencia lógica entre premisas y conclusiones, las creencias son racionales. En lo que respecta a las creencias racionales, Soria y Olivera (2013) mencionan que son útiles para que los individuos puedan lograr sus metas; mientras que las irracionales son de naturaleza más dogmática y absolutista, por lo que pueden impedir o evitar que las personas consigan lo que quieren. Por tal motivo, las creencias racionales tienen menos efectos negativos que las irracionales.

Con base en lo anterior, queda claro que la Terapia Racional-Emotivo- Conductual está dirigida a modificar la forma de pensar de los usuarios, la forma en que interpretan su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que tienen sobre sí mismos, sobre otras personas y sobre el mundo en general. Pero para ello, cabe agregar que es necesario que el terapeuta ayude a la persona a reconocer y describir sus sentimientos, a reconocer sus conductas auto castigadoras, además de señalar los acontecimientos activadores; pues a partir de lo anterior, se debatirán con los usuarios las creencias activadoras de sus sentimientos y conductas que están causando problemas.

Dentro de la Terapia Racional-Emotivo-Conductual, Ellis desarrolló el modelo ABC. La letra A representa el acontecimiento activador, un suceso real y externo que se le presenta al individuo, quien lo interpreta desarrollando una serie de creencias sobre el mismo; siendo el elemento B la cadena de pensamientos (auto verbalizaciones) que la persona utiliza como respuesta al elemento A. A partir de esas creencias se desarrolla C, que es la consecuencia emocional y/o conductual del individuo, es decir, es el resultado de la interpretación que hace de A. Soria y Olivera (2013) mencionan que Ellis refiere que C no es una consecuencia directa de A, sino de B, ya que dependiendo de la interpretación B que haga el individuo del evento A, experimentará dichas consecuencias.

Ahora bien, hablando específicamente de los acontecimientos activantes (A) es importante que, cuando un usuario describa un acontecimiento perturbador en su vida, el terapeuta considere que dicho suceso tiene tres elementos: 1) qué sucedió; 2) cómo percibió el usuario lo que sucedió; y 3) cómo evaluó lo que sucedió. Esto ya que los primeros dos

elementos son aspectos de A, el acontecimiento activante, mientras que el último hace referencia al sistema de creencias del usuario. La Terapia Racional-Emotivo-Conductual hace distinción entre la realidad objetiva y la percibida; siendo la última la que el usuario describe como supuestamente cree que es, mientras que la objetiva hace referencia al consenso social de lo que sucedió (Soria y Olivera, 2013).

En lo que respecta a las creencias (B), Soria y Olivera (2013) mencionan que para poder discriminar las creencias irracionales se buscan los “debería” y los “tendría que”, ya que son consideradas palabras clave que pueden ser indicios de una filosofía absolutista; dándose la definición problemática de dichas palabras cuando representan un imperativo. Por último, se encuentran las consecuencias (C), siendo normalmente las consecuencias emocionales las que hacen que el usuario busque ayuda psicológica; por lo que es importante detectar las emociones que sirven como ayuda para la persona y las que son dañinas.

2.4.1 Procedimiento de la técnica.

La Terapia Racional-Emotivo-Conductual se lleva a cabo por medio de las siguientes fases (Soria y Olivera, 2013):

Presentación al usuario de la filosofía de la TREC:

Antes de llevar a cabo el tratamiento, el terapeuta debe informar al usuario de los supuestos que explican el origen y el mantenimiento de su problema, haciendo énfasis en el papel que juegan los pensamientos irracionales. Es recomendable enseñar el modelo ABC a la persona, con el fin de ayudarlo a comprender su esquema conceptual. Esta fase tiene como objetivo persuadir al usuario de entender que los acontecimientos externos contribuyen a originar los sentimientos negativos, pero que estos no son la causa directa de ellos, en cambio, el factor que contribuye a su problema son las ideas irracionales que tiene.

Identificación de los pensamientos irracionales:

Durante esta fase se lleva a cabo un entrenamiento en discriminación, observación sistemática y evaluación lógico-empírica de las autodeclaraciones del usuario. Esto se puede llevar a cabo por medio de dos procedimientos: a) se le ayuda al usuario a identificar

sus “debería” o sus “tiene que ser”, mismos que experimenta ante un acontecimiento externo activador y que generan su problema al convertir sus deseos en necesidades, y sus preferencias en exigencias; b) se ayuda al usuario a reconocer la existencia de cualquiera de las creencias irracionales que esté influyendo en sus conductas y sentimientos. Para complementar este último procedimiento, Bados y García (2010) mencionan que el terapeuta orienta al usuario para que reconozca que los pensamientos que tiene son sólo hipótesis y no son hechos; para ello, el terapeuta pone distintos ejemplos respecto a situaciones que no tienen relación con los problemas del usuario, ya posteriormente, usa ejemplos con situaciones que sí tienen relación con sus problemas.

Discusión:

Es necesario persuadir de forma didáctica al usuario acerca de la irracionalidad de sus creencias, modelando sistemas de creencias adecuados y reforzando los cambios observados. Por tal motivo, habrá que debatir las irracionalidades enseñando a distinguir entre pensamiento lógico e ilógico. Bados y García (2010) mencionan que durante esta fase el usuario trabaja junto con el terapeuta para recoger datos que indiquen si sus cogniciones son válidas. En caso de que las cogniciones sean disfuncionales para el usuario, pueden ser cuestionadas de manera verbal, mediante el análisis lógico de la información basada en experiencias previas; para lograr que el usuario especifique sus pensamientos, se pueden realizar preguntas como: ¿Qué quiere usted decir con...? ¿En qué consiste...? ¿Qué pasaría si...? ¿Qué es lo peor que cree que pueda suceder si...?

Soria y Olivera (2013) mencionan que el enfoque didáctico se puede llevar a cabo con el usuario, enseñándole de forma directa las alternativas racionales al pensamiento. Sin embargo, también se puede emplear el diálogo socrático, en el cual el terapeuta desafía los pensamientos irracionales del usuario, esto por medio de preguntas enfocadas hacia su carencia de funcionalidad, falta de lógica e inconsistencia empírica. Esto permite que el usuario se autocuestione, volviéndose más crítico ante sus pensamientos y reflexionando sobre ellos, de tal forma que llegue a evaluarlos y los ponga a prueba (Bados y García, 2010).

2.4.2 Perfil del terapeuta.

Para poder aplicar la Terapia Racional-Emotivo-Conductual, se requiere que el terapeuta tenga ciertas características o habilidades. Para ello, se mencionarán de forma breve los requisitos necesarios:

- Activo-directivo. Esto ayuda al usuario a identificar sus creencias irracionales al momento de llevar a cabo la fase de la discusión. Aunque de igual forma, puede ser funcional a la hora del establecimiento de las tareas, demandando con firmeza su cumplimiento como parte necesaria del proceso terapéutico (Mahoney y Amkoff, 1978).
- Linn y Garske (1988) consideran que el terapeuta debe tener la capacidad de reconocer, clasificar con exactitud, almacenar y recuperar experiencias de la vida del usuario que contradicen las concepciones erróneas acerca del sí mismo; esto con el fin de ayudarlo al usuario a identificarlas por él mismo.
- Didáctico. Mahoney y Amkoff (1978) consideran que el terapeuta debe de contar con esta habilidad, con el fin de que utilice elementos como ejemplos de la vida cotidiana del usuario, libros, películas o cualquier otro elemento, que le permita a la persona comprender el modelo ABC. Por tal motivo, el lenguaje debe ser sencillo y claro.

2.4.3 Perfil del usuario.

Es importante tener en cuenta que no todas las personas son candidatas para trabajar con esta técnica, por lo cual el usuario debe de cumplir con un perfil; mismo que deduje a partir de la información recabada:

- La persona candidata a la técnica es aquella que al hablar se expresa con “debería de”, “tengo que”, o que convierte algún deseo o preferencia en una necesidad, misma que le está causando problemas emocionales y/o conductuales.
- Si bien, existen algunos pensamientos o creencias de algunos usuarios que pueden estar influyendo negativamente en ellos, es importante que dichos pensamientos estén basados en algo que no es empírico, de lo contrario, deberá de emplearse otra técnica.

- Es necesario que el usuario pueda llevar a cabo introspecciones, con el fin de que identifique los pensamientos que están influyendo en el aspecto “C” del modelo ABC de Ellis. Por lo que es importante que el terapeuta desarrolle o mantenga esa habilidad en la persona.

2.4.4 Casos en los que se puede aplicar.

Soria y Olivera (2013) hacen mención de algunos casos en los que se puede aplicar esta técnica, los cuales son las siguientes:

- Trastornos de ansiedad.
- Disfunciones sexuales.
- Problemas de pareja.
- Problemas familiares.
- Impulsividad.
- Agresividad.
- Depresión.

2.5 Entrenamiento Asertivo.

La asertividad fue descrita inicialmente en los trabajos de Salter en 1949, quien establece las bases para su posterior desarrollo en la teoría y práctica. Ésta es definida por él, como la vinculación con la capacidad del individuo para expresar sus emociones; mientras que la falta de asertividad está relacionada con la inhibición para la expresión de las mismas. Para Salter, la asertividad era un rasgo de la personalidad, es decir, consideraba que siempre debía encontrarse en la personas con un nivel fijo a lo largo de la vida; sin embargo, más tarde Wolpe la define como la expresión apropiada de derechos y sentimientos personales, identificando que cualquier persona podría ser asertivo en ciertas situaciones e ineficaz en otras, dejando de lado la idea de que sea un rasgo de la personalidad, considerándolo como algo que puede desarrollarse. Con base en esto, lo que se trata desde la óptica de la

asertividad es aumentar el número y diversidad de situaciones en las cuales pueda desarrollarse una conducta asertiva en las personas (Saldívar, 1994).

Saldívar (1994) menciona que los aportes ofrecidos por Wolpe permitieron que el tema de asertividad fuera de gran interés para autores como McFall, Maeston, Alberti y Lazarus; lo que permitió el desarrollo de un área en la Psicología y psicoterapia dirigida al estudio de la asertividad. Con el auge que obtiene la asertividad; es aproximadamente en la segunda mitad de los años sesenta, que aparece el entrenamiento asertivo, propuesto como una técnica de la terapia de conducta por parte de Lazarus, quien define la asertividad como un hábito de libertad emocional que conlleva la capacidad para proporcionar información respecto de uno mismo de forma madura y honesta.

Como puede observarse, existen diversas definiciones acerca de la asertividad, sin embargo, estas denotan puntos en común como es la expresión de sentimientos, defensa de derechos personales, y expresión de lo que uno experimenta, sin herir a los demás. Hernández y De la Cruz (2007) proponen una definición, en la cual se intenta englobar los diversos aspectos que existen en las definiciones que he mencionado anteriormente:

“Comportamiento de los individuos con la capacidad de expresar de manera directa, tanto sus opiniones como sus sentimientos en situaciones interpersonales, en donde se involucran declaración de derechos personales, sin violar los derechos de otros individuos.” (p.209).

Estos mismos autores afirman que el entrenamiento asertivo fue desarrollado en el marco de la terapia cognitivo conductual, el cual está dirigido a mejorar el ámbito de las relaciones sociales, a partir de procedimientos que buscan incrementar conductas interpersonales que conllevan una expresión honesta de los sentimientos de forma funcional para la persona, sin experimentar niveles altos de ansiedad. Por lo que las posibilidades de conductas asertivas incluyen toda la variedad de situaciones en las cuales se pueda recurrir a expresar una opinión, emoción, rechazar una propuesta, expresar enojo o afecto. Puede ubicarse a una conducta asertiva cuando son defendidos los derechos propios, sin violar los ajenos, o aceptar un cumplimiento sin sentirse incómodo (Naranjo, 2004).

2.5.1 Procedimiento de la técnica.

El entrenamiento asertivo puede llevarse a cabo de acuerdo a las siguientes fases, según Naranjo (2004):

Identificación de situaciones.

En esta fase se identificarán aquellas situaciones en las que el usuario necesite ser asertivo para poder estructurar escenas lo más exactas posibles. Para llevar a cabo esto, es importante darle a conocer al usuario los tres estilos básicos de comunicación: El estilo agresivo, el estilo pasivo y el estilo asertivo; posterior a esto, se le pedirá identificar las situaciones en las que tiene problemas de asertividad, lo cual nos va a permitir un mayor conocimiento acerca de la persona y será el punto de partida para el entrenamiento, pues no todas las personas parten del mismo nivel, y el tratamiento deberá ser adecuado para cada caso.

Para facilitar en la persona la identificación de las situaciones, el terapeuta le va a pedir que responda a las preguntas ¿Quién? ¿Cuándo? ¿Qué? y ¿Cómo intervengo? Es preferible que estas preguntas se realicen en una hoja de papel, ya que esto permitirá identificar cuál es el factor o factores que están influyendo en su nula asertividad.

Entrenamiento en asertividad:

Existen diversas técnicas conductuales que se pueden llevar a cabo para entrenar a una persona, mismas que se van a elegir de acuerdo al usuario. Hay una coincidencia entre lo mencionado por Delgado (1983) y Wolpe (1993), quienes señalan que existen diversos diseños de tratamiento, pero por lo general todos combinan el ensayo conductual, modelaje, retroalimentación y reforzamiento. A continuación se mencionarán dichas técnicas:

- **Ensayo conductual:** Es utilizado en tratamientos para desarrollar habilidades sociales. Implica la práctica de nuevos patrones de respuesta con el fin de incorporarlos al repertorio conductual para limitar o intensificar la ocurrencia de una conducta que ya se posee. Para ello se representan escenas de la vida del

usuario con ayuda del terapeuta, quien inicia haciendo un comentario al cual el usuario deberá replicar como si estuviese en la situación real. Al inicio responderá de manera tímida, defensiva y temerosa, por lo cual el terapeuta deberá sugerirle una respuesta más apropiada; para ensayar esto se vuelve a actuar la situación, tomando en cuenta además el volumen, firmeza, expresividad, contacto ocular y el lenguaje no verbal.

- **Modelamiento:** Una vez detectadas y precisadas las áreas con déficit el terapeuta, valiéndose del modelaje, instruirá al usuario para corregirlo y actuar adecuadamente; ofreciendo un modelo del cual pueda copiar conductas (en este caso, el modelo sería el terapeuta), mismas que al ensayarlas de manera sistemática y repitiéndolas en diversos contextos, deberá incorporar a su repertorio.
- **Retroalimentación y reforzamiento:** Se le brinda al usuario retroalimentación positiva acerca de su propio proceso de cambio, es decir, se resalta aquello de su ejecución que muestra progreso. Se deberá evitar realizar críticas, sin embargo se le puede alentar con frases de estímulo como: “vas en camino de lograrlo, pero creo que deberías cuidar más el movimiento de tus manos, úsalas con mayor naturalidad para no demostrar angustia”. En cuanto al reforzamiento, es importante dar al usuario reforzamientos sociales cada que lleve a cabo una conducta asertiva con el fin de mantenerla.
- **Tareas:** Naranjo (2004) sugiere asignar ejercicios relacionados con el déficit de conducta del usuario para que los realice entre las sesiones. Estos ejercicios deben ser ajustados a las habilidades y disposición de cada usuario. Entre estas tareas se pueden incluir la realización de un guión, poner atención en aspectos para-lingüísticos al momento de comunicarse con los demás, y observar su comunicación no verbal.

2.5.2 Perfil del terapeuta.

- Debe poseer conocimiento acerca de conductas verbales que implican el tono de voz, la fluidez y saber seleccionar el momento apropiado para emitir las cosas. Esto con el fin de retroalimentar al usuario al realizar un ensayo conductual, o al llevar a cabo un modelamiento. Además de poseer las conductas no verbales, las cuales

consisten en los movimientos corporales, el contacto visual y la expresión facial (Valadez, 2002).

- El terapeuta debe ser capaz de discriminar entre la aserción, agresión y pasividad del carácter del usuario, haciéndoselo notar de forma verbal en cuanto lo identifique (Saldívar, 1994).
- El terapeuta debe de contar con las conductas que componen las habilidades sociales, con la finalidad de mejorar la asertividad en sus pacientes y mostrar congruencia al momento de expresarse. Usando el pronombre yo para responsabilizarse de los sentimientos, pensamientos y emociones que expresa (Saldívar, 1994).

2.5.3 Perfil del usuario.

Colina (s/a) menciona que Wolpe considera que la técnica de asertividad se debe utilizar con las personas que en contextos interpersonales tienen respuestas desadaptativas (ansiedad, miedo o rabia) que les impiden hacer o decir lo correcto y hacer lo apropiado. Normalmente este tipo de personas suelen adoptar una actitud agresiva o pasiva.

Perfil del usuario con conducta pasiva.

- Son personas que tienden a no expresar sus pensamientos, necesidades y sentimientos; cuando lo hacen, suelen expresarlos utilizando el plural en vez del singular “ nosotros pensamos" en vez de “Yo pienso".
- Tiende a valorar las necesidades, expectativas y derechos de los otros por encima de las propias.
- Tiende a ser dependiente y clama por consejos. Generalmente sus opiniones, ideología y creencias son impuestas por los demás.
- Por lo general, no se propone proyectos de vida importantes.
- Tiende a pedir disculpas con frecuencia, aunque no sea su culpa.

Perfil del usuario con conducta agresiva.

- Tiende a expresar lo que piensa y lo que siente, sin tomar en cuenta que puede herir los sentimientos de los demás.
- Suele ser dominante en sus relaciones amorosas, familiares, amistosas y laborales.
- No respeta diferentes opiniones, ideologías y creencias.
- Tiende a sentir más rabia que tristeza, ya que suele evaluar muchas situaciones como injustas hacia él; suele interpretar los errores y negativas ajenas como irrespeto y desamor.
- No suele ofrecer disculpas.

2.5.4 Casos a los que se puede aplicar.

- Ansiedad en situaciones interpersonales. Se considera que las respuestas de ansiedad y asertividad son incompatibles entre sí, por lo cual estas pueden condicionarse. Es importante que antes de la implementación del entrenamiento, sea evaluado el nivel de asertividad de la persona (Saldívar, 1994).
- Se puede emplear como parte del tratamiento en problemas de depresión, timidez, o autoestima (Saldívar, 1994).
- Este tipo de entrenamiento se llega a incluir como estrategias terapéuticas complementarias para personas alcohólicas, fumadores, consumidores de sustancias o manejo del estrés (Saldívar, 1994).
- En otros casos el entrenamiento en asertividad forma parte de las estrategias para el desarrollo de habilidades y competencias en el ámbito laboral (Saldívar, 1994).

2.6 La terapia cognitiva de Beck para la depresión.

Aaron T. Beck es considerado como el fundador de la teoría cognitiva sobre la depresión, además de proponer una intervención para la misma (Jervis y González, 2005). En un inicio practicó la terapia psicoanalista por muchos años y, como parte de sus estudios psicoanalíticos, examinaba el contenido de los sueños de sus pacientes deprimidos; fue a partir de esto que comenzó a notar que las personas con depresión tenían un sesgo negativo en sus pensamientos o interpretaciones, en lugar de “ira retroflectada” que era la forma en que Freud había teorizado la depresión (Corey, 2009).

Beck refiere que las personas con dificultades emocionales tienden a cometer “errores lógicos” característicos que inclinan la realidad objetiva hacia la auto despreciación (Corey, 2009). Es por ello que Jervis y González (2005) señalan que Beck va a conceptualizar la depresión como una consecuencia directa de la deformación del modo de pensar y razonar del sujeto; sin embargo, también toma en cuenta las reglas de inferencia empleadas para extraer conclusiones y las estructuras estables de significados que dirigen nuestros pensamientos y conductas.

Es a partir de esto último que Beck va a designar con el término “esquema cognitivo” a las estructuras que nos van a permitir codificar la información y darle un significado coherente a lo que percibimos, pues estos nos van a ayudar a construir nuestra realidad subjetiva; por lo que en caso de que la persona padezca de algún tipo de desorden psicológico o afectivo, los esquemas interpretativos van a distorsionar la forma en que percibimos los hechos, condicionando negativamente nuestros estados de ánimo y las estrategias con las que afrontamos las dificultades (Jervis y González, 2005).

Tomando en cuenta lo mencionado con anterioridad, considero importante señalar que en la terapia cognitiva de Beck, el terapeuta va a operar sobre la suposición de que la forma más directa de cambiar las emociones y los comportamientos disfuncionales es modificando el pensamiento inexacto y disfuncional para así poder alcanzar sus esquemas básicos, con la intención de introducir la idea que se va a reestructurar. Eso se hace por medio de la reunión de pruebas que apoyen o refuten las creencias del usuario (Corey, 2009).

2.6.1 Procedimiento de la técnica.

Méndez y Macía (1997) refieren que los pasos a seguir en esta terapia, según Aaron Beck, son los siguientes:

1. Formar al usuario con los principios de la terapia cognitiva: Este paso es importante, ya que el usuario necesita conocer los aspectos que conforman la técnica (esquema cognitivo, errores lógicos, pensamientos automáticos); todo esto explicado en un lenguaje que sea comprensible para él.

2. Enseñar al usuario a detectar los pensamientos automáticos y corroborar su relación con el estado de ánimo: Para poder llevar a cabo este paso, se le puede pedir a la persona que realice un auto registro en donde escriba su estado de ánimo, hecho y pensamiento de cada uno de los episodios más relevantes de la semana.
3. Conseguir, generalmente mediante la utilización de técnicas conductuales y cognitivas, una rápida remisión de la sintomatología depresiva, tanto a nivel conductual como cognitivo. En lo que respecta a las técnicas conductuales a utilizar, se seleccionarán las que indique el caso según el análisis funcional realizado; mientras que las técnicas cognitivas son: reatribución; búsqueda de alternativas y confrontación de la realidad.
4. Identificar las ideas o supuestos depresivos: En la mayoría de las ocasiones, estas cogniciones idiosincráticas de los depresivos son estereotipadas y su contenido gira en torno a temas recurrentes como “Soy un incompetente”, o “Nunca me sale nada bien”. Una vez que han sido identificadas, se le hacen saber al usuario para formular hipótesis entre los dos acerca de los supuestos que subyacen a estos temas; lo cual le ayudará a aprender a identificarlos (Beck, Rush y Shaw; 2005).
5. Modificar las ideas o los supuestos depresivos de los que parten los pensamientos automáticos y que son la causa principal de la depresión: Para poder llevar a cabo este paso, el terapeuta le pide al usuario que busque evidencias, normalmente a partir de experiencias recientes, a favor y en contra de cada uno de los supuestos y creencias que se identificaron. Sin embargo, el terapeuta también le puede pedir que intente aplicar sus supuestos a otras personas, con el fin de determinar si está aplicándose a sí mismo un conjunto especial de reglas que no aplicaría a los demás. Cabe resaltar que es importante que durante la discusión de las creencias del usuario, el terapeuta no se precipite en etiquetarlas como “obviamente ilógicas”, en cambio, es indicado que se muestre empático, objetivo y lógico (Beck, Rush y Shaw; 2005).

2.6.2 Perfil del terapeuta.

Si bien, se han presentado las generalidades de esta técnica, también es necesario contemplar que el terapeuta debe de contar con habilidades que le ayudarán a ejecutarla de forma eficaz. Entre estas se encuentran las siguientes:

- Beck le dio prioridad a la evaluación empática conjunta y modificación consensuada de los estilos de pensamiento por parte del terapeuta. A diferencia de otras técnicas, en las que se realizan disputas autoritarias e impositivas (Figuroa, 2002).
- Es necesario que el terapeuta que emplee esta técnica sea capaz de identificar las creencias centrales, intermedias y pensamientos del usuario; ya que le permitirá conocer el origen del motivo de consulta de la persona, pues a partir de esto podrá ayudar a transformarlas en creencias funcionales (Beck, Rush y Shaw; 2005).
- Otro elemento a rescatar, a partir de la revisión literaria, es que el terapeuta debe tener un conocimiento acerca de las técnicas cognitivas y conductuales; además de ser capaz de seleccionar la y/o las técnicas que acompañarán la técnica cognitiva, según el análisis funcional del caso (Beck, Rush y Shaw; 2005).

2.6.3 Perfil del usuario.

Jervis y González (2005) mencionan que la forma de pensar de la persona deprimida no está basada en una secuencia de razonamientos lógicos en donde los hechos van a constituir una parte fundamental del proceso, por el contrario, van a existir una serie de creencias y actitudes que van a ser activadas por esquemas disfuncionales, a través de los cuales se va a construir un discurso negativo que dará significado a cada situación. Ellos refieren que Polaino (1984) realizó un perfil de los usuarios con depresión, el cual es el siguiente:

- Errores sistemáticos del pensamiento: La persona depresiva va a mantener pensamientos pesimistas a pesar de la falta de evidencia para sustentarlos.
- Alteraciones en la temporalidad: La persona depresiva va a presentar una valoración pesimista del presente y una desoladora desesperanza respecto a su futuro.
- La persona depresiva va a presentar una memoria propensa a evocar recuerdos negativos y auto culpantes.
- Una persona que presente depresión, va a tener un humor negativo que se va a derivar del punto mencionado anteriormente, manifestándose en pasividad, apatía, dificultades en las relaciones interpersonales e incapacidad para obtener placer a través de actividades agradables; lo cual va a conducir a que tenga una percepción en la que la vida carece de sentido.

Complementando el perfil del usuario, considero importante mencionar que Méndez y Macía (1997) reconocen que los usuarios con depresión, vistos desde la perspectiva cognitivo conductual, tienen respuestas que se van a descomponer en los siguientes elementos:

- Sistema cognitivo: Sentimientos de tristeza, abatimiento, desánimo, apatía, pensamientos negativos sobre sí mismo (auto reproches, auto culpa), pensamientos negativos sobre las propias experiencias (soledad, derrotismo), pensamientos negativos sobre el futuro (muerte, suicidio), sobre generalizaciones, dificultades para recordar, entre otras.
- Sistema fisiológico: Sequedad de boca, disminución de la sudoración, estreñimiento, dolores de estómago, falta de apetito, amenorrea (en caso de ser mujer), insomnio, cefaleas, mareos, entre otros.
- Sistema motor: Déficit de conductas sociales (hablar, reír, alabar a un amigo) y de conductas positivas (leer, hacer deporte, escuchar música, ver televisión o realizar algún hobby); exceso de conductas de escape, evitación ante la estimulación aversiva (pedir ayuda, quejarse) y de conductas inusuales (estar acostado la mayor parte del tiempo, intentos de suicidio).

2.6.4 Casos en los que se puede aplicar.

Beck, Rush y Shaw (2005), a lo largo de su libro acerca de la terapia cognitiva de la depresión refieren de forma implícita, algunos de los elementos que se deben tomar en cuenta para poder aplicar la técnica. Si bien está dirigida hacia la depresión, existen casos en los que se puede implementar, tomando en cuenta que los elementos obtenidos del análisis funcional se relacionen con el perfil del usuario para esta técnica. Entre ellos se encuentran:

- Intentos de suicidio.
- Baja Autoestima.
- Duelo.
- Problemas en las relaciones interpersonales.

CAPÍTULO III. CLÍNICA INTEGRAL DE LA MUJER

3.1 La atención primaria y su relación con los Centros de Salud.

Antes de comenzar a explicar las generalidades de la Clínica Integral de la Mujer, considero importante mencionar aspectos que le competen a un Centro de Salud, esto con la intención de tener en cuenta hacia qué elementos están dirigidas sus atenciones. Zurro y Pérez (2003) definen un Centro de Salud Integral como “la estructura funcional y física en la que se desarrollan las actividades propias de la Atención Primaria de la salud, en los terrenos de la promoción, prevención, asistencia curativa y rehabilitación y reinserción social, así como el de la participación comunitaria” (p.49). Tomando en cuenta esta definición, los autores consideran que todo Centro de Salud debe tener una estructura funcional que esté acorde con sus características físicas y recursos, esto con el fin de que las actividades dentro de este lugar se puedan llevar a cabo de forma eficiente.

Teniendo en claro que este tipo de Centros se dedican únicamente a la atención primaria, es necesario marcar las diferencias que existen entre éstos y los hospitales generales, lugares en los que también está inmerso el psicólogo. Para ello, la Secretaría de Salud del Gobierno de Puebla (s/a) considera que los hospitales están enfocados en la consulta externa de especialidad, diagnóstico y tratamiento de especialidad con base en la demanda que tenga la población; todo esto con el fin de atender a pacientes que hayan sido valorados por servicios de menor complejidad como los Centros de Salud. Por lo que se puede decir que el Centro de Salud Integral es un puente que se conecta con lugares que cuentan con las herramientas necesarias para poder llevar a cabo servicios especializados y enfocados a una intervención más compleja.

Ahora bien, si los Centros Integrales están enfocados a la atención primaria, cabe cuestionarse ¿cómo fue que comenzó a existir una preocupación por la prevención de las enfermedades? Para poder responder esta cuestión, es necesario remitirme a la conferencia de la Organización Mundial de la Salud, llevada a cabo en Alma Alta en el año de 1978 (citado por Redondo, 2013), en donde fue resaltada la importancia de esta atención para la población; definiéndola como una asistencia esencial que está basada en tecnologías y métodos prácticos los cuales son científicamente fundados y socialmente aceptables,

además de ponerse al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad por medio de su plena participación. Este tipo de atención fue creada debido a que el modelo biomédico con el que se regía el sistema de salud fue puesto en tela de juicio pues, según Redondo (2013), la apropiación de lo asistencial genera una dependencia, misma que impide que las personas desarrollen una autonomía en su autocuidado, pues el autor considera que aquí únicamente se promueve la existencia de una preocupación cuando surja alguna problemática o enfermedad.

Por ende, se llevó a cabo una reconceptualización en el sistema de salud surgiendo así el modelo biopsicosocial, el cual postula que los factores biológico, psicológico y social tienen un papel significativo en el contexto de una enfermedad. Debido a esta integración, también existió una modificación en lo que respecta a la concepción que se tenía acerca de la salud, siendo definida por la OMS como un “Estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades” (citado por Redondo, 2013). Esto ha favorecido la inserción de los psicólogos en el diseño de programas y políticas de la salud (Redondo, 2013), pues en el modelo biomédico no se tomaba en cuenta a este profesional en este ámbito.

Este tipo de modelo se ha intentado incorporar en México ya que, como menciona Mauricio Hernández -en ese entonces subsecretario de prevención y promoción de la salud, en su mensaje dentro del programa de acción específico 2007-2012 nombrado “Entornos y Comunidades Saludables”- el país está enfrentando retos de salud debido a que se han comenzado a desarrollar enfermedades que resultan más caras y difíciles de tratar, siendo que esas enfermedades pudieron ser prevenidas; por lo que considera que no existe sistema financiero que sea capaz de soportar 104 millones de mexicanos, así que es necesario comenzar a prevenir las enfermedades, haciendo hincapié en lo siguiente: “La salud no puede ser sólo un tema de médicos y medicinas; debe de ser un tema de la sociedad, de la escuela, de la familia, de los sectores de gobierno, de los medios de comunicación, de los empresarios, de las organizaciones civiles” (p.9).

De igual forma, el actual subsecretario de prevención de la salud Pablo Antonio Kon menciona que los programas de acción específicos están enfocados a impulsar acciones que propicien a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud,

por lo que se han llevado a cabo acciones dirigidas al fortalecimiento de habilidades y capacidades de los individuos, además de dotarlos de las herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales. El doctor considera que es importante aplicar un enfoque de prevención multidimensional, en donde existan intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales, ya que se busca lograr un impacto significativo en distintos grupos de la población mexicana (En Entornos y comunidades saludables, 2013).

Ahora bien, una vez mencionado el papel que fungen las Clínicas dentro de la atención primaria como un medio para prevenir enfermedades en la población, considero importante abordar el tema de la salud mental, la cual es definida por la OMS como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Esta definición va a tener gran influencia en el Programa de Acción Específico de Salud Mental (2013-2018) de México; el cual pone énfasis en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales como una estrategia efectiva para reducir su carga, debido a que se considera que una detección y atención temprana mejoran la calidad de vida de las personas y reducen los costos de atención.

El Programa de Acción Específico de Salud Mental (PAE) tiene un gran papel, ya que es utilizado como un instrumento técnico referencial a través del cual el Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME) dicta las estrategias y líneas de acción para poder llevar a cabo la operación en tres niveles de atención, incluyendo los indicadores para la planeación de recursos que contribuyan en la implementación de las intervenciones. Dicho programa pretende disminuir las hospitalizaciones, reingresos y erradicar estancias prolongadas en hospitales psiquiátricos; tomando en cuenta que se ha demostrado la influencia que tienen los factores sociales en la salud mental, estos factores pueden ser el tamaño del grupo primario de pertenencia, el apoyo social recibido y las características del ambiente laboral. Por lo que están convencidos de que los problemas de salud mental de la población requieren un trabajo de prevención y promoción, ya que existe una constante interacción entre factores de riesgo

del ambiente emocional y psicosocial, los cuales pueden generar la aparición de enfermedades físicas.

Por tal motivo, el objetivo principal de las acciones en atención primaria para la salud mental está dirigido a “mitigar los determinantes sociales que afectan la salud, incrementar las habilidades para la vida de la población y realizar detección e intervención precoz y efectiva sobre los trastornos mentales y factores de alto riesgo” (Pág.15). Tomando en cuenta éste objetivo, el Programa de Acción Específico de Salud Mental (2013) resalta que una de las preocupaciones respecto a la salud mental en el nivel de atención primaria, es el evitar que este tipo de servicios sean brindados de forma aislada a los servicios médicos generales, ya que el área de comportamiento humano es considerada una parte del individuo, incluyendo tanto los patrones de salud como los que generan la enfermedad. Todo con el fin de que exista la posibilidad de prevenir la aparición de problemas y trastornos mentales.

En lo que respecta a las estrategias que se han propuesto para poder cubrir elementos que incluyen en el objetivo, se encuentran la fomentación de actitudes que se reflejen en conductas saludables para poder mantener el bienestar biopsicosocial de la población; informar a las personas acerca de los signos y síntomas de los trastornos prevalentes en salud mental para su detección y atención oportuna; y difundir información sobre los servicios que conforman la red de atención en la salud mental. Sin embargo, en lo que respecta a la labor del psicólogo dentro de un Centro de Salud Integral, Saavedra, Berenzon y Galván (2015) mencionan que en América Latina, hasta la fecha, no se ha logrado consolidar la integración de la salud mental en la atención primaria. En el caso de México, refieren que a pesar de que ha tenido retos para integrar este tipo de servicios a la atención primaria, el país cuenta con servicios en institutos especializados; sin embargo, los recursos humanos son escasos para proporcionar un servicio a la población ya que, como lo refieren los entrevistados del estudio exploratorio que los autores llevaron a cabo, no se cuenta con los espacios y tiempo suficientes, además de que no se le da el suficiente valor al trabajo de los psicólogos debido a que otros profesionales y los pacientes no están informados acerca de su labor.

3.2 ¿Cómo surge la Clínica Integral de la Mujer?

Ahora bien, encaminando los elementos mencionados anteriormente hacia la Clínica Integral de la Mujer, considero conveniente comenzar por mencionar que fue un proyecto de la Delegación Gustavo A. Madero en la Ciudad de México, el cual fue propuesto por el doctor Ignacio Jaime Bárcenas, actual director de la Clínica y subdirector de servicios médicos de la Delegación. Él menciona que llegó a ésta hace seis años, encontrándose con la existencia de dos mastrógrafos móviles que no se utilizaban, por tal motivo se dio a la encomienda de buscar que los encargados del área le permitieran un uso: “Yo consiguiendo al personal, tanto para que tome las mastografías, como para poder hacer la lectura y canalizar a las pacientes.”, tomándole aproximadamente dos años para conseguir el personal, y un año para ponerlos en marcha (I. Bárcenas, comunicación personal, 16 de mayo del 2016).

Esto fue incluido en las brigadas de salud, según Norma Delgado (2016), psicóloga de base en la Clínica Integral de la Mujer, quien en la entrevista proporcionada señaló que por medio de los jefes delegacionales se hacen proyectos de salud, los cuales están enfocados hacia la mujer en relación con la prevención del cáncer cervicouterino y cáncer de mama; dichas brigadas generalmente estaban dirigidas al servicio médico, sin embargo, posteriormente se comenzaron a integrar más elementos al grupo, entre ellos el apoyo psicológico y el legal. Todo esto se llevaba a cabo en camiones especiales “No se daban de manera adecuada, pero se intentó hacer. Por tal motivo se quedó el proyecto” mencionó Bárcenas (2016) para hacer referencia al antecedente de la clínica.

Posteriormente se llevaron a cabo las propuestas para campaña, y dentro de esto él propuso ejercer en un lugar establecido todo lo que estaban llevando a cabo, en donde se pudiesen realizar mastografías, papanicolau, colposcopia, atención psicológica y jurídica; es decir, proporcionar una atención integral en una Clínica. Dicha propuesta fue aceptada y luego de que el Partido Revolucionario Democrático (PRD) ganara las elecciones en la Delegación, se logró construir la Clínica con el apoyo de la delegada en ese entonces, Nora Arias y el diputado Víctor Hugo Lobo, añadiéndole la aprobación de otros diputados para conseguir el presupuesto y realizar la Clínica (I. Bárcenas, comunicación personal, 16 de mayo del 2016).

En cuanto a la elección de la zona geográfica, el doctor Bárcenas (2016) menciona que se debió en primera instancia a que el acceso es muy sencillo, ya que se puede llegar por el metro, metrobús, microbús y otros medios de transporte, debido al cruce de dos avenidas grandes: Congreso de la Unión y Ferrocarril Hidalgo, interceptándose con San Juan de Aragón; mientras que el segundo elemento que se tomó en cuenta fue que esa zona territorial le pertenece a la Delegación. En cuanto a la construcción de la Clínica, el director refiere que se concluyó en un año “Regularmente en salud pública todas las Clínicas se llevan un año para conseguir el equipo y uno para el personal. Normalmente tardan tres años para terminar el proyecto. En este caso, se consiguió que en un año se echara a andar por completo.” Y para hacer la promoción, la jefa delegacional buscó incluir su imagen y la del diputado Víctor Hugo Lobo en radio, televisión y otros medios de comunicación.

Ahora bien, enfocándome en las necesidades que se buscaba cubrir en la población, me remito al discurso dado por el ahora jefe delegacional de la Gustavo A. Madero, Víctor Hugo Lobo, quien durante la ceremonia del segundo aniversario de la Clínica llevada a cabo el 04 de Abril del presente año mencionó que con el proyecto se ha buscado “fortalecer lo que a las mujeres les preocupa”, enfatizando que la mujer mexicana normalmente tiende a dejarse para después, dándole prioridad a los hijos, pareja y padres; lo cual ha generado que la problemática sea detectada fuera de tiempo. Cabe resaltar que es la primera Clínica Integral de la Mujer en México, por lo que el doctor Bárcenas (2016) considera que sería ideal que existieran este tipo de Clínicas tanto en las Delegaciones como en los Municipios del país, sin embargo, el problema es que no se cuenta con el personal ni el presupuesto suficiente.

3.3 Características de la Clínica Integral de la Mujer.

La Clínica Integral de la Mujer abrió sus puertas a la población el 01 de Abril del 2014, y si bien los beneficios están pensados para mujeres de las colonias de la Gustavo A. Madero, Nora Arias, ex jefa delegacional, aseguró que no se negará la atención a pacientes que provengan de otros lugares (En Valdez, 2014). Mientras tanto Delgado (2016), primer psicóloga miembro de la clínica, menciona que la atención se comenzó a proporcionar a personas pertenecientes a otras entidades debido a la alta demanda que se ha tenido; además de que está legislado que no se puede negar el servicio de salud a las personas que lo

requieran “Acuden a la clínica personas de distintas Delegaciones, del Estado de México, y de otros Estados de la República como Oaxaca, Puebla e Hidalgo.” (N. Delgado, comunicación personal, 09 de febrero del 2016) . Respecto a esto, Valdez (2014) señala que Nora Arias considera que la respuesta ciudadana ha sido exitosa debido a que en la zona no hay lugares de esa naturaleza, exclusivas para la mujer y gratuitos.

En lo que respecta al equipo, la clínica cuenta con cinco salas de mastografía, tres consultorios de colposcopia, cuatro equipos de ultrasonido, FARMAGAMA, sala de juntas y de espera, dos cubículos para atención psicológica, uno para asesoría jurídica, uno para trabajo social, además de un centro lúdico y un auditorio (Romero, 2014). Y enfocándome específicamente en las áreas existentes, la psicóloga Delgado (2016) divide las áreas en médica y administrativa; en cuanto a la primera, se incluyen servicios de nutriología, densitometría, toma de híbridos, papanicolau, ultrasonido, colposcopia y mastografía. Para que las personas puedan hacer uso del servicio, se les solicita una credencial de elector vigente, además de requisitos propios de cada servicio; esto se lleva a cabo por medio de una cita previa en recepción, en donde le indicarán el día que debe acudir.

También existe una farmacia, la cual es denominada “FARMAGAM” y es un programa en el que el doctor Bárcenas participó, y se realizó pensando en la carencia de medicamentos en algunos Centros de Salud; pretendiendo ofrecer a la población la facilitación de éstos de forma gratuita, ya que muchas personas no cuentan con los recursos para poder comprarlos. Los medicamentos que ofrecen son para enfermedades de las vías respiratorias, diabetes e hipertensión; sin embargo, también se reciben donaciones de otro tipo de medicamentos como los que se utilizan para el cáncer, proporcionándoselos a las personas que acudan con su receta médica en caso de que se encuentre disponible (I. Bárcenas, comunicación personal, 16 de mayo del 2016).

Mientras tanto, el área administrativa está conformada por el área jurídica, que se encarga exclusivamente de dar asesoría sobre situaciones que involucren temas legales; trabajo social, quien es la intermediaria en la entrega de resultados, canalización de las pacientes cuando no es posibles darles algún servicio o cuando la prueba sale positiva, además de establecer el control de pláticas de las instituciones que asisten a impartir una ponencia, entrega de medicamentos o alguna propaganda. También está la ludoteca, la cual

se encarga de prestarles el servicio de cuidado y atención a niños, enseñándoles a trabajar con el material que hay allí, poniéndoles una actividad propia de su edad mientras la usuaria o paciente está siendo atendida. Para poder hacer uso de éste último servicio, se le solicita a la madre su credencial de elector, y datos generales como la edad del niño, padecimientos y si ha comido previamente (N. Delgado, comunicación personal, 09 de febrero del 2016).

Y el área psicológica, la cual se encarga de establecer con la usuaria el servicio que requiere siempre y cuando esté dentro de las posibilidades de las profesionales de esa área, pues la psicóloga Delgado (2016) menciona que no hay expertos en terapia de pareja o familiar: “Siempre y cuando sea de menor grado la problemática se le da el servicio, si nose le canaliza. El requisito para hacer uso del servicio es ser mujer, y el rango de edad es de los seis años en adelante”. Sin embargo, actualmente se está limitando el uso de este servicio a mujeres pertenecientes a la Delegación Gustavo A. Madero, debido a la alta demanda que tiene.

El doctor Bárcenas (2016) señala que el área psicológica se incluyó pensando en que existen pacientes que salen positivas en cáncer o en virus del papiloma humano; sin embargo, se ha visto que la gente realmente necesita el servicio psicológico, ya que existen mujeres que se encuentran en la opresión o presentan alguna otra problemática que influye de forma negativa en ellas. Mientras que la parte legal se tomó en cuenta, ya que hay mujeres que son maltratadas y requieren llevar a cabo demanda contra sus parejas, jefes o algún otro conocido. En relación con anterior, la psicóloga Delgado (2016) hace énfasis en que dentro de la clínica se ha tratado de que el servicio se lleve a cabo de forma multidisciplinaria, pues en ocasiones el área médica canaliza a sus pacientes al área psicológica, llegando incluso a hacerse intervención en crisis; y otras veces las psicólogas canalizan a las usuarias del servicio a nutriología o asesoría legal.

Ahora bien, enfocándome únicamente en el servicio psicológico impartido en la Clínica Integral de la Mujer, la psicóloga Delgado (2016) enfatiza que, a excepción de las personas que necesitan un servicio urgente, es necesario que la usuaria acuda directamente a recepción para registrar sus datos generales, motivo de consulta y turno en el que requiere las sesiones; y una vez que exista espacio disponible en la agenda de alguna psicóloga, ella

se encargará de comunicarse vía telefónica con la persona, para así acordar su cita. Con respecto a esto último, considero importante señalar que la elección del caso dependerá de la psicóloga, por lo que no existe un orden específico para citar.

Una vez que se está haciendo uso del servicio, se llena una ficha la cual es denominada dentro de la Clínica como “ficha de captación” en la cual se incluyen datos generales de la usuaria, motivo de consulta, observaciones del psicólogo y medio por el que se enteró de este servicio, ya que esta ficha se va a incluir en el expediente; además de que se le explican los lineamientos propios de la clínica, como la tolerancia, número de sesiones (entre 8 y 13, según el caso) y los motivos que llevan a dar de baja a la persona. El expediente a elaborar no tiene un lineamiento en específico, por lo que se le da la libertad a las psicólogas de realizarlo bajos sus propios criterios, ya que no existe un sólo enfoque y, si bien el modelo bajo el que normalmente trabajan es el cognitivo conductual, hay psicólogas que manejan el enfoque gestáltico o el psicoanalista. Por tal motivo, se les solicita que lleven a cabo su trabajo con el mayor profesionalismo y ética, tomando en cuenta el número de sesiones, espacios y motivo de consulta de la persona (N. Delgado, comunicación personal, 09 de febrero del 2016).

Con respecto a esto último, considero necesario resaltar que la psicóloga de base Norma Delgado (2016) comentó en la entrevista que una de las funciones del psicólogo dentro de la Clínica Integral de la Mujer es proporcionar asesoría psicológica a las usuarias que soliciten el servicio, por lo que para dar de alta a una persona se toma como punto de comparación el motivo de consulta y, adicionalmente, las herramientas obtenidas en terapia se pretenden fortalecer con un taller al que se les manda una vez concluidas sus asesorías. En cuanto al seguimiento, la psicóloga resaltó que es un acuerdo que se va a generar entre la psicóloga a cargo y la usuaria, y que eso dependería mucho de la decisión que tomara la primera, es decir, no es un requisito de la clínica llevar a cabo un seguimiento en el área psicológica.

Otra de las funciones que tienen las psicólogas dentro de la Clínica es la impartición de pláticas y talleres, siendo una propuesta de la psicóloga Norma Delgado y la trabajadora social Lourdes. Éstas pláticas se daban inicialmente en los descansos del área médica, dirigidas a las mujeres que esperaban a ser atendidas y se caracterizaban por una corta

duración (aproximadamente 15 minutos); pero posteriormente se comenzaron a llevar a cabo en la sala de juntas y en el auditorio, siendo impartidas por psicólogas de base, voluntarias y prestadoras de servicio social y caracterizadas por una duración de aproximadamente una hora, y siendo un requisito estar registradas para poder asistir a ellas, pues el cupo es limitado debido al espacio existente (N. Delgado, comunicación personal, 09 de febrero del 2016).

Para finalizar este apartado, mencionaré que en las entrevistas que llevé a cabo con la psicóloga de base Norma Delgado y el director de la Clínica Ignacio Bárcenas (2016), ambos hicieron énfasis en que los espacios no son suficientes dentro del lugar, pues en lo que respecta al área psicológica sólo se cuenta con dos cubículos, por lo que los psicólogos hacen uso de otros espacios como la sala de juntas, el auditorio y la terraza para impartir sus asesorías; lo cual puede resultar un inconveniente en caso de que se desee utilizar determinada técnica o si el caso a tratar es delicado. Por otro lado, el director señaló que en ocasiones es necesario solicitar apoyo a otras instituciones, dirigiéndose él de forma personal con los directores de hospitales para solicitar material con el que la Clínica no cuenta.

3.4 Manual, objetivos, misión y visión de la Clínica Integral de la Mujer.

La información presentada a lo largo del presente capítulo ha dado a notar que existe muy poca información acerca de la Clínica debido al corto periodo desde su inauguración y planificación del proyecto; por ende, el director y participante de esta propuesta, el doctor Bárcenas (2016) refiere que aún no se acaba de restaurar el manual, ya que éste se va modificando cada vez que el personal cambia. Para elaborarlo, se toma en cuenta desde la parte administrativa hasta la operativa, en donde se contemplan cada una de las áreas que conforman la Clínica. “¿Cómo va a atender la persona que va a recibir a las pacientes para anotarlas y pasarlas al médico o a la radióloga para tomar sus estudios? ¿Cómo tiene que ser el médico que va a dar la atención y cómo van a ser las enfermeras que van a estar apoyando al médico?”; usando como referencia éstas cuestiones, se pidió como requisito que el personal debe tener sensibilidad con las pacientes, ya que los estudios son molestos y, en palabras del doctor, “se ataca directamente a la parte íntima de la mujer” y aún en la actualidad existen tabúes en cuanto a la exposición y tacto de esas zonas.

Por tal motivo, se buscó que la Clínica estuviera compuesta por personal femenino, sin embargo, no existe exclusividad de género, ya que la anterior jefa delegacional planteó la equidad de género; aun así, es necesario que el personal masculino realice su trabajo bajo las condiciones mencionadas con anterioridad, con el fin de que exista un buen funcionamiento de la clínica. Por lo que la empatía es considerada por el doctor Bárcenas (2016) como un elemento importante, ya que el profesional necesita entender que no solamente es un instrumento para atender a las personas “si tú te portas bien con la gente, la gente se debe portar bien con los demás.”

Ahora bien, el objetivo general de la Clínica Integral de la Mujer está enfocado a la “prevención, atención y curación” según el director general, tomando en cuenta el trabajo multidisciplinario que existe dentro; y la misión de la Clínica es: “Prevenir el cáncer en las mujeres”, siendo el cáncer de mama y cérvicouterino los más frecuentes en el país según lo señalado por el doctor Bárcenas (2016). Mientras que la visión está encaminada a: “Poder ayudar continuamente a la gente y canalizarla de manera adecuada para que tengan una atención inmediata y se pueda prevenir el cáncer.”

Es necesaria la participación de todos los compañeros, de contar con material, del respaldo de la Delegación en la cuestión económica y contar con el apoyo de otras instituciones para poderles dar un seguimiento a las mujeres que resulten positivas, pues en la Clínica Integral de la Mujer únicamente se hace el diagnóstico. La integración de todos estos elementos va a influir en gran medida para que lo mencionado en este apartado se pueda cumplir (I. Bárcenas, comunicación personal, 16 de mayo del 2016).

CAPÍTULO IV. LAS CREENCIAS Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN

Aaron Beck (1970) considera que la depresión algún día podrá ser entendida en términos de sus paradojas, pues existe un contraste asombroso entre la imagen de sí misma que tiene la persona deprimida y los hechos objetivos; un claro ejemplo de esto podría ser una mujer considerada socialmente como atractiva, la cual pide una cirugía plástica en la creencia de que ella es fea. Es por ello, que a pesar de los tormentos experimentados como resultado de estas ideas autodestructivas, los pacientes no se dejan llevar fácilmente por la evidencia objetiva o por la demostración lógica de la irracionalidad de estas ideas; e incluso a menudo realizan actos que parecen mejorar su sufrimiento.

Beck, Rush y Shaw (2005) refieren que las primeras ideas acerca de la terapia cognitiva de la depresión surgieron en 1956, cuando Aaron Beck se propuso validar determinados conceptos psicoanalíticos acerca de la depresión. En un inicio, él estaba convencido de las propuestas psicoanalíticas, por lo que asumía que no habían logrado una aceptación generalizada a causa de una resistencia por parte de los psicólogos y psiquiatras teóricos, pues carecían de datos empíricos que apoyasen tales formulaciones. A partir de esto, él llevó a cabo investigaciones encaminadas a proporcionar las evidencias, ya que deseaba delimitar la configuración psicológica característica de la depresión cuyo fin era desarrollar una forma breve de psicoterapia dirigida a mitigar esta psicopatología focal.

Los primeros resultados de sus estudios daban la impresión de apoyar las ideas psicoanalíticas de Beck acerca de la depresión, la cual es concebida por el psicoanálisis como la hostilidad vuelta hacia sí mismo, expresada como una “necesidad de sufrimiento”; sin embargo, las actitudes y los comportamientos como éstos resultan enigmáticos a la superficie, ya que parecen contradecir algunos de los axiomas más fuertemente establecidos de la naturaleza humana (Beck, Rush y Shaw; 2005) pues, de acuerdo con el “principio del placer”, el paciente debe estar buscando maximizar sus satisfacciones y minimizar su dolor (Beck, 1970).

Es por ello que la realización de nuevos experimentos presentó resultados que parecían contradecir la hipótesis psicoanalítica; por lo que las inconsistencias le orillaron a evaluar

de forma crítica la teoría psicoanalítica de la depresión y posteriormente la estructura del psicoanálisis. Los datos que contradecían la teoría apuntaban hacia la idea de que los pacientes depresivos no tienen necesidad de sufrimiento; por el contrario, sus pacientes presentaron una tendencia a evitar conductas que pueden generar rechazo o desaprobación, en favor de respuestas que eliciten aceptación o aprobación por parte de otros; con mayor probabilidad que la persona no depresiva. Todo esto llevó a Beck a reformular la psicopatología de la depresión (Beck, Rush y Shaw; 2005).

Fue a partir de las descripciones que los pacientes hacían de sí mismos y de sus experiencias, que Aaron Beck observó que adoptaban sistemáticamente una visión negativa de sí mismos y de sus experiencias en la vida, considerando a este tipo de visiones como formas distorsionadas de interpretar la realidad; y luego de investigaciones posteriores, incluyendo el desarrollo y comprobación de nuevos instrumentos, se validó la idea de que el paciente depresivo distorsiona de forma sistemática sus experiencias en una dirección negativa y que tiene una visión global negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Beck, Rush y Shaw; 2005).

4.1 ¿Qué es lo que conocemos como depresión?

Rojtenberg (2001) menciona que etimológicamente, la palabra “depresión” proviene del latín “depressio” lo cual significa hundimiento. Esto se puede ver en el modo de sentir de los pacientes con depresión, ya que se sienten hundidos, con un peso sobre su existencia y devenir vital, lo cual les impide vivir con plenitud; siendo Hipócrates quien realizó la primera descripción clínica, empleando el término “melancolía” (mélanos: negra-cholis: bilis) para considerar el exceso de bilis negra en el cerebro, como la etiología de esta enfermedad.

A partir de eso, las teorías acerca del origen de la depresión han ido variando de acuerdo a la época; por lo que se puede decir que la historia de la depresión equivale a documentar la evolución que ha tenido el pensamiento psiquiátrico. Sin embargo, es importante señalar que no se puede diferenciar a qué cuadro hacían referencia los antiguos cuando hablaban de melancolía, ya que se catalogaba como “locura tranquila” y posiblemente englobaban, entre otras, las formas simples y catatónicas de la esquizofrenia y la psicosis residuales. Mientras que en oposición, hacían referencia a la manía como

“locura móvil”, siendo probable que incluyeran en ella toda la gama de perturbaciones que promueven excitación psicomotriz (Rojtenberg, 2001).

Por tal motivo, considero importante mencionar a grandes rasgos algunos periodos que marcaron la concepción etiológica sobre la depresión. Entre estos se encuentra la era cristiana, siendo Areteo de Capadoccia en el siglo II quien desecha la etiología propuesta por Hipócrates acerca de la depresión, y atribuye su origen a factores psicológicos, asociándolos con la manía y dándole una gran importancia a las relaciones interpersonales. En lo que respecta a la Edad Media y el Renacimiento existió otro cambio, ya que se le atribuyó a la posesión demoniaca como etiología de la depresión, considerándolo como un castigo divino, a la influencia de los astros o al exceso de humores; siendo Paracelso la excepción, ya que él afirmaba que las enfermedades mentales tenían origen natural y no espiritual (Rojtenberg, 2001).

La herencia y el temperamento en la etiología de la depresión se tomaron en cuenta por Robert Burton, en su Anatomía de la melancolía en 1621, cuando hizo referencia a que los melancólicos descendían de padres melancólicos. Por otro lado, para finales de 1800, Kraepelin establece un sistema nosográfico con el que integra de forma organizada el caos de la psiquiatría diferenciando tres categorías principales: la demencia precoz, la parafrenia y la psicosis maníaco depresiva; atribuyéndoles una causa orgánica que aún no era demostrable. Siendo hasta que apareció el término “endógena” cuando las descripciones clínicas se fueron enriqueciendo y, a la vez, se diferenciaron de cuadros nosográficos entre sí (Rojtenberg, 2001).

Para principios del siglo XX y de forma casi simultánea, Abraham y Freud comenzaron a elaborar sus hipótesis psicodinámicas, refiriendo su etiología a la reactualización de una traumática pérdida objetal temprana, volviendo al sujeto vulnerable a pérdidas posteriores y las cuales desencadenan este cuadro depresivo. A partir de estas últimas teorías, fue hasta 1960 que se anunció la hipótesis aminérgica de la depresión de Schildkraut, quien señala que ésta es provocada por un déficit de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina, teniendo un gran arraigo en la ciencia médica; aunque al igual que en las teorías anteriores, las investigaciones realizadas posteriormente mostraron su insuficiencia (Rojtenberg, 2001).

Es por eso que a pesar de que la depresión ha sido reconocida por más de 2.000 años como un síndrome clínico, todavía no se ha encontrado una explicación completamente satisfactoria de sus rasgos desconcertantes y paradójicos. Teniendo su semántica como uno de los principales problemas para conceptualizarla, ya que el término “depresión” suele ser usado para definir algún síntoma o sentimiento en particular, empleándose normalmente por las personas cuando tienen una experiencia de tristeza o soledad (Beck, 1970). Además de que todavía existen problemas no resueltos en lo que respecta a su naturaleza, clasificación y etiología. Entre ellos, según Aaron Beck (1970), se encuentran los siguientes:

- 1) ¿La depresión es una exageración de un estado de ánimo experimentado o es cualitativa y cuantitativamente diferente a un estado de ánimo normal?
- 2) ¿La depresión es una entidad clínica bien definida con una etiología específica y un inicio, curso y resultado predecibles, o es una categoría de "desperdicios" de diversos trastornos?
- 3) ¿La depresión es un tipo de reacción o es una enfermedad?
- 4) ¿La depresión es causada principalmente por el estrés psicológico y el conflicto o se relaciona principalmente con un trastorno biológico?

Este autor menciona que no existen respuestas universalmente aceptadas a esas preguntas, ya que aún hay un desacuerdo entre investigadores y médicos que han escrito acerca de la depresión; además de que hay una controversia con respecto a su clasificación, pues algunos autores no encuentran una justificación para usar esta categoría nosológica. Mientras que su naturaleza y etiología están sujetas todavía a una opinión más dividida, pues algunos investigadores afirman que la depresión es principalmente un trastorno psicogénico (de origen psicológico); y otros mantienen la idea firme de que sus causas son orgánicas (Beck, 1970).

En nuestro estado actual de conocimiento, no sabemos qué componente del cuadro clínico de la depresión es primario, o si son simplemente manifestaciones externas de algún proceso patológico desconocido. Sin embargo, la depresión actualmente puede definirse en términos de los siguientes atributos (Beck, 1970):

1. Una alteración específica en el estado de ánimo: tristeza, soledad, apatía.

2. Un auto-concepto negativo asociado con auto-reproches y auto-culpa.
3. Deseos regresivos y punitivos: deseos de escapar, esconderse o morir.
4. Cambios vegetativos: anorexia, insomnio, pérdida de libido.
5. Cambio en el nivel de actividad: retraso o agitación.

4.1.1 Visión de la depresión desde diversos enfoques.

Como se ha visto en el apartado anterior, no existe una definición absoluta para la depresión, ya que ninguna de sus características particulares puede englobar toda la historia. La herencia tiene un papel importante en ciertos tipos de depresión. No obstante, en la mayor parte de los casos se origina a partir de la interacción de factores psicológicos, sociales y ambientales. Para Sobel y Ornstein (En Montesó, 2015) todos estos factores, junto con otros, pueden generar un desequilibrio en la química de los neurotransmisores.

Es por ello que, para poder hablar de la depresión, es necesario identificar cómo es que se refieren a ella las diferentes investigaciones o los propios pacientes. Se habla de depresión, de trastornos del ánimo, melancolía, trastorno maniaco depresivo o trastorno bipolar (Montesó, 2015). Existen diversas visiones que tratan de dar una definición de la depresión, sin embargo, en el presente apartado se hablará de las siguientes:

Modelo psicodinámico:

Freud, en su obra “Duelo y melancolía”, hace una comparación de ambos estados, señalando que comparten la dolorosa sensación de tristeza a causa de una pérdida, la de un objeto investido libidinalmente (Rojtenberg, 2001). Siendo el estado melancólico el que se caracteriza por una intranquilidad profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de la productividad y la manifestación de auto-reproches y auto-denigraciones; distinguiéndose del duelo debido a que para éste último el mundo se ha hecho pobre y vacío, mientras que en el estado melancólico existe una rebaja en su sentimiento yoico (Korman y Sarudiansky; 2011).

Para explicar esto último, considero importante señalar que si bien existen diversas concepciones de la depresión desde este modelo, Gerring y Zimbardo (2005) mencionan que generalmente en el modelo psicodinámico se considera que los conflictos inconscientes y sentimientos hostiles que se originan en la niñez temprana van a tener una gran influencia en el desarrollo de la depresión; siendo Freud quien creía que la fuente de los auto-

reproches que tenían las personas deprimidas era el enojo, el cual se dirigía en un inicio hacia alguien más, y posteriormente se volvía en contra del “Yo”.

Este enojo, según él, tiene una vinculación con alguna relación infantil intensa y dependiente con uno de los padres, siendo que en esta relación infantil no se cubrieron las necesidades o expectativas del niño. Por lo que las pérdidas, ya sean reales o simbólicas, en la adultez, van a reactivar los sentimientos hostiles que en la actualidad se dirigen hacia el “Yo” del individuo y, por ende, se crean los auto-reproches que son característicos de la depresión (Gerrig y Zimbardo, 2005). Chappa (2003) señala que en este modelo, la hostilidad hacia sí mismo se convirtió en la propuesta central y en el trabajo terapéutico ya que, por medio de la interpretación, se debía encontrar sus raíces en contenidos inconscientes.

Modelo conductual:

En lo que respecta al modelo conductual, Barradas (2014) señala que está fundamentado en el condicionamiento operante. Por lo que Chappa (2003) considera que aquí se resalta el papel que tienen los factores de mantenimiento al ser considerados como fundamentales en la continuidad del estado depresivo; siendo más claros, Gerrig y Zimbardo (2005) señalan que este modelo se enfoca en los efectos de la cantidad de reforzamiento positivo y castigos que recibe una persona, en vez de buscar las raíces de la depresión en el inconsciente.

En esta perspectiva, los sentimientos de depresión en la persona son el resultado del escaso recibimiento de reforzadores, experimentando muchos castigos en el ambiente, después de una pérdida o de otros cambios importantes en la vida. Si el individuo no recibe suficientes reforzamientos positivos, va a tener una tendencia a sentir tristeza, aislándose. Este sentimiento de tristeza en un inicio es reforzado por medio de la atención y compasión que los demás le dan a la persona.; sin embargo, posteriormente se cansan de ese estado de ánimo constante y de las actitudes negativas, comenzando a evitar a la persona deprimida; por lo que se elimina otra fuente de reforzamiento positivo, y el individuo comienza a hundirse en una depresión mayor (Gerrig y Zimbardo, 2005).

Vázquez, Muñoz y Becoña (2000) señalan que el total de refuerzo positivo que consigue una persona va a estar en función de diversos aspectos, entre ellos se encuentran el número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para él, el número de hechos potencialmente reforzadores, y el conjunto de habilidades que posee la persona para provocar el refuerzo. Es por ello que el interés de la terapia conductual está dirigido principalmente a mejorar las habilidades sociales y comunicación de la persona, incorporando en el usuario conductas adaptativas para él.

Modelo neuroquímico:

Las teorías bioquímicas de las enfermedades mentales están relacionadas con las aminas del cerebro (Hill y Kolb; 1999). Guyton y Hall (2006) mencionan que los estudios clínicos de pacientes con diferentes psicosis o con distintos tipos de demencia han dado a entender que muchos de estos procesos obedecen a un menor funcionamiento de las neuronas que segregan un neurotransmisor específico. Y en lo que respecta a la depresión, se han presentado progresos de gran importancia en los últimos años en el estudio de la función que tienen los neurotransmisores, especialmente el papel que en ella presentan la noradrenalina y la serotonina. Siendo las primeras investigaciones las que llevaron a diferenciar dos tipos de depresión A y B, según el predominio de cada una de las sustancias mencionadas con anterioridad, en la expectativa de que cada uno respondería mejor a los agentes serotoninérgicos o noradrenérgicos respectivamente. Aunque la práctica no confirmó esas expectativas (Chappa, 2003).

En lo que respecta al papel de estos dos neurotransmisores, Hill y Kolb (1999) señalan que la Serotonina es la que interviene en el sueño, el apetito, la percepción sensorial y la regulación de la temperatura en el cuerpo. Mientras que la Noradrenalina participa en la regulación de la tensión arterial, sueño, vigilia y en funciones cognitivas; siendo las investigaciones recientes las que señalan que un flujo reducido de serotonina a través de las sinapsis del lóbulo frontal de cerebro va a generar depresión en las personas. Guyton y Hall (2006) señalan que los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico normalmente aportan el estímulo necesario a las regiones límbicas del encéfalo para incrementar la sensación de bienestar de una persona, generar bienestar, felicidad, satisfacción, buen apetito, impulsos sexuales adecuados y un equilibrio psicomotor.

Es por ello que Chappa (2003) menciona que estos indicadores deficientes se consideraron como marcadores biológicos de depresión endógena. Teniendo como consecuencia terapéutica la de tratar este tipo de depresiones con psicofármacos y las restantes con psicoterapia, reafirmando el dualismo neurótico-endógeno.

Ahora bien, es importante mencionar que a lo largo de la historia han surgido propuestas para definir la depresión y darle un tratamiento desde diversos enfoques tanto médico como psicológico e incluso social, pues las explicaciones tratan de tomar en cuenta los elementos que pudieran verse inmersos en la aparición de este “trastorno”. Es por ello que el enfoque cognitivo conductual no es la excepción, pues éste toma en cuenta algunos de los factores que se han mencionado en los apartados anteriores, para proponer una nueva teoría de la cual se hablará en los siguientes apartados.

4.2. ¿Cómo es que son definidas las creencias desde el enfoque cognitivo conductual?

Desde las primeras etapas de su desarrollo, las personas tratan de comprender su entorno; además de que necesitan organizar sus experiencias de una forma coherente con el fin de tener una adaptación. Por ende, las interacciones que tienen con el mundo y con los demás, las llevan a adquirir aprendizajes que conforman sus creencias, siendo variables en lo que respecta a la exactitud y su funcionalidad. Judith Beck (2000), psiquiatra estadounidense, considera que es a partir de su infancia, cuando las personas desarrollan creencias sobre ellas mismas; complementando esta idea, Naranjo (2004) refiere que lo hacen a través de su relación con personas significativas y al experimentar diversas situaciones. A estas ideas fundamentales y profundas, que normalmente no suelen expresarse, se les conoce como “creencias centrales”.

Estas ideas se consideran por la persona como verdades absolutas, creyendo que es así como son las cosas, por lo que va a interpretar las situaciones que se le presenten a través de la lente de dichas creencias. Y a pesar de que la interpretación pueda ser, a la luz de un análisis racional, completamente falsa, la persona suele centrarse selectivamente en aquella información que le confirma su creencia central, haciendo caso omiso a la información que la contradice (Beck, 2000). Beck (en Naranjo, 2004) señala que en las personas deprimidas, las creencias centrales se pueden categorizar en dos aspectos

negativos: el de desamparo y el de la incapacidad de ser amado o en ambas. Dichas creencias se pueden observar en la tabla 1.

Creencias centrales de una persona deprimida.

Creencias centrales de desamparo.	Creencias centrales de la incapacidad de ser amado.
Estoy indefenso.	No soy querible.
Soy incapaz.	No agrado a nadie.
Estoy fuera de control.	No me desean.
Soy débil.	No soy atractivo.
Soy vulnerable.	No me quieren.
Soy dependiente.	No se ocupan de mí.
Estoy atrapado.	Soy malo.
Soy ineficaz.	Soy inferior.
Soy inútil.	Soy diferente.
Soy incompetente.	No soy normal (y los demás no me amarán).
Soy un fracasado.	No soy suficientemente bueno (para ser amado por los demás).
No me respetan.	Van a rechazarme.
Soy inferior a los demás.	Van a abandonarme.
No soy suficientemente bueno.	Me quedaré solo.

Tabla 1. Categorías acerca de las creencias centrales de una persona deprimida propuestas por Aaron Beck.

Por otro lado, Judith Beck (2000) también considera que las creencias centrales inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias, las cuales consisten en actitudes, reglas, y presunciones, mismas que no son expresadas comúnmente; por lo que van a influir en la forma de ver una situación, y dicha visión al mismo tiempo contribuye en el modo de pensar, sentir y comportarse de la persona. Las creencias intermedias, como las denomina la autora, van a influir sobre las percepciones de las personas, y van a ser expresadas por medio de pensamientos automáticos los cuales, a su vez, inciden sobre las emociones y la conducta, ocasionando respuestas fisiológicas.

Existe otra categoría que complementa las dos anteriores, siendo Judith Beck (2000) quien considera que los pensamientos automáticos constituyen un flujo de pensamiento que coexiste con otro flujo de pensamiento más manifiesto; todas las personas tenemos este tipo de pensamiento, sin embargo, la mayor parte del tiempo no tenemos demasiado registro de ellos, pero podemos traerlos a la conciencia. Estos pensamientos suelen ser breves, por lo que la persona tiende a estar más consciente de la emoción que experimenta, y que es consecuencia del pensamiento automático; y se les conoce de esa forma debido a que no estamos tratando de pensar en eso deliberadamente. Los pensamientos automáticos relevantes suelen asociarse a un malestar que es muy marcado.

En lo que respecta a la depresión, existe un tipo particular de conocimiento propio conocido como “pensamientos automáticos negativos”, los cuales son pensamientos o imágenes espontáneas que componen un importante conocimiento en tiempos de angustia emocional; incluyéndose los pensamientos como “soy muy débil”, “esto siempre me pasa a mí” y “él cree que soy patética”. Siendo en los estados agudos de la depresión, en especial en los que están relacionados con los sucesos de la vida que generan tensiones, en donde los pensamientos automáticos negativos se suelen dividir en dos zonas temáticas relativamente amplias, reflejando las preocupaciones más fundamentales que están relacionadas con la idoneidad o la posibilidad de ser amado (Glick, 1999).

4.2.1 Una visión de la depresión desde el enfoque cognitivo conductual.

Gerrig y Zimbardo (2005) mencionan que desde el enfoque cognitivo conductual existen dos teorías. Una de ellas hace referencia a que los conjuntos cognoscitivos, que son

patrones establecidos de percepción del mundo, conducen a las personas a tener visiones negativas de los eventos de su vida, mismos de los que se sienten responsables. En lo que respecta a la segunda teoría, el modelo de estilo explicativo, propone que la depresión se origina a partir de la creencia de tener poco y ningún control personal sobre eventos de la vida que son significativos. Sin embargo, en el presente apartado sólo se hablará de la primera teoría, desarrollada por Aaron Beck. Este modelo cognitivo de la depresión surgió a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales; siendo la interacción entre los enfoques clínico y experimental los que han facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que se le daría (Beck, Rush y Shaw; 2005).

En el enfoque cognitivo conductual, se considera a Aaron T. Beck el fundador de la teoría cognitiva sobre la depresión; él la conceptualiza, no como un trastorno afectivo, sino como la consecuencia de la deformación en la manera de pensar y razonar de la persona. Por lo que la falta de motivación, la pobre imagen de sí mismo, el afecto negativo o la pasividad son sólo manifestaciones secundarias, consecuencias del modo erróneo de interpretar la realidad y de actuar sobre ella (Jervis y González, 2005). Además de esto, Villardón (1993) refiere que las personas deprimidas, a diferencia de los sujetos no deprimidos, abstraen de forma selectiva los aspectos negativos de la realidad y llevan a cabo inferencias que son erróneas, en función de unas creencias negativas sobre sí mismo y su relación con el mundo, incluso Beck (en Sarason y Sarason, 2006) considera que generalmente las personas deprimidas tienen objetivos elevados y que son importantes para ellas, sin embargo, posiblemente estas no se encuentren completamente a nivel consciente (Sarason y Sarason, 2006). Fue a partir de todo lo anterior que Aaron Beck postuló tres conceptos básicos que componen de forma psicológica la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y las distorsiones cognitivas; y es a partir de estos tres elementos que el terapeuta va a identificar, junto con el usuario, las creencias centrales que inciden en sus sentimientos y conductas, para modificarlos (Chappa, 2003).

El concepto de la triada cognitiva se caracteriza por tres componentes que hacen referencia al incremento del autodesprecio, pesimismo y pensamientos temerosos en lo que respecta a sí mismo, el mundo y el futuro (Glick, 1999). El primer componente de la triada cognitiva está centrado en la visión negativa que el usuario tiene acerca de sí mismo;

viéndose desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Además de eso, suele atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Y como consecuencia, el usuario cree que es un inútil y que carece de valor; incluso llega a pensar que carece de atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad (Beck, Rush y Shaw, 2005). Además de eso, los problemas de la vida cotidiana le resultan difíciles de resolver, encontrando un sin fin de obstáculos, queriendo que otros asuman responsabilidades que le pertenecen (Chappa, 2003).

El segundo componente de la triada cognitiva está centrado en la tendencia que tiene la persona depresiva a interpretar sus experiencias de forma negativa; considerando que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos difíciles para poder superar sus objetivos; interpretando sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones se vuelven evidentes cuando se observa cómo la persona construye las situaciones en dirección negativa, incluso teniendo más alternativas (Beck, Rush y Shaw, 2005); y en ocasiones no suele encontrar placer ni gratificaciones en el mundo que le rodea (Chappa, 2003).

Mientras que el tercer componente está centrado en la visión negativa acerca del futuro. Aquí la persona depresiva anticipa las dificultades o sufrimientos que tendrá acerca de un proyecto o tarea del cual deba hacerse cargo (Beck, Rush y Shaw; 2005); creyendo que los problemas van a persistir o incluso empeorarán en el futuro, viéndose de forma pesimista y siendo la desesperanza la que tiñe todas sus experiencias (Chappa, 2003).

Por otro lado, el segundo componente del modelo cognitivo de la depresión es el que hace referencia al modelo de esquemas; este concepto es empleado para explicar la razón por la que la persona depresiva mantiene actitudes que le hacen sufrir, que son contraproducentes y que están en contra de la evidencia objetiva (Beck, Rush y Shaw; 2005). Beck, Rush y Shaw (2005) consideran que toda situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. Siendo el individuo el que atiende de forma selectiva a estímulos específicos, combinándolos y conceptualizando la situación. Cabe resaltar que a pesar de que cada persona conceptualiza de forma distinta la misma situación, una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables conforman la base de la regularidad de

las interpretaciones sobre un determinado conjunto de situaciones; siendo el término “esquema” el que nombra esos patrones.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones, las cuales son definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico. Por lo que el esquema es la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que el individuo se enfrenta; categorizando y evaluando sus experiencias por medio de una matriz de esquemas. Los tipos de esquemas empleados determinan la forma en que un individuo estructurará diferentes experiencias; siendo que un esquema puede estar inactivo durante largos periodos de tiempo y activarse por factores ambientales específicos, determinando la forma de responder de una persona (Beck, Rush y Shaw; 2005).

Por último, el tercer concepto del modelo cognitivo de la depresión, son los errores en el procesamiento de la información, los cuales mantienen la creencia del usuario en la validez de sus conceptos negativos, a pesar de existir evidencia objetiva que demuestra lo contrario. Aquí se proveen reglas más específicas de conducta y expectativas que se subordinan a los esquemas correspondientes, siendo las personas propensas a la depresión las que con frecuencia tienen creencias y expectativas más rígidas, exigentes o irrealistas (Glick, 1999). Estos errores en el procesamiento de la información fueron clasificados por Beck en los siguientes:

- Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): Hace referencia al proceso de adelantar una conclusión a falta de la evidencia que apoye o incluso cuando es contraria a la conclusión. Un ejemplo de esto es “Los otros saben más que yo. No puedo confiar en mis propias ideas” (Chappa, 2003).
- Abstracción selectiva (relativo al estímulo): la persona se centra en un detalle extraído fuera de su contexto, dejando de lado otras características que son relevantes en la situación, conceptualizando toda la experiencia con base en ese fragmento. Es decir, la conclusión está basada en un aspecto del problema y no en su totalidad. Como ejemplo de este tipo de distorsión se encuentra el hecho de medirse a uno mismo en función de los errores que cometemos o debilidades, dejando de lado los logros o los éxitos (Chappa, 2003).

- Sobregeneralización (relativo a la respuesta): Es el proceso de elaborar una regla general o una conclusión partiendo de uno o más hechos aislados, aplicando el concepto a situaciones relacionadas como las que no tienen relación. Un claro ejemplo es “Probé una vez y no funcionó” “Nunca me ha salido nada bien” (Chappa, 2003).
- Personalización (relativo a la respuesta): Es la tendencia y facilidad de la persona para atribuirse a sí mismo fenómenos externos, cuando no hay una base firme para establecer tal conexión. Un claro ejemplo de esto es “Mi propuesta no los ha convencido, por lo tanto, yo no les agrado” (Chappa, 2003).
- Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): Hace referencia a la clasificación de todas las experiencias según una o dos categorías opuestas para describirse a sí mismo, siendo la persona la que selecciona las categorías del extremo negativo. Por ejemplo, “Las cosas pueden estar bien hechas o mal hechas” o “Si no lo hice hasta ahora, jamás podré hacerlo” (Chappa, 2003).
- Pensamiento catastrófico: La persona tiende a pensar lo peor, convencido de que existe una gran probabilidad de que el evento ocurra tal cual se piensa. Interviene la exageración en la predicción de los resultados, teniéndose como un claro ejemplo “Si hubiera aceptado la propuesta de aquella compañía, entonces hoy sería gerente. Cuando rechacé la oferta, arruiné mi vida” (Chappa, 2003).

Para finalizar, el modelo cognitivo propone una hipótesis sobre la predisposición y aparición de la depresión, refiriendo que existen experiencias tempranas que proporcionan la base para formar conceptos negativos (esquemas) sobre uno mismo, el futuro y el mundo; los cuales pueden permanecer latentes y ser activos por circunstancias específicas, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas (Beck, Rush y Shaw; 2005). Sin embargo, la depresión también se puede desencadenar por una anomalía o enfermedad física que activa la creencia latente en una persona que está destinada a una vida de sufrimiento. Cabe resaltar que las situaciones desagradables de la vida no llevan necesariamente a una depresión, al menos de que la persona esté sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, a causa de la naturaleza de su organización cognitiva (Beck, Rush y Shaw; 2005).

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA

5.1 Planteamiento del problema.

Existen diversos factores que están asociados con la depresión de la mujer, entre los cuales se encuentran los papeles sociales, factores posparto, orgánicos (físicos), violencia, e incluso los factores genéticos (Hyde; 1995). Es por ello que la depresión suele clasificarse como endógena o exógena (reactiva), dependiendo del factor causal (interno o externo). Según Montesó (2015), cuando la herencia y la biología juegan un papel importante en la depresión, no existe una predominación en el sexo de la persona. En cambio, esta autora señala que en un estudio que realizó Dio Bleichmar denominado “La depresión en la mujer” en 2001, se encontró que la depresión originaria de factores psicológicos afecta al doble de mujeres que hombres. Para complementar esto, Montesó (2015) menciona que para el Instituto Nacional de Salud Mental Americano, en su programa de trabajo para la investigación de salud mental de la salud de la mujer en el siglo XXI, la depresión mayor también es diagnosticada casi en el doble de mujeres que de hombres.

Por lo que es claro que, en la última década, las investigaciones han permitido comprender de una mejor forma la carga que implica la depresión en las mujeres, ya que frecuentemente ellas son las encargadas del cuidado de padres e hijos, además de que tienen diversas responsabilidades que crean estrés y amplifican la depresión; añadiéndole el hecho de que las mujeres tienen una mayor probabilidad de ser víctimas de la violencia (Montesó; 2015).

Hyde (1995) señala que también existen otros factores que son relevantes cuando se estudian las causas de la depresión femenina, uno de ellos son los papeles que se les dan a las mujeres, ya que al fungir como ama de casa, muchas de sus tareas suelen ser rutinarias, repetitivas y carentes de sentido terminal, añadiéndole la crianza de los hijos. Además de eso, los papeles que se le asigna a los géneros también puede intervenir en la forma de afrontar la depresión de mujeres y varones, ya que normalmente cuando los hombres están deprimidos suelen estar más dispuestos a realizar conductas activas que los distraigan;

mientras que las mujeres tienden a estar inactivas y a reflexionar sobre su estado de ánimo deprimido y sus causas, lo cual hace que la depresión incremente en vez de reducir.

Con respecto a esto último, Hyde (1995) hace referencia a que el hecho de que en nuestra sociedad las mujeres carezcan de poder en todos los aspectos, desde las relaciones interpersonales hasta la política nacional, puede influir a la sensación de indefensión y, por ende, a la depresión. Esto último tiene que ver en gran medida con la forma en que la mujer se percibe, lo cual coincide con la conclusión a la que llegó Dio Bleichmar (en Montesó, 2015), quien dice que la depresión en las mujeres no debe buscarse en la biología, sino en sus condiciones de vida y en las características de su subjetividad.

Todo lo anterior se vio reflejado en las usuarias de la Clínica Integral de la Mujer, las cuales presentaban depresión como una de las problemáticas más serias que estaban afectando su vida y sus relaciones con sus parejas, hijos, amigos y personas con las que interactuaban. Por lo que es importante tomar en cuenta lo señalado por Dio Bleichmar, lo cual va de la mano con la premisa de la teoría cognitiva de Aaron Beck de la depresión; pues se hace referencia a que las personas depresivas hacen una valoración excesiva acerca de los sucesos negativos a los que se han visto expuestos partiendo de creencias centrales negativas, lo cual va a generar una serie de pensamientos negativos hacia los demás y hacia sí mismo, que a su vez trae consigo sentimientos desagradables que les impiden una mejor relación con los otros (Lodoño y Ramírez, (2005).

5.2 Objetivo general.

Por lo anterior, es relevante conocer la evolución de las creencias centrales de usuarias con depresión a lo largo de una intervención cognitivo conductual.

5.3 Objetivos específicos.

- Explorar los pensamientos generados a partir de las creencias centrales de las usuarias con depresión a lo largo de su intervención cognitivo conductual.
- Explorar las conductas y emociones generadas a partir de las creencias centrales de las usuarias con depresión a lo largo de su intervención cognitiva conductual.
- Identificar los cambios que tienen las creencias centrales de usuarias con depresión, a lo largo de su intervención cognitivo conductual.

5.4 Pregunta de investigación.

¿Qué cambios presentaron las creencias centrales de usuarias con depresión que acudieron a asesorías psicológicas en la Clínica Integral de la Mujer?

5.5 Justificación.

La depresión suele ser uno de los problemas más frecuentes en la consulta de los tres niveles de atención en nuestro país según los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, coordinada por la doctora María Elena Medina Mora en México, y levantada en 2003 (en Fuentes, 2013). Y en los datos reales de las investigaciones y estudios pioneros acerca de las causas y consecuencias de la depresión en mujeres, se ha detectado que presentan baja autoestima, menor asertividad, una mayor prevalencia de ansiedad, peores condiciones de vida, además de que tienen un mayor número de acontecimientos vitales percibidos como negativos y una peor percepción de su salud (Montesó, 2015).

Tomando en cuenta esto último, considero necesario retomar la influencia que tienen las percepciones de las personas en el desarrollo y mantenimiento de la depresión; siendo específica, de las creencias centrales, mismas a las que Aaron Beck les da un gran peso en su teoría cognitiva. Pues es a partir de éstas que las personas con depresión presentan una visión distorsionada negativa de ellas mismas, del futuro y del mundo, la cual es su propia representación verdadera de la realidad. Por lo que Beck sostiene que la modificación de cogniciones genera cambios en el afecto y en el comportamiento de la persona, esto por medio de una variedad de técnicas cognitivas y conductuales que cambian los estilos de creencias centrales y pensamientos disfuncionales presentes en la depresión (Toro y Ochoa, 2010).

Ante esta situación, es clara la importancia de la presente tesis empírica, la cual está enfocada en conocer la evolución de las creencias de usuarias con depresión a lo largo de una intervención cognitivo conductual en la Clínica Integral de la Mujer. Dicha intervención tuvo como finalidad modificar las creencias centrales de las usuarias a partir de sus necesidades, logrando tener un impacto en sus sentimientos y emociones; siendo parte de los servicios otorgados en el lugar, para las personas que solicitaron ayuda de forma voluntaria.

5.6 Enfoque.

Fenomenológico. Este enfoque se encarga de estudiar los fenómenos tal y como son experimentados, vividos y percibidos por el ser humano. Por lo que se va a respetar el relato que hace la persona de sus propias vivencias (Martínez, 2006).Ávila (2007) refiere que el método permite estudiar, no la “realidad externa” la cual es igual a todos, sino la realidad individual y cuya esencia va a depender del modo en que el sujeto la vive.

El método fenomenológico consiste en escuchar de forma detallada casos parecidos, para posteriormente encontrar una estructura común a todos ellos; por tal motivo, es importante que el investigador trate de hacer un lado sus creencias, hipótesis o suposiciones para así poder captar en la mayor posibilidad las vivencias del otro, descartando cualquier tipo de experimento ya que se considera que en él se crean nuevas y artificiales realidades (Ávila; 2007).

Ávila (2007) señala que éste método está compuesto de tres etapas:

- Etapa descriptiva, la cual a su vez se divide en a) Elegir la técnica o procedimiento apropiado; b) llevar a cabo la observación, entrevista, cuestionario o según sea el caso, implementándolo las veces necesarias para recolectar la información que nos interesa; y c) elaborar la descripción protocolar, para producir la descripción del fenómeno que revele de forma clara el evento.
- Etapa estructural: Cuyo objetivo es revisar las descripciones incluidas en los protocolos y se compone de siete pasos a) lectura general de la descripción a cada protocolo; b) delimitación de las unidades temáticas naturales; c) determinación del tema central que domina cada unidad temática; d) redacción del tema central en lenguaje científico; e) integración de los temas centrales en una estructura descriptiva; f) integración de las estructuras particulares en una general; y g) entrevista final con los sujetos estudiados.
- Discusión de los resultados: Su objetivo es relacionar los resultados obtenidos en la investigación con los datos encontrados por otros investigadores para entender las diferencias y ampliar los resultados. Es importante tomar en cuenta que los datos no

se toman de forma aislada, siendo una interpretación correcta cuando se ubican en el contexto en el que ocurren para comprender el significado funcional.

5.7 Diseño.

No experimental: Longitudinal panel. Los diseños no experimentales están caracterizados por la observación de los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Es decir, las variables independientes ya han ocurrido y no es posible manipularlas. Dentro de este diseño se encuentra el diseño longitudinal de panel, en donde el mismo grupo de sujetos es medido u observado en todos los tiempos o momentos (Sampieri, Fernández, y Baptista; 2003). En este caso, se efectuaron 12 sesiones terapéuticas de una hora cada una, las cuales se impartieron una vez a la semana.

5.8 Participantes.

Cinco mujeres de entre 53 y 69 años de edad que recibieron asesoría psicológica en la Clínica Integral de la Mujer y cuyo motivo de consulta fue la depresión.

5.9 Tipo de muestreo.

No probabilístico: Estudio de casos. En el enfoque cualitativo, la muestra es una unidad de análisis o un grupo de personas, contextos, eventos, sucesos o comunidades; sobre el cual se van a recolectar datos sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia (Sampieri, Fernández, y Baptista; 2003). Dentro de los tipos de muestra, se encuentra el estudio de caso, el cual brinda una descripción detallada a la que subyace una descripción completa y literal del fenómeno de estudio; cuyo interés se centra en un acontecimiento o fenómeno en particular (Zapata, Murillo y Martínez; 2006).

5.10 Recolección de datos.

Revisión de documentos. La recolección de datos por medio de la revisión de documentos sigue el mismo esquema de razonamiento que la observación o la entrevista. Estos sirven como sustitutos de registros de actividades que el investigador no puede observar de forma directa. En este caso, se hizo una revisión de los expedientes PSOAP de las usuarias (Ver anexo), debido a que las sesiones psicológicas de las usuarias no formaron parte de la presente investigación (Sampieri, Fernández, y Baptista; 2003).

Este tipo de expediente es empleado en áreas de las ciencias de la salud, y son los pasos ordenados que se deben de seguir para elaborar, de acuerdo a las normas correspondientes (NOM 168), las notas de evolución de los pacientes con la finalidad de llevar un mejor control. Este tipo de notas son de descriptivas-analíticas y sus siglas significan lo siguiente (Fortuna, Rivera, Roldan et al; 2008):

- P-Paciente: Se anotan los datos que sean útiles al momento de tomar decisiones para el tratamiento, como elementos del estado mental (apariencia, orientación, periodo de atención, entre otros).
- S-Subjetivo: Se anota una paráfrasis o citas de cosas referidas por el paciente a lo largo de la sesión psicológica.
- O-Objetivo: Se describe todo lo que observamos en la sesión de una forma objetiva, haciendo énfasis en elementos que consideremos relevantes para retomar en otras sesiones y el tratamiento.
- A-Análisis: En este apartado se hace una descripción de la forma en que se trabajó a lo largo de la sesión, integrando información para llevar a cabo un diagnóstico y así tomar decisiones con respecto al tratamiento.
- P-Plan de tratamiento: A partir de lo anterior, se va a describir el plan a seguir en la próxima sesión, así como las tareas que se le dejaron al usuario.

5.11 Procedimiento.

5.11.1 Selección de participantes.

A partir de los casos atendidos por la pasante en psicología Fabiola Gutiérrez Guadarrama en las asesorías psicológicas impartidas en la Clínica Integral de la Mujer de la Delegación Gustavo A. Madero, durante el periodo anual 2015-2016, se seleccionaron aquellos cuyos motivos de consulta fueron referidos por las usuarias como “depresión”.

5.11.2 Revisión de expedientes PSOAP.

Se utilizaron los expedientes PSOAP realizados a lo largo de las sesiones de cada usuaria, identificando en los apartados P (Persona, en donde se realizó una descripción fenomenológica de la usuaria en cada sesión) y S (Subjetivo, en donde se anotaron paráfrasis o citas de lo mencionado por la usuaria) los elementos

importantes que representaron creencias centrales, pensamientos y conductas en cada caso.

5.11.3 Clasificación.

Una vez que se identificaron las creencias centrales, pensamientos y conductas de cada usuaria a lo largo de su intervención psicológica, se llevó a cabo una clasificación de las mismas de forma cronológica con la intención de facilitar el análisis de las mismas.

5.11.4 Análisis.

Se examinaron las creencias centrales, los pensamientos y las conductas de las usuarias, tomando en cuenta que el análisis no se llevó a cabo sesión por sesión, sino que únicamente se retomaron los cambios que se consideraron significativos. Esto se hizo por medio de la descripción de cada caso, en el que se hicieron paráfrasis de algunas frases dichas por las usuarias, contextualizándolo con elementos escritos en algunas de las categorías de los expedientes PSOAP. A fin de dar cuenta de los cambios en ellas ocurridos.

CAPÍTULO VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Presentación de casos.

A continuación se presentan cinco casos de mujeres que asistieron a la Clínica Integral de la Mujer, ubicada en la Delegación Gustavo A. Madero, cuyo motivo de consulta fue la depresión y que concluyeron un tratamiento de asesoría psicológica impartido por la pasante en Psicología Fabiola Gutiérrez, como parte de los servicios de dicha instalación. En primera instancia, se describen los datos demográficos de la usuaria, así como elementos que se consideren importantes resaltar con respecto a la primera sesión. Por cuestiones de privacidad para las mujeres que tomaron las asesorías, se hace referencia a ellas como “Usuaria” además de añadirle una letra para distinguirlas, misma que se indica en cada uno de los casos. Todo esto redactado en prosa.

Posteriormente, se expone en una tabla la clasificación realizada de forma cronológica de las creencias centrales identificadas en los expedientes PSOAP (Paciente, Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan del tratamiento) en cada uno de los casos, indicándose en cuántas sesiones y en cuáles estuvo presente, pues existieron creencias que coexistieron cerca del mismo número de sesiones. Además de eso, se incluyeron las creencias intermedias, pensamientos automáticos, conductas y emociones. Esto con la intención de analizar la evolución que tienen las creencias centrales de las usuarias, y cómo es que a partir de ellas se presentan cambios que son evidentes a través de las conductas y emociones; todo esto se contextualiza en el análisis por medio de información referida por las usuarias en las sesiones con respecto a su historia de vida; además de conocer la interacción entre estos conceptos propuestos por Aaron Beck en su teoría cognitiva de la depresión. Cabe resaltar que las creencias y pensamientos que se emplean en el análisis son paráfrasis de lo mencionado por las usuarias en sus sesiones, y en caso de ponerse tal cual la idea se escribe entre comillas.

6.1.1 Caso 1: “¿Estoy haciendo bien?”

Mujer de 66 años de edad, a la cual se le referirá a lo largo del apartado como “Usuaria C”. Estatura entre 1.60 y 1.62 metros; cabello corto hasta el hombro, ondulado y teñido de color

rubio cenizo; complexión robusta; para poder caminar necesita apoyo de un bastón, además de que en la primer sesión se observó que en la frente y el brazo tenía un raspón; le faltan dos incisivos centrales inferiores y no usa alguna prótesis; en cuanto a su rostro, se maquilla usando delineador de color azul en los párpados inferiores. Ella refiere que tiene problemas en las rodillas, ya que le duelen mucho y que necesita hacerse estudios para tener cuidados con respecto a su problema.

La Usuaría C actualmente se dedica al hogar y vive de la pensión de su esposo, quien era economista. Tiene tres hijos, producto de su matrimonio, la mayor de 49 años, uno de 46 años y el menor de 40. Ella habita en su propia casa, compartiéndola con su hijo menor, nuera y nieto; siendo la planta alta en la que ella vive, mientras que su hijo se encuentra en la planta baja. Su hija mayor y el menor están inmersos en el alcohol, aspecto que le preocupa ya que pueden descuidar a su familia; sin embargo, al hacerles comentarios al respecto sólo consigue que ellos se enojen. Además de que ella los sigue apoyando económicamente debido a que a veces no tienen dinero para pagar algunas cosas, y eso le ha comenzado a molestar, ya que dice que los está convirtiendo en unos irresponsables.

Su esposo falleció hace 9 años, cuando él tenía 64 años de edad, después ocho días de haber salido del centro de rehabilitación al que él mismo se inscribió para tratar sus problemas de alcohol. Algo importante a resaltar es que la usuaria también estuvo inmersa en el alcoholismo cuando tenía 38 años, descuidando a su familia a consecuencia de eso. Sin embargo, ella refiere que logró dejar el alcohol luego de asistir al cuarto y quinto paso por voluntad propia; lugar en donde también logró asimilar la muerte de su esposo pues le enseñaron que aquí dejaban todo lo que eran para irse con Dios, además de que a ella le tranquiliza el que no haya fallecido de forma trágica.

Escolaridad: Secundaria inconclusa.

Estado civil: Viuda.

Religión: Católica.

Motivo de consulta: “Descuido personal. No sé si lo que hago está bien o mal. Me siento deprimida”

Frecuencia con la que se presenta el problema: Toda la semana.

Qué resultados espera obtener: “Sentirme ubicada y despreocupada”

A continuación se presenta una tabla, la cual muestra de forma cronológica la aparición de las creencias centrales de la Usuaría C a lo largo de las sesiones, las cuales en total fueron 14.

Creencia central	Creencia intermedia	Pensamiento automático	Emoción	Conducta	Sesiones
He sido mala madre y esposa.	<p>-Mis hijos son irresponsables por mi culpa.</p> <p>-Una madre debe de cuidar de sus hijos siempre.</p> <p>-Debo evitar que pasen lo que estoy pasando con mi familia.</p>	<p>- Estoy convirtiendo a mis hijos en unos irresponsables.</p> <p>-Quiero hacer algo por modificar los malos hábitos que mis hijos han adoptado.</p> <p>-“Yo quería abortar a mi hija pero salió mal y no pude hacerlo. Creo que por eso le quiero resolver la vida, por culpa.”</p> <p>-“Siento que mi</p>	<p>-Enojo.</p> <p>-Angustia.</p> <p>-Culpa.</p>	<p>-Pelear constantemente con sus hijos.</p> <p>-Discutir con sus hijos cada vez que toman.</p> <p>-Darle dinero para que su hija compre lo que necesite.</p>	

	<p>-Por mi culpa, mi familia ha caído en el alcohol.</p>	<p>esposo tomó ese camino porque nosotros no lo escuchábamos”</p> <p>-Descuidé a mis hijos por andar en las fiestas.</p> <p>-Quiero prevenir a mis hijos, ya que no quiero que sigan mis pasos y que se vea afectada su familia como me sucedió a mí.</p> <p>-Es importante poner mi salud primero, ya que estoy en una edad avanzada y si no estoy bien, no puedo estar cerca de mi familia.</p> <p>-Me siento mal al no poder cubrir las necesidades de mis hijos.</p>	<p>-Tristeza, culpa.</p> <p>-Culpa.</p> <p>-Angustia.</p> <p>-Valoración.</p>	<p>-Pelear con sus hijos cada vez que toman y decirles que busquen ayuda.</p> <p>-Darles lo que necesitan con respecto a lo económico.</p> <p>-Pedirles que busquen ayuda y reprocharles su estado alcohólico.</p> <p>-Quedarse a descansar en su casa.</p>	<p>1,2,3,4, 5,6,7,8, 9</p>
--	--	--	---	---	----------------------------

			-Miedo, angustia, tristeza.	-Buscar la forma en la cual puede ayudar a sus hijos.	
No le importo a mi familia.	-El alcohol arruina mi relación con mi familia. -No puedo hacer que mi familia pase tiempo conmigo.	-“Mi esposo era alcohólico, al grado de que yo llegué a pensar que prefería a la bebida más que a mí [...]” - Mi hija más que venir a verme, quiere irse de fiesta. -“Veo que a mis hijos no les importo porque no se hacen cargo de mi” - Tuve buenos momentos con mi esposo, hasta que comenzó a tomar.	-Enojo, tristeza, soledad. -Enojo y tristeza. -Tristeza, enojo. - Enojo.	-Beber junto con su esposo para convivir. -Discutir por teléfono con su hija. -Pelear con ellos, reclamando su poca atención. -Beber con su esposo para convivir.	1,2,3,4, 5,6

<p>Soy incompete para tomar decisiones.</p>	<p>-Las decisiones que he tomado son malas y afectan a otros.</p> <p>-Las decisiones que he tomado no le agradan a los demás.</p>	<p>- “No sé si estoy bien. Usted dígame, doctora”</p> <p>-“Me siento entre la espada y la pared”</p> <p>-Me van a echar la culpa por haberle facilitado todo.</p>	<p>-Angustia, miedo.</p> <p>-Angustia, miedo.</p> <p>-Angustia.</p>	<p>-Evitar tomar una decisión.</p> <p>-Peleas por teléfono con su hija.</p> <p>-No comprarle a su hija el coche que le pide.</p>	<p>1,2,3,4, 5,6</p>
<p>Mi familia merece una segunda oportunidad.</p>	<p>-De los errores se aprende.</p> <p>-Hay que darle una oportunidad a las personas.</p> <p>-Tengo que respetar la decisión de mi hijo con</p>	<p>-Todos merecen una oportunidad para demostrar que han cambiado.</p> <p>-Es necesario aprender de las experiencias y valorar cada cosa que vivió con una persona.</p>	<p>-Afecto.</p> <p>-Optimismo.</p>	<p>-Apoyar a su nieto y no juzgarlo por su conducta.</p> <p>- Escuchar a su hijo, sin intervenir en sus decisiones y tratar de inculcar la responsabilidad en él.</p>	<p>7,8,9,10 , 11,12</p>

	<p>su vida.</p> <p>-Tengo que darles una segunda oportunidad.</p>	<p>-Voy a respetar la decisión de mi hijo, pero es importante que se haga responsable de ellas.</p>	<p>-Afecto.</p>	<p>-Escuchar a su hijo, y darle su opinión sin intervenir en su decisión.</p>	
<p>Mi pasado me define.</p>	<p>-Si saben lo que hice en el pasado, me van a juzgar.</p> <p>-Hice cosas malas en el pasado.</p> <p>-No me siento orgullosa de lo que hice.</p>	<p>-“¿A la gente qué le importa las cosas que hice en mi pasado?”</p> <p>-“Son cosas que ya pasaron, ¿para qué las menciona frente a su hija?”</p> <p>-“No me siento orgullosa de todo eso”</p> <p>-“Hice mal, pero ya no soy así”</p>	<p>- Enojo, dolor, vergüenza.</p>	<p>-Discusiones con su hija mayor.</p>	<p>10,11,12</p>
<p>Me da miedo estar sola.</p>	<p>-Mis hijos me van a dejar sola.</p>	<p>-Me molesta que sea tan irresponsable porque puede perder a su familia.</p> <p>-Tengo miedo de</p>	<p>-Enojo, angustia.</p> <p>-Miedo,</p>	<p>-Discusiones con su hija.</p> <p>-Mantenerse</p>	<p>13,14</p>

		pasar las noches solas.	soledad.	rodeada de algún familiar.	
--	--	----------------------------	----------	-------------------------------	--

Tabla 1. Creencias centrales, intermedias y pensamientos automáticos de la Usuaría C a lo largo de sus asesorías psicológicas.

En la tabla 1. se puede observar que se identificaron seis creencias centrales a lo largo de las asesorías psicológicas de la Usuaría C, siendo la creencia central <<He sido mala madre y esposa>> la que predominó, ya que se presentó desde la primera sesión hasta la novena; ésta creencia central se ubica dentro de la categoría de la incapacidad de ser amado que presentan las personas con depresión, propuesta por Beck (Naranjo, 2004), y es mediada a través de las creencias intermedias de la usuaria, mismas que están dirigidas hacia lo que ella considera que debe de hacer una madre con sus hijos, y en especial: <<Por mi culpa, mi familia ha caído en el alcohol>> o <<Debo evitar que pasen lo que estoy pasando con mi familia>>, las cuales están relacionadas con un evento pasado de su vida que ha sido significativo para ella, su alcoholismo; esta experiencia pasada le ha llevado a adquirir aprendizajes que conformaron su creencia central (Beck, 2000), la cual se identificó a través de los pensamientos automáticos expresados por la Usuaría C a lo largo de las sesiones, siendo detectados en su expediente PSOAP y que hacen referencia a la responsabilidad que ella se adjudica con respecto a los malos hábitos de su familia, desde el alcoholismo de su esposo hasta el de su hija mayor.

Otro factor que influye en la formación de las creencias centrales es la interacción que se tiene con las personas significativas (Naranjo, 2004), haciéndose evidente en uno de los pensamientos automáticos de la Usuaría C, el cual puede considerarse como un error en el procesamiento de la información, ya que no le es funcional a la usuaria para desenvolverse de forma plena en su día a día, y que se encuentra clasificado dentro de la categoría denominada por Aaron Beck como inferencia arbitraria (Chappa, 2003), ya que la Usuaría C no cuenta con una evidencia que apoye el pensamiento “Siento que mi esposo tomó ese camino porque nosotros no lo escuchábamos”, mismo del que se apropió a partir del comentario de una de sus amigas, ya que la Usuaría C señaló que fue quien le dijo que era la culpable de que su esposo tomara el camino del alcohol debido a que no lo escuchaba

y, a partir de esto, la usuaria comenzó a hacer inferencias, diciendo que su esposo no pudo superar la muerte de sus padres y ellos como familia pudieron llevarlo con un tanatólogo pero no lo hicieron, por tal motivo él se refugió en el alcohol. Además, esa amiga fue quien le sugirió tomar con su esposo para que así convivieran más, pues la Usuaría C se sentía descuidada por él. Estos aspectos le hacen sentirse culpable, triste y preocupada en la actualidad, llevándola a pelear con sus hijos cada vez que ellos comienzan a tomar, pues desea que busquen ayuda antes de que comiencen a tener problemas con su familia, ya que incluso la familia de su hija mayor en ocasiones no quiere hacerse cargo de ella debido a que siempre se la pasa tomando.

Además, considero importante a resaltar dentro de esta creencia central, que la mayoría de los pensamientos automáticos de la usuaria tienden a ser pensamientos catastróficos (Chappa, 2003), ya que hacen referencia al descuido que le dio a su familia en el pasado. Aspecto que desea prevenir con sus hijos y sus familias, convenciéndose de que existe una gran probabilidad de que ellos pasen por lo mismo que ella vivió: <<Quiero prevenir a mis hijos, ya que no quiero que sigan mis pasos y que se vea afectada su familia como me sucedió a mí>> o <<Me siento mal al no poder cubrir las necesidades de mis hijos>>. Ya que cuando su esposo dejó de prestarle atención por el alcohol, ella comenzó a salir de fiesta con él para convivir más, llegando tomada y descuidando a sus hijos, siendo el hijo menor el que contaba con apenas 12 años de edad. Cada vez que este tipo de pensamientos automáticos se hacen presentes, la Usuaría C experimenta angustia o culpabilidad, mismas que la mayor parte del tiempo la llevan a darles dinero o comprarles lo que ellos le piden, incluso si sólo eran cosas que ella consideraba innecesarias, como un auto nuevo. De igual forma, otro pensamiento automático que le genera culpabilidad a la usuaria es: “Yo quería abortar a mi hija pero salió mal y no pude hacerlo. Creo que por eso le quiero resolver la vida, por culpa”, este tipo de pensamiento puede considerarse como uno de los errores en el procesamiento de la información, el cual es denominado por Beck como personalización (Chappa, 2003), debido a que la Usuaría C considera que esa decisión que tomó en el pasado aún tiene impacto en su vida y en la de su hija, quien no sabe acerca de eso, pero que la está pasando mal debido a su alcoholismo. La usuaria refiere que su hija mayor no fue deseada, y que se tuvo que casar a los 17 años a causa de su embarazo, mientras que su esposo contaba con 24; en ese entonces ambos tenían pareja y

estaban saliendo sin que ninguno supiera de la relación del otro, durando 3 años de novios. Cuando ella le dijo que estaba embarazada él le respondió que el hijo no era suyo y se fue y, a pesar de que ella tuvo el apoyo de sus padres, intentó abortar a su hija, sin lograr su cometido debido a que el procedimiento salió mal; luego de un mes su esposo volvió, siendo el padre de la Usuaría C quien le dijo que tenía que casarse con su hija, accediendo de inmediato. El día de su boda se sintió triste, ya que ella ya no iba a poder seguir estudiando por haberse casado, aunque apoyó a su esposo para que estudiara economía y trabajara a la par.

Por otro lado, la segunda creencia que más se hizo presente fue la de: <<No le importo a mi familia>>, la cual se identificó desde la primer sesión hasta la sexta y que, al igual que la creencia central anterior, se encuentra clasificada dentro de la incapacidad de ser amado (Naranjo, 2004). Teniendo como creencias intermedias: <<El alcohol arruina mi relación con mi familia>> y <<No puedo hacer que mi familia pase tiempo conmigo>>. Basándose en comportamientos pasados de su esposo y de sus hijos con ella en la actualidad, pues señala que ha visto cómo son de atentos con sus parejas y a ella no le dedican tiempo; lo cual se ve reflejado en lo propuesto por Naranjo (2004), quien refiere que las creencias centrales pueden desarrollarse luego de experimentar diversas situaciones. Estas creencias se identificaron a través de pensamientos automáticos que tendían a ser inferencias arbitrarias (Chappa, 2003) como: “Mi esposo era alcohólico, al grado de que yo llegué a pensar que prefería a la bebida más que a mí [...]”, “Veo que a mis hijos no les importo porque no se hacen cargo de mí” o << Mi hija más que venir a verme, quiere irse de fiesta>> siendo éste último mencionado, ya que se acercaba el día de las madres y su hija le estaba pidiendo dinero para poder ir a verla ya que vive en Guadalajara, sin embargo, la Usuaría C refería que siempre que iba a visitarla se la pasaba yendo a fiestas con los amigos que vivían cerca de allí; es por ello que este tipo de pensamientos le generaban a la usuaria emociones de enojo y de tristeza, lo cual en un pasado la orilló a comenzar a beber junto con su esposo y que en la actualidad la llevan a tener discusiones con sus hijos, especialmente con su hija mayor, en las cuales les reprocha su poca falta de atención hacia ella debido al interés por la bebida. Un aspecto que considero importante mencionar, es que en la sesión cinco, la usuaria acudió a la sesión con ropa distinta a la usual, pues llevaba un pantalón y blusa de color rosa, además de que se puso aretes. En lo que respecta al discurso,

a pesar de que aún tenía implícito algunos reclamos hacia sus hijos, se pudo notar que comenzó a apropiarse de su discurso. Este tipo de aspectos, son parte de la respuesta motora de la persona, y Riso (2006) señala que ésta se convierte en el medio de comunicación de la respuesta cognitiva por excelencia, ya sea por medio de las expresiones verbales o a través de expresiones corporales como una mueca, cierta latencia de respuesta o una sonrisa, las cuales pueden mostrar de manera indirecta el contenido del pensamiento.

Existe otra creencia central que se presentó a lo largo de las mismas sesiones que la creencia anterior, la cual es: <<Soy incompetente para tomar decisiones>>, y que se encuentra dentro de las creencias de desamparo propuestas por Aaron Beck (Naranjo, 2004); cabe mencionar que está regulada por las creencias intermedias <<Las decisiones que he tomado son malas y afectan a otros>> y <<Las decisiones que he tomado no le agradan a los demás>> mismas que tienen relación con el haberse convertido en alcohólica y con los reproches que recibe por parte de su hija mayor cada vez que hay una discusión; por lo que los pensamientos automáticos generados tendían a ser inferencias arbitrarias (Chappa, 2003) y oscilaron entre: “No sé si estoy bien. Usted dígame, doctora” y << Me van a echar la culpa por haberle facilitado todo>>, experimentando miedo y angustia en cuanto a las consecuencias de sus decisiones; por tal motivo, la Usuaría C tendía a evitar tomar una decisión, discutir con su hija mayor o pedirle consejos a su psicóloga para saber si hacía bien o mal al decidir algo.

En lo que respecta a las otras tres creencias, considero importante mencionar que una de ellas es el resultado de la intervención psicológica que se implementó con ella. Ésta fue: <<Mi familia merece una segunda oportunidad>>, la cual se presentó desde la sesión siete y siguió presente hasta la doce, y que tuvo un impacto positivo en la Usuaría C. Esta creencia estuvo regulada por creencias intermedias como: <<De los errores se aprende>> o <<Tengo que darles una segunda oportunidad>>; sin embargo, sus pensamientos automáticos únicamente abarcaban a su hijo y nieto, los cuales no están inmersos en el alcohol y sus problemas únicamente estaban relacionados con la separación de su esposa por parte de su hijo y las actitudes groseras que su nieto estaba teniendo en cuanto a desobedecer a sus padres; este tipo de pensamientos automáticos desataron afecto hacia ellos y la orillaron a escucharlos y apoyarlos en sus decisiones, lo cual en cierta medida

hizo que ella transformara la creencia intermedia que hacía referencia a no poder cubrir las necesidades de sus hijos. Algo que considero importante resaltar, es que en la sesión 11 la usuaria presentó un cambio en su aspecto personal, ya que se cortó y pintó el cabello de rubio, a causa de un evento familiar; pero también se mostró un cambio en su discurso, ya que al momento de hablar se muestra firmeza en cuanto a sus opiniones y decisiones con respecto a la forma en que quiere apoyar a sus hijos, haciéndolo a través de la escucha.

Sin embargo, cabe señalar que en las sesiones 10, 11 y 12 se hizo presente otra creencia central negativa, la cual se encuentra dentro de las creencias de desamparo (Naranjo, 2004): <<Mi pasado me define>>, y que se relaciona con lo mencionado por Riso (2006), quien refiere que en la Terapia Cognitiva Conductual se destaca tanto el presente como el pasado, siendo el pasado o la historia previa la que se encuentra almacenada en la memoria episódica y, por lo tanto, es real y presente en tanto puede afectar distintos niveles del procesamiento de información. Por lo tanto, dicha creencia central sigue relacionada con su alcoholismo y el descuido hacia su familia y, por ende, está clasificado dentro de la incapacidad de ser amado propuesta por Beck (Naranjo, 2004); ésta creencia central está regulada por creencias intermedias como: <<No me siento orgullosa de lo que hice>> o <<Si saben lo que hice en el pasado, me van a juzgar>>, siendo expresadas a través de pensamientos automáticos que se clasifican dentro de la personalización (Chappa, 2003), ya que considera su alcoholismo como algo que sigue interfiriendo de forma negativa en sus relaciones interpersonales, estos pensamientos son: “¿A la gente qué le importa las cosas que hice en mi pasado?”, “Son cosas que ya pasaron, ¿para qué las menciona frente a su hija?”, “No me siento orgullosa de todo eso” e “Hice mal, pero ya no soy así”; generándole enojo, dolor y vergüenza, llevándola a tener discusiones con su hija mayor, ya que es quien le reprocha su pasado enfrente de sus nietos cada vez que la Usuaría C le dice que deje de tomar y que busque ayuda.

Por último, en las sesiones 13 y 14 la Usuaría C hizo evidente otra de sus creencias centrales <<Me da miedo estar sola>> clasificada dentro de la incapacidad de ser amado (Naranjo, 2004), teniendo como creencia intermedia <<Mis hijos me van a dejar sola>> y que de cierta forma están relacionadas con la creencia que hace referencia a la falta de atención que la dan sus hijos, pues sus pensamientos automáticos mencionan aspectos

como: <<Me molesta que sea tan irresponsable porque puede perder a su familia>> o <<Tengo miedo de pasar las noches sola>> generando emociones como enojo, angustia, miedo y soledad; las cuales la llevan a discutir con su hija mayor y querer estar rodeada de algún familiar, pues estaba tratando de ofrecerle a su sobrina que se fuera a vivir con ella cuando se case, aunque sabe que no es lo ideal y, por tal motivo, no le ha dicho nada ya que sabe que como pareja necesitan un espacio propio. En lo que respecta a su aspecto personal, considero importante señalar que en la sesión 14, la usuaria llevó pantalón negro de vestir y una blusa con flores, además de que se arregló el cabello y se fue maquillada; señalando que se llevó como aprendizaje de las asesorías la importancia de preocuparse por ella misma y no querer resolverle la vida al otro. Aunque a partir de las creencias que se presentaron en las últimas sesiones, la Usuaria C dejó saber que aún tiene miedo de tocar cosas de su pasado ya que le molesta hablar de él, mencionando que aún no se sentía preparada para trabajar ese aspecto.

6.1.2 Caso 2: “Todo lo que quiero, me sale mal”

Mujer de 61 años de edad, a la cual se le referirá a lo largo del apartado como Usuaria M. Estatura entre 1.62 y 1.65 metros, cabello lacio y largo de color negro con canas. Tiene ojeras a consecuencia de sus desvelos, además de que sufre sobrepeso, por lo que fue canalizada por la nutrióloga de la clínica al servicio de psicología ya que tiene dificultad para seguir la rutina, además de sentir inconformidad con su cuerpo. Está enferma de la presión arterial y le ha comenzado a temblar el cuerpo a consecuencia de “los nervios”, además de que hace unos años fue operada de la vesícula ya que estaba a punto de reventarse. Por otro lado, el discurso de la usuaria está enfocado a disculparse ya sea por llegar tarde o por no hacer las tareas, mencionando que siempre tiene deberes que se le atraviesan, y por eso mismo no tiene tiempo para ella pues son muchas las obligaciones que están a su cargo.

La Usuaria M tiene 43 años de casada y tanto ella como su esposo son jubilados, ya que debido a cuestiones de salud no pueden dedicarse a otras labores, pues el esposo de la Usuaria M sufrió un infarto cerebral hace aproximadamente dos años, tiempo que llevan jubilados; por ende, ella se dedica la mayor parte de su tiempo a cuidarlo y a las labores del hogar, lo cual ella considera que la tiene muy desgastada física y emocionalmente. Tienen

tres hijos, dos varones los cuales están casados y su hija de en medio, la cual está separada y actualmente vive con sus dos hijos en casa de sus padres. La relación entre su familia nuclear es buena, e incluso tienden apoyarse entre ellos, debido a la educación de la Usuaría M con su familia, ya que considera que siempre hablan las cosas antes de discutir, aunque en ocasiones tienden a callar sus preocupaciones.

Escolaridad: Secundaria inconclusa.

Estado civil: Casada.

Religión: Católica.

Motivo de consulta: Depresión.

Frecuencia con la que se presenta el problema: La mayor parte de la semana.

Qué resultados espera obtener: Una orientación, ya que no sé qué hacer con la mayoría de las situaciones que ocurren en mi vida.

A continuación se presenta una tabla, la cual muestra de forma cronológica la aparición de las creencias centrales de la Usuaría M a lo largo de las sesiones, las cuales en total fueron 12.

Creencia central	Creencia intermedia	Pensamiento automático	Emoción	Conducta	Sesiones
Soy vulnerable.	-No puedo hacer algo para cambiar las cosas.	-Tengo limitaciones físicas y emocionales.	-Enojo, tristeza.	-Dejar las cosas a medias.	
	-Es mejor no hablar de temas que me duelen.	-No puedo olvidar todo lo ocurrido por eso no sé cómo	-Angustia.	-No pensar en las situaciones desagradables.	

	<p>-No me siento capaz de salir adelante ante mis tragedias.</p>	<p>cerrar ciclos.</p> <p>-“Me da miedo volver a revivir etapas difíciles”</p> <p>-Si me voy primero, tienes que ser fuerte por nuestros hijos. Si tú falleces primero, le voy a pedir fuerzas a Dios para seguir adelante.</p> <p>-“[...]No puedo hacer nada ante las cuestiones económicas, que es lo que más me preocupa”</p> <p>-Me he predispuesto a no llorar, pues eso es debilidad.</p> <p>-Me da miedo buscar, ya que si encuentro no sé cómo actuar. Voy de mal en peor.</p>	<p>-Miedo.</p> <p>-Miedo, tristeza, ansiedad.</p> <p>-Ansiedad.</p> <p>-Tristeza.</p> <p>-Miedo.</p>	<p>-No hacer las tareas de las sesiones.</p> <p>-Mentalizarse para prevenir el sufrimiento.</p> <p>-Insomnio.</p> <p>-Reprimir la tristeza. No llorar frente a su familia.</p> <p>-Evitar pasar tiempo a solas.</p>	<p>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</p>
	<p>-Soy el pilar de mi familia.</p>	<p>-No tengo tiempo para mí, ya que tengo muchas obligaciones a mi</p>	<p>-Estrés, tristeza.</p>	<p>-Cuidar a su esposo y hacerse cargo de los gastos de sus</p>	<p>1,2,3,4,7,8,9</p>

<p>El bienestar de mi familia depende de mí.</p>	<p>-Debo cuidar de mi familia.</p> <p>-Si no me mantengo fuerte, mi familia puede ser fuerte.</p>	<p>cargo.</p> <p>-Siento que mi hija ha hecho las cosas mal y es mi culpa.</p> <p>-“Yo me hago la fuerte aunque me duela”</p> <p>-Soy la persona que le da fuerza a mi gordito.</p> <p>-Tomo responsabilidades de otros para que no las resientan, porque no quiero que se vean afectados en cuanto a su salud.</p>	<p>-Culpabilidad y tristeza.</p> <p>-Tristeza.</p> <p>-Estrés.</p> <p>-Tristeza, angustia.</p>	<p>nietos.</p> <p>-Cuidar de su hija y alojarla en su casa.</p> <p>-Llorar en las noches, cuando nadie la ve.</p> <p>-Cuidar a su esposo en exceso, no mostrarse débil.</p> <p>-Sobreprometer a su familia.</p>	
<p>No estoy conforme con lo que tengo ni con lo que soy.</p>	<p>- Me van a seguir sucediendo tragedias.</p> <p>-Las cosas no van a ser como antes.</p> <p>-No soy capaz</p>	<p>-Jubilarme ha empeorado mi economía, por eso no puedo darme mis lujos y no puedo llevar mi dieta.</p> <p>-No tengo muchos acontecimientos trascendentales.</p> <p>-No quiero tomarle</p>	<p>-Enojo y tristeza.</p> <p>-Enojo y tristeza.</p> <p>-Tristeza,</p>	<p>-Administrar el dinero y privarse de gustos.</p> <p>-Evadir temas que le duelen.</p> <p>-Evitar</p>	<p>1,2,3,4,5, 6</p>

	de hacer lo que quiero.	aprecio a las cosas, ya que me he decepcionado. -Antes tenía lo necesario y ahora no. -“No estoy conforme con lo que tengo y con lo que soy”	miedo. -Tristeza, frustración. -Enojo. -Enojo, tristeza.	vincularse emocionalmente con alguien. -Restringirse de cosas que quiere. -Dejar las cosas a medias.	
Estoy causándoles molestias a los demás.	-Los demás piensan que me aprovecho de su amabilidad. -Los demás también tienen necesidades.	-No puedo hacer las cosas en el momento. -“Tengo que pagar las cosas para no quedarles a deber”	-Estrés, frustración. -Vergüenza.	-Disculpase por las cosas que le salen mal. -Empeñar sus pertenencias para tener dinero.	1,2,3
No valoran mi esfuerzo.	- Mi familia debe de preocuparse por las mismas cosas que yo.	-Él usa las cosas sin preocuparse si hay. -He hecho mucho por mi esposo y siento que no lo está valorando. -Me molesta que él sólo piense en el aquí y en el ahora.	-Enojo. -Enojo. -Enojo.	-No ser cariñosa con su esposo. -No ser cariñosa con su esposo. -Pelear con su esposo.	7,8,9
		-Han pasado eventos que me gustaría que no pasaran. Pero los	-Decepción.	-Buscar ayuda psicológica.	10,11,12

<p>Soy yo quien me pongo las barreras.</p>	<p>-Puedo ver más alternativas a un solo problema.</p> <p>-Si no puedo cambiar la situación, puedo cambiar la forma en que me siento.</p>	<p>he sabido sobrellevar.</p> <p>-“Me siento perdida con la parte de las herramientas, pero posiblemente aún las estoy usando y no me doy cuenta.”</p> <p>-Mi hija no actúa, porque yo siempre le he resuelto las cosas.</p> <p>-Me di el permiso de estar a solas, mi esposo no quiso y yo me quedé sola y me aventé dos películas.</p> <p>-Darme el permiso de llorar es una opción que estoy tratando de llevar a cabo.</p> <p>-“Me di el permiso de poder convivir con mi familia”</p> <p>-Si no puedo hacerlo en tiempo y espacio, no significa que no</p>	<p>-Miedo.</p> <p>-Enojo.</p> <p>-Feliz, tranquilidad.</p> <p>-Paciencia.</p> <p>-Felicidad.</p> <p>- Tranquilidad, paciencia.</p>	<p>-No hacer introspección.</p> <p>-Hablar con ella.</p> <p>-Ver películas a solas.</p> <p>-Trabajar lo visto en las sesiones.</p> <p>-Ir a casa de su hermana con su esposo.</p> <p>-Hacer planes y ver nuevas opciones.</p>	
---	---	---	--	---	--

		pueda cumplirlo. -Yo no me doy el permiso de buscar nuevas alternativas.	- Tranquilidad, paciencia.	-Hacer planes y ver nuevas opciones.	
Cada quien tiene su forma de pensar.	- Debo respetar los diferentes puntos de vista. -No todos piensan igual que yo.	-“Yo he vivido mi vida así, he pasado por momentos bonitos; pues de las cosas malas se aprende” -Es importante administrar el dinero, pero es la opinión de mi esposo y lo respeto.	- Tranquilidad. - Tranquilidad.	-Reevaluar los eventos que han sido difíciles para ella y verlos desde otra perspectiva. -Respetar otros puntos de vista	10,11,12

Tabla 2. Creencias centrales, intermedias y pensamientos automáticos de la Usuaría M a lo largo de sus asesorías psicológicas.

En la tabla 2. se puede observar que se identificaron siete creencias centrales a lo largo de las asesorías psicológicas de la Usuaría C, siendo la creencia central: <<Soy vulnerable>> la que predominó en las doce sesiones y que se encuentra ubicada dentro de las creencias de desamparo, categoría propuesta por Beck (Naranjo, 2004); y está mediada por creencias intermedias como: <<No puedo hacer algo para cambiar las cosas>>, <<Es mejor no hablar de temas que me duelen>> o << No me siento capaz de salir adelante ante mis tragedias>>, haciéndose evidentes a través de diversos pensamientos automáticos, entre ellos se encuentran: <<Tengo limitaciones físicas y emocionales>>, <<Me he predispuesto a no llorar, pues eso es debilidad>> o <<Me da miedo buscar, ya que si encuentro no sé cómo actuar. Voy de mal en peor>> los cuales, según los errores en el proceso de información, son abstracciones selectivas (Chappa, 2003) ya que la Usuaría M sólo contempló los

factores que le impedían hacer algo, dejando de lado las herramientas con las que cuenta. Este tipo de pensamientos normalmente se hacían presentes cuando ella se proponía algo que no podía cumplir, desde querer escombrar su casa hasta proyectos más grandes como poner un puesto en su casa, mismos que fueron interrumpidos por eventos externos que ella no podía controlar como la muerte de familiares cercanos a ella, el infarto cerebral que sufrió su esposo o la separación de su hija; generándole emociones como angustia, miedo, tristeza y ansiedad; mismas que le llevaron a tener insomnio, dejar las cosas a medias o a no realizar las tareas que se le dejaban en las sesiones y que estaban relacionadas en gran medida con las situaciones difíciles que se le han presentado a lo largo de su vida. Este error en el proceso de información concuerda con lo mencionado por Villardón (1993), pues señala que las personas deprimidas, a diferencia de los sujetos no deprimidos, abstraen de forma selectiva los aspectos negativos de la realidad y llevan a cabo inferencias que son erróneas, en función de unas creencias negativas sobre sí mismo y su relación con el mundo.

Por otro lado, la muerte es un tema que ella considera le sigue causando impacto, pues en la séptima sesión comentó que el esposo de su cuñada había fallecido, por lo que le fue muy difícil estar en el panteón, esto ocurre desde la muerte de su hermana mayor y, al ver a su cuñada muy desolada, decidió hablar con su esposo diciéndole: <<Si me voy primero, tienes que ser fuerte por nuestros hijos. Si tú falleces primero, le voy a pedir fuerzas a Dios para seguir adelante>>. Si bien ambos platicaron del tema y acordaron que no hay que preocuparse por cosas que aún no suceden, la usuaria comentó que ella aún no ha cerrado los ciclos de las muertes de sus familiares (papá, mamá, hermana mayor y sobrino) en especial la muerte de su hermana mayor y sobrino, las cuales fueron trágicas e inesperadas y es por eso que tiene miedo de volver a repetir etapas difíciles al hablarlas.

En lo que respecta a la creencia central: <<El bienestar de mi familia depende de mí>> la cual se presentó desde la primer sesión hasta la cuarta y nuevamente se hizo presente en la séptima hasta la novena, considero importante mencionar que es regulada por creencias intermedias como: <<Soy el pilar de mi familia>>, <<Debo cuidar de mi familia>> o <<Si no me mantengo fuerte, mi familia no puede ser fuerte>> y que muestran de forma evidente que la Usuaria M está centrándose de forma selectiva en información que

le confirma su creencia central (Beck, 2000). La creencia de esta usuaria se ve reflejada en lo que Montesó (2015) refiere, pues en la última década las investigaciones han permitido comprender mejor la carga que supone la depresión en las mujeres, esto debido a que con frecuencia son ellas las que se encargan del cuidado tanto de los padres como de los hijos, a la vez que adquieren varias responsabilidades que crean estrés y amplifican la depresión.

Esta creencia central se pudo identificar debido a pensamientos automáticos como: <<No tengo tiempo para mí, ya que tengo muchas obligaciones a mi cargo>> el cual es una abstracción selectiva (Chappa, 2003), ya que sólo se enfoca en las obligaciones a su cargo y deja de lado las posibles soluciones a ese problema; este pensamiento se relaciona en gran medida con la razón por la que no puede cumplir su dieta con la nutrióloga ya que antepone las necesidades de su familia a las de ella. Un claro ejemplo de esto es cuando la operaron de la vesícula, ya que desde que comenzó a dolerle ella hizo caso omiso pues no quería arruinar el cumpleaños de su esposo e incluso luego de la operación ella no pudo descansar lo suficiente, ya que tuvo que cuidarlo debido a que se enfermó de la próstata. Otro de los pensamientos que se presenta es: <<Siento que mi hija ha hecho las cosas mal y es mi culpa>> y se puede considerar como un error en el procesamiento de la información, clasificándose en la categoría de “personalización” (Chappa, 2003), ya que refiere que la ve perdida y sin saber qué hacer, justo como ella se siente, y eso le genera frustración por no poder ayudarla; mientras que los pensamientos: “Yo me hago la fuerte aunque me duela”, <<Soy la persona que le da fuerza a mi gordito>> o <<Tomo responsabilidades de otros para que no las resientan, porque no quiero que se vean afectados en cuanto a su salud>> se encuentran dentro de la misma categoría y se presentan principalmente cada vez que tiene que llevar a cabo las responsabilidades que ella misma toma con respecto al infarto cerebral que sufrió su esposo, ya que menciona que no quiere generarle estrés pues puede tener una recaída; todo lo anterior le genera emociones de tristeza y angustia, tomando todas las responsabilidades de la casa en cuanto a gastos y quehacer, además de cuidar a su esposo en exceso. Si bien esto es una gran carga para ella, trata de mostrarse fuerte ante su familia, llorando en las noches cuando nadie la ve.

Otra de las creencias centrales identificadas en la Usuaria M fue la de: <<No estoy conforme con lo que tengo ni con lo que soy>>, la cual se presentó desde la primera sesión

hasta la sexta y se encuentra dentro de la categoría de desamparo propuesta por Aaron Beck (Naranjo, 2004); siendo regulada por creencias intermedias como: <<Me van a seguir sucediendo tragedias>>, <<Las cosas no van a ser como antes>> o <<No soy capaz de hacer lo que quiero>> las cuales llevan a la Usuaría M a tener pensamientos automáticos los cuales se clasifican como pensamientos absolutistas (Chappa, 2013) tales como: <<Jubilarme ha empeorado mi economía, por eso no puedo darme mis lujos y no puedo llevar mi dieta>>, <<No quiero tomarle aprecio a las cosas, ya que me he decepcionado>> o <<Antes tenía lo necesario y ahora no>>, pues está categorizando todas las experiencias que ha tenido como algo irreversible y sin solución y se describe a ella de forma implícita como alguien incapaz de llevar a cabo lo que se propone, siendo el enojo y la tristeza las emociones que se hacen presentes en la usuaria como consecuencia; además de que la conducta generada en la usuaria es administrar el dinero y privarse de cosas que ella quiere, y evadir temas que le duelen o dejar sus planes a medias. De igual forma tiene dificultades para conciliar el sueño, ya que dice que no ha podido darle una respuesta a sus dudas pues se sigue sintiendo perdida, dado que no está conforme debido a que antes tenía una vida mejor, antes era delgada y ahora subió de peso, antes tenía mejores posibilidades económicas y ahora no las tiene.

En lo que respecta a la creencia central: <<Estoy causándoles molestias a los demás>> cabe resaltar que sólo se hizo evidente durante las tres primeras sesiones y se encuentra dentro de las creencias de la incapacidad de ser amado de Beck (Naranjo, 2004), siendo regulada por las creencias intermedias: <<Los demás piensan que me aprovecho de su amabilidad>> o <<Los demás también tienen necesidades>>, por lo que lo expresaba a través de pensamientos automáticos absolutistas (Chappa, 2013) como: <<No puedo hacer las cosas en el momento>> o “Tengo que pagar las cosas para no quedarles a deber”, generándole estrés, frustración y vergüenza. Lo cual hacía que la usuaria se disculpara por las cosas que ella consideraba le estaban saliendo mal; además de que empeñaba sus pertenencias para cubrir los gastos de la casa, en vez de aceptar el dinero que uno de sus hijos le ofrecía para ayudarla, ya que ella decía que sabía que los demás también tenían necesidades. Estos pensamientos se presentaban normalmente cuando la Usuaría M necesitaba dinero a causa de los gastos que se le presentaban en su casa debido al hospedaje

de su hija y nietos, pues ésta no contaba con un trabajo para poder ayudarles económicamente.

Otra de las creencias centrales identificadas y que se encuentra dentro de la categoría de la incapacidad de ser amado propuesta por Aaron Beck (Naranjo, 2004) fue la de: <<No valoran mi esfuerzo>> la cual se presentó desde la sesión siete hasta la nueve y fue a causa de una discusión que tuvo con su esposo por el dinero, ya que ella considera que él usa el dinero sin preocuparse si hay; ésta creencia es regulada por la creencia intermedia: <<Mi familia debe de preocuparse por las mismas cosas que yo>> y se expresa a través de pensamientos automáticos que son abstracciones selectivas (Chappa, 2003) como: <<He hecho mucho por mi esposo y siento que no lo está valorando>> o <<Me molesta que él sólo piense en el aquí y en el ahora>> pues sólo está tomando en cuenta las actitudes que tiene su esposo ante situaciones de gasto, dejando de lado otros momentos en los que la ha apoyado; todo eso genera enojo en la usuaria y la lleva a ser distante con su esposo y a pelear con él ya que le levantó la voz sólo por hacerle evidente su disgusto por no administrar bien el dinero. Si bien la usuaria mencionaba en las primeras sesiones que ella no solía pelear con su esposo y optaba por hablar con él u ocultar lo que sentía; en esta ocasión se presentó todo lo contrario. Además, algo importante de señalar es que en la sesión siete la usuaria se presentó a la sesión con un retoque de tinte en su cabello, se depiló las cejas y llevó las uñas pintadas; esto debido a que su esposo la llevó a la estética para que tuviera un cambio y se animara, ya que la estaba viendo decaída. Lo cual puede considerarse como una respuesta motora no verbal (Riso, 2016) ya que esos cambios al ser evidentes, eran una forma de expresar algo que posiblemente la usuaria no estaba diciendo de forma verbal, en este caso, la relación que tiene con su esposo y las diferencias que tenía con él con respecto a la forma en que él usaba el dinero.

En lo que respecta a las sesiones diez, once y doce; se presentaron dos creencias centrales resultado de las asesorías psicológicas, mismas que comenzaron a repercutir de forma favorable en la Usuaria M. La primera fue: <<Soy yo quien pongo las barreras>>, siendo regulada por creencias intermedias: <<Puedo ver más alternativas a un solo problema>> o <<Si no puedo cambiar la situación, puedo cambiar la forma en que me siento>>. Estas creencias fueron transmitidas a través de pensamientos automáticos como:

“Me siento perdida con la parte de las herramientas, pero posiblemente aún las estoy usando y no me doy cuenta.”, <<Mi hija no actúa, porque yo siempre le he resuelto las cosas>>, <<Si no puedo hacerlo en tiempo y espacio, no significa que no pueda cumplirlo>> o << Yo no me doy el permiso de buscar nuevas alternativas>>. Si bien en la sesión diez existieron emociones de enojo o miedo, en las sesiones posteriores la usuaria comenzó a experimentar tranquilidad y felicidad; dándose un tiempo para convivir con su familia, exponer de forma verbal las cosas que le molestaban y disfrutar de las cosas que ella deseaba hacer como el ver películas ella sola.

En lo que respecta a la otra creencia central: <<Cada quien tiene su forma de pensar>>, estuvo regulada por creencias intermedias como: <<Debo respetar los diferentes puntos de vista>> o <<No todos piensan igual que yo>>; evidenciándose a través de pensamientos automáticos como: “Yo he vivido mi vida así, he pasado por momentos bonitos; pues de las cosas malas se aprende” o << Es importante administrar el dinero, pero es la opinión de mi esposo y lo respeto>>, pensar de esa forma le generó a la usuaria tranquilidad; llevándola a respetar otros puntos de vista a través del diálogo, y a buscar un aprendizaje a partir de las situaciones que se le han presentado. Estos pensamientos se presentaron debido a la visita que hizo a una de sus hermanas, en la cual se dio la oportunidad de ir sin estar preocupándose por sus hijos, por lo que ella llegó a la conclusión de que en ocasiones era ella misma la que le daba un gran peso a las cosas y, por ende, no podía disfrutar del tiempo que contaba para ella. Comprometiéndose con el trabajo constante en aspectos que considera aún le falta trabajar, como el darse permiso para llorar y darse la oportunidad de buscar nuevas alternativas para los problemas que se le presenten.

6.1.3 Caso 3. “Ellos no valoran lo que a mí me costó trabajo obtener”

Mujer de 59 años de edad, a la cual se le referirá a lo largo del apartado como Usuaria D. Estatura entre 1.56 y 1.60, cabello corto y ondulado, teñido de color rubio. Trabaja de comerciante vendiendo productos por catálogo, además de ser ama de casa. También realiza trabajos que se le presenten y que le dejen dinero, como cuidar niños. Acude a clases de Yoga entre semana. Actualmente vive con sus dos hijos uno de 24 años y otro de 20, producto de su matrimonio. Se casó cuando tenía 33 años, sin embargo, se separó debido a que él se convirtió en un alcohólico y, si bien le dolió ya que él le hacía sentirse

acompañada, considera que fue una de las mejores decisiones que ha tomado; dicha separación se llevó a cabo cuando sus hijos tenían 15 y 17 años, y ellos siempre la apoyaron a ella en su decisión.

La usuaria perdió a su padre a los 17 años a consecuencia de un infarto, por lo que al ser la mayor de ocho hermanos, y debido a que su mamá no sabía leer ni escribir tuvo que comenzar a trabajar a la par que terminaba la secundaria. Al poco tiempo de la pérdida de su padre, también perdió a uno de sus hermanos, el cual le ayudaba a trabajar, a consecuencia de un asalto. Y además de esto, ella perdió a una de sus hijas, la cual sólo tuvo un día de nacida. Por tal motivo, ha comenzado a realizarse estudios ya que no quiere enfermarse, mismos en donde le detectaron osteoporosis y una infección en el riñón; descartándole una enfermedad del corazón y asociando su taquicardia como producto de la ansiedad.

La relación entre su familia nuclear es buena, sin embargo, ha tenido dificultades para relacionarse con su hijo mayor, debido a que considera que él no es responsable de sus cosas de la casa ni de aportar dinero. De igual forma, menciona que siente que en ocasiones sus hermanos sólo la buscan por interés económico ya que cuando ella llora en frente de ellos le hacen burla, pero siempre acuden a ella para pedirle prestado.

Escolaridad: Secundaria.

Estado civil: Soltera.

Religión: Católica.

Motivo de consulta: Depresión por duelo de papá.

Frecuencia con la que se presenta el problema: La mayor parte de la semana.

Qué resultados espera obtener: Más tranquilidad.

A continuación se presenta una tabla, la cual muestra de forma cronológica la aparición de las creencias centrales de la Usuaria D a lo largo de las sesiones, las cuales fueron en total 12.

Creencia central	Creencia intermedia	Pensamiento automático	Emoción	Conducta	Sesiones
Lo que prometo tengo que cumplirlo.	<p>-Las personas nacimos para servirle a alguien.</p> <p>-No puedo decepcionar a mi padre.</p> <p>-Tengo que ver primero por el otro.</p>	<p>-“Vete tranquilo, papá. Porque yo me haré cargo de mis hermanos”</p> <p>-“Lo que prometo tengo que cumplirlo”</p> <p>-“Es que no tengo que dormir en el día porque a mí no me gusta hacerlo. Y a veces me despierto toda asustada como si alguien me fuese a regañar por haberme dormido”</p> <p>-“Me duele que mi yo de 17 años estaba en una edad en la que ella tenía que divertirse, pero no pudo hacerlo debido a que cuando perdió a su</p>	<p>-Estrés.</p> <p>-Angustia.</p> <p>-Tristeza.</p>	<p>-Tomar responsabilidades con sus hermanos desde los 17 años.</p> <p>-Cumplir sus promesas, a pesar de que sea mucha responsabilidad para ella.</p> <p>-Abstenerse a dormir en el día.</p> <p>-Llorar y preocuparse en exceso por el futuro.</p>	1,2,3,4,5, 6,7,8,9.

		padre tuvo con ella muchas responsabilidades que le impidieron tener una vida”			
No quiero que mis hijos sufran lo que yo sufrí con mi papá.	<p>-Necesito una figura paterna para sentirme segura.</p> <p>-Prefiero cargar yo las responsabilidades.</p>	<p>-No quería que mis hijos estuvieran sin un padre, así como yo lo estuve.</p> <p>-“No quiero que, si me llega a pasar algo, mi hijo sufra lo que yo sufrí con mi papá”</p> <p>-“Sé que ellos tienen manos y pueden hacer las cosas solos, pero no me cuesta nada hacerlo yo”</p>	<p>-Angustia.</p> <p>-Miedo.</p> <p>-Angustia.</p>	<p>-Quedarse con su esposo hasta que sus hijos terminaron el bachillerato.</p> <p>-Alejar a su hijo menor de ella.</p> <p>-Hacerle las cosas domésticas a sus hijos.</p>	1,2,3,4,5,6
No valoran mi esfuerzo.	<p>-Lo que me cuesta trabajo obtener es muy valioso.</p> <p>-Los demás deben de valorar los sacrificios que</p>	<p>-“Aunque sean sólo cinco pesos, yo los guardo. Y tal vez sea egoísta, pero no les presto, porque siento que sólo me buscan por interés”</p> <p>-Una señora me quiso ofrecer diez</p>	<p>-Tristeza, enojo.</p> <p>-Enojo.</p>	<p>-Ahorrar dinero para su futuro.</p> <p>-Meter su puesto y regalarle la</p>	1,2,3,9,10

	<p>he hecho.</p>	<p>pesos por una cosa que me costó cara.</p> <p>-“A mí me dejó impresionada eso, porque mi concuña siempre veló por su esposo e hijas, y no lo valoran”</p> <p>-No lo valora, a mí me costó mucho trabajo obtenerla y eso me molestó.</p> <p>-Me entristeció que dejen de lado mis planes.</p>	<p>-Enojo.</p> <p>-Enojo.</p> <p>-Enojo, tristeza.</p>	<p>ropa a la señora que limpia las calles.</p> <p>-Pensar en su futuro, seguir ahorrando dinero.</p> <p>-Guardar su ropa aunque no la use.</p> <p>-Salirse de su casa para no pelear con su hijo.</p>	
<p>Más vale prevenir que lamentar.</p>	<p>-Si ahorro dinero desde joven, no pasaré carencias.</p> <p>-Antes de que me abandonen, yo misma me pagaré mis cosas.</p>	<p>-“Todo lo que quiero me sale mal”</p> <p>-He conocido personas mayores que han sido abandonadas por sus hijos y no quiero pasar esa situación. Por eso estoy ahorrando para mi futuro.</p> <p>-Pienso mucho en el futuro para</p>	<p>-Frustración.</p> <p>-Miedo.</p> <p>-Miedo.</p>	<p>-Ponerse a llorar.</p> <p>-Trabajar en lo que pueda y ahorrar dinero.</p> <p>-Ahorrar dinero para pagarse un</p>	<p>1,2,3,11</p>

	-Tengo que prevenir las cosas.	prevenir cosas. -“Le voy a decir la verdad. Le he estado mintiendo. En realidad llego tarde ya que estoy trabajando cuidando a un niño y eso me deja dinero”	-Vergüenza.	asilo o funeral. Cuidarse más. -Llegar tarde a sesiones.	
Me da miedo quedarme sola.	-Necesito estar acompañada. -La compañía me hace sentir segura.	-“No me dolió que se fuera, sino su compañía, ya que bien o mal él me hacía sentir que estaba con alguien”	-Soledad, tristeza.	-Seguir adelante sin una pareja, refugiándose en sus hijos.	1,2,3,
No siempre voy a estar con alguien.	-Tengo que aprender a vivir sola. -La forma en que interpreto las cosas es la que influye en mi sentir.	-Tengo que dejar ir a mi papá ya que no lo dejo descansar por estarle llorando y tengo que aprender que no siempre voy a estar con alguien. -“No, él no se fue a un viaje. Porque si lo veo de esa forma, quiere decir	-Tristeza. -Tristeza.	-Ver otro ángulo del problema. -Volver a escribir la carta a su padre.	8

		que va a regresar y yo lo estoy esperando. Y no, él no va a volver”			
Aún puedo disfrutar y descansar.	<p>-Tengo que darme mis tiempos de descanso.</p> <p>-De mi depende el disfrutar de las cosas que tengo.</p>	<p>-Quiero hacer todo rápido y sin descanso. Pero me dije que el quehacer no se iba a ir y me iba a esperar.</p> <p>-“Tranquila, si le explicas qué pasó ella va a entender”</p> <p>-He comenzado a valorar más las cosas y todo lo que tengo, ya que gracias a mi esfuerzo estoy en donde estoy.</p> <p>-Aún me puedo dar la oportunidad de darme el gusto de salir.</p> <p>-Tuve que hacer muchas cosas para poder salir adelante, me privé</p>	<p>- Tranquilidad.</p> <p>-Angustia, tranquilidad.</p> <p>-Felicidad.</p> <p>- Tranquilidad.</p> <p>- Tranquilidad.</p>	<p>-Irse de fiesta sin hacer el quehacer como acostumbra hacerlo.</p> <p>-Explicarle a la psicóloga las razones de su impuntualidad.</p> <p>-Disfrutar más lo que tiene, que ver lo que le hace falta.</p> <p>-Decirle su punto de vista, aunque sea opuesto, a sus amistades.</p> <p>-Buscar lugares a los cuales puede viajar sola.</p>	5,6, 11,12

		de diversiones pero ya ahora puedo disfrutar de todo eso.			
--	--	---	--	--	--

Tabla 3. Creencias centrales, intermedias y pensamientos automáticos de la Usuaría C a lo largo de sus asesorías psicológicas.

En la tabla 3 se pueden observar siete creencias centrales de la usuaria D las cuales se identificaron a lo largo de las sesiones de asesoría psicológica; siendo la creencia central: <<Lo que prometo tengo que cumplirlo>> la que predominó, ya que se presentó desde la primera sesión hasta la novena. Esta creencia está regulada por creencias intermedias como: <<Las personas nacimos para servirle a alguien>> misma que fue aprendida por la usuaria desde su niñez, ya que era la frase que su papá le repetía siempre, lo cual contrasta con lo mencionado por la psiquiatra Beck (2000), quien refiere que es a partir de la infancia que las personas van a desarrollar creencias sobre ellas mismas; otras de ellas fueron: <<Tengo que ver primero por el otro>> y <<No puedo decepcionar a mi padre>> ya que al fallecer la Usuaría D le dijo: “Vete tranquilo, papá. Porque yo me haré cargo de mis hermanos” lo cual ha estado haciendo a lo largo de los años, generándole estrés ya que ha tomado la responsabilidad de cuidar a sus hermanos desde los 17 años, pues su premisa es: “Lo que prometo tengo que cumplirlo”. Estas responsabilidades generadoras de estrés son las que aumentan la depresión en una persona según Montesó (2015).

Además de estos pensamientos automáticos, también se han presentado otros como: “Es que no tengo que dormirme en el día porque a mí no me gusta hacerlo. Y a veces me despierto toda asustada como si alguien me fuese a regañar por haberme dormido” el cual es un pensamiento de inferencia arbitraria (Chappa, 2003), ya que la usuaria ve el descanso como algo que no debe hacer, pero que la lleva a creer que alguien la va a regañar por tomar un descanso; haciéndole experimentar angustia y resistiéndose a dormir a lo largo del día, por muy cansada que se encuentre. La Usuaría D señaló que a partir de este pensamiento, se dio cuenta de que tiende a querer hacer todo rápido y sin descanso y, a pesar de saber que eso puede ser dañino para su salud, le cuesta trabajo hacer cambios ya que se ha convertido en una rutina. De igual forma, la Usuaría D siente tristeza al

experimentar el pensamiento automático: “Me duele que mi yo de 17 años estaba en una edad en la que ella tenía que divertirse, pero no pudo hacerlo debido a que cuando perdió a su padre tuvo con ella muchas responsabilidades que le impidieron tener una vida” el cual es un pensamiento absolutista (Chappa, 2003), ya que la usuaria da una gran importancia a los aspectos del pasado que aún ve como algo negativo, describiéndose a ella misma como alguien que no puede divertirse ya que no lo hizo cuando era su momento; todo eso le genera llanto y hace que se preocupe en exceso por el futuro, más que en tomarse un tiempo para descansar.

Es por ello que existe otra creencia central que se formó debido a un acontecimiento pasado (Naranjo, 2004), el fallecimiento de su padre: <<No quiero que mis hijos sufran lo que yo sufrí con mi papá>>, el cual se hizo presente desde la primera sesión hasta la sexta y que se ubica dentro de las creencias de desamparo propuestas por Aaron Beck (Naranjo, 2004); siendo regulada por creencias intermedias como: <<Necesito una figura paterna para sentirme segura>> o <<Prefiero cargar yo las responsabilidades>>, éstas se hicieron evidentes a través de pensamientos automáticos como: <<No quería que mis hijos estuvieran sin un padre, así como yo lo estuve>> el cual es un pensamiento arbitrario ya que clasifica el no tener un padre a su lado como algo negativo que ha tenido, lo cual le generaba angustia y la llevó a permanecer junto a su esposo a pesar del alcoholismo hasta que ellos terminaron el bachillerato. Por otro lado, la Usuaría D hizo referencia a que en ocasiones comenzó a sentir miedo, a causa del pensamiento automático: “No quiero que, si me llega a pasar algo, mi hijo sufra lo que yo sufrí con mi papá”, el cual es un pensamiento catastrófico (Chappa, 2003), ya que la usuaria está convencida de que sus hijos pueden vivir lo mismo que ella vivió al no tener un apoyo a su lado; por lo que comenzó a alejar a su hijo menor, el cual comenzaba a ser muy cercano a ella. Por otro lado, en lo que respecta a las labores de la casa, la Usuaría D tuvo como pensamiento automático: “Sé que ellos tienen manos y pueden hacer las cosas solos, pero no me cuesta nada hacerlo yo” el cual es un pensamiento absolutista (Chappa, 2003), ya que la usuaria se visualiza como alguien necesario en la vida cotidiana de sus hijos, sintiendo angustia y llevándola a hacerle las cosas domésticas, incluso aunque estuviese muy cansada; rechazado viajes con una de sus amigas a pesar de que sí le daban ganas de ir, pues siente que no puede dejar solos a sus hijos.

Sin embargo, a pesar de que ella se ha encargado de muchas responsabilidades desde una edad temprana, las acciones de los demás hacia ella hacen evidente otra de sus creencias centrales: <<No valoran mi esfuerzo>> misma que se presentó desde la primera sesión hasta la tercera, y nuevamente se hizo evidente en la novena y décima sesiones, encontrándose dentro de la incapacidad de ser amado de Aaron Beck (Naranjo, 2004); siendo regulada por creencias intermedias como: <<Lo que me cuesta trabajo obtener es muy valioso>> o <<Los demás deben de valorar los sacrificios que he hecho>>, experimentando normalmente enojo y tristeza cada vez que ella siente que no valoran las cosas que hace desde su juventud. Pues uno de sus pensamientos automáticos señala que: “Aunque sean sólo cinco pesos, yo los guardo. Y tal vez sea egoísta, pero no les presto, porque siento que sólo me buscan por interés” siendo una inferencia arbitraria (Chappa, 2003) ya que la usuaria no cuenta con las evidencias que corroboren su pensamiento, pues incluso ella mencionó que una de sus hermanas le dijo que ya no era necesario que se preocupe por ellos, pero ella continúa ayudándolos por voluntad propia; todo esto la ha llevado a ahorrar dinero para su futuro. En relación con ésta conducta, existe otro pensamiento automático que se presentó cuando su concuña falleció; “A mí me dejó impresionada eso, porque mi concuña siempre veló por su esposo e hijas, y no lo valoran” el cual también es una inferencia arbitraria (Chappa, 2003), pues sólo se basa en que sus familiares la dejaron en el hospital una vez que ella falleció y se fueron a descansar.

Por otro lado, en lo que respecta a sus pertenencias, la usuaria ha presentado pensamientos clasificados como abstracción selectiva (Chappa, 2003): <<Una señora me quiso ofrecer diez pesos por una cosa que me costó cara>>, <<No lo valora, a mí me costó mucho trabajo obtenerla y eso me molestó>>, ya que cuando estuvo a punto de deshacerse de ropa que tenía cuando era joven una de las personas le quiso ofrecer una cantidad que ella consideró que era poco, llevándola a sentir enojo y a meter su puesto, dejando fuera del contexto otros aspectos como el hecho de que las personas no conocen el significado emocional que tienen sus pertenencias; además de que cuando le regaló esas mismas prendas a una señora que consideraba que las necesitaba, se dio cuenta que la tenía botada y eso le generó enojo. Algo similar ha experimentado con sus hijos, aunque la emoción desatada es tristeza, ya que su pensamiento automático de abstracción selectiva (Chappa, 2003) fue: <<Me entristeció que dejen de lado mis planes>>, saliéndose de su casa para

evitar pelear con su hijo, quién se había ofrecido a llevarla al panteón a ver a su papá, pero le canceló por ir a ver al hijo de la prima de su novia, situación que no le pareció tan importante como la de ella.

Otra de las creencias centrales que tiene relación con la muerte de su padre es: <<Más vale prevenir que lamentar>>, la cual estuvo presente de la primera sesión hasta la tercera, y nuevamente se presentó en la sesión once; siendo regulada por creencias intermedias como: <<Si ahorro dinero desde joven, no pasaré carencias>>, <<Antes de que me abandonen, yo misma me pagaré mis cosas>> o <<Tengo que prevenir las cosas>>, estas creencias la llevan a tener pensamientos automáticos que se consideran una sobregeneralización (Chappa, 2003) como: “Todo lo que quiero me sale mal”, generándole frustración y haciendo que se ponga a llorar al hablar de ese tema; esta frase se hizo presente cuando la usuaria comenzó a hablar de las muertes de su padre, hermano e hija, ya que con esto hubo un gran cambio en su vida y en su sentir, pues tuvo que adquirir grandes responsabilidades que continúa llevando acabo, pero ahora también con sus hijos. Es por ello que la usuaria ha experimentado un miedo hacia el futuro, ahorrando dinero y tomando cualquier trabajo que le pueda dejar una ganancia económica, pues uno de sus pensamientos automáticos de sobregeneralización (Chappa, 2003) hace referencia a su vejez: <<He conocido personas mayores que han sido abandonadas por sus hijos y no quiero pasar esa situación. Por eso estoy ahorrando para mi futuro>> generado a partir de lo que ha observado en otras personas, es por ello que dice: <<pienso mucho en mi futuro para prevenir cosas>>. Ésta preocupación excesiva por el futuro genera ansiedad en la usuaria, y esto se puede explicar por lo mencionado por Jervis y Gonzáles (2005), pues consideran que el trastorno depresivo desencadena a la larga un cuadro de ansiedad debido a las perturbaciones que ocasiona en los hábitos cotidianos de quien lo padece; en donde el sentimiento de enfermedad, el menor rendimiento en las ocupaciones diarias, la limitación en sus relaciones sociales, la paralización de proyectos personales, una notable incertidumbre respecto al futuro y la indefensión experimentada ante su incapacidad para controlar los aspectos significativos de su existencia, son los que se convierten en algunas de las razones por las que los síntomas depresivos acaban coexistiendo con manifestaciones claras de ansiedad en un mismo sujeto.

Su miedo hacia el futuro también deja ver otra creencia central que estuvo presente durante las tres primeras sesiones y que se encuentra dentro de la categoría que Beck denominó como creencias de desamparo (Naranjo, 2005): <<Me da miedo quedarme sola>> siendo regulada por creencias intermedias: <<Necesito estar acompañada>> o <<La compañía me hace sentir segura>> y esto hace referencia a su ex pareja sentimental, pues su pensamiento automático de abstracción selectiva (Chappa, 20003): “No me dolió que se fuera, sino su compañía, ya que bien o mal él me hacía sentir que estaba con alguien” centrándose en su pareja sentimental para sentirse acompañada y dejando de lado otros aspectos y a otras personas; éste pensamiento le generó soledad y tristeza, ya que menciona que el lugar en donde vive es peligroso y su pareja le hacía sentirse protegida; sin embargo, a pesar de que logró salir adelante sin él, comenzó a refugiarse en sus hijos. Incluso mencionó que cuando ellos no pasaban la noche con ella, iba por una de sus vecinas para que fuera a dormir a su casa, ya que le daba miedo que algún ladrón se metiera en la noche y le robara, sintiéndose incapaz de hacer algo; e incluso durante el día dejaba la televisión o la radio prendida, ya que le daba miedo saber que estaba sola.

Sin embargo, a partir de la sesión ocho la usuaria comenzó a tener la creencia central: <<No siempre voy a estar con alguien>> producto de la intervención psicológica y que le comenzó a favorecer en su sentir; ésta creencia estuvo regulada por creencias intermedias como: <<Tengo que aprender a vivir sola>> o <<La forma en que interpreto las cosas es la que influye en mi sentir>>, siendo un ejercicio trabajado durante la sesión, en la que se le pidió que le escribiera una carta a su padre; lo que desató pensamientos automáticos como: <<Tengo que dejar ir a mi papá ya que no lo dejo descansar por estarle llorando y tengo que aprender que no siempre voy a estar con alguien>> o “No, él no se fue a un viaje. Porque si lo veo de esa forma, quiere decir que va a regresar y yo lo estoy esperando. Y no, él no va a volver”, mismos de los que ella se dio cuenta luego de releer en su casa la primer carta que escribió, sintiendo tristeza; por lo que ella comenzó a ver de otra forma el fallecimiento de su papá, escribiendo de nuevo la carta, en donde ella expresaba de forma consciente que él ya había fallecido

Otra de las creencias centrales que se generaron a partir de las asesorías psicológicas fue la de: <<Aún puedo disfrutar y descansar>>, la cual estuvo presente desde las sesiones

cinco y seis, haciéndose evidente nuevamente en las dos últimas sesiones; siendo regulada por creencias intermedias como: <<Tengo que darme mis tiempos de descanso>> o <<De mí depende el disfrutar de las cosas que tengo>>, siendo la tranquilidad la que se hizo constante debido a pensamientos automáticos como: <<Quiero hacer todo rápido y sin descanso. Pero me dije que el quehacer no se iba a ir y me iba a esperar>>, “Tranquila, si le explicas qué pasó ella va a entender”, <<He comenzado a valorar más las cosas y todo lo que tengo, ya que gracias a mi esfuerzo estoy en donde estoy>>, <<Aún me puedo dar la oportunidad de darme el gusto de salir >> o <<Tuve que hacer muchas cosas para poder salir adelante, me privé de diversiones pero ya ahora puedo disfrutar de todo eso>>, por lo que a partir de éstos ella se dio la oportunidad de salir a fiestas sin realizar el quehacer antes de irse, e incluso darle su opinión a las amistades que le dicen que ella ya está grande para irse de viaje, por lo que incluso ha comenzado a buscar lugares a los cuales puede irse a descansar. Además de eso, la Usuaría D comentó que asistir a las asesorías psicológicas le ayudó a darse cuenta de que es necesario que ella se adapte a nuevos tiempos, pues las cosas van cambiando y es necesario adaptarse a esos cambios.

6.1.4 Caso 4: “Me adapto a las situaciones”

Mujer de 56 años de edad, a la cual se le referirá a lo largo del apartado como Usuaría IC. Estatura entre 1.58 y 1.60; cabello lacio, largo con canas y recogido en una cola de caballo. En cuanto a su aspecto personal, en la primera sesión la usuaria acudió con rímel en las pestañas inferiores y con los labios pintados de rojo, además de una blusa color azul y pantalón de mezclilla; aspecto que fue constante en las sesiones.

Actualmente vive con sus dos hijos y su esposo, con quien lleva veinte años de casada. El hijo mayor tiene 19 años y estudia la universidad, además de que entró a trabajar como auxiliar de contador; mientras que su hija menor tiene 15 años y estudia la media superior. Es profesora de primaria jubilada, mientras que su esposo es psicólogo social jubilado, por lo que tienen gran parte de su tiempo libre, ocupándolo cada uno en actividades de su agrado. Le quitaron la matriz y tiene problemas de tiroides, siendo consciente gracias a sus chequeos médicos que esto influye en el cambio de sus emociones.

La relación entre su familia nuclear es buena, sin embargo, todos los miembros de la familia, en especial IC, tienen conflicto con el padre de familia, expresando reclamos hacia él debido a su actitud “grosera” y “fría” de ser con todos los miembros; además de la limitación que expresa de forma verbal para cualquier gasto económico, aspecto que causa inconformidad por todos los miembros, según palabras de la Usuaría IC.

La razón por la que acude a consulta es porque de los 20 años que lleva casada con su esposo, actualmente se han distanciado, no tienen comunicación entre los dos, además de que ya no tienen intimidad. Todo esto ocurre desde hace siete años y cuando ella se lo menciona, él le responde con un: “Estamos juntos”. Ella le ha propuesto en dos ocasiones el divorcio pero él se niega. Lo que espera es ser feliz en el sentido de que el matrimonio que lleva con su esposo no le afecte de la manera en que le está afectando, pues siente que ya no es feliz y se siente sola.

Escolaridad: Licenciatura.

Estado civil: Casada.

Religión: Católica.

Motivo de consulta: “Me siento deprimida por situación de conflicto en pareja”

Frecuencia con la que se presenta el problema: La mayor parte de la semana.

Qué resultados espera obtener: “Ayuda para llevar la situación de pareja”

A continuación se presenta una tabla, la cual muestra de forma cronológica la aparición de las creencias centrales de la Usuaría IC a lo largo de las sesiones, las cuales en total fueron 14.

Creencia central	Creencia intermedia	Pensamiento automático	Emoción	Conducta	Sesiones
	-Si se interesara en	-“Siento que no le intereso”	-Soledad, enojo.	-Reprocharle a su esposo la falta de	

<p>Nunca le he interesado o a mi esposo.</p>	<p>mi me daría atención.</p> <p>-Fui su última opción para no estar solo.</p> <p>-Que siga a mi lado, no significa que sienta amor por mí.</p>	<p>-“No ha encontrado a dónde irse”</p> <p>-Siento que mi esposo no se casó enamorado, pues siempre tuvo un primer amor, pero él nunca lo ha dicho.</p> <p>-“A veces siento que hace esas cosas para molestarme. Aunque no estoy segura de que él sepa que me molesta”</p> <p>-“Entre semana me fui a dormir con mi hija y eso me gusta, ya que ella me apapacha, cosa que ya ni hace mi esposo. A mí me gusta que me apapachen”</p>	<p>-Tristeza.</p> <p>-Tristeza, soledad.</p> <p>-Enojo.</p> <p>-Soledad, tristeza.</p>	<p>atención.</p> <p>-Poca comunicación con su pareja.</p> <p>-Preguntarle a su esposo por qué siguen juntos.</p> <p>-Decirle a su esposo cómo es que ella se siente.</p> <p>-Buscar atención de sus hijos.</p>	<p>1,2,3,7,8,9</p>
<p>Me adapto a</p>	<p>-Si él no cambia, yo no puedo hacer nada.</p>	<p>-“Algo bueno tiene que salir de esta situación”</p> <p>-Él es así, y no va a</p>	<p>-Decepción.</p> <p>-Decepción.</p>	<p>-Acudir a asesoría psicológica.</p> <p>-Repetirle esa</p>	

la situación.	-No tengo control sobre los eventos externos.	cambiar si no quiere. Debemos aceptarlo como es. -Trato de adaptarme a todo.	-Tristeza.	frase a sus hijos y a ella misma. -Ponerse a llorar mientras se baña y decirle a su esposo cómo se siente.	1,2,3,4,5,6
Debo ser una buena madre.	-Es mi obligación que mis hijos se desempeñen bien en la vida. -Mis hijos pueden tener una vida como la mía si no lo prevengo.	-“No quiero que mi hija tenga problemas para tener una relación” -Soy consciente de que mi matrimonio puede concluir cuando mis hijos se vayan de casa, pero sigo con él porque sé que es importante que los hijos estén con papás que están juntos. -Siento que no le estamos dando lo suficiente a nuestros hijos, y por eso mi hijo se metió a trabajar.	-Miedo. -Angustia, miedo. -Felicidad, tristeza.	-Ocultarle a sus hijos los problemas que tiene en su matrimonio. -Ocultar los problemas que tiene con su esposo. -Expresar sólo la felicidad a sus hijos.	1,2,3,10,11,12
		-Siempre quise	-Anhelo.	-Decidir casarse	

<p>Siempre quise formar una familia.</p>	<p>-Tengo que tener una familia para ser feliz.</p>	<p>formar una familia. -Nos casamos para no estar solos, porque mi ilusión siempre fue formar una familia.</p>	<p>-Miedo, soledad.</p>	<p>con su actual esposo. -Casarse con su esposo a los 35 años.</p>	<p>1,2,3,12</p>
<p>La jubilación cambió mi vida.</p>	<p>-Yo era feliz antes de jubilarme. -Mi esposo se interesaba en mi cuando era productiva.</p>	<p>-Desde que nos jubilamos él ha cambiado un poco respecto al interés hacia mí. -“Aún siento que me he jubilado muy pronto, he descuidado muchas cosas como mi casa”</p>	<p>-Tristeza. -Angustia.</p>	<p>-Llorar y tratar de buscar una explicación. -Dormir poco en las noches por estar pensando en su matrimonio.</p>	<p>2,4.</p>
<p>Cada situación me deja una enseñanza.</p>	<p>-No puedo cambiar las situaciones, pero sí mis sentimientos hacia las situaciones. -Una relación es de dos, y tampoco estaba poniendo de</p>	<p>-Puedo sacarle provecho a las cosas, si va a doler dolerá, pero no debo detenerme. -Me di cuenta de que con el tiempo es normal que los problemas aparezcan en la relación. -Por comodidad prefería no salir en</p>	<p>- Tranquilidad. - Tranquilidad. - Tranquilidad.</p>	<p>-Aceptar sus emociones y aprender de las situaciones. -Aceptar los cambios que ha ido teniendo su matrimonio. -Aceptar su</p>	<p>12,13, 14.</p>

	mi parte. -Toda relación tiene problemas.	familia, quitándome esa responsabilidad y adjudicándosela a mi esposo cuando él tampoco quería salir. -Mi sueño siempre fue ser madre, no trabajar o ser una buena profesional y ahora que tengo dos hijos, me he dado cuenta de que tengo cosas valiosas en mi vida. -El futuro es incierto y es preferible disfrutar el aquí y el ahora.	- Tranquilidad. - Tranquilidad.	responsabilidad en el matrimonio. -Pasar su tiempo libre con sus dos hijos. -Buscar actividades que a ella le gusten.	
--	--	--	--	---	--

Tabla 4. Creencias centrales, intermedias y pensamientos automáticos de la Usuaría C a lo largo de sus asesorías psicológicas.

En la tabla 4. se observan las seis creencias centrales de la Usuaría IC identificadas a lo largo de las sesiones de asesoría psicológica, siendo la creencia central: <<Nunca le he interesado a mi esposo>> la que se presentó con mayor frecuencia desde la primera sesión hasta la tercera, y nuevamente se hizo evidente de la séptima hasta la novena; ésta creencia se encuentra dentro de la clasificación denominada por Beck como las creencias de la incapacidad de ser amado (Naranjo, 2004); siendo regulada por creencias intermedias como: <<Si se interesara en mi me daría atención>>, <<Fui su última opción para no estar solo>> o <<Que siga a mi lado, no significa que sienta amor por mí>>. Estas creencias fueron identificadas a través de pensamientos automáticos de inferencia arbitraria (Chappa,

2003) como: “Siento que no le intereso”, “No ha encontrado a dónde irse” pues ha llegado a esas conclusiones, ya que su esposo no quiso divorciarse de ella cuando se lo propuso y no muestra un interés para hablar del tema, quedándose callado siempre que ella da la iniciativa para hablar, lo cual hace que la usuaria no cuente con una evidencia explícita que confirme sus hipótesis; esto también se ve reflejado en otro pensamiento automático de la misma categoría: <<Siento que mi esposo no se casó enamorado, pues siempre tuvo un primer amor, pero él nunca lo ha dicho>> siendo mencionado a partir de que la usuaria comentó que estaba a un mes de cumplir veinte años de casada con su esposo, pero que se habían casado porque no querían estar solos, ya que la ilusión de ella siempre fue formar una familia y por eso quería casarse y, a pesar de que no se casó por la iglesia, le dijo a su esposo que ella quería casarse ya que él sólo tenía intención de juntarse. De igual forma, el pensamiento automático de inferencia arbitraria (Chappa, 2003): “A veces siento que hace esas cosas para molestarme. Aunque no estoy segura de que él sepa que me molesta” muestra de forma explícita que la usuaria no cuenta con evidencia suficiente que confirme su sentir. En lo que respecta a la atención recibida por parte de su esposo, ella hizo referencia a lo siguiente: “Entre semana me fui a dormir con mi hija y eso me gusta, ya que ella me apapacha, cosa que ya ni hace mi esposo. A mí me gusta que me apapachen”. Este tipo de pensamientos automáticos mencionados, hacen que la usuaria experimente tristeza, enojo y soledad; llevándola a buscar la atención de sus hijos o a intentar llevar una conversación con su esposo, en la que le pregunta la razón por la que sigue con ella; aunque normalmente no obtiene respuesta alguna a sus dudas ya que él se queda callado, por lo que ella comienza a generar hipótesis. La forma en que la usuaria IC tiende a actuar, se relaciona con lo mencionado por Montesó (2015), ya que considera que las mujeres han desarrollado más la capacidad para afrontar la vida desde la afectividad y los hombres desde la acción.

Otra de las creencias centrales identificadas es: <<Me adapto a la situación>>, haciéndose presente desde la primera sesión hasta la sexta; siendo regulada por creencias intermedias como: <<Si él no cambia, yo no puedo hacer nada>> o <<No tengo control sobre los eventos externos>> y que se encuentran dentro de las creencias de desamparo propuestas por Aaron Beck (Naranjo, 2004), experimentando decepción a partir de pensamientos automáticos de inferencia arbitraria (Chappa, 2003) como: “Algo bueno tiene

que salir de esta situación”, <<Él es así, y no va a cambiar si no quiere. Debemos aceptarlo como es>>, ya que da por supuesto que el hecho de que su esposo actúe de forma indiferente y grosera es algo que va a seguir de forma prolongada y, por ende, no existen otras soluciones. Estos pensamientos se presentan ya que ella señala que su esposo tiene problemas con sus hijos por sus actitudes groseras y ella siempre les repite esa frase, además de repetírsela a ella misma cuando se siente triste por su falta de interés en el matrimonio. O bien: <<Trato de adaptarme a todo>>, teniendo como respuesta motora el llanto en momentos en los que se encuentra sola como la ducha, además de hablar con sus hijos para que lo respeten a pesar de que él tiene malas actitudes y acudiendo en última instancia a asesoría psicológica para que le ayuden a sobrellevar la situación.

Por otro lado, existe una creencia central que es muy marcada en la usuaria, la cual fue: <<Debo ser una buena madre>> la cual estuvo presente desde la primera sesión hasta la tercera, apareciendo nuevamente de la décima a la doceava sesiones; esta creencia central estuvo regulada por creencias intermedias como: <<Es mi obligación que mis hijos se desempeñen bien en la vida>> o <<Mis hijos pueden tener una vida como la mía si no la prevengo>>; siendo el miedo y la angustia las que predominan como emociones a causa de pensamientos automáticos de personalización (Chappa, 2003) como: “No quiero que mi hija tenga problemas para tener una relación” o <<Soy consciente de que mi matrimonio puede concluir cuando mis hijos se vayan de casa, pero sigo con él porque sé que es importante que los hijos estén con papás que están juntos>>, atribuyéndose la responsabilidad del bienestar psicológico de sus hijos, llevándole a ocultarles los problemas que tiene con su esposo. Otro aspecto que le genera emociones encontradas de felicidad y tristeza es el pensamiento automático de personalización (Chappa, 2003): <<Siento que no le estamos dando lo suficiente a nuestros hijos, y por eso mi hijo se metió a trabajar>> generado a partir de que su hijo comenzó a buscar trabajo, ya que en la mayoría de las sesiones la Usuaría IC comentó que el dinero no les alcanza para comprarse las cosas que ellos desean y que su esposo en ocasiones tendía a limitarlos mucho; sin embargo, nuevamente sólo le expresó a su hijo la felicidad que sentía de que haya encontrado un trabajo.

Una creencia central que se relaciona con las anteriores es: <<Siempre quise formar una familia>>, presentándose desde la primera hasta la tercer sesión, haciéndose evidente nuevamente en la doce. Ésta creencia central está regulada por la creencia intermedia: <<Tengo que tener una familia para ser feliz>>, haciéndola experimentar anhelo desde antes de formar una familia, pues la usuaria mencionó que desde que estaba en la Normal ella recuerda que su sueño siempre fue formar una familia, siendo una de las razones por las que ella considera que se casó con su esposo, ya que ambos tenían eso en común, relacionándose con el pensamiento automático de inferencia arbitraria (Chappa, 2003): <<Nos casamos para no estar solos, porque mi ilusión siempre fue formar una familia>>, clasificándose en dicha categoría ya que la Usuaría IC mencionó después que no tenía evidencias que corroboraran que su esposo no quería estar solo, pero lo estaba suponiendo debido a la edad que tenían cuando se casaron; experimentando miedo y soledad antes de tomar esa decisión, ya que señala que se casaron grandes, siendo ella mayor pues tenía 35 años y su esposo 34, por lo que no duraron mucho de novios antes de casarse y, por la edad, sus hijos podían nacer enfermos. Esta creencia central tiene relación con lo mencionado por Montesó (2015), pues considera que a las mujeres se les diagnostica depresión con más frecuencia que a los hombres debido a las características atribuidas por la cultura, y por los estereotipos y roles sociales desempeñados, en este caso el de formar una familia.

Cabe mencionar que existieron eventos en la vida de la usuaria que le llevaron a querer darle una explicación al cambio que su esposo tuvo con ella, teniendo como creencia central: <<La jubilación me cambió la vida>>, esta creencia sólo se hizo presente en la segunda y cuarta sesiones, ubicándose dentro de la incapacidad de ser amado de Beck (Naranjo, 2004); y que estuvo regulada por creencias intermedias como: <<Yo era feliz antes de jubilarme>> o <<Mi esposo se interesaba en mi cuando era productiva>>, experimentando tristeza y angustia a causa de pensamientos automáticos de inferencia arbitraria (Chappa, 2003) como: << Desde que nos jubilamos él ha cambiado un poco respecto al interés hacia mí>> lo cual le generaba llanto cada vez que lo pensaba, tratando de darle una explicación a tal comportamiento, ya que menciona que cuando ella trabajaba él siempre le decía que le platicara las cosas que hizo en su día pues en su trabajo siempre pasaban cosas interesantes a diferencia del de él pero, cuando se jubiló, su esposo dejó de interesarse por su día; otro de los pensamientos generados a partir de esa creencia central

fue: “Aún siento que me he jubilado muy pronto, he descuidado muchas cosas como mi casa” el cual es una abstracción selectiva (Chappa, 2003), ya que la usuaria sólo se está centrando en su jubilación dejando de lado otros aspectos que pudieron influir; lo cual le generaba insomnio ya que se ponía a pensar en exceso acerca de las carencias de su matrimonio.

Una de las creencias generadas a partir de la intervención psicológica fue: <<Cada situación me deja una enseñanza>>, la cual se hizo evidente a partir de la sesión doce hasta la última sesión; siendo regulada por creencias intermedias como: <<No puedo cambiar las situaciones, pero sí mis sentimientos hacia las situaciones>>, <<Una relación es de dos, y tampoco estaba poniendo de mi parte>> o <<Toda relación tiene problemas>>; experimentando tranquilidad a partir de pensamientos automáticos como: <<Puedo sacarle provecho a las cosas, si va a doler dolerá, pero no debo detenerme>>, <<Me di cuenta de que con el tiempo es normal que los problemas aparezcan en la relación>>, <<Por comodidad prefería no salir en familia, quitándome esa responsabilidad y adjudicándosela a mi esposo cuando él tampoco quería salir>>; estos dos pensamientos se presentaron ya que el fin de semana se había reunido con una amiga de la Normal a la cual no veía desde hace cuatro años, y al platicar acerca de sus vidas ella se pudo dar cuenta de cosas en su matrimonio de las cuales también había sido responsable; también presentó pensamientos automáticos que influyeron de forma positiva como: <<Mi sueño siempre fue ser madre, no trabajar o ser una buena profesional y ahora que tengo dos hijos, me he dado cuenta de que tengo cosas valiosas en mi vida>> o <<El futuro es incierto y es preferible disfrutar el aquí y el ahora>>; es por ello que a partir de esto, la usuaria comenzó a aceptar las situaciones que se le estaban presentando, buscando solución externa en caso de que existiera alguna, o trabajando emocionalmente con ellas, aprendiendo a valorar las cosas que tenía y disfrutar el tiempo con su familia, así como buscar actividades para realizar ella sola, como estudiar un diplomado en historia.

6.1.5 Caso 5: “Si me caigo con una piedra, la siguiente vez la brinco”

Mujer de 61 años de edad, a la cual se le referirá a lo largo del apartado como Usuaria IG. Estatura entre 1.55 y 1.58, cabello lacio y corto, teñido de color rubio y sin retocar. Se maquilla los ojos con rímel de color azul, además de un delineado en el párpado inferior del

mismo color. En cuanto a su vestimenta, suele llevar zapatillas o zapatos de plataforma y blusas con pantalones de vestir. Acude al gimnasio una vez por semana, antes de su sesión en la clínica.

Actualmente vive sola, ya que se divorció de su esposo desde hace 24 años, y de su segunda pareja con la que vivió durante tres años se separó hace casi medio año a consecuencia de maltrato físico y psicológico; sin embargo, ésta última pareja aún la sigue buscando para que regrese con ella. Tiene dos hijas producto de su matrimonio, ambas están casadas, pero suele pelear con frecuencia con ellas cada vez que interactúan, debido a malos entendidos de su pasado. No depende económicamente de nadie, ya que vive de la renta de un departamento que le pertenece, además de vender “tuppers” (recipientes de plástico) y perfumes. Como pasatiempos va al gimnasio y a bailar, aunque lo ha hecho con poca frecuencia por miedo a encontrarse con su ex pareja, quién era agente judicial y en ocasiones anteriores la ha amenazado en la calle si no regresa con él.

El motivo de consulta de la usuaria fue depresión, refiriéndose en tiempo pasado: “Me sentía deprimida. Pasé por una situación difícil en la que no tenía ganas de vivir, aunque actualmente he podido salir adelante”; todo esto lo experimentó como consecuencia de una mala relación con su última pareja, siendo familiares y amigos los que le hicieron darse cuenta de que lo que él le hacía era maltrato psicológico y físico, ya que él la celaba mucho y la controlaba, llegando al grado de ahorcarla y amenazarla cuando ella decidió separarse.

Escolaridad: Primaria.

Estado civil: Divorciada.

Religión: Católica.

Motivo de consulta: “Estaba muy deprimida”

Frecuencia con la que se presenta el problema: La mayor parte de la semana.

Qué resultados espera obtener: “Estar un poco mejor”

A continuación se presenta una tabla, la cual muestra de forma cronológica la aparición de las creencias centrales de la Usuaría IG a lo largo de las sesiones, las cuales en total fueron 13.

Creencia central	Creencia intermedia	Pensamiento automático	Emoción	Conducta	Sesiones
Mi familia no me valora.	<p>-Si me quisieran, estuvieran pendiente de mí.</p> <p>-Mis hijas no valoran lo que he hecho por ellas.</p>	<p>-Seguía con él no porque tuviera miedo a estar sola, sino porque para mí estar con alguien es compartir momentos juntos, disfrutar y siento que eso pasé con él, hasta que me hicieron ver que estaba recibiendo maltrato psicológico.</p> <p>-“Quiero que me incineren y esparzan mis cenizas, porque no quiero que hagan lo que no hicieron conmigo en vida”</p> <p>-No le importo a mis hijas, ni siquiera me</p>	<p>-Angustia.</p> <p>-Enojo.</p> <p>-Tristeza, soledad.</p>	<p>-Alejarse de su pareja, aunque no quisiera.</p> <p>-Planear lo que desea que sus hijas hagan cuando ella muera.</p> <p>-Contestarle las llamadas a su ex pareja, pero</p>	1,2,3,4,5, 10.

		<p>llamaron para preguntarme en dónde estaba [...]. En cambio, mi pareja me llamó más de 100 veces diciéndome que me necesitaba.</p> <p>-No debo preocuparme por mis hijas si ellas no se preocupan por mí.</p> <p>-“Aún me duele, ya que ella es mi nieta y ni siquiera me supo escuchar, sólo me empezó a decir cosas hirientes”</p> <p>-“Mi mamá me enseñó a respetar a las demás personas y yo nunca permití que mis hijas le faltaran el respeto a mi madre, pero con ellas no es así y eso me duele. Yo siempre me he portado bien y no</p>	<p>-Enojo.</p> <p>-Tristeza.</p> <p>-Tristeza, decepción.</p>	<p>decirle que aún no es el momento.</p> <p>-Alejarse de sus hijas.</p> <p>-Llorar por las cosas que le dijo su nieta mayor.</p> <p>-Alejarse de su nieta mayor.</p>	
--	--	---	---	--	--

		les he hecho nada para que me traten de esa forma.”			
Soy culpable de las decisiones que tomé en el pasado.	<p>-Todos me juzgan por las decisiones que he tomado.</p> <p>-Tengo que cuidarlos para quitarme la culpa.</p> <p>-Mis hijas han tomado malas decisiones por la forma en que las eduqué.</p>	<p>-Siempre he puesto a los demás por encima de mí.</p> <p>-Tengo miedo a recaer.</p> <p>-“Con ella me siento a gusto, pues no me anda regañando por las decisiones que tomo [...]”</p> <p>-Soy culpable por haberle dicho a mi hija menor que no quería tenerla, por eso es así conmigo.</p> <p>-El único error que he cometido con mis hijas es haberme separado de mi esposo.</p> <p>-Así me educaron a mí y creí que era lo mejor.</p>	<p>- Tristeza.</p> <p>-Miedo.</p> <p>-Felicidad.</p> <p>-</p> <p>Culpabilidad, tristeza.</p> <p>-</p> <p>Culpabilidad.</p> <p>-</p> <p>Culpabilidad.</p>	<p>-Procurar a sus hijas y ex pareja.</p> <p>-Acudir a asesoría psicológica.</p> <p>-Visitar a su hermana para despejarse de los problemas.</p> <p>-Discutir con su hija cada vez que ésta siente que no le da atención.</p> <p>-No decir nada al recibir reclamos de sus hijas.</p> <p>-Discutir con sus hijas con respecto a las restricciones que les dio.</p>	1,2,3,4,5,6.

		-Apoyaba más a B, porque ella tenía una vida inestable a diferencia de V.	- Preocupación.	-Procurar a la hija que considera vulnerable.	
El pasado es pasado.	-Si hablo del tema, me va a doler. -No quiero hablar de lo que hice en el pasado.	-Me encuentro bien, ya que he salido adelante. El pasado es pasado. -“Pero supe resolverlo. Ya salí”	-Tristeza. - Tristeza.	-Evitar hablar del dolor de su pasado. -Evitar ahondar en el tema.	1,2,3
Todo en esta vida se regresa.	-No merezco ser tratada de esta forma. -Si obro bien, me debe ir de esa forma.	-“No fui hija mala, como para que mis hijas me traten así” -Todo en esta vida se regresa, y así como mi hija me reclama, cuando su hija sea más grande ella va a estar en mi lugar.	-Tristeza. -Decepción.	-Llorar cuando sus hijas le reclaman algo. -No seguir peleando con su hija.	3,4
Siempre que tropiezo con una piedra, la siguiente vez la brinco.	-No cometo el mismo error dos veces. -Cada tropiezo es un aprendizaje para hacer mejor las cosas.	-Tengo valores, y siempre que tropiezo con una piedra, en la siguiente vez la vuelvo a saltar para no caer. Si en un momento no puedo salir de esa	- Valentía.	-Comprometerse en las asesorías.	1,2,3,7,9

		<p>situación, ahora lo haré. Primero estoy yo.</p> <p>-Prefiero arreglar la relación con mis hijas, pues son mi sangre y son importantes para mí.</p> <p>-Me di cuenta de que yo no puedo solucionarle la vida a mis hijas, sólo ofrecerles apoyo.</p> <p>-Hay cosas que pasan y no por eso debemos encasillarnos en eso, sólo verlo como algo que pasó y ni modo.</p>	<p>-Amor, esperanza.</p> <p>-</p> <p>Tranquilidad.</p> <p>-</p> <p>Tranquilidad.</p>	<p>-Aprender a comunicarse mejor y a escucharlas.</p> <p>-Hablar con su hija y ofrecerle su apoyo de madre.</p> <p>-Seguir adelante y no hundirse en un vaso de agua.</p>	
No soy	<p>-Cada quien es responsable de sus propias decisiones.</p>	<p>-No es mi culpa, y no me estás echando responsabilidades que no me corresponden. Tú también debes responsabilizarte.</p> <p>-Aprendí que no</p>	<p>-Enojo.</p> <p>-</p>	<p>-Poner límites con su ex esposo.</p> <p>-Poner límites</p>	5,6,7,8,1

<p>culpable, soy responsable.</p>	<p>-Si hago algo mal, puedo buscar la forma para solucionarlo.</p>	<p>soy culpable de nada, sólo responsable.</p> <p>-Soy de la idea de terminar todo lo que inicio.</p> <p>-Ya no me siento culpable porque fui responsable con mis hijas e hice lo que creí que era mejor para ellas. Lo que les puedo brindar es apoyo, ya que mis hijas fueron las que tomaron la decisión de estar como están.</p> <p>-Sé que en el pasado cometí muchos errores, sin embargo, lo importante es que en el presente podemos arreglar las cosas.</p>	<p>Tranquilidad.</p> <p>-Felicidad.</p> <p>-</p> <p>Tranquilidad.</p> <p>-</p> <p>Tranquilidad.</p>	<p>con las personas y hacerse responsable de lo que dijo o hizo.</p> <p>-Seguir asistiendo a las asesorías y hacer tareas.</p> <p>-Ofrecerles apoyo a sus dos hijas.</p> <p>-</p> <p>Responsabilidad con las acciones que diga o haga y que causen algo negativo en el otro.</p>	<p>3</p>
--	--	--	---	--	----------

<p>Es mi responsabilidad cuidarme .</p>	<p>-Si yo no me cuido, nadie más lo hará. -Mi salud es primero.</p>	<p>-Ya no puedo permitir que las cosas avancen [...] asistir a asesoría psicológica me ha ayudado a sentirme apoyada y a saber quién soy, además de no permitir que otros me lastimen. -En ocasiones me siento sola, pero por el momento estoy mejor sola y necesito aprender más cosas antes de tener una pareja. -“Yo sí le dije que me disculpara, pero que no me encontraba bien de salud e iba a descansar, que sí sentía la pérdida pero mi salud está primero” -Ahora es mi turno para cuidar de mí y preocuparme por mí misma.</p>	<p>- Tranquilidad, fuerza. - Tranquilidad. - Tranquilidad. -Felicidad, plenitud.</p>	<p>-Ponerle límites a los demás. -Disfrutar de su soledad y aprender de ella misma. -Descansar por su enfermedad. -Hablar con sus hijas para decirles que las va apoyar</p>	<p>9,10,11,1 2,13</p>
--	---	--	---	--	---------------------------

				siempre, pero que cuidará de ella primero.	
--	--	--	--	--	--

Tabla 5. Creencias centrales, intermedias y pensamientos automáticos de la Usuaría C a lo largo de sus asesorías psicológicas.

La tabla 5 muestra las siete creencias centrales de la Usuaría IG, identificadas a lo largo de las sesiones de asesoría psicológica que se le impartieron; siendo la creencia central: <<Mi familia no me valora>> la que se hizo evidente en la mayoría de las sesiones, desde la primera sesión hasta la quinta, presentándose nuevamente en la décima. Esta creencia central se ubica dentro de la categoría de la incapacidad de ser amado propuesta por Aaron Beck (Naranjo, 2004) y está regulada por creencias intermedias como: <<Si me quisieran, estuvieran al pendiente de mí>> o <<Mis hijas no valoran lo que he hecho por ellas>>, estas creencias fueron identificadas a través de pensamientos automáticos de abstracción selectiva (Chappa, 2003) como: <<Seguía con él no porque tuviera miedo a estar sola, sino porque para mí estar con alguien es compartir momentos juntos, disfrutar y siento que eso pasé con él, hasta que me hicieron ver que estaba recibiendo maltrato psicológico>>, clasificándose en esa categoría debido a que la usuaria sólo se enfocó en los aspectos positivos de su concepción de una pareja sentimental y, por ende, dejaba de lado los aspectos negativos que su última pareja tenía, incluso si repercutían de forma negativa en ella; dicho pensamiento le generaba angustia y a la larga le llevó a separarse de él aunque no quisiera. La usuaria refiere que permaneció un largo rato siendo su pareja ya que considera que sólo él mostraba preocupación por ella, pues incluso fue el único que estuvo a su lado cuando la operaron, por lo que uno de sus pensamientos automáticos de inferencia arbitraria (Chappa, 2003) a partir de esa falta de atención por parte de sus hijas fue: “Quiero que me incineren y esparzan mis cenizas, porque no quiero que hagan lo que no hicieron conmigo en vida” mismo que le generaba enojo al igual que: <<No debo preocuparme por mis hijas si ellas no se preocupan por mí>>, haciendo planes con respecto a su muerte en donde sus hijas no pudiesen hacer cosas que no están haciendo con ella ahora que tiene vida, alejándose de ellas. Dicho pensamiento está clasificado en esa categoría, ya que la Usuaría IG está basándose en la falta de atención por parte de sus hijas, para adelantar un hecho que aún no ocurre.

Sin embargo, también se presentaron otros pensamientos automáticos que le generaron tristeza y soledad, esto a partir de decisiones que ella tomó, como el haberse ido durante veinte días a San Luis con una de sus hermanas en el mes de Diciembre. La intensión de su viaje fue que su ex pareja la dejara de molestar al no encontrarla en su casa, además de descansar de los problemas; sin embargo, a su regreso ella hizo evidente en la sesión el pensamiento automático de abstracción selectiva (Chappa, 2003): <<No le importo a mis hijas, ni siquiera me llamaron para preguntarme en dónde estaba [...]. En cambio, mi pareja me llamó más de 100 veces diciéndome que me necesitaba>>, clasificándose en esa categoría ya que tomó el hecho de que sus hijas no le llamaran para preguntarle en dónde se encontraba, como una falta de preocupación por parte de ellas; dejando de lado algunos aspectos, pues la misma usuaria complementó después que le habían llamado para decirle que pasara a recoger su ayuda por parte del gobierno. Su sentir con respecto a esta acción, la llevó a contestar las llamadas de su ex pareja, expresándole que debía buscar ayuda si quería estar con ella y que todo se lo dejaran al tiempo. Otro evento que le causó impacto fue un reclamo que una de sus nietas le hizo, luego de ver que la Usuaria IG llevaba puesto el pantalón de su nieta menor, desatando pensamientos de personalización (Chappa, 2003): “Aún me duele, ya que ella es mi nieta y ni siquiera me supo escuchar, sólo me empezó a decir cosas hirientes” o “Mi mamá me enseñó a respetar a las demás personas y yo nunca permití que mis hijas le faltaran el respeto a mi madre, pero con ellas no es así y eso me duele. Yo siempre me he portado bien y no les he hecho nada para que me traten de esa forma”, ubicándose en dicha categoría ya que la usuaria refiere que ella no merece ese tipo de tratos pues siempre ha sido buena con ellas, lo cual hizo que ella se apartara de su nieta debido al trato que tuvo hacia ella sólo por verle puesto un pantalón que le había regalado a su hermana menor sin conocer el contexto de la situación.

Por otro lado, la Usuaria IG mencionó que a largo de su vida ha tomado decisiones difíciles como dejar a su esposo el cual le pegaba, separarse de su ex pareja, dejar de cuidar a sus nietas, demandar al hospital en el que falleció su madre debido a negligencia médica, entre otras cosas. Y si bien ella se hace responsable de todo eso, considera que siempre hay personas que le echan la culpa por las consecuencias de sus decisiones, diciéndole que no ve por ellos y que es una egoísta. A partir de esto, se pudo identificar otra de las creencias centrales que se presentó con mayor frecuencia a lo largo de las sesiones, la cual fue:

<<Soy culpable de las decisiones que tomé en el pasado>> que se presentó desde la primera hasta la sexta sesión y que se encuentra dentro de la categoría propuesta por Beck denominada “Creencias de la incapacidad de ser amado” (Naranjo, 2004), siendo regulada por creencias intermedias como: <<Todos me juzgan por las decisiones que he tomado>>, <<Tengo que cuidarlos para quitarme la culpa>> o <<Mis hijas han tomado malas decisiones por la forma en que las eduqué; siendo la culpabilidad la emoción que experimenta con mayor frecuencia a causa de pensamientos automáticos de personalización (Chappa, 2003), en los que ella se atribuye los malos comportamientos por parte de sus hijas, como <<Soy culpable por haberle dicho a mi hija menor que no quería tenerla, por eso es así conmigo>>, ya que la usuaria señala que tuvo a sus hijas a los 17 y 18 años, pero debido a que se vio muy mal de su hija mayor, ella hizo lo posible por abortar a la segunda, aunque no tuvo resultado y, a partir de esto, ella considera que: <<El único error que he cometido con mis hijas es haberme separado de mi esposo>> esto a partir de comenzar a recordar las cosas que sus hijas le reprochan o la forma en que les educó, ya que la Usuaria IG señaló que cuidaba mucho a sus hijas y era muy estricta con ellas, considerando que: <<Así me educaron a mí y creí que era lo mejor>>; otro de los pensamientos automáticos clasificado como inferencia arbitraria (Chappa, 2003) que se relaciona con la creencia central fue: <<Apoyaba más a B, porque ella tenía una vida inestable a diferencia de V>> ya que cada vez que aparecía ese pensamiento, ella experimentaba preocupación por su hija menor, misma que tiene problemas con su pareja, procurándola más que a su hija mayor, y tratando de ayudarla en lo que pudiera; clasificándose en esta categoría debido a que la usuaria veía a su hija menor como una persona vulnerable, suponiendo que su hija mayor no le necesitaba. Estas conductas la llevaron a experimentar pensamientos absolutistas (Chappa, 2003) que le generaban tristeza como: <<Siempre he puesto a los demás por encima de mí>>, pues considera que siempre estaba procurando a sus hijas y ex pareja, dejándose de lado. De igual forma, comenzaba a experimentar miedo, por el pensamiento automático absolutista (Chappa, 2003): <<Tengo miedo a recaer>>, lo cual la llevó a buscar ayuda psicológica. Otro aspecto que considero importante resaltar, es el pensamiento automático de abstracción selectiva (Chappa, 2003): “Con ella me siento a gusto, pues no me anda regañando por las decisiones que tomo [...]”, el cual le generaba felicidad y hace referencia a una de sus hermanas, quien considera que es la única persona

que la hace sentir escuchada, aprovechando su invitación para irse veinte días con ella a San Luis. Cabe mencionar que en esta creencia central y todo lo que conlleva con ella se ha encontrado una relación con lo mencionado con Montesó (2015), quien señala que la violencia en cualquiera de sus presentaciones es una experiencia que se ha asociado a la aparición de distintos trastornos mentales, entre estos la depresión

Una de las creencias centrales que hicieron que la usuaria tratara de evitar hablar de temas dolorosos para ella desde la primera sesión hasta la tercera, fue: <<El pasado es pasado>>, la cual se encuentra dentro de las creencias de desamparo propuestas por Beck (Naranjo, 2004) y que es regulada por creencias intermedias como: <<Si hablo del tema, me va a doler>> o <<No quiero hablar de lo que ya hice en el pasado>> mismas que están relacionadas en gran medida con la forma en que ella mencionó el motivo de consulta, pues lo relató en pasado a pesar de hacer referencia a que se sentía de esa forma la mayoría de la semana, además de que también se hizo presente en pensamientos automáticos absolutistas (Chappa, 2003) como: << Me encuentro bien, ya que he salido adelante. El pasado es pasado>> o “Pero supe resolverlo. Ya salí”. Se clasifican dentro de esa categoría ya que, si bien la usuaria se categoriza a ella misma dentro de un extremo positivo en el que ella ha sido capaz de salir adelante, cada que comenzaba a hablar de esos temas comenzaba a llorar, experimentando tristeza.

Otra de las creencias centrales que se hizo evidente en la usuaria durante las sesiones tres y cuatro fue: <<Todo en esta vida se regresa>>, la cual se ubica dentro de la categoría de la incapacidad de ser amado propuesta por Beck (Naranjo, 2004), siendo regulada por creencias intermedias como: <<No merezco ser tratada de esta forma>> o <<Si obro bien, me debe ir de esa forma>> sintiéndose triste y decepcionada cada vez que sus hijas tenían una mala actitud con ella, haciéndolo evidente a través de un pensamiento absolutista y de inferencia arbitraria, en ese orden, (Chappa, 2003) como: “No fui hija mala, como para que mis hijas me traten así” o <<Todo en esta vida se regresa, y así como mi hija me reclama, cuando su hija sea más grande ella va a estar en mi lugar>>, poniéndose a llorar cada vez que tenía discusiones con sus hijas, tratando de evitar las peleas para que el tiempo haga justicia. Estas dos categorías se emplean en los pensamientos, ya que en primera instancia la usuaria tiende a describirse a ella misma como una buena hija la cual

no merece ese tipo de tratos; y se relaciona con la inferencia arbitraria ya que ella adelanta el trato que van a recibir sus hijas por comportarse de esa forma con ella.

También existió una creencia central positiva, la cual influyó para bien en la Usuaría IG: <<Siempre que tropiezo con una piedra, la siguiente vez la brinco>>, ya que desde la primer sesión ella hizo mención de esta creencia, haciéndose presente hasta la tercera sesión, y nuevamente mostrándose en la séptima y novena; dicha creencia estuvo regulada por creencias intermedias como: <<No cometo el mismo error dos veces>> o <<Cada tropiezo es un aprendizaje para hacer mejor las cosas>>, cabe mencionar que ésta frase se la repetía mucho su mamá, por lo que la Usuaría IG se apropió de ella, haciéndose evidente que las creencias suelen construirse a partir de la relación con personas significativas (Naranjo, 2004); esta creencia le ayudó a comprometerse en las sesiones, además de llevar a cabo lo aprendido a otros contextos y relaciones interpersonales, en este caso con sus hijas; experimentando tranquilidad, esperanza y amor. Esta creencia se identificó a través de sus pensamientos automáticos: <<Tengo valores, y siempre que tropiezo con una piedra, en la siguiente vez la vuelvo a saltar para no caer. Si en un momento no puedo salir de esa situación, ahora lo haré. Primero estoy yo>>, <<Prefiero arreglar la relación con mis hijas, pues son mi sangre y son importantes para mí>>, <<Me di cuenta de que yo no puedo solucionarles la vida a mis hijas, sólo ofrecerles apoyo>> o <<Hay cosas que pasan y no por eso debemos encasillarnos en eso, sólo verlo como algo que pasó y ni modo>>, mismos que normalmente estaban encaminados a la razón por la que decidió asistir a las asesorías psicológicas, es decir, la depresión que sintió luego de separarse de su última pareja sentimental.

En lo que respecta a las dos creencias centrales que fueron el resultado de las asesorías psicológicas, una de ellas fue: <<No soy culpable, soy responsable>>, misma que se hizo presente desde la sesión cinco hasta la ocho, y nuevamente se presentó en la última sesión; siendo regulada por creencias intermedias como: <<Cada quien es responsable de sus propias decisiones>> o <<Si hago algo mal, puedo buscar la forma de solucionarlo>>. Un claro ejemplo es lo mencionado por la Usuaría IG, ya que su ex esposo le habló por teléfono para decirle que quería vender su departamento el cual le corresponde a ella, echándole la culpa de esa decisión ya que no lo apoyaba económicamente, pero ella le

respondió con el pensamiento automático: <<No es mi culpa, y no me estés echando responsabilidades que no me corresponden. Tú también debes responsabilizarte>> esto le generó enojo, pero le ayudó a poner límites con su ex pareja. Conforme fueron pasando los días, ella comenzó a sentirse tranquila y feliz, haciéndose responsable de las cosas que dijo e hizo, además de hablarlo con sus hijas para solucionar su problema, ya que considera que estaban de parte de su padre. Entre los pensamientos automáticos que hicieron evidente esa creencia central se encuentran: <<Aprendí que no soy culpable de nada, sólo responsable>>, <<Soy de la idea de terminar todo lo que inicio>> haciendo referencia a las asesorías y a los problemas que tenía con sus hijas: <<Ya no me siento culpable porque fui responsable con mis hijas e hice lo que creí que era mejor para ellas. Lo que les puedo brindar es apoyo, ya que mis hijas fueron las que tomaron la decisión de estar como están>> o <<Sé que en el pasado cometí muchos errores, sin embargo, lo importante es que en el presente podemos arreglar las cosas>>.

La otra creencia central fue: <<Es mi responsabilidad cuidarme>> presentándose desde la sesión nueve hasta la última. Esta creencia central está regulada por creencias intermedias como: <<Si yo no me cuido, nadie más lo hará>> o <<Mi salud es primero>>, experimentando tranquilidad, felicidad, fuerza y plenitud. Los pensamientos automáticos que evidenciaron esta creencia fueron: <<Ya no puedo permitir que las cosas avancen [...] asistir a asesoría psicológica me ha ayudado a sentirme apoyada y a saber quién soy, además de no permitir que otros me lastimen>> poniéndole límites a los demás, principalmente a su ex pareja, quien estaba tratando de causarle miedo para que regresara con él y que le rompió el vidrio a su camioneta para causarle miedo, ante esto ella decidió acudir a asesoría jurídica en la misma clínica, por recomendación de la psicóloga para ponerle una demanda, misma que no había puesto con anterioridad, ya que él le decía que no le iban a hacer nada pues era agente judicial; sin embargo, en la actualidad ella se sentía respaldada y más fuerte; otro de los pensamientos automáticos que se presentaron fue: <<En ocasiones me siento sola, pero por el momento estoy mejor sola y necesito aprender más cosas antes de tener una pareja>> por lo que a partir de esto ha comenzado a disfrutar su soledad, pasando el tiempo con ella misma y saliendo a hacer lo que más le gusta, el baile de salón; faltó un par de veces a asesoría psicológica, ya que se enfermó de influenza y del estómago, por lo que al salir del hospital, una de sus amigas del baile le habló por

teléfono para ir a los velorios de un compañero del mismo salón, a lo que ella le respondió: “Yo sí le dije que me disculpara, pero que no me encontraba bien de salud e iba a descansar, que sí sentía la pérdida pero mi salud está primero” tomándose un descanso en su casa para poder reponerse, complementándose con otro pensamiento: <<Ahora es mi turno para cuidar de mí y preocuparme por mí misma>>, con respecto a éste, decidió hablar con sus hijas para comentarles que quería hacerse cargo de ella misma, pero en caso de que necesitaran un consejo podían acudir a ella; además de que les pidió una disculpa y aclararon sus malos entendidos. Como conclusión en las asesorías, la Usuaría IG mencionó que las asesorías le hicieron cambiar para bien, sintiéndose feliz en ese momento; además de que aprendió a preocuparse más por ella y no dejarse de lado, a enfrentar las situaciones en lugar de evadirlas y a no ser tan agresiva al momento de hablar.

6.2 Discusión de Resultados.

Existen diversos modelos desde el ámbito médico y el psicológico que han tratado de darle una explicación a la depresión, entre ellos se encuentra el modelo de la Terapia Cognitiva propuesto por Aaron T. Beck, el cual se basa en que no son los acontecimientos en sí mismos los que provocan depresión en las personas, sino el modo en que éstas interpretan los acontecimientos; por lo que de esta forma las cogniciones se convierten en el elemento determinante de las emociones y conductas de las personas (Estévez y Calvete, 2009). Si bien no se plantea una diferencia de género en lo que respecta a la depresión, los estudios estadísticos que se han realizado muestran una diferencia en cuanto a la presencia de ésta en hombres y mujeres; siendo Dio Bleichmar (1991) quien refiere que, en todos los países en los que se han llevado a cabo estudios estadísticos, las cifras hacen evidente que las mujeres padecen el doble de depresión que los hombres; siendo aproximadamente una de cada cinco mujeres las que sufren de una depresión mayor en su vida, reduciéndose la proporción a uno de cada diez en los hombres. Sin embargo, esta autora refiere que cuando el factor biológico juega un rol central en la depresión, no existen diferencias estadísticas entre hombres y mujeres; a diferencia de la depresión en la que el factor psicológico interviene.

Siendo ésta autora (en Montesó, 2015) quien, a lo largo de sus investigaciones, llegó a la conclusión de que la depresión en las mujeres no debe buscarse en la biología, sino en

sus condiciones de vida y en las características de su subjetividad; es por ello que en la presente tesis se trabajó con usuarias de la Clínica Integral de la Mujer, quienes acudieron en busca de asesoría psicológica debido a que consideraban que la depresión era una de las problemáticas más serias que estaban afectando su vida y sus relaciones con sus parejas, hijos, amigos y personas con las que interactuaban. Por consiguiente, se planteó el objetivo general, el cual fue conocer la evolución de las creencias centrales de usuarias con depresión a lo largo de una intervención cognitivo conductual.

A partir de los resultados obtenidos, se pudo observar que existieron cambios en los cinco casos clínicos en lo que respecta a las creencias centrales negativas que presentaron las usuarias durante sus asesorías psicológicas; estas transformaciones se presentaron a partir de la mitad de sus asesorías, a excepción de las usuarias M e IC, en donde las creencias se hicieron evidentes dos sesiones antes de terminar sus asesorías. Sin embargo, de forma general, se puede decir que las usuarias desarrollaron entre una y tres creencias centrales positivas, las cuales estaban dirigidas al auto cuidado, la responsabilidad que tienen de sus propias decisiones y no de las ajenas, el respeto hacia distintas formas de pensar y el aprendizaje obtenido hacia las situaciones negativas; y si bien, en algunos casos las creencias se presentaban de forma intermitente y poco constantes, es importante resaltar que esto ocurrió debido a las situaciones que se les presentaron a las usuarias en su contexto de vida cotidiana en el lapso entre una sesión y otra; ya que existieron situaciones que ocurrieron de forma inesperada a lo largo de sus días y que las mismas usuarias abordaban en las sesiones, por lo que en ocasiones no se relacionaban de forma directa con la demanda inicial de la usuaria.

Además, cabe resaltar que cada una de las sesiones no sólo dejó ver cómo es que las creencias centrales negativas de las usuarias se iban transformando a creencias que fuesen de beneficio para la persona; sino que también permitieron identificar cómo es que las usuarias comenzaron a adquirir dichas creencias a lo largo de su vida y con la interacción de personas significativas para ellas, terminando por apropiarse de frases que éstas les repetían; en relación con esto, se pueden tomar de ejemplo las vivencias que tuvieron un impacto negativo en cada usuaria como la muerte de algún familiar, el alcoholismo del cónyuge, o las malas experiencias que experimentaban sus hijos o seres queridos; pues las

usuarias recibieron comentarios que tuvieron impacto en ellas desde que eran niñas o cuando ocurrieron esos eventos en donde se les adjudicaba un “deber”, ya sea el de siempre ver por el otro primero o el de ser culpables de lo que ocurría debido a sus decisiones. Estos datos son coherentes con lo propuesto por dos autoras, la primera de ellas es Judith Beck (2000), pues considera que es a partir de la infancia que las personas comienzan a desarrollar creencias acerca de sí mismas; y esto se ve reflejado en las usuarias D e IG, quienes adoptaron creencias sobre cómo deben actuar con los demás, ya sea ayudándolos o actuando “bien” y con respeto para que esto les fuese devuelto con gratitud, siendo sus padres los que les enseñaron esa forma de pensar y que terminó convirtiéndose en un estilo de vida. Además de eso, Naranjo (2004) señala que las creencias también se van conformando a través de su relación con personas significativas y al experimentar diversas situaciones; lo cual se puede ver en los cinco casos, pues las usuarias comenzaron a adquirir creencias negativas a partir de comentarios de personas cercanas y significativas a ellas, dichos comentarios estaban relacionadas con aspectos que tenían una gran importancia para la usuaria de cada caso.

Asimismo, la revisión de los expedientes de los cinco casos dio la oportunidad de identificar las creencias centrales negativas que fueron constantes en las usuarias; estando entre las más destacadas la falta de atención que su familia les da, pues la mayoría de ellas hizo referencia, a través de pensamientos automáticos, que su familia nuclear no muestra un interés hacia ellas, ya sea en el aspecto sentimental (con su pareja) o la falta de respeto y obediencia por parte de sus hijos; otra creencia central negativa identificada fue su preocupación al considerarse un ejemplo para sus hijos, por lo que trataban de ocultarles sus problemas por miedo a que esto repercutiera en un futuro sobre ellos de forma emocional, en relación con esto, las usuarias se adjudicaron la responsabilidad por las malas decisiones que han tomado sus hijos o que éstos podrían llegar a tomar como consecuencia de la educación que ellas les han dado; por otro lado, también se pudo identificar que el papel de madre y esposa y las creencias que ellas tienen con respecto a estos dos conceptos influyeron para que las usuarias experimentaran sentimientos como tristeza, ya que tendían a responsabilizarse de las acciones de los otros pues sentían que ellas no estaban haciendo un buen trabajo como madres y esposas, atribuyéndose los

errores de los otros y tratando de ocultar sus errores al considerarse una figura representativa.

Además de eso, existieron creencias que influyeron en su “incapacidad” de tomar decisiones ya que las usuarias tendían a considerarse poco capaces para tomar una decisión que no afectara a otros; e incluso tenían miedo de que sus decisiones a lo largo de su vida las orillara a quedarse solas debido a los conflictos obtenidos con su familia nuclear. Cabe resaltar que estas creencias se fueron modificando de tal forma que se convirtieron en creencias funcionales (de utilidad) para cada caso, aceptando la responsabilidad del comportamiento con los otros, la falta de límites u otros factores que estaban influyendo en su sentir. A partir de esto, considero importante aludir a que parte de estas creencias tienen relación con una investigación realizada por Dio Blemer (1991), quien llegó a la conclusión de que, si bien existen investigaciones que señalan que los problemas de pareja son el motivo más frecuente en la depresión de la mujer; lo que predispone a la mujer a la depresión es su propio rol y la forma en que se concibe la feminidad; ya que hay investigaciones que demuestran que las creencias sociales tipifican la feminidad en los roles emocionales, mientras que la masculinidad es relacionada con los roles instrumentales. Por lo que es a partir de esto que la correlación entre los rasgos que definen la personalidad depresiva y los que caracterizan la feminidad, permiten desarrollar las categorías de dependencia, pasividad, falta de asertividad, necesidad de apoyo afectivo; siendo estos elementos los que se identificaron como parte del repertorio conductual de las usuarias presentadas en cada caso, y que eran consecuencia de sus creencias centrales negativas.

Por otro lado, considero importante mencionar que si bien los resultados muestran la aparición de las creencias centrales que influyeron en la demanda inicial de las usuarias, así como los cambios que éstas fueron presentando; también existió un caso clínico, el de la Usuaria IG, en donde se identificó una creencia central durante las sesiones de evaluación la cual, a pesar de parecer a simple vista una creencia central positiva, estaba repercutiendo de forma negativa en la usuaria; manifestándose a través de la conducta y pensamientos automáticos que le conformaban. Lo cual destaca a su vez la importancia que tiene la identificación de las cogniciones junto a otros elementos como la conducta y las emociones de forma conjunta y no independiente, debido a que son las creencias centrales las que no

se pueden identificar a simple vista y si bien, verbalmente se puede expresar algo que aparentemente suena como algo positivo para la persona, la conducta no verbal ayuda a reflejar lo contrario.

Así pues, es necesario referir que hasta el momento no existe algún tipo de estudio que aborde las creencias centrales desde la metodología cualitativa, siendo los estudios cuantitativos los que se enfocan en identificar creencias de usuarias con depresión y correlacionarlas con creencias de otros trastornos de la personalidad, como la investigación de Lodoño y Ramírez (2005); quienes encontraron en sus resultados la existencia significativa de algunas creencias centrales de los trastornos de personalidad en las personas con depresión, tal es el caso de las creencias que se relacionan con la personalidad obsesivo-compulsivo, en donde hay presencia de rigidez, perfeccionismo y fuerte control de sí mismo, de su ambiente y de sus emociones; además de la personalidad pasivo-agresivo, cuyas creencias coexisten con las depresivas pues tienden a sentirse atacadas e incomprendidas por los demás, siendo los otros los causantes de su propio sufrimiento. Y si bien, en la presente tesis se llevó a cabo una metodología distinta, se pudieron identificar creencias centrales en algunas de las usuarias, las cuales estaban relacionadas con la ansiedad y la personalidad obsesivo-compulsiva.

En cuanto a los inconvenientes encontrados en la presente tesis, se puede evidenciar que el hecho de que los datos obtenidos hayan sido a través de la revisión de documentos, en este caso los expedientes PSOAP, pudo generar que en cierta medida se perdieran algunos elementos que pudieron complementar el proceso de evolución de las creencias centrales de las usuarias; esto debido a que si se hubiera realizado una grabación de audio o vídeo en cada una de las sesiones, posiblemente se habrían enriquecido aún más los elementos en cuanto a las citas textuales acerca de lo referido por las usuarias en las sesiones (pensamientos automáticos); además de que se complementarían con reacciones fisiológicas que la terapeuta no haya podido añadir en el respectivo expediente. Sin embargo, debido a la privacidad y a la forma en que se llevó a cabo el acuerdo en la Clínica fue algo que lo impidió, añadiendo que el espacio en el que se realizaron las sesiones era variable y la mayoría de las veces no se llevaban a cabo en un consultorio sino al aire libre o en el auditorio del lugar; por tal motivo, se sugiere que en próximas investigaciones se

lleve a cabo una investigación de campo, en donde se tenga en cuenta la utilización de estos instrumentos.

Además, cabe resaltar que debido al corto periodo de tiempo que duraron las asesorías psicológicas de cada usuaria (aproximadamente tres meses), no se pudo observar un cambio prolongado en dichas creencias; sin embargo, considero importante mencionar que los pensamientos automáticos recolectados a través de los expedientes PSOAP estuvieron presentes de forma intermitente desde la mitad de las asesorías psicológicas de cada usuaria aproximadamente, haciéndose más constantes a medida en que las sesiones avanzaban y se presentaban situaciones en la vida de las usuarias, las cuales les permitían actuar, sentir y pensar de una forma diferente. Sin embargo, considero enriquecedor el llevar a cabo una réplica de la presente investigación con usuarias cuyo motivo de consulta haya sido la depresión, además de haber tomado y concluido una terapia psicológica desde el enfoque cognitivo conductual, con el fin de conocer si un tiempo prolongado permite observar con mayor claridad la evolución que llegasen a tener sus creencias centrales. De igual forma, como curso de acción se recomienda hacer una investigación acerca de la influencia que tienen las creencias centrales negativas en las decisiones que toman las personas con depresión a lo largo de su vida, ya que es un tema en el que las cinco usuarias presentaron problemas.

Por último, se debe mencionar que éste tipo de investigaciones son de gran importancia, ya que la OMS indica que la depresión es un trastorno mental que afecta a 300 millones de personas aproximadamente (OMS, 2017); y en caso de no ser tratada, puede convertirse en un problema de salud serio, en especial cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, ya que puede generar gran sufrimiento y alterar actividades laborales, escolares y familiares de la persona. Además, cabe resaltar que a pesar de que existen tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados no recibe estos tratamientos; entre las causas se encuentran la falta de recursos y de personal capacitado, la evaluación inexacta y la estigmatización que se le da a los trastornos mentales (OMS, 2017). Por lo que considero importante hacer énfasis en el último aspecto mencionado, ya que es de gran importancia que se entienda primero el punto de vista de las personas con depresión en la actualidad, debido a que la forma de interactuar entre las personas ha tenido un cambio

radical a causa de la tecnología; además de que la edad de la población en la que se realizó la presente tesis osciló entre los cincuenta y sesenta años, por lo que recién se están adaptando a este nuevo modo de relacionarse y nueva forma de pensar de las generaciones recientes, pues se pudo identificar en los presentes casos que la mayoría de los conflictos que tienen con su familia nuclear es la diferencia de creencias que van adquiriendo, pues en ocasiones son contrarias a las que ellas poseen y eso les lleva a interpretar las conductas y comentarios de sus hijos como falta de amor.

CONCLUSIONES

En la presente tesis se dio a conocer la evolución de las creencias centrales de usuarias con depresión a lo largo de una intervención cognitivo conductual. Si bien dicha evolución fue poco observable debido a la duración de las asesorías psicológicas (tres meses), se puede decir que el cambio evidente surgió aproximadamente con el pasar de las últimas cuatro asesorías, mostrándose por medio de las paráfrasis y las citas textuales de los pensamientos automáticos de las usuarias, mismos que fueron registrados en el apartado “S” (Sujeto) de cada expediente PSOAP. Tomando en cuenta que a lo largo de las sesiones existieron creencias centrales que fueron más constantes que otras, se optó por organizarlas en una tabla de acuerdo con su reincidencia y de forma cronológica, ya que esto mostró la importancia que tuvo para la usuaria cada creencia, según el respectivo caso; descubriéndose que las creencias centrales que se presentaron con constancia y durante más de la mitad de las sesiones tuvieron un vínculo con su motivo de consulta, además de que éstas creencias influyeron para que ellas refirieran que tenían depresión, siendo las conductas y las emociones las que causaron mayor impacto tanto en la usuaria como en las personas con las que ella convive en su día a día. Pues son las conductas y emociones las que suelen hacerse evidentes a diferencia de las cogniciones, las cuales se identificaron por medio de una profesional o luego de haber sido capacitadas psicológicamente para hacerlo de forma autónoma y a través de la introspección.

Por ende, cabe mencionar que el cumplimiento del objetivo general de la presente tesis nos permitió también comprender la importancia que tiene, tanto para los terapeutas como para la persona con depresión y sus cercanos, la manera en que es concebida la depresión de forma subjetiva, ya que uno de los casos ayudó a revelarnos que a pesar de que existen creencias centrales que aparentemente pueden considerarse como positivas para la persona, influyen de forma negativa en ella y, por ende, no le benefician al momento de desempeñarse en diversas áreas de su vida. Por otro lado, en relación con el objetivo principal, también se pudo reconocer que en las primeras sesiones de los cinco casos se presentaron constantes creencias centrales negativas que se clasifican dentro de las dos categorías propuestas por Beck; siendo las creencias de desamparo, en donde se encontró principalmente que las usuarias se consideraban a ellas mismas como poco capaces de poder ser responsables de las consecuencias que sus decisiones implicaban, especialmente cuando el resto de las personas no estaban de acuerdo. Mientras que en lo que respecta a las creencias centrales de la

incapacidad de ser amado, se encontró que las usuarias consideraban que sus parejas y/o hijos no se interesaban en cómo ellas se sentían, ni tampoco veían un apoyo de su parte; sin embargo, ellas solían cargar con todo ese peso debido a que preferían resentirlo antes que sus seres queridos, o porque se sentían culpables de cosas que habían dicho o hecho en su pasado y era la forma en que ellas lo estaban pagando.

Es a partir de esto, que se puede decir que las características atribuidas por la cultura se vieron reflejadas en las creencias centrales negativas de las usuarias, ya que el concebir a las mujeres como personas vulnerables retroalimenta las creencias de desamparo, en donde ellas necesitan de una persona más “fuerte” para poder llevar a cabo una decisión o sobrellevar alguna de las situaciones. Mientras que en las creencias de la incapacidad de ser amado se vieron reflejadas tras concebir a la mujer como alguien que necesita dar y recibir amor de los demás, y tras no recibirlo de la forma en que se espera, puede influir a que ellas no se sientan capaces de ser amadas/queridas por las personas que son significativas para ellas.

Todo esto se logró encontrar gracias al seguimiento de los tres objetivos específicos que se plantearon, siendo la exploración de los pensamientos generados a partir de las creencias de las usuarias con depresión a lo largo de su intervención cognitivo conductual el primero de ellos; dichos pensamientos automáticos revelaron cada creencia central de los respectivos casos, por lo que fue necesario analizar de forma detenida lo que cada persona nos quiso decir a través de su lenguaje verbal y no verbal, tomando en cuenta que el lenguaje no verbal tuvo un papel importante al momento de identificar creencias ya que, si bien los pensamientos automáticos son la herramienta principal para poder conocer las creencias de una persona; existen ocasiones en las que, detrás de lo expresado de forma verbal, se esconden mensajes que se reflejan por medio del lenguaje no verbal, de alguna reacción fisiológica o la comunicación paraverbal, los cuales fueron registrados en los respectivos expedientes, señalando el tono de voz, velocidad, énfasis, entre otros elementos que cada usuaria usó tras expresar ciertos pensamientos; los cuales ayudaron a identificar también de qué forma influyeron en las emociones y conductas de cada usuaria, incluso sí ella expresaba lo contrario.

Tomando en cuenta la función que tuvieron los pensamientos automáticos para poder identificar las creencias centrales y así alcanzar el objetivo general, considero importante resaltar que, a diferencia de las creencias centrales, fue más sencillo percibir los cambios que

las usuarias fueron presentando a partir de sus pensamientos; debido a las características mencionadas con anterioridad. Además, el hecho de explorarlos nos ayudó a conocer que fue por medio de ellos que las usuarias pudieron identificar sus cogniciones ya sea durante las sesiones o tareas que se les dejaron para trabajar en su casa, siendo ellas mismas las que mencionaron que familiares o amigos les “inculcaron” ese tipo de pensamientos; y, al ser personas significativas para ellas, no cuestionaron dichas frases y mucho menos al ser aprendidas desde la niñez, por lo que se convirtieron en creencias centrales que repercutieron de forma negativa. Sin embargo, como parte del cambio, se puede resaltar que fue a través de pensamientos automáticos de personas con las que ellas se relacionaron durante el periodo de la intervención, que las usuarias moldearon sus propias creencias centrales; y esto debido a que por medio de su terapeuta tomaron consciencia de la forma en que su estilo de pensamiento repercutía positiva o negativamente en ellas.

En lo que respecta al logro del segundo objetivo específico, enfocado en la exploración de las conductas y emociones generadas a partir de las creencias centrales de las usuarias con depresión a lo largo de su intervención cognitiva conductual, se pudo percibir que las conductas y las emociones son producto de la interacción de creencias centrales, creencias intermedias y pensamientos automáticos, conceptos propuestos por Beck en su teoría cognitivo conductual de la depresión. Siendo el llanto, insomnio, dificultad para tomar decisiones, discusiones con su familia nuclear y/o extensa, responsabilización de las consecuencias de las decisiones ajenas y dificultad para poner límites a las personas que las lastiman, las conductas que se identificaron al inicio de los cinco casos. Las cuales desencadenaron emociones como tristeza, enojo, culpabilidad, ansiedad y miedo. Sin embargo, conforme las creencias centrales de las personas se fueron modificando de forma positiva para ellas, estos dos elementos (conducta y emociones) comenzaron a cambiar también; notándose de forma general que las usuarias desarrollaron conductas contrarias a las que tenían cuando se sentían “deprimidas”, siendo la asertividad la que se hizo presente en los cinco casos; lo cual les permitió expresar lo que sentían y pensaban, respetando la opinión de las otras personas aunque ellas no estuviesen de acuerdo, pero defendiendo su punto de vista. Además de que las usuarias comenzaron a darse el tiempo de realizar actividades que a ellas les gustaban, según el caso, desde ir a bailar, ver películas, salir a ver a familiares y planear un

viaje sin preocuparse en exceso por sus hijos. Por tal motivo, sus emociones se transformaron en algo positivo, siendo la tranquilidad y felicidad las que fueron constantes.

Tomando en cuenta las conductas y emociones que fueron identificadas a lo largo de las sesiones, considero importante señalar que en un inicio éstas coincidían con los estándares sociales que se tienen acerca de la mujer mexicana en donde, a pesar de los cambios que se han tenido en la sociedad, se concibe a las mujeres como las encargadas de servir a los demás (ya sea a sus esposos, hermanos, padres y/o hijos) incluso si ya están inmersas en el área laboral; por lo que, al ser las cinco usuarias madres y que tres de ellas estaban en pareja y dos separadas, influyó en el rol que ellas estuvieron desempeñando en los ambientes en los que se desarrollaron a lo largo de sus sesiones, siendo el rol de madre y/o esposa el que tuvo un papel importante en la evolución de sus creencias, ya que las creencias que ellas tuvieron con respecto a cómo desempeñar el rol y el tener conocimiento de cómo éstas impactan en su pensar, sentir y actuar, influyó en la forma en que fueron evolucionando algunas de sus creencias centrales (las que tuvieron relación con la influencia que tienen ellas como madre sobre sus hijos y la relación que llevan con sus parejas o ex parejas); pues existieron casos en los que las usuarias se sentían responsables de las decisiones que estaban tomando sus hijos y, por ende, se auto castigaban con pensamientos que influyeron de forma negativa en ellas; inclusive en uno de los casos no existió un cambio evidente, según los registros, ya que la usuaria se sentía culpable por la mala vida que llevaba su hija y, a pesar de ser consciente que no era su responsabilidad, ella mostró resistencia para cambiar esta creencia central y trabajar aspectos relacionados con ella.

En relación con éstos cambios, considero importante resaltar que la revisión de los expedientes de los cinco casos permitió observar que este cambio en creencias, conductas y emociones dependió del compromiso de cada usuaria y de qué tan preparada se sintiera para llevar a cabo esos cambios; pues en las Usuarías C y M se pudieron identificar pensamientos automáticos en donde expresaban que no querían trabajar cosas de su pasado, aspecto que influyó para que la evolución de sus creencias centrales fuese menos notoria; ya que normalmente eso que no se trabajó tenía relación con su motivo de consulta. Sin embargo, el hecho de que las usuarias hayan decidido no trabajar a fondo con esas creencias centrales, permite mostrar la importancia que tiene la decisión que tome cada usuaria para tener un cambio cognitivo, conductual y emocional.

Por otro lado, el hecho de que se conozca cómo es que las creencias centrales de una persona deprimida van evolucionando es de gran importancia, ya que los cambios que se ven reflejados en lo observable se contrastaron con las cogniciones que tuvieron las usuarias de los cinco casos y, por ende, tanto los profesionales en el tema, las personas implicadas en los casos (usuarias y familiares) y personas que tengan interés en la visión de la depresión desde el ámbito psicológico, en el enfoque cognitivo conductual, pueden comprender de una forma más sencilla la teoría cognitiva de la depresión propuesta por Aaron Beck. Además, los objetivos anteriores permitieron alcanzar el último objetivo específico dirigido a identificar los cambios que tienen las creencias centrales de usuarias con depresión a lo largo de su intervención cognitivo conductual; si bien, como se ha mencionado, existieron creencias centrales que no se modificaron con el pasar de las sesiones, es importante tener en cuenta que los cambios encontrados estuvieron encaminados a respetar sus intereses, los cuales continuaron moldeándose por ellas mismas en las últimas sesiones; pues aunque tendían a repetir algún pensamiento automático propio de una creencia central negativa, al ser conscientes de ellos, las usuarias lo modificaron por uno que les fuese funcional (cuando se escuchaban) y sin necesidad de que la terapeuta se los hiciera evidentes.

Es por eso que todo lo anterior nos ayuda a corroborar que las creencias centrales se van a ir construyendo con el pasar del tiempo, desde la infancia hasta la edad adulta; ya que como seres humanos estamos en constante interacción. De igual forma, el hecho de que el periodo que duró cada asesoría mostró un pequeño avance en cuanto a los cambios de las creencias, nos deja ver que existen creencias que toman su debido tiempo para cambiar, ya que fueron aprendidas desde la infancia y reforzadas con el pasar de los años por medio de experiencias similares o personas que tienen un gran valor simbólico para ellas. Por lo que no existe un tiempo determinado que nos haga ver cambios cognitivos, ya que hay diversos factores a nivel individual que están inmersos y, por ende, es necesario tomar esto en cuenta; además de que la edad, nivel socio económico o nivel de estudios de las usuarias pueden influir, más no ser un factor determinante; ya que en la presente tesis se expusieron casos con diversas características y cada persona avanzó a su tiempo y de acuerdo a sus necesidades, pues ellas al tener como característica el ser madres, se enfocaban en aspectos que repercutieran en la manera en que actúan con sus hijos. Asimismo, algo importante a

considerar es que las usuarias que recibieron más comentarios positivos desde su infancia fueron las que tuvieron una mayor disposición a realizar cambios a nivel cognitivo.

Por ende, se puede concluir que si bien las asesorías psicológicas fueron un factor relevante en el cambio de las creencias centrales, el hecho de tomar en cuenta que las personas son multidimensionales nos ayuda a aceptar que existieron diversos factores que también tuvieron influencia en la transformación de las creencias de cada usuaria, entre estos se encuentran sus relaciones interpersonales, y como ejemplo se tiene la interacción que tuvieron con personas pertenecientes a diversos contextos, ya sean amistades, familiares, psicólogas de la clínica que impartieron talleres, usuarias del servicio psicológico o incluso libros; ya que desde un inicio las usuarias hicieron mención de conversaciones que habían tenido con otras personas o frases que habían leído y que tuvieron un impacto positivo en ellas. Y fue en las últimas sesiones en donde se identificaron pensamientos automáticos en las usuarias, que antes ellas habían citado o incluso retroalimentaciones que la terapeuta les había dicho como parte de la intervención psicológica, de las cuales se apropiaron de acuerdo a la forma en que ellas las interpretaron.

Para finalizar, otro de los factores que tuvieron influencia en los pensamientos automáticos de las usuarias fue el aspecto orgánico ya que, debido a que la edad de las usuarias osciló entre los 53 y los 69 años, coincidió con un proceso biológico de dicha edad, siendo ellas las que mencionaron en las primeras sesiones que se encontraban en la menopausia; y fue a través de los registros anecdóticos y la introspección que ellas llevaron a cabo con el pasar de las semanas, que pudieron identificar que en ocasiones su cambio de ánimo se relacionaba con ello. Además de eso, una de las usuarias mencionó que al acudir con el médico, éste le informó que tener hipotiroidismo influye en su estado de ánimo, presentando síntomas de depresión. Todo lo anterior se encontró en diversos apartados de los expedientes PSOAP, principalmente de P (Persona) en donde se describieron cambios en la usuaria desde su forma de vestir hasta en su forma de hablar, S (Sujeto) en donde se redactaron paráfrasis y citas textuales de los pensamientos automáticos de las usuarias, y A (Análisis) en donde se describió lo trabajado en la sesión y algunas frases claves dichas por la terapeuta.

ANEXOS

Prototipo del expediente PSOAP.

NOMBRE DEL PACIENTE:	EXPEDIENTE:
EDAD:	GENERO:

FECHA Y HOR A	NOTAS DE SEGUIMIENTO
P	PSICOLOGÍA ()
S	
O	
A	
P	<hr/>

BIBLIOGRAFÍA

- Aragón, L., y Silva. (2002). *Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica*. México: Editorial Pax. 70-72.
- Anguera, B., Civera, C., De la Casa, G., et al (2009). *Historia de la Psicología*. Barcelona: Editorial UOC. 27, 57.p.
- Bados, A. y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación, y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
- Barradas, M. (2014). *Depresión en estudiantes universitarios*. U.S.A: Palibrio. Pág. 37.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. México: Editorial Gedisa. 33-37, 207.
- Beck, T. A. (1970). *Depression: Causes and Treatment*. USA: University of Pennsylvania. 3-6.
- Beck, T.A., Rush, J., y Shaw, F. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Descleé de Brower. 7-6,9, 32, 19-23,24,27,60.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., Medina, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*. 55 (1). Recuperado el 16 de Octubre del 2017 en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011
- Bernstein, D. (1995). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: Mc Graw-Hill. 5-19, 29-56.
- Centeno, C. (2012). *Psicología Clínica Aplicada*. España: Formación Alcalá. 21,33-35, 46-47.

- Chappa, H. (2003). *Distimia y otras depresiones crónicas. Tratamiento farmacológico y cognitivosocial*. Buenos Aires: Editorial medica panamericana. 105, 108-109, 138.
- Colina, L. (s/a). *Terapia cognitivo conductual: tratamiento de las conductas pasivas y agresivas. Entrenamiento asertivo*. 1-15. Recuperado el 17 de noviembre del 2014 en <http://www.cchaler.org/app/download/6104337760/zTCC-Tto%2BConductas%2Bpasiva%2By%2BAgresiva.pdf%3Ft%3D1354682535&ved=0CB8QFjAAo&usg=AFQjCNHTEdfbjkLxxk8ynfYCC8xVEy93ag>
- Compas, B., & Gotlib, I. (2005). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGraw-Hill. 36-51.
- Corey, G. (2009). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. USA: Thomson. 288 p.
- Delgado, S. (1983). *La terapia de conducta y sus aplicaciones clínicas*. México: Trillas
- Dio Bleichmar, E. (1991). La depresión en la mujer. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*. 11 (39). Recuperado el 17 de Julio del 2017 en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15234/15095>
- Estévez, A., & Calvete, E. (2009). Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. *Anales de Psicología*. 25 (1). Recuperado el 22 de Junio del 2017 en: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16711594003.pdf>
- Farré, J., & Fullana, M. (2005). *Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo conductual*. España: Ars Médica. 1-3.
- Figueroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista Chilena de Psiquiatría*. 46 (62). Recuperado el 30 de Enero del 2017 en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500004
- Fuentes, M. (2013). Salud Mental: Una Agenda Invisible. *Revista México Social*. Recuperado el 15 de Julio del 2016 en:

<http://www.mexicosocial.org/index.php/mexico-social-excelsior/item/309-salud-mental-una-agenda-invisible.html>

- Gavino, A. (2009). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. España: Ediciones Pirámide. 27-55.
- Gerrig, R., & Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. México: Prentice Hall México. 490 p.
- Glick, I. (1999). *Tratamiento de la depresión*. Barcelona: Ediciones Granica. 61,62,63.
- Guadarrama, P. (2003). *José Martí y el humanismo en América Latina*. Colombia: Unidad Editorial. 77 p.
- Guyton, C., & Hall, J. (2006). *Tratado de Fisiología Médica*. Madrid: Elsevier. 769 p.
- Harrsh, C. (2005). *Identidad del psicólogo*. México: Pearson Educación. 107-109.
- Hernández, N., y de la Cruz, J. (2007) Manual de Psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. *Red*; Argentina, 208-210.
- Hill, J., y Kolb, D. (1999). *Química para el nuevo milenio*. México: Prentice Hall. 570 p.
- Hyde, J. (1995). *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Ediciones Morata, S.L. 331-332.
- Jervis, G., & González, J. (2005). *La depresión: Dos enfoques complementarios*. Madrid: Editorial Fundamentos. 37-39, 54 y 56.
- Korman, G., & Sarudiasky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*. 15 (1). Recuperado el 30 de Marzo del 2017 en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v15n1/v15n1a05.pdf>
- Labrador, C. & Muñoz, M. (1998). *Manual de técnicas de modificación de la conducta*. Madrid: Pirámide. 317 p.

- Landa, P., Valadez, A., Rodríguez, M., Trujano, P., Salinas, J., Vinicio, M., & Ángeles, S. (2013). *Psicología Clínica: Antecedentes y desarrollo de la Psicología Clínica Conductual*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. 29 p.
- Lara, M., Acevedo, M., & Berenzon, S. (2004). La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. *Cuadernos de Saúde Pública*. 20 (3). Recuperado el 16 de Octubre del 2017 en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000300019&script=sci_abstract&tlng=es
- Linn, J. y Garske, J. (1988). *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos*. Bilbao: Desclée de Brouwer. 332, 338, 346-347.
- Lobo, V. (2016, Abril). Segundo aniversario de la Clínica Integral de la Mujer. Discurso presentado en la Clínica Integral de la Mujer. Delegación Gustavo A. Madero, México.
- Lodoño, N., & Ramírez, M. (2005). Creencias centrales en pacientes diagnosticados con trastornos del estado de ánimo depresivos en una muestra colombiana. *Pensamiento Psicológico*. 1 (5). Recuperado el 31 de Julio del 2017 en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4800700.pdf>
- López, R.S. (2002). *De cómo la moral se hizo psicología en México en 1895*. México: Ediciones El Aduanero. 35-43, 55-63.
- Mahoney, M. & Arnkoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies. En Garfiel, S.L. y Bergin, A. E. (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley.
- Martínez, M. (2006). *Fundamentación Epistemológica del Enfoque Centrado en la Persona*. Chile: Revista POLIS. 15. Recuperado el 18 de Enero del 2017 en: <http://www.revistapolis.cl/15/mart.htm>
- Méndez, F., & Macía, D. (1997). *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de la conducta*. Madrid: Pirámide. 101 p.

- Miranda, A., Torres, H., & et al (1998). *Historia, Filosofía y Epistemología de la Psicología*. México: UNAM. P, 21-23.p
- Montesó, M. (2015). *La depresión en las mujeres: Una aproximación multidisciplinar desde la perspectiva de género*. España: Publicaciones URV. 62,64-65, 117, 118.
- Morris, C., &Maisto, A. (2001). *Introducción a la Psicología*. México: Pearson Educación. 179 p.
- Naranjo, N. (2004). *Enfoques conductistas, cognitivos y racional emotivos*. Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica. 36-38, 112-113.
- OMS. (2017). Depresión. S/L. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 01 de Septiembre del 2017 en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Patlán, E. (2005). *El estudio de la psicología durante el Porfiriato*. En López, R.S. (2005). *Historia de la psicología en México*. México: Centro de Estudios y Atención Psicológica, A.C. 163-183.
- Programas de Acción Específicos 2013-2018. (2013). *Programa de Acción Específico: Salud Mental*. México: <http://www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html>
- Redondo, D. (2013). Rol del profesional de psicología en atención primaria de la salud. *Revista Electrónica de Estudiantes*. 8 (1). 61-80. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4942674.pdf>
- Reisman, J. (1976). *A History of Clinical Psychology*. Great Britain: Brunner- Routledge. Pág. 39.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos técnicos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo Editorial Norma. 30,32, 36, 73, 78.
- Rodríguez, R., &Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitivo conductual en los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos. 26 p.

- Rojtenberg, S. (2001). *Depresiones y antidepresivos. De la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra*. Argentina: Editorial médica panamericana. 4, 54.
- Romero, G. (2014, 02 de Abril). Inauguran Manceras y Arias Clínica Integral de la Mujer. *La Jornada*. <http://www.jornada.unam.mx/2014/04/02/capital/037n1cap>
- Saavedra, N., Beerenzon, S., & Galván, R. (2015). Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. 48 (4). 258-264.
- Saldívar, D. (1994). La terapia asertiva: una estrategia para su empleo. *Revista Cubana de Psicología*. 11 (1). Facultad de Psicología. Universidad de la Habana.
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill. 300 p.
- Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica*. México: El Manual Moderno. 4,6 p.
- Sarason, I., & Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. México: Person educación. 73 p.
- Schunk, D. (1997). *Teorías del aprendizaje*. México: Prentice- Hall. Pág. 102.
- Secretaría de Salud. (2007). *Entornos y comunidades saludables 2007-2012*. México: www.promocion.salud.gob.mx/dgps/.../comunidades_saludables.pdf
- Secretaría de Salud. (2007). *Entornos y comunidades saludables 2013-2018*. México: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Entornos_y_Comunidades_Saludables_15.pdf
- Secretaría del Gobierno de Puebla. (s/a). *Diferencias entre casas de salud, centros de salud y hospitales*. Puebla. Recabado de: <http://ss.pue.gob.mx/index.php/servicios-hospitales-y-centros-de-salud-puebla/diferencias-entre-casas-de-salud-centros-de-salud-y-hospitales>
- Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. España: Paidós. 19-36.

- Soria, R. & Olvera, J. (2013). Terapia Racional emotivo-conductual. En Valladares, P. y Rentería, A. (Coords). *Psicoterapia cognitivo-conductual. Técnicas y procedimientos*. México: FES Iztacala, UNAM.
- Toro, R., & Ochoa, D. (2010). Los perfiles cognitivos psicopatológicos en la formulación cognitiva de caso. *Revista Colombiana de Psicología*. 19 (1). Recuperado el 03 de Mayo del 2017 en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/10347/36675>
- Valadez, A. (2002). Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de problemas familiares: reestructuración cognitiva, asertividad y manejo de contingencias. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 5(2). UNAM.
- Valdez, I. (2014, 06 de Abril). Clínica de la mujer supera expectativas en la GAM. *Milenio*. Disponible en: http://www.milenio.com/df/Clinica_de_la_mujer-GAM-examenes_cancer_cervicouterino-867_solicitudes-clinica_de_la_mujer_supera_expectativas_0_275972645.html
- Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*. Recuperado el 30 de Marzo del 2017 en: <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>
- Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto. 147 p.
- Wagner, F., Gonzáles, C., Sánchez, S., et al (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Pública de México*. 35 (1). Recuperado el 16 de Octubre del 2017 en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002
- Wolpe, J. (1993). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas
- Wright, J. (2004). Cognitive-Behavior Therapy. *Review of Psychiatric*. 23 (3). 15 p.

Zapata, A., Murillo, G., & Martínez, J. (2006). *Organización y Management: Naturaleza, objeto, método, investigación y enseñanza*. Colombia: Programa editorial. 170 p.

Zurro, M., & Pérez, C. (2003). *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: AnEnselvier Imprint. 49-50.