



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Intervención Cognitivo Conductual de la Depresión:
Informe de Caso Clínico"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA (N)
ERNESTO RAFAEL REVERTE SANDOVAL

Director: Lic. José Esteban Vaquero Cázares

Dictaminadores: Mtra. María Cristina Bravo González
Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo de México., 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. DEPRESIÓN Y ETIOLOGÍA	3
1.1 Definición de Depresión.....	3
1.2 Antecedentes en el Estudio de la Depresión	4
1.3 La Depresión como Problema de Salud Pública en México y el Mundo.....	8
1.4 Etiología.....	13
1.4.1 Factor Biológico.....	13
1.4.2 Factor Sociológico.....	16
1.4.3 Paradigma Psicoanalítico.....	18
1.4.4 Teoría Conductual.....	20
1.4.5 Modelo Cognitivo.....	24
1.5 Depresión y Fracaso Escolar.....	29
1.5.1 Definición y Causas de Fracaso Escolar.....	30
1.5.2 Depresión y Fracaso Escolar en Nivel Superior.....	35

1.6 Depresión y Problemas Familiares	38
1.6.1 Concepto de Familia	39
1.6.2 Configuraciones Familiares.....	41
1.6.3 Factores de Riesgo Familiares para la Depresión en Hijos.....	44
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	50
3. MÉTODO.....	52
3.1 Selección del Paciente	52
3.2 Consideraciones Éticas	52
3.3 Identificación del Paciente.....	52
3.4 Análisis del Motivo de Consulta.....	53
3.5 Historia del Problema.....	54
3.6 Análisis Descriptivo.....	55
3.7 Establecimiento de las Metas del Tratamiento	57
3.8 Estudio de los Objetivos Terapéuticos.....	57
3.9 Justificación y Selección del Tratamiento.....	57

3.10 Selección de las Técnicas de Evaluación.....	64
3.10.1 Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA)	65
3.10.2 Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE)	66
3.10.3 Registros Cognitivos y Conductuales.....	67
3.11 Aplicación del Tratamiento (Procedimiento).....	67
3.11.1 Fase I (Pre- evaluación)	68
3.11.2 Fase II (Intervención) (Sesiones 3-10)	68
3.11.3 Fase III (Post- evaluación)	69
3.11.4 Seguimiento	70
4. RESULTADOS.....	71
4.1 Descripción por Sesión del Proceso Terapéutico	71
4.2 Evaluación de Efectividad del Proceso de Intervención	87
4.3 Seguimiento	91
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

ANEXOS 116

INTRODUCCIÓN

La depresión reduce el funcionamiento de las personas, es recurrente, y tiene importantes costos económicos y sociales, es por ello que se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo (OMS, 2012).

El manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) (Pichot, López-Ibor y Valdés, 1995) menciona que la depresión es un trastorno con una característica principal de alteración del humor caracterizada principalmente por: sentimientos de desesperanza, tristeza, culpabilidad o inutilidad, pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba la persona, incluyendo el sexo, dificultad para dormir y/o despertarse, falta de energía, dificultad para enfocarse durante el día, cambios no intencionales de peso, ya sea arriba o abajo, disminución de la salud física, y pensamientos de suicidio.

Hoy en día existe una gran cantidad de tratamientos que han resultado efectivos para la recuperación de la depresión. Según estudios controlados, los tratamientos psicológicos que tienen demostrada su eficacia son: la terapia conductual, la psicoterapia interpersonal y la terapia cognitiva, las cuales han demostrado ser como mínimo, igual de eficaces que los tratamientos farmacológicos (Pérez y García, 2001).

A lo largo de las últimas décadas, la terapia cognitivo conductual (TCC) ha demostrado su eficacia en la mayoría de los trastornos de ansiedad y depresión, a tal punto que en la actualidad se ha pasado a un nivel diferente y complementario en cuanto a la validación de este enfoque, es decir, se ha planteado comprobar la eficacia de dicha terapia utilizando técnicas de neuroimagen funcional. Según Martínez y Piqueras (2010), algunos estudios neurológicos indican cambios en la actividad metabólica tras la TCC junto con la disminución de síntomas. Sin embargo,

aún quedan brechas abiertas en cuanto al control de influencia de variables que impiden obtener conclusiones más definitivas.

A pesar de investigaciones que evidencian la efectividad y validez interna de la terapia cognitivo conductual, existen críticas hacia ésta, las cuales afirman que los síntomas retornan una vez eliminados, o que los tratamientos son de carácter superficial.

El presente trabajo tiene como objetivo ilustrar la aplicación de diferentes técnicas de terapia cognitivo conductual (TCC) en una paciente con depresión, además de servir como referencia de la eficacia de la terapia cognitivo conductual en casos de depresión.

1. DEPRESIÓN Y ETIOLOGÍA

1.1 Definición de Depresión

El uso de la palabra “depresión” en nuestra sociedad, es interpretada de diversas maneras. Es común oír o decir: “estoy deprimido”, cuando en realidad se trata de un periodo corto de tristeza. Es por ello que se revisarán diversas posturas psicológicas con respecto al término depresión.

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), la depresión se define como un trastorno, caracterizado por: 1) presencia de tristeza, culpa o inutilidad, 2) pérdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba la persona incluyendo el sexo, 3) dificultad para dormir y/o despertarse, 4) hiperactividad o inactividad física, 5) falta de energía, sensación de fatiga, 6) dificultad para enfocarse durante el día, 7) cambios no intencionales de peso, ya sea arriba o abajo, 8) disminución de la salud física, y pensamientos de suicidio.

La presencia de cinco de estos ocho síntomas es una indicación concluyente de depresión clínica, o depresión mayor. La cual se distingue del trastorno distímico en base a la gravedad, la cronicidad y la persistencia. El trastorno depresivo mayor suele consistir en uno o más episodios depresivos mayores separados, que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona; este estado de ánimo debe estar presente la mayor parte del día, casi día a día, durante un periodo de al menos 2 semanas, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante la mayoría de los días a lo largo de un periodo de al menos 2 años (DSMIV).

Desde un enfoque psicodinámico, Freud considera el estado de ánimo depresivo como una forma de adaptación, la cual funciona como mecanismo de defensa. Él y sus seguidores formaron el concepto de depresión como una

manifestación de hostilidad contra la persona amada a la que se perdió en la infancia. Existe una reacción de odio contra el objeto de amor perdido, por haber desaparecido. Este odio a la persona amada provoca excesivos sentimientos de culpa y, para defenderse de esa culpa, el individuo revierte contra sí mismo los sentimientos de odio (Vallejo-Nágera, 2005).

En el caso del enfoque conductual, Skinner (1953, en Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997) define la depresión como un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias de conducta que han sido positivamente reforzadas por el ambiente social. Esta conceptualización de la depresión como un fenómeno de extinción y como una reducción de frecuencia de emisión de la conducta ha sido básica para todas las posiciones conductuales.

Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva que propusieron Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), según la cual la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. En este síndrome interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva.

1.2 Antecedentes en el Estudio de la Depresión

De acuerdo con Muriana, Pettenò, y Verbitz (2006), la depresión tiene la misma edad que la humanidad, en tanto que está ligado al sufrimiento humano. Y desde siempre, el hombre se ha enfrentado al ánimo abatido, a la falta de ganas de hacer algo, la pérdida de interés, la incapacidad de volver a ser lo que se había sido.

Desde la Antigua Grecia, Homero (Iliada, libro IX, vv 5 ss.) describe el estado de desesperanza y consternación de los Aqueos frente a la pérdida del favor de los dioses:

*De los Aqueos habíase enseñoreado la ingente fuga,
compañera del glacial terror: los más valientes
estaban agobiados
por insufrible pesar.*

La depresión se convierte en enfermedad en el siglo V a.C., cuando Hipócrates, al escribir sobre la “locura” de Demócrito, atribuye la depresión al exceso de “bilis negra” del bazo, la cual ocasiona la melancolía. Este estado está marcado por alteraciones físicas y por importantes síntomas psíquicos: misantropía, miedo, tristeza, hasta locura. Para recuperarse, había que dedicarse a actividades lúdicas y placeres: teatro, paseos, ejercicios físicos. Y si eso no bastaba, recurre al uso de fármacos evacuantes y diuréticos, hasta expulsar la sustancia en exceso, y al extracto de eléboro, el cual produce la rotura de bazos sanguíneos, con expulsión de sangre coagulada, oscura, considerada la “bilis negra”.

Para el hombre, existe una necesidad permanente por comprender, influenciar, controlar con el fin de llevar a cabo cualquier medida preventiva, protectora y curativa; es así, que cuando los conocimientos árabes sobre astronomía y astrología se funden con el corpus de los conocimientos médico-filosóficos griegos y romanos, dan lugar a correspondencias entre astros concretos y tipos humorales específicos: a los melancólicos les toca Saturno como tutor, frío y ventoso, el más lento y lejano de la tierra de entre los planetas. Y los “hijos de Saturno” se convierten en los más infelices entre los humanos (Muriana, Pettenò, y Verbitz, 2006)

Durante la Edad Media, la teología moral cristiana modifica la connotación de la melancolía, añadiendo las referencias de la culpa y al sentido de indignidad que le eran originalmente ajenas. De este modo, pecado y locura se funden y confunden. Durante todo el siglo XVII, Dios y el diablo son aún la causa de las calamidades humanas.

Es hasta las obras de Robert Burton en 1621 con la identificación de estados depresivos, donde se abre un pequeño camino hacia la concepción psicológica, y ya no exclusivamente hacia los aspectos humorales del trastorno. (Calderón, 1999; Muriana, Pettenò, y Verbitz, 2006). De ahí en adelante, la melancolía se integra a la nosografía médica, y a partir del siglo XVIII, también a la nosografía psiquiatra y neurológica.

A mitad del siglo XVIII Giambattista Morgagni enseña el concepto de enfermedad de órgano, los orígenes de la melancolía ya no se encuentran en los desequilibrios de los humores si no en lesiones precisas de la materia nerviosa, ya no en todo el cuerpo, si no en una de sus partes. Mente y cerebro se convierten en la misma cosa.

En el siglo XIX, Philippe Pinel, aún con el término “melancolía”, propone que los pensamientos obsesivos son causa del trastorno, dando paso a las causas psicológicas y posteriormente a la fisiológica. Posteriormente Kraepelin establece la diferencia entre psicosis maniacodepresiva y demencia precoz (esquizofrenia) (Calderón, 1999). Desde este momento, la palabra melancolía es sustituida por depresión y degradada de sustantivo a adjetivo.

La configuración moderna de la depresión parece haber aparecido en Inglaterra, entre 1700 y 1800, aun con ciertos sentimientos de culpa, los cuales perduraron del Medioevo. A inicios del siglo XIX, se da otro tipo de lectura, la irritación, el cansancio y la tristeza sin causa aparente, son imputables a dos formas distintas de “irritación” del sistema nervioso, la asténica y la esténica, caracterizadas respectivamente por cansancio e hiperexcitabilidad. La asténica, “neurastenia”, más tarde se convertiría en el contenedor de cada posible síntoma físico y psíquico que connote a la histeria referido a pacientes de sexo femenino, pero que, como tal se adapta más a los hombres de negocios.

Los trabajos de neurastenia o agotamiento nervioso de Jean-Martin Charcot, abre terreno a Freud, que sistemiza sus ideas en un corpus teórico y en un enfoque práctico destinado a orientar un siglo de psicoterapia. De este modo, la interpretación neurasténica, tiene una competidora en la interpretación psicógena del trastorno depresivo: no se trata de alteraciones anatómico–fisiológicas del sistema nervioso, sino de ideas, sentimientos, que sin una precisa “sede” somática influyen en la mente también en el cuerpo. El paciente ya no sufre por la materia “agotada” sino por los recuerdos eliminados.

Posteriormente, se introduce el aspecto psicosocial, el cual tiene a su máximo promotor en Mayer (1951, en Muriana, Pettenò, y Verbitz, 2006), el cual menciona que todo individuo sometido a traumas lo suficientemente intensos puede desarrollar una patología mental. La orientación de investigadores y clínicos se abre mayormente a los componentes psicológicos, sin negar que eventuales aspectos orgánicos, así como afectivos, cognitivos y ambientales pueden ser determinantes en la manifestación persistente de la depresión.

Es a partir de la creación del Manual Diagnóstico y Estadístico, que se crea una definición y tratamiento universal.

Calderón (1999) señala que, en México, durante la época prehispánica la depresión fue conocida como “Sangre Negra”, su tratamiento estuvo a cargo de remedios a base de yerbas, jugos y se sugerían actividades que provocaran alegría como el canto y música, también se recomendaba abstenerse del trato carnal y consumir pulque en mínimas cantidades y sólo con fines medicinales.

La depresión se ha convertido hoy en día en un colector de todo tipo de dificultades que sortea el hombre: la problemática para definirla, así como la multiplicidad de definiciones, han permitido utilizarla de una manera elástica y

multicomprendiva, por lo cual, resulta importante revisar este constructo desde diversos planteamientos causales y posturas.

1.3 La Depresión como Problema de Salud Pública en México y el Mundo

La depresión constituye un problema importante de salud pública. Al ser recurrente, reduce el funcionamiento de las personas, lo cual tiene importantes costos económicos y sociales, es por ello que se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo.

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad; según datos de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012), existen 350 millones de personas con depresión en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4. Esta misma organización prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares. Mundialmente, la depresión representa la cuarta razón de discapacidad en cuanto a pérdida de años de vida saludables (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013). La depresión es una de las causas más frecuentes de suicidio con aproximadamente un millón de muertes anuales.

En México, la depresión constituye un severo problema de salud pública. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica [ENEP] (en Berenzon *et al*, 2013) la cual describe la prevalencia, comorbilidad y distribución geográfica, de trastornos psiquiátricos en personas de 18 a 65 años de edad con hogar fijo en seis regiones a nivel nacional, señala que 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. Por su parte, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud [SPPS] (2012) menciona que la depresión afecta entre 12 y 20% a personas adultas, es decir, entre 18 y 65 años. Las personas que han sufrido depresión mayor alguna vez en su vida, la presentan por periodos mayores a dos semanas, en una edad aproximada de 24 años (Berenzon *et al*, 2013).

La depresión es más frecuente en las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%), siendo las edades más avanzadas las más afectadas por este trastorno. En lo que refiere a prevalencia de la depresión por más de 12 meses, también se encontraron diferencias. Las mujeres con un porcentaje de 11.4 % y los hombres un 7.6 %. Entre los diversos factores que pueden dar explicación a este fenómeno, se encuentra la división desigual de labores domésticas, así como aquellas que refieren al cuidado de los hijos, siendo que las mexicanas adultas emplean 38 horas por semana a labores domésticas, a diferencia de los hombres, que le dedican 8 horas aproximadamente (Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet y Orozco, 2012).

En México las principales variables psicosociales asociadas con la depresión son: 1) ser mujer (con mayor incidencia si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar algún enfermo; 2) tener un bajo nivel socioeconómico; 3) estar desempleado (especialmente si se es hombre); 4) el aislamiento social; 5) tener problemas legales; 6) tener experiencias de violencia; 7) consumir sustancias adictivas y 8) la migración (Berenzon *et al*, 2013).

Factores del entorno como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas incrementan la probabilidad de se presenten síntomas depresivos. Datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) muestran que gran parte de la población mexicana ha estado expuesta a eventos violentos. Existen variaciones importantes según el género. En mujeres, los siguientes sucesos fueron los más experimentados: violencia física por parte de la pareja (10.7%), abuso sexual (9.3%), violación (6.3%) y persecución por acoso (5.5%). En hombres, prevalecen los siguientes eventos: robos con arma (34.9 %), accidentes (28.7%), ser testigo de alguna muerte o lesión a otro (22.7%), secuestro (3.8%), y matar accidentalmente a otro (2.2%). Una proporción de estas personas desarrolló estrés post traumático (2.3% de las mujeres y 0.49% de los hombres) y alrededor de un 20 % de estas personas que han sufrido uno o más eventos violentos, presentaron un cuadro de depresión (Medina-Mora, Borges, Fleiz, Lara, Zambrano-Ruiz y Ramos, 2005)

Los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad, afectando funciones físicas, mentales y sociales. Pueden dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida (Berenzon *et al*, 2013). Los análisis realizados en México demuestran que, dentro de los desórdenes mentales, la depresión es uno de los trastornos (solo por debajo del estrés postraumático) por el cual se perdieron más días de actividad laboral anualmente (4.88), por encima de enfermedades crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis (2.29). Las relaciones con personas cercanas y la vida social son áreas que se muestran mayormente afectadas en primera instancia por la fobia social, y el estrés postraumático, y como tercer factor, por la depresión (Lara, Medina-Mora, Borges y Zambrano, 2007). En México, es la principal causa de pérdida de años vida saludable ajustados por discapacidad en mujeres y quinto lugar en hombres (González-Pier, Gutiérrez-Delgado, Stevens, Barraza-Lloréns, Porrás-Condey, Carvaalho *et al*, 2007).

La edad inicial de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se ubica en las primeras décadas de la vida; 50% de los adultos que han sufrido un trastorno mental lo padecieron antes de cumplir 21 años. Cuando los trastornos depresivos se presentan antes de los 18 años, el curso de la enfermedad es más crónico y de mayor duración, esto debido posiblemente a que rara vez los jóvenes reciben tratamiento, ya que tardan, en promedio 13,6 años entre el primer episodio y la búsqueda de atención, a diferencia de los adultos, que tardan 2,3 años (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara, Rojas, Fleiz, Zambrano, Villatoro, Blanco y Aguilar-Gaxiola, 2009). Según la encuesta de salud mental en adolescentes de México, 51.3% de los adolescentes cumplieron con algún trastorno mental alguna vez en la vida. Entre los trastornos más frecuentes en esta etapa de la vida, se encuentran los depresivos; 7.8 % de los jóvenes cumplieron con los criterios de depresión mayor y 0.8% con aquellos de distimia, la cual es definida como un trastorno afectivo de carácter depresivo crónico caracterizado por baja autoestima y aparición de estado

de ánimo melancólico. En promedio, los jóvenes mexicanos se vieron incapacitados de realizar sus actividades habituales hasta en 15 días al año a causa de depresión mayor y hasta 29 días a causa del trastorno distímico. Es probable que la presencia de síntomas depresivos se relacione con el maltrato, la falta de oportunidades para realizar sus aspiraciones y la violencia del entorno en que viven, entre otros factores. (Benjet, Borges, Blanco, Rojas, Fleiz, Méndez *et al*, 2009).

En el caso de los que tienen más de 65 años, un estudio realizado en la ciudad de México por Sánchez-García, Juárez- Cedillo, Gallegos-Cariillo, Gallo, Wagner y García-Peña (2012), reporta que la prevalencia de síntomas depresivos obtenida con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavege (GDS) fue de 21.7%. Las mujeres presentaron una prevalencia de 24.7% y los hombres de 16.2%. Según una segunda fase del mismo estudio, donde se aplicó la escala revisada de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-DR) un 12% presentó síntomas depresivos significativos y 7.5% presentó síntomas de depresión mayor. En general, en México existe una carencia de datos o éstos resultan inconsistentes respecto a la prevalencia de depresión en adultos mayores, diversos estudios reportan resultados variables en la prevalencia de trastornos depresivos que van desde 4-5% hasta del 30 % en función de la población e instrumentos empleados. Sin embargo, esta edad, junto con la adolescente son poblaciones a las cuales se debe prestar mayor atención en cuanto a prevención y tratamiento.

Otros sectores de la población a los cuales merece prestar especial atención son las mujeres con depresión postparto; el cuál es similar a la depresión mayor, pero con manifestaciones de ansiedad intensa e incluso crisis de angustia, así como una preocupación excesiva por el bebé. En México ha sido poco estudiada, sin embargo, existen datos que informan de una prevalencia de 32.6% (14.1% depresión mayor y 18.5% depresión menor). Las frecuencias de depresión son significativamente mayores en mujeres con escasa escolaridad, residentes del medio rural, antecedentes familiares de depresión, ansiedad prenatal, mala relación o

abandono de pareja, embarazo no deseado, problemas familiares y vivir sin pareja (Alvarado-Esquivel, Sifuentes-Álvarez, Estrada-Martínez, Salas-Martínez, Hernández-Alvarado, Ortiz-Rocha *et al*, 2010).

La relación entre enfermedades mentales y físicas es muy estrecha. Investigaciones demuestran que las personas con enfermedades físicas graves corren un mayor riesgo de padecer depresión. En las personas con diabetes el riesgo de presentar depresión es dos veces más alto que en aquellas que no sufren esta condición; para la población con asma u obesidad, el riesgo aumenta tres veces y para aquellas que sufren de dolores crónicos el riesgo crece cinco veces.

México es un país con altos índices de consumo de alcohol. Diversos estudios demuestran una correlación entre el abuso o dependencia de alcohol y la depresión. La ENEP indica que la proporción de personas que sufren de depresión y dependencia del alcohol es significativamente mayor a aquellas que sufren cualquiera de los dos desórdenes de forma individual. En casi la mitad de los casos de depresión existe con anterioridad abuso o dependencia al alcohol. Los estudios epidemiológicos realizados en México señalan que alrededor de 32% de la población diagnosticada con un trastorno de consumo de sustancias adictivas (alcohol o drogas) presenta también un trastorno afectivo. En el caso de personas con abuso o dependencia a sustancias ilícitas, la comorbilidad es mayor a 50% (Medina-Mora, Rojas, Borges, Vázquez-Pérez, Fleiz y Real, 2008).

Aunque en México no existen estadísticas claras, la secretaria de salud estima que cada año hay hasta 14 mil intentos de suicidio, sin considerar los consumados. Uno de cada 10 intentos es concluido, lo que coloca a México en el noveno país de muertes autoinfligidas, de una lista de 53 aproximadamente (SPPS, 2012). Según estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el 2011, en nuestro país se suicidaron 5 mil 718 personas, de las cuales 80.8% eran varones y 19.2% mujeres. Adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años ocupan el primer lugar, seguido de personas adultas de entre 25 a 29 años y adultos mayores de 60 años en adelante (INEGI, 2013).

A pesar del gran impacto que ejerce la depresión en la calidad de vida, en México, menos del 24% de quienes presentan un trastorno afectivo grave buscan algún tipo de ayuda (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco *et al*, 2005). Es evidente la necesidad de incorporar dentro de las políticas públicas acciones de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales, en este caso específico de depresión. Existe una clara necesidad de aumentar el financiamiento para la atención de la salud mental, el desarrollo de programas para atender a los grupos más vulnerables, así como continuar con el proceso de gestión para que los trastornos mentales sean considerados como enfermedades crónicas con derecho a tratamiento y lograr así un acceso universal para la atención de estos padecimientos (Berenzon *et al*, 2013).

1.4 Etiología

Diversos autores como Contreras y Salvador (2008) sugieren que algunas depresiones tienen origen en factores endógenos y exógenos. La depresión exógena (o reactiva) obedece a una causa externa generalmente bien definida (pérdida de un familiar o ser amado, pérdida monetaria o posición social, enfermedad invalidante, etc.). La depresión endógena no tiene causa externa manifiesta, lo cual lleva a considerarla una alteración biológica. Sin embargo, autores como (Friedman y Anderson, 2011; Guadarrama, Escobar y Zhang, 2006) mencionan que estas teorías dualistas se han visto reemplazadas por modelos más integrados que consideran como biológicas, psicológicas y sociales las causas de la depresión. De aquí, que sea necesario tener una visión amplia de la etiología y tratamientos considerados para este trastorno. Por consiguiente, en este apartado se muestran algunas de las causas de este trastorno.

1.4.1 Factor Biológico

Existe evidencia que niveles anormales de serotonina (5- hidroxitriptamina, 5-HT), norepinefrina y dopamina, neurotransmisores aminérgicos que actúan en las

neuronas del sistema nervioso central, podrían ser importantes en la fisiopatología de la depresión.

Serotonina

La serotonina es un aminoácido, y es producida a partir del triptófano; ejerce importante acción en el talante, conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardiacas y el ciclo de sueño- vigilia. La mayoría de la serotonina cerebral se genera en los núcleos del rafé, principalmente en el noveno núcleo del rafé, que se localiza encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral.

Noradrenalina

Es generado por el *Locus coeruleus* (LC), el cual es el núcleo del encéfalo en el tallo cerebral. La actividad de las neuronas del LC aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, y de este modo contribuye a alertar el organismo lo necesario para vivir. Es lógico aceptar que el estrés crónico genera depresión reactiva, como se observa en los modelos animales de depresión y que las reservas de Noradrenalina (NA) en el LC obviamente tienden a depletarse, lo que conduce a mantener el estado de depresión reactiva; en el caso de individuos con depresión secundaria al estrés crónico ocurre con un fenómeno fisiológico similar.

La carencia de este neurotransmisor o su desequilibrio con la serotonina puede ser la causa de la psicosis depresiva unipolar o bipolar; los medicamentos antidepresivos específicos están dirigidos a mejorar actividad de la Noradrenalina en la sinapsis (Guadarrama, Escobar y Zhang, 2006).

Dopamina

La dopamina es principalmente un neurotransmisor inhibitorio (Guadarrama, Escobar y Zhang, 2006). Las neuronas mediadas por la dopamina se encuentran en el

sistema límbico, en el área cerebral conocida como A10 (situada en el sistema mesocortical y mesolímbica, específicamente en el área tegmental ventral), en el tálamo el hipotálamo, la corteza frontal y en la sustancia *nigra* (Bennett, 2003). Este neurotransmisor participa en el mantenimiento del estado de alerta, atención, además de estar involucrado con funciones motrices, de aprendizaje y adicciones.

Es tan importante la interacción entre estos tres neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina), que desde hace 50 años existe lo que se ha llamado la “hipótesis de las monoaminas en la depresión”, la cual propone que la depresión era causada por un déficit funcional de las monoaminas, noradrenalina y serotonina en sitios claves del cerebro, mientras que la manía era causada por el exceso funcional de estas; y que los agentes antidepresivos ejercían su efecto facilitando la neurotransmisión monoaminérgica por medio del incremento de los niveles de monoaminas en las terminales sinápticas.

En lo que respecta a la influencia genética, esta es más marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena. El riesgo de morbilidad en parientes en primer grado (padres, hermanos o hijos) está incrementando en todos los estudios que se han llevado a cabo, y es independiente de los efectos del ambiente o educación (Guadarrama, Escobar y Zhang, 2006). Según datos de Prince (citado en Calderón, 1999) obtenidos en los 70's, existe de un 10 a 15 % de posibilidad de que el hijo de un enfermo con depresión psicótica presente un cuadro semejante. Si el afectado fuera no un progenitor si no hermano de éste, el riesgo empírico sería casi de la misma magnitud. Pero si los dos progenitores fueran deprimidos graves, sus descendientes afrontarían un 50 % de posibilidades de padecer el mismo síndrome. En casos de parientes más lejanos como tíos, abuelos y primos se ha observado que el riesgo desciende a un 3 o 4%.

En un estudio reciente se hicieron pruebas para ver por qué experiencias estresantes llevaron a la depresión a algunas personas, pero no a otras. Se encontró que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de serotonina (5-HTT) modulaba la influencia de los eventos estresantes cotidianos en

la depresión. Los individuos con una o dos copias del alelo corto del 5-HTT mostraron más síntomas depresivos, depresión diagnosticable y tendencias suicidas con relación a eventos estresantes en comparación con individuos con un solo alelo. Ese estudio epidemiológico provee evidencia de la interacción genético-ambiental, en la cual la respuesta de un individuo a los estímulos ambientales es moderada por la organización genética del mismo (Friedman y Anderson, 2011; Guadarrama, Escobar y Zhang, 2006).

1.4.2 Factor Sociológico

La investigación en torno a las influencias sociales en la salud mental demuestra que el apoyo social constituye uno de los factores más ampliamente estudiados. El apoyo social es concebido por Cobb (1976 en Sánchez, 2002) como la información perteneciente a uno o más de los siguientes tipos:

1. Información que lleva al sujeto a creer que es cuidado y amado.
2. Información que lleva al sujeto a creer que es estimado y valorado.
3. Información que lleva al sujeto a creer que pertenece a una red de comunicación y obligaciones mutuas”.

Existen dos teorías, las cuales sientan las bases en torno al papel que juega el apoyo social en la génesis y mantenimiento del deterioro psicológico. En 1976, J Cassel propone que los procesos psicosociales superan factores que modifican la vulnerabilidad de los individuos a la enfermedad. Dichos procesos psicosociales tienen dos dimensiones; a) una categoría de estresores (negativos para la salud mental) y b) otra categoría de procesos protectores o beneficiosos para la salud mental. Este segundo conjunto de procesos amortiguaría las consecuencias de la exposición al primer tipo de procesos (estresores). Cassel concluye que la propiedad común de este conjunto de procesos es la fuerza del apoyo social procedente de los grupos primarios (Sánchez, 2002).

Según la hipótesis de efectos de amortiguación, el apoyo social tendrá efectos positivos para la salud mental de las personas exclusivamente cuando surja en la vida de estas algún acontecimiento o situación que genere estrés.

Por otro lado, la hipótesis de efectos directos o principales sugiere que el apoyo social tendrá un efecto positivo independientemente de que el individuo experimente o no estrés. Así, sistemáticamente y en todo momento, a mayores niveles de apoyo social, mayor nivel de bienestar psicológico.

Ambas hipótesis son debatidas hoy en día. Estudios demuestran los efectos de la pérdida de este apoyo social y lazos de unión, la cual podría resultar en estados emocionales disruptivos, como la depresión.

Durante siglos, los tres sistemas de apoyo social más importantes han sido la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos, las cuales han brindado la amortiguación contra estados emocionales como la depresión, el miedo y la ira. Sin embargo, han existido cambios en la época actual, la cual es caracterizada por: la desintegración de la familia, la debilitación de los lazos religiosos y aumento del ateísmo, la falta de vínculos con los vecinos, las migraciones, y el incremento de violencia y delincuencia; todas ellas factores, que para Calderón (1999) resultan en las principales causas de la depresión.

Díaz, Torres, Urrutia, Moreno, Font y Cardona (2006) mencionan que la separación matrimonial, el estatus de divorciado, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación socioeconómica, la inestabilidad laboral, el vivir aislado del centro urbano, las dificultades en el ámbito laboral o familiar constituyen algunas otras causas sociales para la aparición del trastorno.

Existen algunas otras teorías sociológicas como la interpersonal, la cual sugiere que los patrones cognitivos característicos de la depresión devienen de un fracaso durante la infancia en lo que respecta la adquisición de habilidades para desarrollar relaciones íntimas satisfactorias. Al fracasar en esto, se crean sensaciones de desesperación, aislamiento y depresión. Una vez establecida la

depresión, esta se mantendrá, debido a las habilidades sociales pobres y al deterioro de la comunicación, la cual trae como consecuencia el rechazo social (Dobson y Dozois, 2008).

Un estudio realizado por Klerman, G en 1979 en 185 individuos con cuadro clínico depresivo, descubrió que casi todos habían sido sometidos a situaciones tensionantes entre los 6 y 12 meses anteriores al inicio del cuadro clínico. Dentro de estas situaciones se encontraron: defunciones, divorcios, separaciones entre otras (Calderón, 1999).

1.4.3 Paradigma Psicoanalítico

Antes que Freud, Abraham (1911, en Arros y Valenzuela, 2006) estudió la depresión y lo hizo de una manera más extensa. Abraham señala que en pacientes depresivos la búsqueda del amor está interferida por fuertes sentimientos de odio reprimidos por la incapacidad del sujeto a aceptar su hostilidad. Dicha agresión reprimida es luego proyectada en otros y la percepción del depresivo pasa a ser “los demás no me aman, me odian”. Menciona los sentimientos de culpa y autorreproches como una consecuencia del conflicto amor odio.

Posteriormente Abraham (1948) postula que la melancolía puede ser comprendida como una regresión a la primera fase del desarrollo psicosexual, la fase oral. Al respecto escribe: “en *las honduras del inconsciente hay una tendencia a devorar y arrasar el objeto*”.

Las tendencias orales expresarían el intento de reincorporar el objeto de amor destruido, en un intento por llenar un “vacío afectivo”, cuando este intento fracasa, y se tiene la sensación que ese objeto se ha destruido o desaparecido, sobreviene la melancolía, culpa y la desesperanza (Arros y Valenzuela, 2006).

Freud se ocupó por primera vez de la depresión en su artículo “Duelo y Melancolía” publicado en 1915. En dicho artículo, Freud hace algunas diferencias esenciales entre duelo y melancolía. En ambos hay una dolorosa sensación de

abatimiento por una pérdida, falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad (Arieti y Bemporad, 1978). Sin embargo, sólo en la melancolía hay una disminución del amor propio, que da lugar a autorreproches y a expectativas irracionales de castigo (Polaino-Lorente, 1985).

El melancólico, tiene una noción vaga de su abatimiento, aun cuando sabe quién es la persona perdida, no tiene claro “que ha perdido con ella” (Arieti y Bemporad, 1978). Citando a Freud, la melancolía se relaciona con “(...) *una pérdida de objeto sustraída de la conciencia, a diferencia del duelo, en el cual no hay nada inconsciente en lo que atañe la perdida*” (Freud, 1915, p.243).

Por lo general los autoreproches tienen un sentido moral, son injustificados, y son expresados de manera pública y sin vergüenza, de aquí, que Freud sugiera que dichos autoreproches no están dirigidos en realidad hacia la propia persona, si no a alguien o que el paciente ama, amo, o debió haber amado (Arieti y Bemporad, 1978). En resumen, Freud consideraba la depresión como un estado en que el sujeto vuelve la agresión hacia adentro, sobre sí mismo, en lugar de hacerlo sobre la persona que es en realidad el objeto de sus sentimientos agresivos.

Freud postula que el melancólico es un sujeto que ha sufrido una fijación narcisista significativa en la infancia; momento en que se producen los primeros contactos con los objetos, las primeras introyecciones e identificaciones. Más tarde, frente a un desengaño o cualquier experiencia que introduzca en la relación con el objeto el sentimiento amor-odio (ambivalencia), el melancólico reaccionara tratando de combatir sus sentimientos hostiles ya que los siente peligrosos para el objeto amoroso, siendo incapaz de exteriorizarlos conscientemente. Toda esta conflictiva permanece en un nivel inconsciente en base a los mecanismos de represión. Sin embargo, la intensidad de los sentimientos hostiles termina por arrasar los sentimientos positivos hacia el objeto, llevando al sujeto a experimentar un fuerte sentimiento de pérdida. Por esto, intenta recuperar al objeto mediante la introyección y así cumple con el deseo de retener al objeto (porque lo ama) pero a la vez se satisface el componente sádico agrediéndolo en el yo (porque lo odia). Así, el

melancólico dirige toda la rabia que antes sentía por el objeto en contra de sí, con lo cual, ahora es el yo el que queda expuesto a la ambivalencia de los impulsos.

Los ataques en contra del objeto introyectado pueden llegar en su grado extremo al suicidio. El suicidio es en realidad el “homicidio” del objeto introyectado, donde la rabia triunfa sobre el amor hacia sí mismo, tras lo que el yo consiente en su autodestrucción (Arros y Valenzuela, 2006).

Posteriormente, Freud admite que la introyección es un proceso más general que lo que había supuesto, siendo éste un mecanismo para vincularse con objetos perdidos, abandonados o frustrantes. La internalización es el medio por el cual se anula una pérdida en el inconsciente. Freud termina por proponer que la melancolía es el resultado de una extrema discordancia entre superyó y yo, en cuyo contexto el superyó manifiesta su rabia contra un yo aparentemente indefenso (Arieti y Bemporad, 1978).

A pesar de estas formulaciones posteriores, muchos trabajos psicoanalíticos con respecto a la melancolía sientan sus bases en su trabajo previo.

1.4.4 Teoría Conductual

Skinner (1953) define la depresión como un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias de conducta que han sido positivamente reforzadas por el ambiente social. Esta conceptualización de la depresión como un fenómeno de extinción y como una reducción de la frecuencia de emisión de conducta ha sido central a todas las posiciones conductuales. Fester (1966; citado por Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997) ofreció más detalles, sugiriendo que diversos factores, como cambios ambientales repentinos, el castigo y el control aversivo, así como cambios en las contingencias de reforzamiento pueden dar lugar al surgimiento de depresión, o lo que es igual: “una tasa reducida de conducta”.

Lewinsohn y sus colaboradores (p.ej., Lewinsohn y Shaw, 1969; Lewinsohn, Youngren y Grosscup, 1979 en Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997) ampliaron la

posición conductual por medio de diversas hipótesis. Una de ellas es la baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta en áreas importantes de la vida y /o una alta tasa de experiencias aversivas conduce a la disminución de conducta. Dentro de los principales factores que podrían conducir a una baja tasa de refuerzo se encuentran:

- Deficiencias en el repertorio conductual o habilidades del individuo, lo que evita que tenga refuerzos o afronte experiencias aversivas capazmente.
- Falta de refuerzos potenciales en el ambiente del individuo debido a la pérdida de estos o exceso de experiencias aversivas.
- Disminución de la capacidad de la persona para disfrutar de experiencias positivas, o un aumento de la sensibilidad del individuo ante acontecimientos negativos.

Otras hipótesis de Lewinsohn se centraron en la disminución del refuerzo social que obtenía el individuo de las personas importantes en su entorno debido a la carencia de habilidades sociales adecuadas, así como el mantenimiento de la conducta deprimida debido al refuerzo social que se da a esas conductas al proporcionar simpatía, interés y preocupación.

Los planteamientos iniciales de Lewinsohn fueron posteriormente reformulados (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985). Lewinsohn y colaboradores argumentaron que las teorías conductuales y cognitivas de la depresión habían sido hasta entonces demasiado limitadas y simples. Propusieron un nuevo modelo, donde se considera a la depresión como un producto de factores tanto ambientales, como disposicionales, la depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones. Mientras que los factores situacionales son importantes como “Desencadenantes” del proceso depresogénico, los factores cognitivos son

esenciales como “moderadores” de los efectos del ambiente (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997).

Este nuevo modelo explicativo de la depresión está basado en el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, que comienza cuando surge un acontecimiento potencialmente evocador de depresión, el cual interrumpe patrones de conducta automáticos del sujeto, produciendo todo ello una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000). Como consecuencia de todo ello, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo (estado en el que la atención se dirige a uno mismo), con lo cual sobreviene la autocrítica, y las expectativas negativas, como la sensación de fracaso traduciéndose todo ello en un aumento de la disforia con consecuencias de todo tipo conductuales, cognitivas, interpersonales, etc. Finalmente, este aumento de los síntomas de depresión sirve para mantener y exacerbar el estado deprimido (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985).

El modelo de Lewinsohn, *et al.* (1985) reconoce diferencias individuales estables de la persona, las cuales pueden clasificarse como “vulnerabilidades”, que aumentan la probabilidad de ocurrencia de la depresión, o “inmidades”, que disminuyen la probabilidad del trastorno. Dentro de los factores de vulnerabilidad que menciona Lewinsohn y colaboradores se encuentra: ser mujer, tener edad entre 20 y 40 años, historia previa de depresión, susceptibilidad frente a acontecimientos aversivos, bajo estatus económico, baja autoestima, y tener hijos con edades inferiores a 7 años.

Rehm (1977 en Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985) propuso un modelo de autocontrol para la depresión que intentó integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. Rehm postuló que la conducta de las personas deprimidas podría caracterizarse por uno o más déficit de conducta de autocontrol, específicamente en la autoobservación, la autoevaluación y el autorefuerto. En el caso de la autoobservación, los individuos atienden de manera selectiva a los acontecimientos negativos que siguen a su conducta, con la exclusión de sucesos

positivos. Una característica del déficit de autoevaluación consiste en que los individuos deprimidos se plantean criterios poco realistas, perfeccionistas y globales, haciendo que sea poco probable satisfacerlos. Como consecuencia, a menudo no son capaces de alcanzar sus objetivos, y por consiguiente, se evalúan a sí mismos de manera negativa, global y generalizada.

Las personas con depresión también pueden demostrar un déficit de autoevaluación con respecto a su estilo de atribución, teniendo una percepción de causalidad ante sus logros, con el fin de denigrarse a sí mismas. De manera similar, pueden achacar la causa de una actuación insatisfactoria a factores internos. Finalmente, Rehm postula que las personas deprimidas no son capaces de proporcionarse suficientes recompensas contingentes para mantener sus conductas adaptativas, lo cual puede explicar las bajas tasas de conducta manifiesta. De igual modo se hipotetiza un exceso en autocastigo produciendo como consecuencia una inhibición excesiva.

Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000).

Nezu y sus colaboradores (Nezu, 1987, Nezu y Perri, 1989 en Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000) formulan que la cuestión central del comienzo y mantenimiento de la depresión se encuentra en un déficit de habilidades de solución de problemas por parte del individuo deprimido. Nezu hipotetizó que la capacidad eficaz de solucionar problemas podía actuar como un amortiguador de los efectos de las experiencias negativas de la vida, así como moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión. De manera específica, Nezu (1987) señaló que la depresión podía ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación. Nezu indicó

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

Un objetivo principal de las terapias conductuales para la depresión implica el aumento del refuerzo positivo, así como entrenamientos diseñados para remediar déficits de habilidades y de actuación en pacientes deprimidos (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997).

1.4.5 Modelo Cognitivo

El enfoque cognitivo considera que la interpretación del sujeto sobre un suceso es más importante que el suceso en sí mismo. Las teorías cognitivas hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo. La investigación apoya que los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos (p.ej., autoconcepto, atribuciones). Este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000).

La reformulación atribucional del modelo de indefensión aprendida, (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978 en Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000) y la teoría cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983), conforman las teorías con mayor apoyo empírico entre los modelos cognitivos contemporáneos de la depresión.

Partiendo de principios de condicionamiento clásico e instrumental, Martin Seligman (1975) estudió en animales los efectos que producían series de choques eléctricos inescapables. Ante este tipo de situaciones incontrolables, descubrió que los animales llegaban a desarrollar un patrón de conductas y de cambios neuroquímicos semejantes al de los deprimidos, Seligman ofreció una explicación de tipo cognitivo, pues propone que estas conductas se desarrollan cuando el animal no

tiene esperanza de poder controlar nunca la situación aversiva en la que se encuentra.

Seligman aplicó este modelo experimental animal al estudio de la conducta humana, y postuló que la depresión se produce cuando el sujeto es incapaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia de ello se produciría lo que Seligman denominó “indefensión aprendida “. El cuál refiere al estado de pasividad, así como de otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma.

Posteriormente, Abramson, et al (1978 en Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000) reformularon la teoría de Seligman, haciendo hincapié en las atribuciones que el sujeto hace sobre la causa de su indefensión. Para Abramson, estas atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable. Por ejemplo, si una persona va a una entrevista de trabajo, y no lo consigue, y atribuye el fracaso a su baja capacidad, estaría haciendo atribución de tipo interno, estable y global. Si, por el contrario, lo atribuye a que el trabajo no era adecuado para él, la atribución sería de tipo externa, específica e inestable. Estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión. Se ha demostrado que es más probable que los individuos predispuestos a la depresión atribuyan los acontecimientos negativos a factores internos, estables y globales.

Actualmente, la mayoría de trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva que propuso Beck (1976 en Salinas, 1998) el cual concibe a la depresión como un desorden del pensamiento. Supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Este modelo gira en torno a tres conceptos básicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos que inducen a la persona con depresión a considerar a su persona, a su futuro y sus experiencias de una manera negativa. El primer componente de la triada está centrado en una visión negativa del paciente hacia sí mismo. El paciente tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico. Debido a esta interpretación de las cosas, es que el paciente cree que, a causa de estos defectos, es inútil, inadecuado, inmerecedor de atención por parte de los demás y deficientes. Tiende a criticarse, subestimarse en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de atributos esenciales para lograr la alegría y felicidad.

El segundo componente de la triada cognitiva mencionada por Beck y cols (1983) hace referencia a la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Les parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta grandes obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración.

El tercer componente se centra en la visión negativa respecto al futuro. Cuando una persona depresiva hace proyectos a futuro de gran alcance anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran de manera indefinida, esperando penas, y frustraciones, cuando piensa hacer alguna tarea en un futuro automático inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

Los síntomas motivacionales de la depresión como poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente, mientras que los deseos de suicidio se pueden entender como una expresión extrema de deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles. El depresivo puede verse como una carga inútil, y consecuentemente pensar que es mejor para todos, incluido el mismo, si estuviese muerto (Beck et al.,1983).

La creciente dependencia es también entendida en términos cognitivos. Debido a que el paciente se ve como inepto y sobre estima la dificultad de tareas, espera fracasar en todo, de tal modo que busca ayuda y seguridad de personas que considera más competentes. A nivel físico, Beck (1983) menciona que cierta inhibición a psicomotriz puede ser producto de la misma visión negativa al futuro.

El segundo componente del modelo cognitivo refiere al modelo de esquemas. Este concepto puede explicar por qué el paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso aunque exista evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. Todas las situaciones a las cuales nos enfrentamos están compuestas por estímulos. Cada individuo atiende de manera selectiva a estímulos específicos, los combina y de este modo crea un concepto con respecto a la situación. Personas diferentes pueden conceptualizar una situación de manera diferente, sin embargo, una persona determinada, tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares; es decir, formamos ciertos patrones cognitivos relativamente estables. El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables. Los esquemas, son una selección de estímulos específicos que hacemos, y a través de la cual conceptualizamos una situación; son la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así, un esquema es la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

En el caso de pacientes con depresión, las conceptualizaciones que tienen acerca de ciertas situaciones se ven distorsionadas de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados. El emparejamiento ordenado de un esquema con determinado estímulo se ve alterado por esquemas activos de la persona depresiva. A medida que estos esquemas de la persona se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantiene escasa relación lógica con ellos. De tal manera que el paciente pierde gran parte del control

voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

La activación de esquemas o creencias disfuncionales conduce a sesgos cognitivos en el procesamiento de la información (Beck y cols. 1983), algunos ejemplos de ello son los siguientes:

- Inferencia arbitraria: se refiere al proceso de llegar a una determinada conclusión en ausencia de evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- Abstracción selectiva: se refiere a centrarse en un detalle específico ignorando otras características más relevantes de la situación.
- Generalización excesiva: Refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones no relacionadas.
- Magnificación y minimización: Se refiere a errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un acontecimiento.
- Personalización: es la tendencia del paciente para atribuirse a sí mismo sucesos externos cuando no hay base para establecer esa conexión.
- Pensamiento absolutista dicotómico: se refiere a la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

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

La depresión puede ser desencadenada por alguna anomalía o enfermedad física que activa la creencia en una persona que está destinada a sufrir. Las situaciones desagradables de la vida no conducen necesariamente a la depresión, a no ser que la persona se encuentre especialmente sensibilizada a cierta situación concreta, debido a la naturaleza de su organización cognitiva. (Beck et al., 1983).

1.5 Depresión y Fracaso Escolar

El fracaso escolar es un fenómeno tan antiguo como la escuela misma. Debido a la asociación histórica entre estos dos conceptos, se podría considerar como inevitable, indeseable, Y en algunos casos útil (Escudero, 2005). La mayor parte de trabajos científicos sobre el tema se enfocan en los niveles de educación básica y media superior, ya que se consideran niveles educativos indispensables, sin embargo, el crecimiento y demanda del nivel medio superior en las últimas décadas, ha hecho necesario estudiar el fracaso escolar en este nivel (Lara-García, González-Palacios, González-Álvarez y Martínez –González, 2014).

Estudios realizados en poblaciones universitarias demuestran que la depresión puede constituir un problema importante para un rendimiento académico satisfactorio (Coffin, Álvarez, y Marín, 2011). De igual forma, el fracaso académico y/o reprobación, puede ser causa de algunos otros procesos psicológicos y emocionales como la depresión.

En este apartado, indagaremos en el fracaso escolar como factor de depresión en universitarios, para lo cual definiremos en primera instancia el término “fracaso escolar”, el cual resulta hasta hoy un término confuso y ambiguo.

1.5.1 Definición y Causas de Fracaso Escolar

Hasta ahora, no existe un acuerdo con respecto a la naturaleza del concepto de “fracaso escolar”, su definición resulta ser polisémica, y usado en diversas situaciones; de esta forma, algunos autores integran otros fenómenos como manifestaciones previas al fracaso escolar, mientras que otros utilizan el término de manera indistinta para referirse a temas como reprobación, recursamiento, y deserción, por mencionar algunos (Lara-García *et al*, 2014).

Mafokozi (1991) define el fracaso escolar como: “la incapacidad del alumno para cumplir los objetivos propuestos, explícitamente o no, por la escuela. Desde el punto de vista del alumno, el fracaso escolar aparece como la incapacidad del alumno para alcanzar un cierto grado de satisfacción y autorrealización personal. En relación con la institución escolar, el fracaso consiste en la impotencia de cumplir los objetivos sociales. En cualquiera de los casos, el elemento definitorio esencial es la incapacidad de conseguir el objetivo asignado por otros o uno mismo.

Por su parte, Marchesi y Hernández (2003) mencionan que el fracaso escolar refiere a aquellos alumnos que, al finalizar su permanencia en la escuela, no han alcanzado los conocimientos y habilidades que se consideran necesarios para manejarse de forma satisfactoria en la vida social y laboral o proseguir sus estudios.

Ander-Egg (1999 en Lara-García *et al*, 2014) propone concretar el concepto de rendimiento académico de la siguiente manera: “... Se manifiesta en el hecho de que un alumno/a o un grupo de alumno/as no alcanzan el nivel de conocimientos y capacidades exigidos para el logro de determinados objetivos educativos”.

Resulta importante tener en cuenta que el significado y alcance del fracaso escolar se modifica a lo largo del tiempo, por lo que sus límites son cambiantes y relativos, debido a que el fracaso escolar está en función de los conocimientos generales de la sociedad y de las habilidades que se exigen para incorporarse de forma más autónoma a la sociedad y al mundo laboral. La sociedad es cada vez más exigente, los conocimientos que se necesitan son mayores, y las habilidades requeridas para el trabajo son habitualmente de nivel superior. La consecuencia de este planteamiento es clara: alumnos que no fracasaban en el año 1975 podrían ser fracasados escolares en 2002, y así sucesivamente (Marchesi y Hernández, 2003).

Al igual que el significado y el alcance del fracaso escolar, su estudio y visiones explicativas han ido evolucionando. Inicialmente las explicaciones causales eran atribuidas exclusivamente al educando: sus capacidades, su motivación o su herencia genética. Posteriormente se fue ampliando a las condiciones socio-económicas-culturales de las familias: mala alimentación, deficiencias lingüísticas y cognitivas, bajo nivel de aspiraciones, etc. Durante mucho tiempo el fracaso se visualizó como el problema de un sujeto y su entorno; hasta que se comenzó a cuestionar el funcionamiento y organización de las escuelas (currículum, métodos de enseñanza, falta de capacitación de profesores, etc.) como parte responsable en el mayor o menor éxito académico (Marchesi y Hernández, 2003; Ander-Egg, 1999 en Lara-García *et al*, 2014).

Con el fin de articular intervenciones educativas destinadas a la prevención del fracaso escolar, Fullana (1996) identificó algunas variables específicas relevantes para predecir el fracaso escolar, señalando dos grupos grandes de variables: 1) Variables vinculadas a características del contexto social y familiar, específicamente: Nivel económico, pertenecer a grupos minoritarios, nivel educativo de los padres, salud de los padres, hechos circunstanciales estresantes (familiares) y clima educativo familiar ; 2) características del estudiante, dentro de las que se encuentran: actitudes e interés hacia la escuela y el trabajo escolar, aspectos

emocionales, aspectos relacionados con las habilidades de interrelacionarse con los demás, capacidad intelectual, habilidades académicas y variables relacionadas con el proceso de aprendizaje.

Un punto frecuentemente estudiado como factor determinante del fracaso escolar es el sistema educativo y sus métodos de evaluación. Perassi (2009) menciona que todas las escuelas poseen “culturas de evaluación” y que no siempre los miembros tienen cuenta esto. Cada cultura privilegia determinados propósitos y descuida otros, lo cual dará como resultado una evaluación particular de cada centro educativo. Según Perassi, a pesar de la variedad de estilos, características y formas que poseen las culturas evaluativas, es posible identificar algunos rasgos clave que alientan trayectorias hacia el fracaso escolar: 1) La exclusión del sujeto evaluado en el desarrollo del proceso evaluativo, donde el juicio proviene siempre de un actor o actores externo al objeto a evaluar, más preocupado por el resultado que por el proceso. Se inhibe, por consecuencia, la posibilidad de reflexión, debate, contrastación, argumentación, etc, que ofrece la naturaleza de la misma evaluación; 2) El sentido verticalista descendente y unidireccional del proceso. La evaluación vertical ascendente se silencia. La voz del alumno que considera y valora la calidad de enseñanza que recibe provoca molestias, de igual forma, la palabra del docente referida al gobierno y a la gestión institucional suele incomodar; 3) La evaluación no es tema de la agenda escolar; esto es, que no existe necesidad de discutir la evaluación; 4) Divorcio entre aprendizaje y evaluación; es decir, no se evalúa para obtener indicios que permitan generar mejoras en el aprendizaje, sino que se aprende para la evaluación; 5) Concebir la evaluación como sinónimo de la calificación; 6) Ausencia de autoevaluación 7) Presencia de propuestas evaluativas homogéneas; 8) Carencia de procesos meta evaluativos. Según la autora, los rasgos mencionados delimitan el vínculo entre evaluación y fracaso escolar; convirtiendo así la evaluación en el principal mecanismo legitimador del fracaso del alumno.

Algunos diagnósticos de bajo desempeño a nivel universitario, apuntan a problemas de insuficiencia cognitiva, entre ellos la deficiente formación en la enseñanza media para acceder a estudios superiores; niveles de conocimiento inadecuados a las exigencias universitarias, desarrollo ineficiente de actitudes especiales acordes al tipo de carrera; falta de estrategia y métodos de estudio o técnicas de trabajo intelectual (Contada y Beguet, 2001 en Santos, y Marzabal, 2009). Por su parte, Hernández y Polo (1993, en Santos, y Marzabal, 2009) afirman que el fracaso escolar proviene de los fallos en la organización de actividades por parte del alumno, así como de errores en la planificación de los estudios.

Actualmente existe un acuerdo en que las interpretaciones unidimensionales del fracaso escolar son inexactas y de que no es posible explicar la complejidad de este fenómeno educativo a través de un solo factor. En lo que existen diferencias importantes es en la influencia relativa de cada una de las dimensiones. Diversas investigaciones han señalado que entre el 12% y 15% de la varianza en el rendimiento individual de los alumnos es debida a las características de la escuela, que el contexto sociocultural puede explicar un porcentaje algo mayor, y que los conocimientos iniciales del alumno al comienzo de una etapa educativa son predictores de resultados al término de la misma. A pesar de estos resultados, se ha demostrado que más de la mitad de la varianza en los resultados de los alumnos debe atribuirse a las diferencias individuales de cada uno de ellos, las cuales están determinadas por la interacción de factores sociales, culturales, familiares e individuales (cognitivos, afectivos y emocionales), remitiendo estos últimos a la influencia relativa de factores hereditarios y ambientales (Marchesi y Hernández, 2003).

Desde esta última perspectiva Marchesi y Hernández (2003) proponen un modelo, el cual pretende brindar una visión amplia en cuanto a las principales dimensiones que componen el fracaso escolar (Tabla 1). En el modelo, no se establecen jerarquías en la influencia de sus principales dimensiones, sin embargo,

cada uno de los niveles (sociedad, familia, sistema educativo, centro docente, enseñanza en el aula y disposición de los alumnos) se encuentran ampliamente relacionados.

Tabla 1.

Modelo de Marchesi y Hernández: “Principales Dimensiones que Componen el Fracaso Escolar”.

<i>Sociedad</i>	Contexto económico y social
<i>Familia</i>	Nivel sociocultural
	Dedicación
	Expectativas
<i>Sistema educativo</i>	Gasto público
	Formación e incentivación de los profesores
	Tiempo de enseñanza
	Flexibilidad del currículo
	Apoyo disponible especialmente a centros y alumnos con más riesgo
<i>Centro Docente</i>	Cultura
	Participación
	Autonomía
	Redes de cooperación
<i>Aula</i>	Estilo de enseñanza
	Gestión del aula
<i>Alumno</i>	Interés
	Competencia
	Participación

Algunos otros factores atienden a la cuestión psicológica o emocional, como la ansiedad, depresión y nerviosismo. La salud mental juega un papel fundamental en cuanto al desempeño académico se refiere; dentro de este concepto se encuentran también: alteraciones psicológicas, vocación, crisis de identidad y baja autoestima (Spinola, 1990).

1.5.2 Depresión y Fracaso Escolar en Nivel Superior

El ámbito universitario constituye un lugar en que son puestas en juego las competencias y habilidades para alcanzar los objetivos en un plazo determinado. Durante esta etapa los estudiantes deben enfrentar una gran cantidad de estresores psicosociales, siendo uno de ellos la obtención de calificaciones satisfactorias y la incertidumbre con respecto al futuro. Todos estos factores aumentan el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo (Manelic y Ortega, 1995).

Estudios realizados en la comunidad universitaria han demostrado que las situaciones estresantes diarias se asocian tanto a ansiedad como depresión, siendo cada vez mayor el número de estudiantes afectados por este trastorno. Algunas causas que predisponen a tener depresión en los estudiantes es el no vivir con la familia durante el curso o semestre lo que puede resultar ser un factor estresante asociado al riesgo de depresión. De igual forma, son considerados los largos desplazamientos diarios y las obligaciones extra-académicas, ya sea de tipo laboral o familiar. La aparición de trastornos depresivos suele ir acompañada de procesos de desadaptación al entorno más cercano, tanto en el ámbito laboral como familiar y escolar. La percepción de un menor apoyo social por parte del estudiante influye en un peor estado de salud tanto físico como mental.

Aportaciones de otros estudios señalan también problemas económicos, la necesidad de compaginar una actividad laboral de manera simultánea a la actividad académica y las cargas familiares como factores asociados a la disminución del

mantenimiento de la red social, la socialización y al deterioro de salud mental entre estudiantes (Barradas, Daberkow y Sánchez, 2013).

Los factores anteriormente mencionados, resultan ser las principales causas de fracaso escolar es un estudio realizado por Nava, Rodríguez y Zambrano (2007), los cuales analizaron los factores de reprobación en 118 alumnos de la universidad de Guadalajara de las carreras de: cultura física y deporte, medicina, psicología, enfermería, nutrición, odontología y de prótesis dental y radiología a nivel técnico por medio de la entrevista a profundidad. Los estudiantes manifestaron más de una causa de reprobación, por lo que los porcentajes rebasan el 100%. La mayor causa de reprobación manifestada es el trabajo (57.02%) seguido de los problemas familiares en general, con un 42.1%. En la familia paterna se encuentran los problemas de salud de algún miembro, problemas de desintegración familiar (divorcios, relaciones problemáticas) y problemas económicos con un 22.81%, dificultades con la materia (27.19%), específicamente conflictos con el maestro, solo la tercera parte señaló como causa la dificultad para entender la maestra o para cumplir la práctica. Entre los factores personales, que también fueron indicados por el 27% de los alumnos sobresalen los problemas emocionales como depresión y estrés manifestados por 1 de cada 10 entrevistados.

Por otra parte, algunos otros autores mencionan que el inadecuado manejo emocional de las personas no determina el rendimiento académico, pero que este si se relaciona con diferentes psicopatologías, entre ellas, la depresión. Ruiz (1994 en Barradas, Daberkow y Sánchez, 2013) menciona que las dificultades emocionales encuentran su causa en cogniciones erróneas, producto de errores de interpretación de la realidad. De igual forma, el estudio de estos indicadores cognitivo (depresión) y emocional (inteligencia emocional) resulta importante para el ámbito educativo-social, teniendo en cuenta que esta psicopatología, por ejemplo, la depresión, afecta el bienestar de la persona que de una u otra forma incide en la sociedad, llegando a

desencadenar tipos más crónicos de problemáticas (suicidio), y en el caso de espacios educativos podría influenciar el rendimiento académico.

La persistencia o motivación de los estudiantes es un componente clave y está relacionado a las creencias de tener un alto rendimiento académico. En 1977 Bandura señala que las creencias de tener éxito influyen sobre el nivel de esfuerzo, persistencia y selección de actividades. Los estudiantes con un alto deseo de tener éxito para completar una tarea educativa participarán con mayor disposición, se esforzarán más y persistirán durante más tiempo que aquellos que duden de sus capacidades ante las dificultades.

El estado de ánimo es, asimismo, determinante, de manera que el estado de ánimo positivo fomenta la autoeficacia o creencia de tener éxito académico percibida e inversamente. En consecuencia, mejorar el estado físico, reducir el estrés y las emociones negativas y corregir las falsas interpretaciones de los estados orgánicos puede mejorar las creencias de éxito en la escuela (Barradas, Daberkow y Sánchez, 2013).

La mayor parte de estudios que correlacionan el fracaso escolar y la depresión, lo hacen de manera unidireccional, es decir, consideran a la depresión como uno de los factores de riesgo de reprobación y/o de fracaso escolar. Sin embargo, son escasos los estudios que consideran la reprobación o fracaso escolar como factor causal de depresión, a pesar de que con mayor frecuencia se reportan casos de depresión e incluso suicidios a causa de reprobación.

El impacto de reprobación un examen puede ser fuerte, si a esto se le suman otros factores de riesgo, como baja autoestima y conflictos domésticos; las posibilidades de caer en una depresión prolongada son mayores. Autoridades de salud de Toluca, Edo. Mex, alertan del riesgo de que los jóvenes rechazados de las universidades, atraviesen por periodos prolongados de tristeza que pudieran derivar

en depresión, trastorno bipolar o trastornos alimenticios, y hasta llegar al suicidio en casos muy extremos (Montaño, 2012).

Martínez y Reséndiz (2012) plantean que la reprobación tiene un significado diferente para cada estudiante. Según resultados de su estudio realizado en alumnos irregulares de la Escuela Nacional de medicina y homeopatía, la primera reacción del estudiante al reprobar fue: decepción, seguido de enojo, coraje, tristeza, estudiar para aprobar y sorpresa. Todos los alumnos encuestados reportaron cambios de ánimo posteriores a la reprobación. El 30% de los alumnos asumen que el reprobar repercutió en una depresión, 13.3% tuvo una respuesta de preocupación, 13.3% de tristeza, 10% con estudiar más, 6.6% ansiedad por acreditarla, mientras que en menores porcentajes: angustia, desanimo, presión por acreditar e incluso agresividad.

El reprobar una asignatura para el estudiante, no implica solo estar en una situación irregular, si no que repercute en la forma en que se comporta y comunica con compañeros, familia y amigos. Además, que si no se atienden las reacciones emocionales que experimenta como es la ansiedad, angustia y/o depresión, puede trascender de manera futura en la salud del individuo.

1.6 Depresión y Problemas Familiares

Hernández y Sánchez (1997) exponen como factores de riesgo para la disfunción psicológica factores que actúan antes y después del nacimiento. Antes del nacimiento, se encuentran factores ambientales que pueden marcar la evolución de posibles disfunciones como son: enfermedades de la madre, adicciones, conductas peligrosas etc., las cuales pueden resultar en anomalías, deformidades, parto prematuro y escasa responsividad en el recién nacido. Luego del nacimiento, postulan como factores de riesgo dentro del sistema familiar los trastornos psicológicos y adicciones en los progenitores. La relación de pareja de los padres, el desinterés del padre, la carencia de apego seguro entre padres e hijos, estilos de

crianza autoritarios o permisivos de los padres hacia los hijos, son algunos factores de riesgo para disfunciones psicológicas como la depresión. La forma en que la persona experimente la presencia de dichos factores, mediante su autoconcepto, estilo de afrontamiento y temperamento, pueden ser otros factores de riesgo. En este apartado, se citarán algunos problemas familiares con incidencia en la generación de trastornos depresivos, para lo cual debemos conocer antes la conceptualización de “familia”.

1.6.1 Concepto de Familia

El término familia y su función en la sociedad, ha tenido diversas variaciones con el paso de los años. Etimológicamente la palabra familia, proviene del latín *famulus*; servidor, la cual era asignada a un conjunto de esclavos y servidumbre que viven bajo el mismo techo, y en consecuencia a la casa entera; amo, por una parte, y mujer, niños y servidores por otra bajo su dominación (López, 2013).

Definir la palabra “familia” resulta complejo, pues ésta depende del enfoque y del contexto en que se analice, sea social, biológico, antropológico, psicológico, jurídico, etc. Desde un punto de vista social, la familia es la forma básica de organización sobre la que se estructura una sociedad, la familia es entendida como el soporte de la dinámica social, en el campo biológico, se postula que la familia tiene como función prioritaria la permanencia de la especie. El factor económico por su parte, menciona que la familia permitirá la diferenciación de tareas y la previsión de necesidades materiales, en tanto que la antropología la señala como una pequeña parte de una estructura social en vigencia que tiene como principal función: la cooperación económica, la socialización, educación y la reproducción. La familia para el análisis jurídico es un conjunto de personas con vínculos de derechos interdependientes y recíprocos emergentes de la unión sexual y de la procreación. Para la psicología, existen diversas postulaciones con respecto a la familia y sus funciones (Condori, 2002).

Andolfi, Angelo, Menghi y Corigliano (en Pedreschi, 2002), postulan que la familia es un sistema relacional que supera a sus miembros individuales y los articula entre sí. La familia es concebida por dichos autores como un sistema activo en constante transformación. La familia posibilita que sus miembros, con la seguridad de su pertenencia a un grupo familiar suficientemente cohesionado, se diferencien poco a poco en su sí mismo individual. En este proceso los individuos se vuelven menos esenciales para el funcionamiento de su sistema familiar de origen, se separan de este para formar un nuevo sistema.

Desde esta perspectiva sistémica podemos considerar la familia como una entidad compuesta por partes interactuantes. Para entender su comportamiento es necesario enfocar las cualidades de las relaciones y las interacciones entre los miembros, así como las características de la familia como unidad.

Minuchin y Fishman (1983) postulan que: “entre los humanos, unirse para existir suele significar una familia”. La familia es el contexto natural para crecer y recibir auxilio; grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita la interacción recíproca. Estos autores, retoman el concepto de *holón*, el cual refiere a un sub sistema o una parte de un todo. Postulan dentro de la familia el holón conyugal, el holón parental y el holón de los hermanos. La familia en si constituye un holón. El holón conyugal tiene la función de fijar límites que los protejan de otras personas que se puedan inmiscuir (hijos, familia de origen, etc.), asegurando así un espacio para sus necesidades psicológicas. Este holón resulta vital para los hijos, pues es un modelo de relaciones íntimas, modos de expresar afecto, relacionarse con un igual, resolver conflictos. Disfuncionalidades en este holón repercuten en toda la familia. El holón parental puede estar compuesto por los cónyuges, o excluir a uno de estos e incluirá uno de los hijos, abuela, etc. La función de este holón es la

crianza, el cuidar, dar afecto, disciplinar y sociabilizar a los hijos. El holón de hermanos promueve el sentimiento de pertenencia de grupo.

Desde la perspectiva psicoanalítica, la familia es considerada por Thomas (1987, en Salvador, 2009) como un marco de crecimiento emocional, constituida por ciertas normas: regidas por el tabú del incesto (como norma de organización social, y factor edípico). La familia es un grupo muy especial que se ha institucionalizado con la tarea de ser una matriz parental y el contenido o sistema filial, ambos en una relación simétrica estable. Desde esta perspectiva, la familia es una matriz de sistemas inconscientes (contenedor-contenido) es una estructura viva y única, que participa y da forma al aparato mental de cada uno de sus miembros.

La perspectiva cognitivo conductual, al igual que la perspectiva sistémica, focaliza en la interacción entre los miembros de la familia, pero enfatiza en la interacción de sus expectativas, creencias, atribuciones, así como también remarca la influencia multidireccional y recíproca entre sus miembros. La idea central es que las respuestas emocionales y comportamentales de los miembros de la familia son consecuencia de las evaluaciones e interpretaciones que realizan entre ellos (Pedreschi, 2002).

1.6.2 Configuraciones Familiares

En la cultura occidental la familia ha sufrido cambios en sus posibles configuraciones. Son diversas las variables que contribuyen a estos cambios. Algunas de ellas responden al desarrollo y evolución del entorno social, demográfico, económico, y cultura, que da lugar a diversos tipos de agrupación familiar, las cuales son descritas por diversos autores.

Los cambios más importantes en la familia según Valdivia (2008) están relacionados con el género. Hasta finales del siglo XX el modelo familiar que imperaba era el tradicional; donde la mujer estaba fuertemente asociada a la casa y

la familia. Se encargaba de las labores domésticas y del campo. Su papel era de sumisión y obediencia a su esposo y se encontraba encargada de la crianza y educación de los hijos. Al hombre correspondía el cuidado y protección de la esposa en una atmósfera de autoridad, así como el mantenimiento económico del hogar.

Desde finales del siglo XX, el papel de la mujer es entendido de manera diferente en la casa y en el trabajo gracias a diversos movimientos feministas que lucharon por el reconocimiento de igualdad de derechos entre hombres y mujeres. De este modo, legalmente se rompe con la concepción jerárquica de la familia, igualando responsabilidades con respecto a los hijos, así como en materia de tutela. Se reconoce el divorcio, las parejas de hecho, incluyendo las homosexuales, y en algunos países el matrimonio homosexual con la categorización de “familia”.

Los cambios acelerados en la sociedad dieron pie a diversos cambios a nivel familia: Los fuertes descensos en la fecundidad, la liberación sexual, aumento de la fecundidad fuera del matrimonio, retraso en la edad del matrimonio (27-30 años), utilización de métodos anticonceptivos y retraso en el nacimiento del primer hijo (27-35 años), retraso del abandono del hogar por parte de los hijos, aumento de soltería, aumento de uniones libres, y aumento de rupturas matrimoniales.

A nivel mentalidad también surgieron cambios tales como: la exaltación del deseo de “realización personal” y de libertad, el individualismo y racionalidad instrumental: el matrimonio como contrato que puede romperse, el dilema permisividad-responsabilidad paterna y el principio de igualdad y libertad, traducido en un énfasis de la permisividad de los hijos etc. A partir de estos múltiples cambios, es que se diversifican los modelos familiares.

Valdivia (2008), Mujika (2005) y Pedreschi (2002) mencionan diferentes formas en que se estructura la familia:

a) Familia conyugal: se encuentra fundada en lo biológico para arropar a madre e hijo. Surge en todas las culturas de una familia heterosexual de adultos y con fines de procreación. La pervivencia de la especie ha requerido en primera instancia la protección de la madre y después la paternidad, lo que llevó a la convivencia de la pareja.

b) Familia extensa: se refiere a la dimensión más amplia de la familia. Desde el eje vertical comprende las generaciones de padres a hijos, y desde el horizontal las diferentes familias formadas por los colaterales, hermanos de una misma generación con sus respectivos conyugues e hijos.

c) Familia uniparental: son los sistemas en los cuales los hijos quedan a cargo y conviven con solo uno de los progenitores. Algunos motivos de esa situación son: viudez, divorcio, madres solteras, las cuales pueden serlo también por elección.

d) Familias reconstruidas, polinucleares o ensambladas, son aquellas en las que al menos uno de los cónyuges proviene de alguna unión familiar anterior. La separación y los nuevos matrimonios se realizan a veces con un relajamiento de lazos de afiliación, es decir, quien ocupa el lugar de padre o madre, no es el padre o madre, si no que estos lazos pierden legitimidad o pueden ser cuestionados.

e) La familia conjunta o multigeneracional, se da cuando los más jóvenes de la familia incorporan a ella a sus propios conyugues e hijos, en lugar de formar un núcleo familiar independiente, se da una convivencia simultánea entre varias generaciones en un mismo espacio vital.

f) La familia homosexual, está constituida por dos padres o dos madres homosexuales. En este modelo se rompe el vínculo “sexualidad-reproducción” y también la obligación de que los progenitores sean de diferente sexo. Permanece

la concepción (vía nuevas tecnologías), el engendramiento, la filiación y la alianza a través del matrimonio o pareja de hecho.

g) La familia sin hijos se da con la vinculación de dos personas donde se puede establecer por decisión de ambas partes o por imposibilidad para engendrar, sin que la adopción de un hijo forme parte de su proyecto.

h) La familia desintegrada, sus miembros no se hayan suficientemente unidos y su identidad ha sufrido un severo deterioro

i) Las familias acogedoras o sustitutas son las que se hacen cargo de los hijos cuyos padres no están en condiciones de ocuparse de ellos.

1.6.3 Factores de Riesgo Familiares para la Depresión en Hijos

La mayor parte de estudios en familias que describen factores de riesgo para la depresión en hijos se encuentran centrados en las etapas de niñez o adolescencia. Sin embargo, resulta importante considerar estos mismos factores como variables de prevalencia de depresión en adultos.

Un factor de riesgo que ha sido ampliamente estudiado es el carácter genético y biológico de la depresión. La presencia de padres depresivos, específicamente en la madre, es un factor de riesgo en niños, o bien para padecer dicho trastorno durante la adolescencia o adultez. Existen diferentes estudios empíricos que apoyan la primicia anterior, sin embargo, se apoyan en diversas hipótesis. Cummings y Davies (1994) postulan que no es el diagnóstico mismo de la madre lo que contribuye como factor de riesgo para psicopatología en el niño, si no la interacción madre-hijo, así como las demás interacciones entre miembros de familia.

Diversos estudios demuestran que los padres y madres depresivos tienen más interacciones conflictivas y disfuncionales entre ellos y con sus hijos. Los padres

depresivos son más negativos, intolerantes, intrusivos con sus hijos, además de mostrar altos niveles de irritabilidad y agresión manifiesta durante los episodios depresivos. (Field, 1990; Gordon, 1989; Tronick, 1989; Zajicek y DeSalis, 1979 en Cummings y Davies, 1994). Las madres con depresión, tienden a ser más críticas, incurrir en regaños, y a abusar físicamente que las madres no depresivas (Burbach y Borduin, 1986, Panaccione y Wahler, 1986, Webster-Stratton y Hammond, 1988 en Cummings y Davies, 1994).

La presencia de un progenitor depresivo es un factor de riesgo para desarrollar vulnerabilidad cognitiva para la depresión. La hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión afirma que estilos cognitivos negativos proveen vulnerabilidad para la depresión en presencia de eventos de vida negativos. Dicha hipótesis es derivada de la teoría de la desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy y la teoría de la depresión de Beck. En la teoría de la depresión por desesperanza, la vulnerabilidad cognitiva está constituida por tres patrones inferenciales desadaptativos: a) tendencia a inferir que los sucesos negativos son causados por factores estables y globales, b) tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros, c) tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo cuando ocurren sucesos negativos.

En la teoría de Beck, la vulnerabilidad cognitiva para la depresión está constituida por esquemas depresógenos que activan el procesamiento cognitivo distorsionado, lo que conduce al tipo de cogniciones que forman la triada cognitiva: visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Pedreschi, 2002).

Alloy y Abramson (1999) realizaron un estudio con el objetivo de investigar los orígenes del desarrollo de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión, para lo cual estudiaron estilos cognitivos, conductas parentales, la psicopatología y la personalidad de los padres participantes. La muestra era de adultos, y el estudio fue retrospectivo. Los resultados muestran que los hijos de padres depresivos tienen alto

riesgo de padecer depresión. Las madres y padres de participantes con altos niveles de vulnerabilidad cognitiva para la depresión, tenían una mayor historia de desórdenes depresivos que las madres y padres de participantes con bajos niveles de vulnerabilidad (35% y 18 % para las madres y 18% y 12 % para padres respectivamente). Mediante entrevistas directas a padres, se encontró que las madres de los participantes con altos niveles de vulnerabilidad cognitiva tenían mayores historias de depresión que las madres de otros participantes, mientras que los padres de ambos grupos no diferían. De datos como los anteriormente mencionados, se deriva la depresión, especialmente en la madre, contribuye al desarrollo de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión en hijos.

Uno de los factores de riesgo para la depresión más estudiado en hijos, principalmente en niños es el maltrato, el cual puede clasificarse en maltrato físico, en el cuál el hijo es objeto de agresiones con consecuencias físicas; maltrato psicológico, en el cual el niño es víctima de una reiterada violencia verbal, o de una presión psicológica que lo perjudica; abuso sexual, en el cual la persona es objeto de actos sexuales, los cuales no puede consentir conscientemente, por último, negligencia o grave descuido, en el que el hijo sufre los efectos de las omisiones o carencias de los familiares con respecto a las necesidades físicas y /o psíquicas (Pedreschi, 2002).

Estudios demuestran una estrecha relación entre el abuso sexual y el trastorno por estrés postraumático. Además, suelen manifestar una preocupación desmedida por la sexualidad, tristeza, miedos, confusión de identidad de género. En varones con mayor frecuencia agresividad, y en mujeres pensamientos y actividades suicidas (Martínez, 1997 en Pedreschi, 2002).

El abuso también ha sido relacionado con trastornos afectivos. Estos niños desarrollan estados de ánimo depresivo, expresando sentimientos de desvalimiento y desesperanza.

Rose y Abramson (1996 en Pedreschi, 2002) encontraron que los pacientes depresivos en tratamiento y otros depresivos no tratados informaron altas tasas de abandono, abuso emocional, físico y sexual, durante su infancia mucho más altas que los participantes no depresivos. Los abusos graves durante la infancia predecían un mayor historial vital de depresión clínica. Los participantes con depresión clínica de inicio en la infancia habían tenido un nivel de abuso más grave que los depresivos de inicio en la adolescencia y adultez y que los participantes no depresivos, lo cual indica que el abuso grave durante la infancia es un factor de riesgo para la depresión en niños.

En esta misma investigación, el maltrato emocional durante el desarrollo fue un predictor significativo de vulnerabilidad cognitiva para la depresión. Los autores postulan que el abuso emocional puede ser un fuerte contribuyente para la vulnerabilidad cognitiva de la depresión, ya que el abusador proporciona cogniciones negativas a la víctima. El abuso emocional implica esencialmente enseñar a la víctima a tener un estilo cognitivo depresógeno, un ejemplo de ello son frases como: eres un inútil, todo lo haces mal, etc.

Dentro de los principales problemas familiares con incidencia en la generación de depresión en hijos, se encuentra la separación de los padres. Según estudios de Cantón, Cortés y Justicia (2002), los hijos de divorciados, comparados con los que viven con ambos progenitores presentan con mayor frecuencia problemas de adaptación. Durante el año posterior a la separación, tantos hijos como hijas presentan tasas superiores de problemas externalizantes (conducta antisocial, agresión, delincuencia, consumo de drogas), que los de hogares intactos, acentuándose más en varones, e hijos monoparentales a cargo de la madre.

En lo que respecta al desarrollo de problemas internalizantes, el 26% de los adolescentes y el 30% de adolescentes hijos de padres divorciados obtienen

puntuaciones extremas en depresión, situándose en el rango del 20% superior (Conger y Chao, 1996 en Cantón. Cortés y Justicia, 2002).

Resulta importante mencionar el cambio de rol que sufren algunos hijos con el divorcio de los padres. Estudios indican que la madurez que parecen presentar los hijos de divorciados puede estar ocultando una inversión de roles o parentificación instrumental (tareas del hogar, cuidado de los hermanos) o bien emocional (actuar como consejero o confidente o incluso como apoyo emocional al progenitor necesitado), esta última con mayor frecuencia en hijas.

La parentificación instrumental y emocional de las hijas hace que presenten unos mayores niveles de depresión y ansiedad, mientras que la parentificación emocional de los hijos varones que viven con el padre les lleva a una mayor depresión. El contenido de las revelaciones que las madres hacen a las hijas es importante de cara a su adaptación. Las confidencias referentes a relaciones íntimas y sexuales se encuentran correlacionadas con un inicio de actividad sexual más temprana y un mayor número de problemas externalizantes de conducta, mientras que las relativas a problemas de empleo, situación económica, sobrecarga de tareas o soledad se relacionan con una mayor responsabilidad social y depresión de las hijas (Hetherington, 1999 en Cantón. Cortés y Justicia, 2002).

McLanahan menciona que los hijos/as de padres monoparentales, comparados con los de hogares intactos practican mayor absentismo escolar, tienen un menor rendimiento académico, presentan una menor motivación de logro y menos aspiraciones educativas, además de un menor índice de término de educación tanto secundaria, como universitaria (Cantón, Cortés y Justicia, 2002).

Algunos otros factores de riesgo para la depresión en hijos citados por Pedreschi (2002), Sentín (1989 en García, 2002) y Vázquez, Ordóñez, Strausz, Arredondo y Lara (2004), son:

- Bajo soporte familiar, así como bajos niveles de reforzamiento y afecto positivo.
- La timidez, como un factor de vulnerabilidad para desarrollar síntomas depresivos en ausencia, pero no en presencia de soporte social.
- Violencia Conyugal.
- Infidelidad de uno de los cónyuges.
- Rigidísimo moral, acompañado de un cierto fanatismo religioso o político por parte de los padres.
- La condición de ser único de un sexo dentro de los hermanos.
- Que alguno de los padres sea triunfador en los negocios o en la carrera, acompañado de una fuerte carga de autoritarismo paternalista, que hace que los hijos tengan una imagen de padre perfecto.
- Vivir alejados de la familia.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), existen 350 millones de personas con depresión en el mundo. Dicho trastorno representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a pérdida de años de vida y será la primera en todo el mundo para el año 2020. En México, afecta entre 12 y 20% a personas entre 18 y 65 años. Cuando no existe una debida atención de la persona con depresión, esta puede llegar al suicidio. La secretaria de salud estima que cada año hay hasta 14 mil intentos, sin considerar los consumados. Uno de cada 10 intentos es concluido, lo que coloca a México en el noveno país de muertes autoinfligidas, de una lista de 53 aproximadamente. Adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años, ocupan el primer lugar en sectores vulnerables, seguido de personas adultas, y adultos mayores. (SPPS, 2012).

Las causas de la depresión están asociadas a factores psicológicos y biológicos y sociales (Guadarrama, Escobar y Zhang, 2006). Dentro de los factores sociales, la desintegración de las fuentes de apoyo es un factor social importante. El sistema de apoyo social más importante es la familia, la cual tiene un lugar imprescindible en el desarrollo cognitivo, afectivo y social de nosotros como personas. Hernández y Sánchez (1997 en Pedreschi, 2002) mencionan que la relación de pareja de los padres, el desinterés del padre, la carencia de apego entre padres e hijos, estilos de crianza autoritarios o permisivos, son factores de riesgo para disfunciones psicológicas en hijos.

Como se mencionó, son los jóvenes quienes resultan más vulnerables a la depresión en nuestro país. Son muchas las expectativas personales, familiares y sociales, las cuáles obligan al joven a enfrentarse a agresivos retos de competitividad. Dentro de los múltiples factores y/o consecuencias de la depresión se encuentra el rendimiento académico. Barquín, García y Ruggero (2013) aplicaron a 218 alumnos de carreras de psicología, educación y trabajo social, el inventario de

depresión y ansiedad (IDAS), además del coeficiente de Spearman, con el fin de encontrar una correlación entre rendimiento académico, ansiedad y depresión. Los resultados demuestran una casi nula correlación entre rendimiento académico y ansiedad, mientras que la depresión fue asociada al bajo rendimiento escolar en más de la mitad de la muestra, lo cual indica que “la depresión podría ser la causa del bajo rendimiento, dado que los síntomas interfieren la actividad intelectual generando el fracaso escolar. En otros casos, el bajo rendimiento escolar produciría la baja autoestima y cogniciones pesimistas que pueden conducirlo a la depresión”.

A pesar del gran impacto que ejerce la depresión en la calidad de vida, en México menos del 24% de quienes presentan un trastorno afectivo grave buscan algún tipo de ayuda (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, *et al*, 2005). De aquí, que resulte necesario incorporar dentro de las políticas públicas acciones de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales, específicamente en trastornos como la depresión, prestando una especial atención a los jóvenes, ya que resultan los más vulnerables ante este trastorno.

El presente trabajo tiene como objetivo ilustrar la aplicación de diferentes técnicas de terapia cognitivo conductual (TCC) en un caso clínico de depresión en una mujer de 25 años, soltera, titulada de la carrera de biología, con problemas familiares con su padre, y una reconciliación fallida con el mismo, rechazada de estudios de maestría, y pasamientos con respecto a un posible diagnóstico de cáncer a causa de pólipos de la vesícula.

De igual forma, pretende servir como referencia de la eficacia de la terapia cognitivo conductual en casos de depresión; resultando ser un tratamiento bien establecido, que brinda un tratamiento de manera aguda con continuación y mantenimiento.

3. MÉTODO

3.1 Selección del Paciente

La paciente acudió por atención psicológica a la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala; lugar donde realizó sus estudios. El caso que presentó la paciente cumplió con las características para ser invitada a un tratamiento cognitivo conductual de depresión.

3.2 Consideraciones Éticas

Por motivos de confidencialidad, los datos de identificación de la paciente se mantuvieron en anonimato, por lo cual se utilizó un nombre ficticio, y se eliminaron en medida de lo posible todas las señas de identidad. Se contó con el consentimiento informado por escrito de la paciente (Anexo 1) donde estipula voluntariamente la aprobación para divulgar su caso clínico con fines puramente académicos.

3.3 Identificación del Paciente

“Daniela” es una joven soltera de 25 años, 1.64 m de estatura y 50 kg de peso; de religión cristiana, no practicante. Se describe como una persona reservada, con un tipo de educación “de libertades”. Egresó hace año y medio (2011) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM) de la Licenciatura en Biología. Nació en uno de los municipios del estado de Veracruz; lugar donde realizó sus estudios hasta el nivel de bachillerato. Posteriormente realizó su examen de admisión para la carrera de Biología en la FES Iztacala, quedando seleccionada y cambiando de residencia al Estado de México; lugar donde renta con algunos inquilinos universitarios. Cabe mencionar que durante su trayectoria escolar su nivel de aprovechamiento ha sido alto, logrando en la licenciatura un promedio de 9.0. Actualmente no se encuentra estudiando ni trabajando, sin embargo, sus gastos son asumidos por sus padres, y una tía que reside en el D.F.

Menciona tener 6 amigos cercanos, siendo 2 de ellos los que ve con mayor frecuencia. En su tiempo libre suele platicar y visitar a sus amigos. Un rasgo físico distintivo es que usa lentes.

3.4 Análisis del Motivo de Consulta

El motivo de consulta refiere al estado emocional de la paciente, ya que manifiesta sentirse triste, desanimada, con sensación de malestar y fracaso. “Daniela” menciona que desde hace aproximadamente dos o tres meses previos a la consulta, llora con una frecuencia diaria, y tiene pensamientos distorsionados con intensidad de 80 en una escala de 100 con respecto a su situación académica, la mala relación socio afectiva que lleva con su padre, y la posibilidad de tener cáncer en la vesícula a causa de pólipos aún sin tener algún diagnóstico. Lo anteriormente mencionado tiene como consecuencia, en palabras de la paciente: ciertos “episodios de depresión”.

Los pensamientos que “Daniela” tiene antes de la intervención son: “quisiera no vivir, pero a la vez sí”, “estoy cansada de este gran problema”. En relación a su situación escolar: “¿ahora qué hago?”, “no sé qué quiero hacer”, sensación de fracaso por no ser seleccionada para sus estudios de maestría en el Instituto Politécnico Nacional (IPN), así como de las limitadas posibilidades de empleo para su carrera. Con respecto a la relación con su padre: “No me gustaría que mi papá me dé su amor por lástima”, “no tuvo interés por mí”, “no reconoció mi esfuerzo”, “nunca reconoció mis éxitos escolares”, aunado a esto, la posibilidad de tener cáncer en la vesícula.

A nivel fisiológico, la paciente menciona que sus problemas gástricos han aumentado en intensidad de un mes a la fecha.

A nivel motor la paciente menciona: “...en las noches cuando comienzo a pensar en esas cosas, es cuando comienzo a llorar... apago la luz para que no me vean”, “en las noches salgo con una amiga, ella me divierte y logro “olvidar” mi

tristeza”, “la mayoría de las veces intento olvidarme y platicar de otras cosas”. “muchas veces, no me dan ganas de estar con mis amigos, me voy sin dar alguna explicación”.

3.5 Historia del Problema

Durante la entrevista inicial, “Daniela” menciona que sus manifestaciones de depresión empezaron hace dos años, cuando comienza a sentir de manera más intensa resentimiento hacia su padre, debido a que considera que “no cumplió su función” como padre, y por el desinterés que demostró hacia ella al irse de casa y no buscarla. Además de que éste humillaba y violentaba físicamente a su madre.

La paciente menciona que la relación con su padre siempre ha sido “fría”; sin muestras físicas de afecto. Sin embargo, comenzó a tener una mala relación con él a partir de que éste se sale de su casa y se junta con otra pareja, hace aproximadamente 6 años, cuando la paciente terminaba sus estudios de preparatoria.

Hace un año, ella intentó reconciliarse con él, quedándose de ver en una plaza en su pueblo, sin embargo, dicha reconciliación fue fallida por falta de tiempo, ya que su papá se tuvo que ir al ver que llegó su actual pareja. La paciente describe a la pareja actual de su padre como una persona posesiva. A partir de este intento de reconciliación hace un año, “Daniela” no habla con su padre.

La paciente manifiesta tener sentimientos de tristeza, preocupación y miedo debido a ciertas enfermedades que presenta. A partir de que entra a la universidad “Daniela” comenzó a tener gastritis, debido a su mala alimentación y al estrés constante que causa su carrera. Estos dolores gástricos se manifestaron con mayor intensidad desde hace un mes. La paciente se encuentra medicada; en un inicio por los fármacos: Durater, Dagla, Riopan y posteriormente por “Supercil”.

“Daniela” menciona tener pólipos en la vesícula, los cuales son necesarios estudiar para determinar si son benignos o malignos para una posterior operación en caso de ser necesario. Una de las principales causas de depresión, inseguridad y miedo en la paciente, es la posibilidad de tener cáncer en la vesícula, debido a que su familia tiene antecedentes de cáncer. Su abuelo materno sufrió de cáncer en el hígado causando su muerte, y su prima sufre de principios de cáncer en el estómago. La paciente menciona que, en caso de tener cáncer, no quiere que su papá le dé su amor por lástima.

Una situación que se presenta antes de los llamados episodios de depresión, es la no aprobación del examen para el ingreso a estudios de posgrado en el Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional (Cinvestav), lo cual causa mucha tristeza e inseguridad con respecto al futuro, además de pensamientos de fracaso. La paciente menciona que, en la carrera de ciencias biológicas, si no estudias una maestría, no tiene caso haber estudiado la licenciatura; que no existe un campo laboral amplio, y las posibilidades de empleo son casi nulas, además de demostrar desubicación con respecto a su futuro; “¿ahora qué hago?”. El método de titulación de la paciente fue por examen de conocimientos, donde sin estudiar, obtuvo la mínima calificación aprobatoria. Posterior a este hecho, es que realiza su examen de ingreso al posgrado sin prepararse de manera adecuada.

3.6 Análisis Descriptivo

El análisis descriptivo (Tabla 2) aborda distintos aspectos de la recogida de información, su organización en esquemas y la puntualización de los aspectos más importantes, en vías a la formulación del caso clínico y posteriormente, diseñar el tratamiento (Muñoz, 1998). El presente análisis descriptivo integra variables ambientales actuales junto con variables históricas, personales y biológicas, lo cual contribuye de manera importante a la explicación del problema.

Tabla 2.

Análisis Descriptivo del caso clínico

E Estímulos Antecedentes	O Organismo	R Respuesta	C Consecuencia
<p>Externa. En las noches cuando se encuentra sola en su cuarto</p> <p>Interna</p> <p>-Cognitivo Pensamientos a futuro en lo que "quiere hacer"</p> <p>-Con respecto a su carrera: <i>¿...ahora qué hago?</i></p> <p>-Con respecto a su padre: <i>"No me gustaría que mi papá me dé su amor por lástima"</i> <i>"No cumplió su función como padre"</i> <i>"No le intereso"</i></p> <p>Pensamientos respecto a la posibilidad de tener cáncer. Siento Desánimo Estrés</p> <p>Historia</p> <p>Extemporánea -Se muda de Veracruz al D.F para realizar estudios de licenciatura -No logra colocarse en sus estudios de maestría en el IPN -Su padre se sale de casa cuando ella termina la preparatoria (9 años). Desde hace dos años menciona tener resentimientos con el debido a "su función como padre" (desinterés). Hace un año intentó tener una reconciliación con su padre, pero sin tener éxito, desde entonces no lo ve</p> <p>Contemporánea Egresó hace año y medio de carrera de biología (2011), desde entonces no estudia ni trabaja.</p>	<p>Historia de Reforzamiento Aprendizaje</p> <p>Es dedicada a sus estudios, desde la primaria, hasta licenciatura ha mantenido un promedio de 9.0. Introversión Pocas habilidades sociales</p> <p>Biológico</p> <p>Enfermedades Respiratorias Pólipos en la vesícula Antecedentes de cáncer en su familia Gastritis a partir de que entra a la universidad: más intenso hace un mes.</p> <p>Le recetan Durater, Dagla, Riopan y posteriormente Supercil</p>	<p>Motora</p> <p>Apaga la luz para que no la vean En las noches, sale con una amiga, la cual la divierte y logra "olvidar" su tristeza. Intenta olvidarse y platicar de otras cosas</p> <p>Cognitiva</p> <p>Pensamientos de fracaso y desesperanza: <i>"Quisiera no vivir, pero a la vez sí"</i> <i>"Pienso sobre el gran problema que me aqueja"</i> Intensidad: 80- 100</p> <p>Fisiológica</p> <p>Llanto Frecuencia: Diario Duración: 1 a 2 horas</p> <p>Topografía Un cuarto pequeño 1 cama 1 closet 1 librero pequeño Su cuarto no tiene puerta, está junto a otro cuarto, sin embargo, nadie renta en ese cuarto desde hace un año</p>	<p>Inmediata</p> <p>Externas Se queda dormida</p> <p>Internas Prevalencia de los pensamientos iniciales y aumento en su intensidad</p> <p>Mediata</p> <p>Internas Gastritis</p> <p>Externas "con sus amigos, se iba sin dar alguna explicación".</p>

3.7 Establecimiento de las Metas del Tratamiento

Aumentar la tasa de reforzamiento de la paciente, así como brindar herramientas cognitivo conductuales para el afrontamiento de depresión.

3.8 Estudio de los Objetivos Terapéuticos

- Reconocer y cambiar patrones cognitivos que producen ideas y conductas no funcionales por medio de la reestructuración cognitiva.
- Reducir el malestar emocional asociado con la salida de su padre de casa, y el poco interés que tuvo hacia ella, así como lograr una reconciliación efectiva y mantener una relación funcional con su padre.
- Reformular metas efectivas dirigidas al ámbito laboral y profesional
- Reducir las creencias disfuncionales con respecto a su salud, y adelantar un diagnóstico médico.

3.9 Justificación y Selección del Tratamiento

El presente caso clínico se ajusta a aproximaciones teóricas en las cuales se enfatiza el reforzamiento, así como aquellas que dan mayor importancia a las cogniciones. Fester (1965, 1966; citado por Salinas, 1998) sugiere que diversos factores como son los cambios súbitos en el ambiente, el control aversivo y el castigo, así como cambios en las tasas de reforzamiento pueden dar surgimiento a la depresión, la cual, típicamente, se caracteriza por la reducción en la tasa de conducta. El caso clínico presentado, se amolda a esta propuesta, pues en primera instancia identificamos grandes cambios en el ambiente a causa de no continuar con estudios (maestría), cambiando por completo las conductas a las cuales está expuesto un estudiante, implicando la no asistencia a espacios educativos, cambio de personas con las cuales se convive, administración distinta del tiempo etc.

Se puede identificar un cambio en las tasas de reforzamiento, dando surgimiento a los llamados “episodios de depresión”, ya que la paciente generó un patrón de calificaciones no menores a 9 desde la primaria, y un examen profesional aprobado sin estudio; por lo cual, la no aprobación del examen para maestría resulta un cambio en su reforzamiento; esto aunado a una reconciliación fallida con su padre, y a la posibilidad de un diagnóstico de cáncer.

Por otro lado, el enfoque cognitivo, Beck (1976, citado por López, Sánchez, Sotelo y Rodríguez, 1994) concibe la depresión como un desorden del pensamiento. Supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. El caso clínico presentado, se ajusta a ciertos esquemas cognitivos, en los cuales existe una distorsión de la percepción y la memoria. Tales distorsiones son los errores cognitivos. Ellos son involuntarios e incluyen: la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación y la minimización.

Dentro del discurso de la paciente en la entrevista inicial, identificamos los siguientes errores cognitivos:

“Mi padre nunca reconoció mis éxitos escolares”

“No tuvo interés por mi” (padre)

“No me gustaría que mi papá me dé su amor por lastima”

La idea del tener que actuar bien y merecer la aprobación de los demás con respecto a la escuela, y la obtención de títulos escolares.

Con respecto a la escuela y su carrera: *“¿ahora qué hago?”*

Pensamientos con respecto a la posibilidad de tener cáncer, sin tener un diagnóstico aún.

A partir de estos planteamientos, es que el programa de intervención estuvo dirigido a reinstaurar un programa de reforzamiento positivo para la paciente, seleccionando las siguientes técnicas como las más viables para lograr la meta terapéutica.

- Terapia Cognitiva.

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas; dentro de ellas la depresión. Se basa en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. (Beck, 1967, 1976 en Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). Sus cogniciones (eventos verbales o gráficos en su corriente de consciencia) están basadas en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores.

Las técnicas terapéuticas utilizadas en la terapia cognitiva van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a las cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos.

La terapia cognitiva se sirve de diversas estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: (1) controlar los pensamientos automáticos negativos; (2)

identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

En el presente caso clínico se trabajó con “Daniela” para recoger datos que indicarán que sus cogniciones eran válidas o inútiles. Dichas cogniciones y supuestos se discutieron y examinaron desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo e incremento de la conducta positiva versus mantenimiento de la patología (Beck, 1967, 1976 en Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). Por ejemplo, se discutió la tendencia de Daniela a sentirse responsable de los resultados negativos tenidos con la reconciliación fallida con su padre, y la no inclusión a estudios de posgrado, así como la negación a asumir sus propios éxitos tales como haber concluido una licenciatura.

En la terapia cognitiva se utilizan diversas técnicas verbales para explorar la lógica subyacente y la base de las cogniciones y supuestos concretos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). El paciente recibió al principio una explicación del fundamento teórico de la terapia cognitiva. A continuación, aprende a reconocer, controlar y registrar sus pensamientos negativos en el Registro Diario de Pensamientos Distorsionados (Anexo 2), o de manera verbal, a través de una nota de voz en su celular. Todo ello con el fin de poder llevar a un análisis de validez, utilidad, y otros puntos de referencia dichas cogniciones desadaptativas.

Los pensamientos desadaptativos encontrados durante la terapia, y entre sesiones se cuestionaron de modo verbal, mediante el análisis lógico y la consideración de información basada en experiencias previas; centrándonos de manera específica en la relación con su padre; pues la paciente mencionó no recordar muchas de las cosas de su infancia.

A partir de ello, es que en conjunto; paciente y terapeuta pudieron modificar ciertos pensamientos desadaptativos por interpretaciones más realistas. específicamente en el tema de la mala relación y resentimiento con su padre, las limitadas posibilidades de su carrera y la posibilidad de tener cáncer sin un diagnóstico previo.

La terapia se centra en “síntomas objetivo” específicos (por ejemplo, los impulsos suicidas). Se identificaron las cogniciones que están a la base de dichos síntomas (por ejemplo, “Quisiera no vivir, pero a la vez sí”, “Estoy cansada de este gran problema”).

Uno de los componentes más poderosos del modelo de psicoterapia basado en el aprendizaje es el hecho de que el paciente empezó a incorporar muchas de las técnicas empleadas durante las sesiones de terapia, tales como el cuestionamiento a determinadas cogniciones. Por ejemplo: ¿a partir de que evidencia extraigo esta conclusión?, ¿Existen otras explicaciones? Estas preguntas que el sujeto se formula a sí mismo desempeñan un papel esencial en la generalización de las técnicas cognitivas de la consulta a las situaciones externas. Sin ese tipo de preguntas, el individuo depresivo se ve rodeado de patrones automáticos estereotipados, fenómeno que es denominado por Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) como “pensamiento irreflexivo”.

Las técnicas conductuales se emplean con los pacientes depresivos más graves no sólo para modificar la conducta, sino también para elicitación de cogniciones asociadas a conductas específicas. Entre los materiales relacionados con las técnicas conductuales se encuentran: un cuestionario de actividades semanales, en el que el paciente debe registrar sus actividades cada hora; un Cuestionario de dominio y agrado, en el que el paciente evalúa las actividades listadas en el cuestionario anterior, y la asignación de tareas graduales, en la cual el paciente emprende una serie de tareas que llevarán a alcanzar una meta que él considera

difícil o imposible; en este caso, el ingreso a estudios de posgrado. Además, las técnicas conductuales se diseñan para ayudar al paciente a someter a prueba ciertos supuestos y cogniciones desadaptativas.

Como parte de las técnicas conductuales seleccionadas para el tratamiento está el “programa de actividades agradables”, el cual consiste en un programa altamente estructurado, dirigido a cambiar la cantidad y la calidad de las interacciones del paciente depresivo, mediante un conjunto de estrategias que incluyen el entrenamiento asertivo, la relajación, la toma de decisiones, la solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo.

Con apoyo del psicólogo, se planearon algunas actividades que se pueden llevar a cabo durante el día, con el fin de disminuir el “tiempo muerto”; el cual resultaba considerable durante el día, y era el principal incitador de pensamientos depresivos. Dentro de esta programación de actividades, se prestó atención a posibles cursos, o tiempos de estudio para su maestría.

- **Solución de Problemas**

Una de las principales razones de la inclusión de esta técnica dentro del tratamiento, es porque, en la mayoría de las ocasiones, cuando los pacientes deprimidos someten sus pensamientos automáticos a principios lógicos y pruebas empíricas, encuentran que sus hipótesis son falsas o muy exageradas. Sin embargo, a veces las hipótesis de un paciente son correctas y están identificando un problema real que requiere una solución (Sanderson y McGinn, 2002).

De manera general, se seleccionó esta técnica, con el fin de brindar a la paciente nuevas herramientas para facilitar su competencia social general; es decir, la capacidad de enfrentarse de forma eficaz al amplio rango de problemas de la vida diaria. Se pretendió ayudar a la paciente a identificar situaciones estresantes anteriores y actuales de la vida, que constituyen las antecedentes a una reacción

emocional negativa, aumentar la eficacia de sus intentos de solución de problemas en el afrontamiento de situaciones problemáticas actuales, y enseñar habilidades que permitan a la paciente vérselas de modo más eficaz con problemas futuros con el fin de evitar perturbaciones psicológicas.

Nezu, Nezu, Deaner y D'zurilla (1997, en Bravo y Valadez, 2012) definen la solución de problemas sociales “como un proceso metacognitivo mediante el cual las personas comprenden los problemas de la vida y se esfuerzan por: a) alterar la naturaleza problemática de la situación, b) sus reacciones hacia éstas, o c) ambas a la vez”.

La capacidad general de solución de problemas comprende una serie de habilidades específicas. Según D'Zurilla y Nezu (1982, en Nezu y Nezu, 1991) la solución de problemas “Eficaz” requiere cinco procesos componentes interactuantes, cada uno de los cuales aporta una determinada contribución a la solución eficaz del problema. Esos procesos incluyen:

1. Orientación hacia el problema: refiere a un conjunto de respuestas de orientación, que representan las reacciones cognitivo- afectivo – conductuales inmediatas de una persona cuando se enfrenta por primera vez con una situación problemática. Estas respuestas de orientación incluyen una clase particular de aspectos de la atención y un conjunto de creencias, suposiciones, valoraciones y expectativas generales sobre los problemas de la vida.
2. Definición y formulación del problema. Consiste en clarificar y comprender la naturaleza específica del problema.

3. Generación de alternativas. Refiere a hacer que estén disponibles tantas soluciones como sea posible, con el fin de llevar al máximo la posibilidad de que la “mejor” solución se encuentre entre ellas.
4. Toma de decisiones. Se refiere a evaluar (juzgar y comparar) las opciones disponibles respecto a la solución y seleccionar las mejores para ser llevadas a cabo en el problema.
5. Puesta en práctica de la solución y verificación. Refiere a llevar a cabo la solución seleccionada. Las habilidades de verificación abarcan la auto observación y evaluación.

Dentro de la presente intervención psicológica, se apoyó a la paciente a identificar sus problemáticas, así como una variedad de respuestas potencialmente efectivas para solucionar la mala relación con su padre, la preocupación que se tiene con respecto a un posible diagnóstico, y su situación académica, con el fin de seleccionar la respuesta más efectiva de entre esas alternativas.

Específicamente en lo que refiere a la relación con su padre, se planteó a la paciente la posibilidad de “alterar” la naturaleza de la problemática de la situación incómoda que existe cuando la esposa del padre se encuentra presente. Se ayudó a establecer posibles reacciones eficaces hacia dicha situación por medio de un entrenamiento previo utilizando técnicas como el “juego de roles”.

3.10 Selección de las Técnicas de Evaluación

De acuerdo a las características de la paciente, motivo de consulta y tratamiento, se seleccionaron las técnicas de evaluación. El instrumento para hacer medición de la depresión fue el Inventario de Depresión de Beck (Beck 1978 en Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983), el Inventario de situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), y la entrevista conductual.

3.10.1 Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA)

Es la versión revisada del BDI original publicado en 1961. Mide las manifestaciones conductuales de la depresión y dispone de una evaluación cuantitativa de la intensidad de la depresión. Consta de 21 ítems, 10 de ellos evalúan síntomas depresivos cognitivos (47,6%), mientras que solo 4 de sus ítems evalúan síntomas fisiológicos, 3 síntomas anímicos y 3 síntomas motivacionales. Cada uno de los ítems presenta 4 afirmaciones o alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor gravedad, de las cuales la persona evaluada tiene que elegir una. Esta prueba, tiene un marco temporal a la última semana, incluyendo el día en que se completa el instrumento.

Los coeficientes de fiabilidad de consistencia interna de la prueba oscilan entre 0,76 y 0,95 en muestras de pacientes psicopatológicos, entre 0,73 y 0,93 en muestras de población general y entre 0,78 y 0,92 en estudiantes universitarios. Con respecto a la validez, el BDI-IA tiene una correlación media de 0,74 y 0,72 entre las puntuaciones del BDI-IA y las valoraciones clínicas de depresión en muestras psiquiátricas y no psiquiátricas respectivamente (Beck, 1978 en Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

En el caso de la prueba estandarizada del BDI para los residentes de la ciudad de México realizada por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998), muestra una confiabilidad de 0.87, $p < .000$, y una correlación de 0.70 respecto a la escala de Zung.

Para la interpretación y resultados, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida, y tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene la puntuación total, cuyo rango es de 0 a 63, y que cuantifica la presencia y gravedad de sintomatología depresiva. Las puntuaciones para delimitar los distintos niveles de gravedad de la sintomatología son las siguientes: de 0 a 9 ("normal"), de 10 a 18 (depresión leve"), de 19 a 29 ("depresión moderada") y de 30 a

63 (“depresión grave”). Más de 40 es significativamente alto, aún en personas seriamente deprimidas (Anexo 3).

3.10.2 Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE)

Es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable).

La escala A- Rasgo consiste en 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala A- Estado también consiste en veinte afirmaciones, con la diferencia de que se pide que indiquen cómo se sienten en un momento dado. En la escala A- Estado hay 10 ítems positivos de ansiedad y 10 ítems negativos. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas sub-escalas.

La confiabilidad test-retest de la escala A-Rasgo es relativamente alta, variando desde .73 para un intervalo de 104 días a .86, pero los coeficientes de estabilidad para la escala A- Estado tienden a ser bajos (variando desde .16 a .54) como era de anticiparse en una medida que ha sido diseñada para ser influenciada por factores situacionales. Dada la naturaleza transitoria de los estados de ansiedad, las medidas de consistencia interna, tales como el coeficiente alfa, provee un índice más adecuado de confiabilidad de las escalas A- Estado que las correlaciones test-retest. Estos coeficientes de confiabilidad variaron de 0.83 a 0.93 para A- Estado. Así pues, la consistencia interna de las dos escalas del IDARE es bastante buena.

Con respecto a la validez, de la escala A-Rasgo del IDARE, correlaciona de forma moderadamente alta con otras medidas de ansiedad en estudiantes universitarios y pacientes. La correlación entre las puntuaciones del IDARE y la Escala de Ansiedad IPAT es de 0.75 en mujeres, 0.76 en hombres y 0.77 en pacientes. (Catell y Sheier, 1963 en Díaz y Spielberger, 1975) Un estudio más

reciente muestra un coeficiente alfa de Cronbach de 0.85 para la escala A-Rasgo y 0.89 para la escala A-Estado, mientras que la correlación entre ambas escalas es de 0.87 (Rojas, 2010).

Para realizar la interpretación de la prueba es necesario conocer el puntaje obtenido en cada ítem. Se debe utilizar una plantilla, a manera de saber qué grupos de ítems se suman y cuáles se restan, ya que algunas proposiciones son formuladas de manera directa (Ej. Estoy Nervioso) y otras de manera inversa (Ej. Estoy calmado). Posteriormente se utiliza una fórmula, cuyo resultado final permite ubicar al sujeto en distintos niveles de ansiedad para cada escala, siendo baja, moderada o alta (Anexo 4).

3.10.3 Registros Cognitivos y Conductuales

Se utilizaron para la realización de tareas en casa, por parte de la paciente, a lo largo del proceso terapéutico. La información obtenida de estos registros permitió analizar y evaluar los avances de la intervención psicológica.

3.11 Aplicación del Tratamiento (Procedimiento)

Se utilizó un diseño no reversible intra-serie, los cuales son utilizados cuando no es posible revertir el efecto del tratamiento, por razones técnicas, o por consideraciones éticas.

Específicamente, el diseño utilizado fue de cambio de criterio. Este diseño comienza con una fase de línea base en la que se registra la conducta que se quiere modificar. A partir de aquí se van introduciendo fases sucesivas en las que el tratamiento se va administrando en función del nivel de ejecución del sujeto en la fase anterior. Este nivel de ejecución en la fase previa se conoce como criterio y va cambiando de forma gradual entre las fases. En efecto, una vez se alcanza el criterio para una fase, se administra un nuevo tratamiento y se establece un nuevo criterio.

El nuevo criterio será superior o inferior al criterio anterior, dependiendo de si el interés se centra en incrementar o reducir la conducta objetivo. La efectividad del tratamiento quedará demostrada en la medida en que la conducta se vaya ajustando a los distintos cambios de criterio y finalmente alcance el nivel deseado (que puede ser la eliminación completa de esa conducta).

El presente estudio se llevó a cabo en diferentes fases, a continuación, se explican:

3.11.1 Fase I (Pre- evaluación)

En esta primera fase se realizó el primer contacto con la paciente. Se describió el motivo de consulta e historia del problema, de igual forma se establecieron las expectativas y objetivos con respecto a la terapia (Sesiones 1 y 2). Una vez descrito el motivo de consulta y la historia del problema, se determinó que el problema ajustaba a un caso de depresión por una disminución en la tasa de reforzamiento positivo, derivado de la no aprobación de su examen de ingreso a maestría, distanciamiento familiar, reconciliación fallido con su padre, y la posibilidad de padecer una enfermedad crónica. Posteriormente, para constatar el nivel de depresión, y ansiedad de la paciente se aplicó el inventario de depresión de Beck (Anexo 3) y el IDARE (Anexo 4) (Sesión 3). A través de la entrevista inicial se indagó en la sintomatología y motivo de depresión en la paciente. De este modo, las pruebas realizadas y la entrevista permitieron la recolección de información necesaria para realizar una planeación de la fase de intervención.

3.11.2 Fase II (Intervención) (Sesiones 3-10)

La intervención de este caso clínico fue cognitivo conductual. Se trabajó por medio de la terapia cognitiva; específicamente con la reestructuración cognitiva; con la finalidad de que la paciente identificara distorsiones en el pensamiento específicamente el área familiar, las limitadas posibilidades de su carrera, y la

posibilidad de tener cáncer sin un diagnóstico previo. En lo que refiere a las técnicas conductuales, se realizó un programa de actividades agradables, con la finalidad que la paciente incrementara las actividades que realizaba, de modo tal que incidieran de manera positiva en su estado afectivo y en sus cogniciones de baja autoeficacia. De igual forma, se utilizó la técnica de solución de problemas como una herramienta para que la paciente identifique una variedad de respuestas potencialmente efectivas para solucionar la reconciliación fallida con su padre, la preocupación por un posible diagnóstico, y su situación académica. El método de “role playing” fue utilizado para enseñar al paciente nuevas formas de enfrentar una situación problemática, en este caso, la reconciliación fallida con su padre.

Por último, se aplicó un plan de asignación de tareas graduales, el cual incluyó el establecimiento de horas calendarizadas de estudio, así como la elaboración de nuevas estrategias dirigidas al examen de ingreso de maestría.

3.11.3 Fase III (Post- evaluación)

Una vez concluida la intervención, se aplicó una segunda evaluación con los instrumentos iniciales, el Inventario de Depresión de Beck y el IDARE, con la finalidad de contrastar ambas evaluaciones y analizar el efecto de la intervención psicológica (Sesión 10).

Las 11 sesiones fueron llevadas a cabo cada semana, a lo largo de 3 meses 8 días, cada una de las sesiones con una duración de 1 hora 15 minutos. El motivo de que las sesiones no fueran llevadas a cabo de manera periódicas, fue debido a la imposibilidad de uso de las instalaciones de la clínica en días de asueto estipulados en el calendario escolar, así como imprevistos por parte de la paciente.

3.11.4 Seguimiento

Se realizó una sesión de seguimiento (Sesión 12) 5 meses 24 días posteriores a la última sesión, con la intención de verificar la eficacia del tratamiento y la posible realización de ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios.

4. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos durante la intervención psicológica. Para favorecer su exposición y entendimiento, los resultados fueron divididos en tres bloques. En el primero de ellos, se encuentra una descripción de cada una de las sesiones que formaron parte de la intervención, incluyendo la fase de seguimiento. En el segundo apartado se muestra la evaluación de efectividad del proceso de intervención, en el cual se encuentran las puntuaciones de los inventarios de depresión (BDI-IA) y ansiedad (IDARE) aplicados en las fases de pre-evaluación, post-evaluación y seguimiento; además de un registro mensual de ocasiones en que la paciente sostenía algún episodio de depresión. En el último de los apartados se muestran fragmentos de la entrevista de seguimiento, a partir de los cuales se evalúa la obtención o no de las metas establecidas al inicio de la intervención.

4.1 Descripción por Sesión del Proceso Terapéutico

Nº. Sesión: 1

Tipo de sesión: Presentación y Entrevista Conductual

Reporte de sesión: Se llevó a cabo una presentación entre el paciente y el terapeuta. Se pusieron a disposición los diversos servicios que ofrece la CUSI (Clínica Universitaria de Saludo Integral Iztacala), y se mencionaron aspectos administrativos; como el pago de la sesión, la importancia de la puntualidad y asistencia para el desarrollo de la terapia, así como los horarios en los cuales se llevaría a cabo la terapia. Se acordaron puntos con respecto a la confidencialidad, veracidad, y el posible uso de grabaciones; originando de esta manera un consentimiento informado.

Posteriormente, se llevó a cabo una entrevista conductual, la cual comprendió datos personales, motivo de consulta y nivelación de expectativas. Los motivos de

consulta han sido expuestos anteriormente en “análisis de motivo de consulta”. En lo que respecta a las expectativas, la paciente menciona que “le gustaría generar otra visión con respecto a sus problemas”.

Por último, se explicó a la paciente la perspectiva teórica a través de la cual se daría atención a su caso, siendo éste el modelo cognitivo conductual; perspectiva en la cual el pensamiento y conducta se encuentran vinculados. Por medio de ejemplos, e hizo ver a la paciente que nuestras conductas y problemas emocionales como la depresión es fruto del aprendizaje. De igual forma, se mencionó a la paciente que la terapia está centrada en el aquí y el ahora, con la intención de eliminar ideas preconcebidas de otras posturas teóricas.

Observaciones: Cuando habla de su padre, llora.

Nº. Sesión: 2

Tipo de sesión: Exploratoria, planteamiento de metas y objetivos

Reporte de sesión: Se continuó ampliando la información del caso, y se evalúan las expectativas mencionadas por la paciente en la sesión anterior. Se propone a la paciente no solo brindar una nueva visión respecto a sus problemas, sino la modificación de pensamientos y conductas que propician el estado depresivo. De este modo es que las expectativas de la paciente resultan más ambiciosas, quedando del siguiente modo: “terminar o disminuir los episodios de depresión”. De esta manera, es que se plantea dicha expectativa como meta para la terapia psicológica.

Dentro de esta sesión, se muestra a la paciente el análisis funcional realizado, y se corrobora toda la información mencionada; de esta manera, se le muestra, que existe un problema en los efectos o resultados que ha obtenido de ciertas conductas como: no quedarse en estudios de maestría, una reconciliación fallida con su padre,

aunado un problema en la vesícula. Situaciones que comprenden los pensamientos más recurrentes que tiene cuando tiene dichos “episodios de depresión”.

Se plantea a la paciente la posibilidad de actuar de manera eficaz, de tal manera que se obtengan resultados diferentes, y se pueda recuperar la confianza en sí misma.

El terapeuta muestra los siguientes posibles objetivos para conseguir la meta planteada:

Reconocer y cambiar patrones cognitivos que producen ideas y conductas no funcionales por medio de la reestructuración cognitiva.

Reducir el malestar emocional asociado con la salida de su padre de casa, y el poco interés que tuvo hacia ella, así como lograr una reconciliación efectiva y mantener una relación funcional con su padre.

Reformular metas efectivas dirigidas al ámbito laboral y profesional

Reducir las creencias disfuncionales con respecto a su salud, y adelantar un diagnóstico médico.

Tanto paciente como terapeuta analizan los pros y contras de cada uno de los objetivos planteados, y posibles implicaciones del cumplimiento de cada uno de los objetivos.

La paciente acepta los objetivos planteados, asegurando que son beneficiosos para su vida.

Nº. Sesión: 3

Tipo de sesión: Aplicación de Pruebas psicométricas, Terapia cognoscitiva de Beck y solución de problemas

Reporte de sesión: Al inicio de la sesión, se explicó a la paciente la importancia de ser evaluada para poder ver el grado de ansiedad y depresión que tiene, así como los posibles avances al terminar las sesiones terapéuticas, por lo que se aplicó el inventario de depresión de Beck, y el Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), pidiendo que respondiera de manera verídica.

Con el objetivo de que la paciente identifique y modifique ciertas cogniciones desadaptativas que producen emociones y conductas no funcionales, el terapeuta buscó contrastar ciertas cogniciones con la realidad empírica.

En primera instancia, se preguntó si ya había tenido algún diagnóstico con respecto a los pólipos en la vesícula, posteriormente: ¿en qué porcentaje se puede contraer cáncer por el problema de los pólipos?, si conocía algún caso parecido, cuáles eran los beneficios de llorar o sentir angustia con respecto a la posibilidad de tener cáncer sin un diagnóstico previo; si existían alternativas a esta situación etc.

El terapeuta hizo hincapié en la importancia que tiene la habilidad de solucionar conflictos, como una forma de incrementar la sensación de control en las personas, la disminución de estrés y como una mejora de calidad de vida. Se presentó a la paciente el método de solución de problemas; método con el cual se trabajaría a lo largo de las sesiones. Se analizó la frecuencia con la cual estamos expuestos a problemas. Posteriormente se sugirieron estrategias para identificarlos: emplear los sentimientos como “señales” para reconocer problemas 2) después de cometer errores o lograr soluciones ineficaces 3) recurrir a un listado de problemas. Se ahondó en los pasos como estrategia de solución de problemas:

Definición y Formulación del problema de manera concreta; evaluando la importancia del problema, considerando los beneficios de resolverlo o no Además de plantear metas y objetivos realistas.

Generación de alternativas de solución. Con el objetivo de disponer de tantas soluciones alternativas como sea posible.

Toma de decisiones: analizando las ventajas y desventajas de cada una de las soluciones propuestas, además de analizar el costo-beneficio

Ejecución y verificación de soluciones. De este modo, se estableció una problemática. En primera instancia, la paciente mencionó que la problemática era la posibilidad de tener cáncer”, posteriormente, analizando el factor que convierte a la situación en problema, se llegó a la conclusión que el principal factor que convierte dicha situación en problema es la incertidumbre, la cual es motor de otras emociones como: preocupación, tristeza, inseguridad, miedo, inquietud, etc. De este modo, la problemática quedó definida como: “Pólipos en la Vesícula, y la incertidumbre por falta de un diagnóstico”. Se cuestionaron cuáles serían los posibles beneficios de solucionar dicho problema, a lo que la paciente respondió que principalmente tranquilidad en sus pensamientos.

Se generaron y analizaron las posibles alternativas de solución, llegando a la conclusión de que era necesario tener un diagnóstico de un médico especializado, y en caso de ser necesario, una operación. Se mencionó a la paciente que ella era la única que podía tratar dicha situación, por lo que era conveniente que estuviera convencida de la importancia asistir con un médico. Se preguntó a la paciente si tenía la posibilidad de asistir al médico esa misma semana, a lo cual la paciente mencionó que si, por lo que se estableció como tarea.

Otra de las cogniciones manifestada por la paciente fue que su padre nunca demostró interés por sus logros escolares, a lo que se le preguntó: ¿qué tan segura estaba de ello?, o ¿en qué estaba sustentada su afirmación?, a lo que respondió que no recordaba, de igual forma, se analizaron las diversas maneras que existen de demostrar interés por alguien, fuera de los apapachos y felicitaciones expresas, pues ella menciona que su padre no suele demostrar su cariño con este tipo de gestos.

Otro de los cuestionamientos realizados por el terapeuta fue: si las demás personas están obligadas de reconocer nuestros logros, y se analizaron las posibles razones por las cuales podría darse dicha situación. La paciente llegó a las siguientes conclusiones: que, al vivir su padre en un pueblo en Veracruz, en situaciones muy precarias, y al querer estudiar medicina y no hacerlo, el hecho de otorgarle la posibilidad de estudiar una carrera universitaria, era una manera de demostrar su afecto, de igual forma, quizás el tema de las calificaciones lo veía como una obligación por parte de ella.

Otra de las posibilidades fue el hecho de siempre tener muy buenas notas, pudo acostumbrarlo, y dejar de ser novedad, esto sin querer decir que no estuviese orgulloso de ella, o no lo apreciara.

Por último, se llegó a la conclusión de que el hecho de no recordarlo, no quiere decir que no haya existido. De igual forma, que existen diversas formas por parte de un padre demostrar afecto, una de ellas procurando los aspectos económicos o formativos de los hijos.

Observaciones: La paciente menciona no recordar muchas situaciones de su infancia, e incluso de hace 4- o 5 años.

Nº. Sesión: 4

Tipo de sesión: Reestructuración cognitiva

Reporte de la sesión: La paciente mencionó que, a raíz de la sesión anterior, preguntó a su mamá acerca de una situación en particular de entrega de boletas y festival en la que su padre no pudo asistir, a lo que su madre respondió que en esa ocasión su padre no pudo asistir por su trabajo. Cabe mencionar que su madre no trabajaba en aquellos tiempos.

Posteriormente, se presentó a la paciente un modelo con el cuál trabajaríamos a lo largo de todas las sesiones e incluso al terminar que sería de vital importancia: “reestructuración cognitiva”. Se explicó de manera general esta estrategia con la cual se trabajaría a lo largo de las sesiones.

En primera instancia, por medio de ejemplos, se hizo ver que, a partir de lo que hemos aprendido a lo largo de nuestra vida es que podemos interpretar de cierta manera determinado evento, generando determinados esquemas; dicha interpretación puede ser falsa en determinados momentos, de tal manera que se puede incurrir en creencias o pensamientos disfuncionales como:

1) La sobregeneralización: “todos los hombres son iguales”; 2) Inferencia arbitraria: “cuando nos presentan a alguien y no nos cae bien a primera vista”; 3) Abstracción selectiva: “decir que toda la semana nos fue mal”, 4) Personalización: “seguro se ríen porque me veo mal”; 5) Pensamientos absolutistas dicotómicos: “todos los hombres o son infieles o gay); y 6) magnificación y minimización de un acontecimiento.

A dichas cogniciones disfuncionales, se le suman algunas otras, como la idea de que “uno es prisionero del pasado”, que los problemas que tenemos se dan por causas externas.

Se preguntó a la paciente, si ella identifica algún pensamiento de este tipo, o que pudiera dar algún ejemplo de cada categoría mencionada. Se mencionó a la paciente, que este tipo de cogniciones disfuncionales, también se pueden presentar en forma de imagen. El terapeuta ahondó en la importancia de identificar en primera instancia, dichos pensamientos, y posteriormente llevarlos a un análisis que permita una reinterpretación de dichos pensamientos por otros más funcionales. Una vez ejemplificados diversos pensamientos disfuncionales, se mostró a la paciente la manera en la cual serian analizados dichos pensamientos, para lo cual se entregó a la paciente un formato para la detección y análisis de pensamientos disfuncionales (Anexo 2).

Se pidió a la paciente que cada vez que identificara un pensamiento disfuncional lo grabara de propia voz en su celular, o lo registrara por escrito, y posteriormente realizara un análisis con las preguntas que se le otorgaron en la tabla. De esta manera, la siguiente sesión, serian revisados los pensamientos disfuncionales de la paciente, y las conclusiones a las cuales llegó.

Observaciones: La tarea propuesta en la sesión pasada para la paciente, se realizó, ya que la paciente fue a preguntar a un hospital acerca de la situación de los pólipos y tratamiento, a lo largo de las sesiones, se realiza un seguimiento de dicha situación.

Nº. Sesión: 5

Tipo de sesión: Seguimiento de Terapia Cognitiva

Reporte de sesión: Se preguntó a la paciente si identificó algún pensamiento disfuncional durante estas dos semanas, a lo cual la paciente mencionó que sí. La paciente menciona que no le había dado gusto a su mamá verla.

Se realizó un análisis de validez de dicho pensamiento. La única “evidencia” que mencionaba la paciente, era que no vio que su madre se pusiera alegre. Durante la terapia, se demostró que posiblemente esta evidencia no era suficiente para llegar a determinada conclusión. Analizando el pensamiento, dimos cuenta, que hay muchas otras interpretaciones probables para dicha conducta. Posteriormente, la paciente mencionó que por lo general su mamá no suele ser muy afectiva, y no suele demostrar sus emociones de manera expresa, sin embargo, no era un indicador de que no le diera gusto verla.

Otro pensamiento que señaló la paciente, es que su mamá no le estaba poniendo atención mientras ella hablaba, para lo cual se analizaron los posibles indicadores de cuando alguien está poniendo atención a tu persona y plática. Se llegó a la conclusión de que efectivamente su madre no estaba poniendo atención. Una vez que se identificó que las hipótesis de la paciente respecto a ese pensamiento resultaban correctas, es que se identificó un problema que requería solución. Razón por la cual se utilizó el procedimiento de solución de problemas.

Se analizaron las posibles alternativas de solución, dentro de las cuales, se eligió cambiar de manera sutil el tema de conversación con su madre, ya que a ella le gusta mucho hablar de ella misma y temas ya platicados. Se acordó, que en caso de que su madre le cuente algo que ya escuchó, mencionar sutilmente que ya le había contado, y proponer algún tema de conversación interesante para las dos. Se pidió a la paciente que pusiera en práctica la decisión para una posible comprobación.

Nº. Sesión: 6

Tipo de sesión: Terapia cognitivo conductual.

Reporte de sesión: Durante esta sesión, se continuó con la terapia cognitivo conductual, pero dirigida a su situación académica; para lo cual, se recabó

información de sus estudios de universitarios y el examen presentado para la maestría en el Instituto Politécnico.

La paciente mencionó que en aquella ocasión no se preparó de manera adecuada, posiblemente por el hecho de haber aprobado su examen de titulación sin previo estudio. El terapeuta cuestionó si en verdad el hecho de reprobar sin estudiar le sorprendió, y si ella cree que alguno de los alumnos que logró colocarse en el posgrado haya acreditado el examen sin estudiar. A la par, se realizaron las siguientes preguntas: ¿Qué probabilidad hay de pasar sin estudiar antes?, ¿Cuántos lugares crees que hay para la maestría que quieres?, ¿Que variables consideras que existieron entre los estudiantes que acreditaron el examen y lograron acceder a la maestría de los que no?, etc. Se llegó a la conclusión de que es muy difícil acreditar un examen de estas características sin un estudio previo.

Se llevó a cabo seguimiento de la terapia cognitiva, y se analizaron dos pensamientos grabados por la paciente.

La paciente mencionó durante esta sesión, que probablemente se operaría de la vesícula para retirar los pólipos, por lo que agendó unos estudios.

Nº. Sesión: 7

Tipo de sesión: Solución de problemas

Reporte de sesión: La paciente identificó dos situaciones identificadas como estresantes y antecedentes a emociones negativas, los cuales expuso durante la sesión. El primero de ellos referente a que no le gustaba relacionarse ya con sus amigos, por lo cual se indagó en cómo era su relación. La paciente menciona, que al igual que con su madre, muchas veces los temas de los cuales hablan le aburren, debido a que sus pláticas están centradas en sus noviazgos y hombres. Se preguntó a la paciente cada cuándo ve a sus amigos, a lo que respondió que diario, debido a

que como vive cerca, la mayoría de las ocasiones, ellos van a su casa después de clases. Dicha situación no le agrada, pues en ocasiones ella quiere salir, mientras que sus amigos prefieren estar en su casa y ver películas, o hacer sus tareas.

En primera instancia, se definió el problema: “En ocasiones, me llegan a cansar mis amistades”.

Las alternativas planteadas fueron: hacer más amigos, realizar alguna actividad la cual me permita conocer a más personas, proponer nuevos temas de conversación, la posibilidad de decir a mis amigos que tengo cosas de hacer, establecer límites con respecto a las visitas que hacen a mi casa, mencionar que no me gusta de lo que hablan, etc.

Se tomó una decisión a partir de todas las alternativas planteadas, la cual fue en primera instancia establecer límites con respecto a las visitas que hacen a su casa, ya que en ocasiones no tenía muchas ganas de verlos, y ellos acudían a su casa. La manera en la cual se establecerían los límites era diciendo a qué hora podían llegar, o mencionando que en esa ocasión no podría verlos, o proponiendo actividades de interés en otros espacios. De igual forma, se decidió cambiar de conversación de manera sutil, por otros temas de interés mutuo.

Se pidió a la paciente que pusiera en marcha las decisiones tomadas durante la sesión.

Nº. Sesión: 8

Tipo de sesión: Establecimiento de metas efectivas

Reporte de sesión: Con el apoyo de un formato de planeación de metas efectivas (Anexo 5), se llevó a cabo un plan para la elaboración del examen de maestría de la

paciente. Se definió el objetivo: Pasar el examen de maestría. Se determinó que dicho objetivo es medible, alcanzable y con determinada duración.

Se analizaron los cambios que podría conllevar el cumplimiento de la meta, entre ellos: cambio de actividades, ocupación de tiempo, la posibilidad de un mejor empleo, obtención de nuevos conocimientos, una posible beca, realización personal, mayores gastos, etc. Se analizó la meta mencionada, y se llegó a la conclusión de que la paciente sí está dispuesta a dedicar tiempo y esfuerzo, que la meta es positiva para su persona, y totalmente alcanzable.

Se estableció la fecha en que será conseguida la meta, así como todo lo que se necesitará para cumplirla (libros, tiempo, computadora, internet, un horario de estudio definido, un lugar para estudiar, etc). Posteriormente, se trazaron la submetas, las cuales serán en primera instancia la inscripción al examen y posteriormente el estudio de un bloque del temario en determinado tiempo.

Se identificaron los socios con los que se compartirá el objetivo (su mamá, y una amiga), y de igual forma los expertos que pueden ayudarle o darle asesoría en ciertos temas (profesor y una amiga).

Se establecieron las recompensas que se auto-proveerían al terminar cada bloque, haciendo hincapié en la importancia de suministrarlas en tiempo, y solo si se cumple la sub-meta en tiempo y forma. Se pidió que entregara el plan de trabajo a su amiga, así como ponerlo en un lugar visible. El plan de trabajo completo se puede apreciar en el Anexo 6, estableciéndose como fecha límite el día del examen.

Nº. Sesión: 9

Tipo de sesión: Seguimiento Terapia Cognitivo Conductual.

Reporte la sesión: En primera instancia, como en cada una de las sesiones, se preguntó a la paciente si había tenido algún tipo de “episodio de depresión”, a lo que respondió que no. Posteriormente, se dio seguimiento a la obtención de metas, preguntando si cumplió las sub-metas establecidas en el plan para obtención de metas efectivas (Anexo 6), y si se auto-recompensó, a lo que la paciente respondió que sí.

Se preguntó a la paciente si tenía intenciones de volver a platicar con su papá acerca de su salida de casa, y qué pretendía lograr con ello. La paciente mencionó que lo que ella quería era que se disculpara con su mamá por las ocasiones en que la violentó. Se cuestionó a la paciente acerca de que tan probable era que eso sucediera, y en que podría ayudarle dicha situación. A lo que respondió que probablemente no se llevaría a cabo. Las expectativas de hablar con su padre fueron cambiadas al hecho de saber que sentía él cuando salió de su casa, y hacerle saber qué es lo que ella sintió cuando se salió, y también durante el tiempo que no la buscó.

El terapeuta retomó una parte del discurso de la paciente de las primeras sesiones, donde ella menciona que siente coraje de que su padre las hubiese abandonado, y se juntara con otra pareja. Se preguntó a la paciente ¿Cómo sería la relación entre sus padres en caso de que su papá no se hubiera salido de casa?, a lo que la paciente mencionó que probablemente continuaría un ambiente de violencia. El terapeuta preguntó a la paciente si la salida de casa de su padre fue una mala decisión, a lo que la paciente quedó pensativa respondiendo que no, que probablemente fue lo mejor. La paciente menciona que no había visto dicha situación desde esa perspectiva. El terapeuta retomó algunos puntos citados anteriormente de la terapia cognitivo conductual, específicamente de la técnica de reestructuración cognitiva; en donde, nuestra reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, valoramos e interpretamos, de las atribuciones que hacemos y las expectativas que tenemos. De este modo, la

paciente concluyó mencionando que siempre había visto como algo “malo” o como falta de interés de su padre el hecho de haber salido de su casa; sin identificar los beneficios que podría traer para ambos padres, e incluso para ella no seguir fomentando el ambiente violento en que vivía.

Se pidió a la paciente que contara de manera detallada la ocasión en que intentó reconciliarse con su padre, y que mencionara que estímulos cambiaría de dicha situación. La paciente mencionó que los tiempos en los cuales se vieron y tocaron el tema de su salida de la casa fue muy corto, y no fue planeado, de igual forma, la paciente menciona que se siente incómoda cuando está en casa de su papá o cuando se encuentra la mujer de su papá.

Durante la sesión, dimos cuenta que para llegar a la meta que se pretendía, era necesario establecer una relación de confianza, la cual hasta ahora no existe con su padre, por lo cual, identificamos que situaciones hacen que uno confíe en las personas. De tal manera, es que se estableció que se llevarían a cabo al menos 3 citas antes de tocar el tema de su salida de casa.

Se tomó la decisión de que se hablaría antes con su padre, para hacer una cita con el tiempo suficiente, y fuera de su casa. Para las primeras dos citas, lo único que se pretende es entablar una conversación, para lo cual la paciente tocará temas de interés, y fomentará la comunicación. En una tercera cita, se pretende hablar acerca de la partida de su padre, con el fin de escuchar sus razones, y externar los sentimientos que la paciente tuvo en su partida. La meta de dicho reencuentro, es recuperar la relación padre-hija, por lo cual, uno de los puntos esenciales es practicar la escucha activa, sin realizar juicios de valor, o estando sometida a emociones negativas. De igual forma, se entrenó a la paciente por medio del “juego de roles” para considerar todas las posibilidades de respuesta.

Esta misma técnica de “juego de roles” fue utilizada para establecer la seguridad con que se hablará, el tono de voz, y posibles respuestas ante situaciones no esperadas.

Nº. Sesión: 10

Tipo de sesión: Terapia cognitiva y post- evaluación

Reporte de sesión: Se preguntó a la paciente acerca de su estado de salud y próxima operación. La paciente mencionó que la siguiente semana tiene programada una cita para ver si es operada.

Se aplicó de nueva cuenta el inventario de depresión de Beck, y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), argumentando que evaluaríamos el nivel de ansiedad y depresión actual, posterior a la intervención psicológica.

Con respecto a la obtención de metas, la paciente ha estudiado, y se ha auto-recompensado con forme al formato para elaboración del plan (Anexo 5). Con respecto a la presentación de los llamados “episodios de depresión”, la paciente menciona que, durante un día, en dos ocasiones se sintió desesperada y con ganas de llorar, sin embargo, utilizando el formato provisto de reestructuración cognitiva logró controlarlo. En una tercera ocasión lloró, debido a que siente que queda poco tiempo para el examen y es mucha presión.

Se realizó un análisis de validez, de utilidad y de otros puntos de referencia, tal y como aparece en el cuadro de reestructuración cognitiva. Se llegó a la conclusión de que efectivamente queda poco tiempo, sin embargo, ese tipo de pensamientos no son de utilidad en este momento para cumplir las metas deseadas, de igual forma, que resulta “normal”, sentir ese tipo de desesperación, a causa de las horas semanales estudiadas, sin embargo, es necesario controlarlo. Por último, se

recordaron los “pros” de realizar el esfuerzo de continuar estudiando, y lo importante que era no claudicar para la obtención de la meta.

Nº. Sesión: 11

Tipo de sesión: Presentación de avances

Reporte de sesión: De manera verbal, se evaluó cómo se sintió la paciente a lo largo del proceso terapéutico, se preguntó si identificó cambios en sus pensamientos y conductas antes y después de la terapia, a lo que la paciente respondió que sí, que adquirió nuevas herramientas. Posteriormente, se mostró a la paciente los resultados obtenidos en sus evaluaciones, existiendo una notable mejoría, y haciendo hincapié en la importancia de su participación, y la importancia de continuar aplicando las herramientas utilizadas durante las sesiones. La meta principal fue cumplida (“terminar o disminuir los episodios de depresión mencionados por la paciente”) sin embargo, aún queda pendiente la realización de su examen, el diagnóstico final de su médico, programado para el día siguiente a esta sesión y una cita ya establecida con su padre para el próximo mes, por lo que se pidió a la paciente una fecha para poder realizar un seguimiento del tratamiento con el fin de verificar el cumplimiento de objetivos terapéuticos, así como la prevalencia de los resultados obtenidos.

Nº. Sesión: 11

Tipo de sesión: Seguimiento

Reporte de sesión: Se aplicó de nueva forma el Inventario de Depresión de Beck y el IDARE, y posteriormente se realizó una entrevista semi-estructurada (Anexo 7), con el fin de verificar el cumplimiento de metas establecidas al inicio de la intervención psicológica

De igual forma, se expuso a la paciente la posibilidad de publicación de su caso clínico con fines puramente académicos, para lo cual accedió a firmar un consentimiento informado para publicación.

4.2 Evaluación de Efectividad del Proceso de Intervención

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en las evaluaciones de ansiedad y depresión antes y después de la intervención.

La evolución del tratamiento se observó constante a lo largo de las sesiones. Las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA) en la línea base disminuyeron considerablemente. En la Figura 1 se muestran las puntuaciones obtenidas en (BDI-IA) en la pre-evaluación, post-evaluación y seguimiento. La puntuación obtenida en la pre-evaluación fue de 11, lo cual sugiere una “leve perturbación del estado de ánimo”, los indicadores de depresión en esta primera evaluación fueron: sentimientos de fracaso, insatisfacción, autoacusación, odio a sí mismo, indecisión y sentimiento de incapacidad laboral. La puntuación obtenida en la fase de post-evaluación fue de 3 (No existe algún tipo de depresión), sus indicadores fueron: sentimiento de fracaso, hipocondría e incapacidad laboral. Para la evaluación de seguimiento el puntaje fue de 2 (No existe algún tipo de depresión) y sus indicadores fueron: autoacusación y trastorno del sueño.

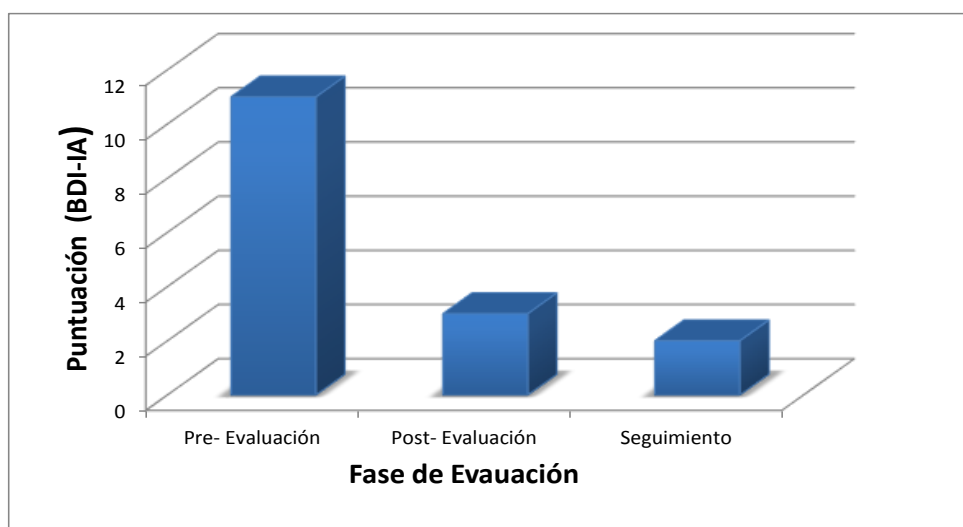


Figura 1. Puntuación obtenida en la pre-evaluación, post-evaluación y seguimiento del Inventario de Depresión de Beck. (BDI-IA).

En la Figura 2 se muestran los resultados obtenidos en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) antes y después de la intervención psicológica, incluyendo la etapa de seguimiento. En la Escala Rasgo la paciente obtuvo puntuaciones altas, tanto en la pre-evaluación como post-evaluación (50 y 45 puntos respectivamente), lo cual indica un nivel de ansiedad alto, mientras que, en el seguimiento su nivel de ansiedad es medio (30 puntos). A partir de estos resultados podemos inferir que la paciente tiene una propensión media-alta de ansiedad; estos niveles de ansiedad son relativamente estables. En lo que refiere a la Escala Ansiedad Estado, como condición emocional transitoria, existió un crecimiento no significativo, ya que en todas las evaluaciones la paciente demostró un nivel medio de ansiedad (33, 34 y 35 puntos respectivamente).

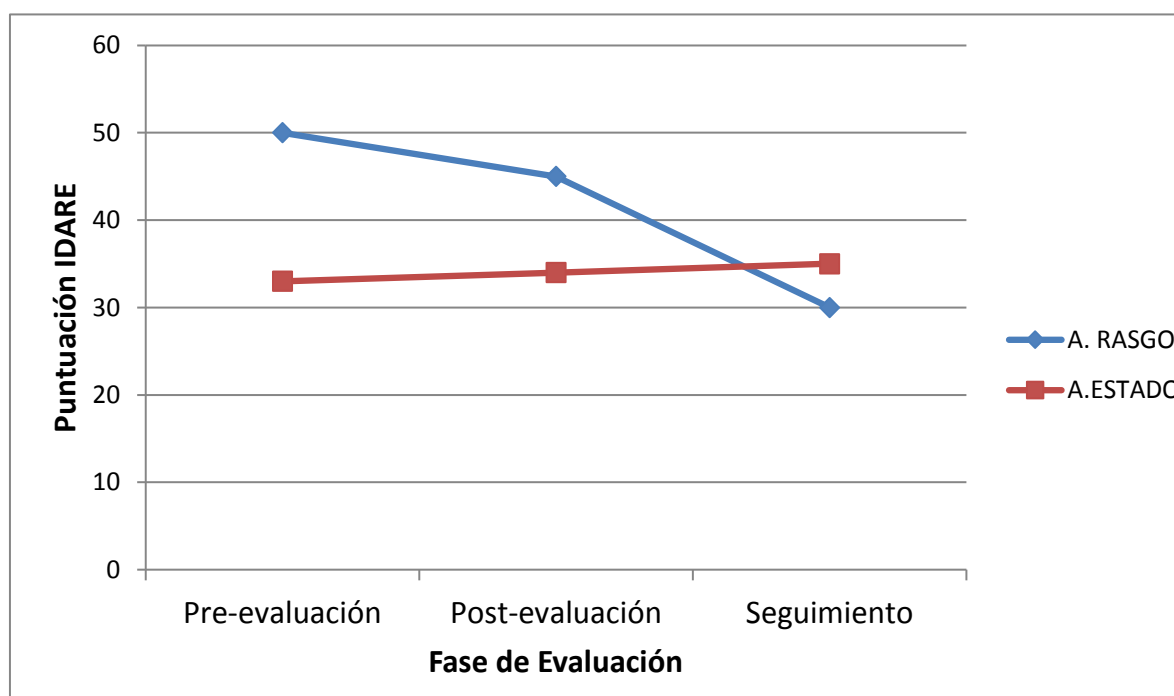


Figura 2. Puntajes obtenidos en la pre-evaluación, post-evaluación y seguimiento del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

En la Figura 3. se puede observar el registro mensual llevado a cabo por la paciente de las ocasiones en que presentaba algún episodio de depresión, tomando como principal indicador, las veces en que lloraba a causa de pensamientos negativos. La Figura muestra un decremento en los episodios de depresión, a partir del inicio de intervención psicológica.

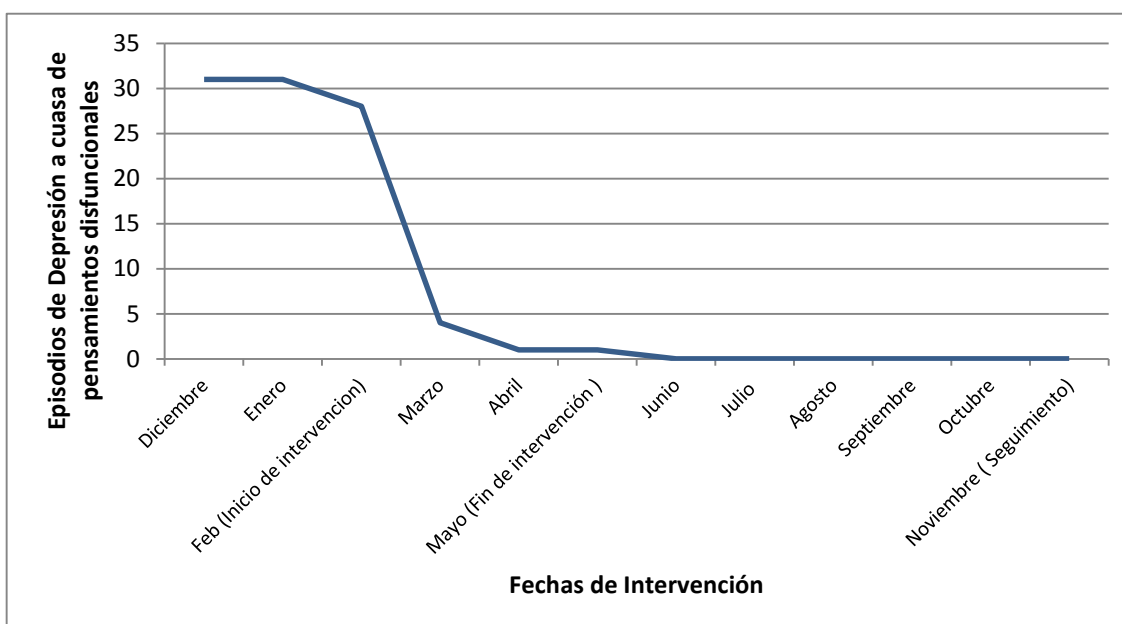


Figura 3. Registro mensual de ocasiones en que la paciente experimentaba algún “episodio de depresión”.

Los datos anteriormente descritos muestran una disminución considerable en los episodios de depresión de la paciente, lo cual se encuentra relacionado a un aumento en su tasa de reforzamiento gracias a las herramientas cognitivo conductuales provistas durante el proceso de intervención. La aplicación de dichas herramientas resulta más evidente durante la etapa de seguimiento.

En lo que respecta a los objetivos del programa de intervención (1.-Reconocer y cambiar patrones cognitivos que producen ideas y conductas no funcionales 2.- Reducir el malestar emocional asociado con la salida de su padre de casa, así como lograr una reconciliación efectiva y mantener una relación funcional 3.- Reformular metas efectivas dirigidas al ámbito laboral y profesional; 4.- Reducir las creencias disfuncionales con respecto a su salud, y adelantar un diagnóstico médico), se cumplieron 3 de 4 establecidos. En el objetivo 2 existieron cambios cognitivos; los cuales fueron más visibles en la etapa de seguimiento, donde la paciente menciona que no tiene la misma percepción que antes de su padre, ya que no alimenta

pensamientos disfuncionales alrededor de los actos y conversaciones de este hacía ella. En lo que refiere al aspecto conductual, no se cumplió el objetivo, debido a que, por falta de tiempo, así como por la distancia, no se pospuso dicho acercamiento con su padre.

4.3 Seguimiento

Los datos obtenidos en la entrevista de seguimiento (Anexo 7) muestran el avance en cada uno de los objetivos propuestos al inicio de intervención, siendo evidente el cambio de patrones cognitivos por pensamientos alternativos más funcionales.

Al cuestionar a la paciente si se logró terminar con los episodios de depresión y de qué manera; la paciente menciona: *“Si, actualmente al ocupar mi tiempo; no tenía algo formal en que entretener mi tiempo. Se logró al analizar las cosas fríamente, identificar las ideas disfuncionales que me causaban angustia y depresión en vez de seguir arrullándolas”*.

Con respecto a la utilidad de la terapia, la paciente mencionó:

“Si me sirvió; no se solucionó todo, pero tengo las armas, recursos para saber qué hacer, no desesperarme, analizar las cosas, para esos y otros pensamientos que tenga...”. “Me ayudó principalmente a analizar, no tener ese pensamiento y fomentarlo, si no que marcar una pauta, y decir: “a ver, no estés pensando cosas que no” y verlo de forma objetiva”

Con respecto a si ha tenido algún episodio de depresión a partir del término de la intervención, la paciente menciona: *“Nada significativo, no repercute en mis actividades, por lo mismo que estoy ocupada, y casi no tengo tiempo”*. Respecto a si ha llorado a causa de pensamientos disfuncionales *“Sí he llorado, pero no en el sentido de antes, he llorado a causa del ritmo pesado... si he llorado por*

desesperación, sin embargo, lloro a conciencia, para desestresarme; lloro, me calmo y continúo la lectura...

- **Objetivo 1.** Reconocer y cambiar patrones cognitivos que producen ideas y conductas no funcionales.

La paciente menciona que de manera general el objetivo se cumplió. Un pensamiento disfuncional que ha logrado identificar últimamente es: *"inseguridad al no sentirme capaz de discutir artículos"*, *"...he identificado, que en ocasiones tengo el pensamiento de que mis otros compañeros saben más que yo..."*.

Sin embargo, ha aplicado las técnicas vistas durante el tratamiento:

Reestructuración cognitiva:

"hay compañeros que son más participativos, y tienen muchos conocimientos, pero también veo a muchos otros, que estamos en el nivel...". **Análisis de utilidad:** *"no tengo buenas referencias, y no me hace estar a gusto..."*. **Análisis de otros puntos de vista:** *"mis compañeras dicen que soy buena discutiendo, pero me da pena participar"*.

La paciente menciona que, de igual forma, ha aplicado el procedimiento de solución de problemas. En el siguiente fragmento, podemos identificar el uso de la reestructuración cognitiva, específicamente un análisis de validez, y un cambio en la conducta gracias a la solución de problemas de manera internalizada; es decir, de manera cognitiva:

"...Escrito no... Completo no, pero si mentalmente. El problema es que luego no entiendo los artículos, y tengo el pensamiento de que no podré hacer ya nada. Lo que hago es; en vez de mantener esa posición, lo analizo y pienso en que he sido

una de las mejores en promedio en los dos cursos y lo que hago es que; no soy buena en la discusión...lo que hago es leerlo y releerlo, aunque me tarde y así entenderlo como los demás...”

- **Objetivo 2.** Reducir el malestar emocional asociado con la salida de su padre de casa, así como lograr una reconciliación efectiva y mantener una relación funcional con su padre.

El objetivo no se cumplió de manera conductual ya que “Daniela” menciona que no abordó a su padre debido al poco tiempo que tiene por sus estudios de posgrado. Sin embargo, a nivel cognitivo existieron cambios. En la Tabla 3, se muestra un cotejo de los pensamientos que tenía con respecto a su padre antes de la intervención, y en la entrevista de seguimiento.

Tabla 3.

Pensamientos respecto a su situación familiar antes de la intervención y en el seguimiento

Antes de la Intervención	Seguimiento
<p><i>“No me gustaría que mi papá me dé su amor por lástima”</i></p> <p><i>“No tuvo interés por mi”</i></p> <p><i>“...no reconoció mi esfuerzo...”</i></p> <p><i>“...nunca reconoció mis éxitos escolares.”</i></p>	<p>- <i>“...vimos que lo de mi papá no se cumplió, sin embargo, ya no pienso de la misma forma de antes, ya lo dejé de lado, pero cuando me enfrente a ese problema, ya no lo veré igual que hace un año...”</i></p> <p>-Terapeuta: ¿De qué manera lo harías ahora?</p> <p><i>“Considerándolo, escucharlo, no simplemente tener esos pensamientos premeditados, no pensar en que me dijo que me quiere, pero en realidad no. Ya no iría predispuesta con esos pensamientos...”</i></p>

- **Objetivo 3.** Reformular metas efectivas dirigidas al ámbito laboral y profesional.

El objetivo se cumplió, ya que se estableció la meta de realizar de nueva forma el examen de admisión a estudios de maestría, y se logró el seguimiento al plan de metas efectivas dirigido a esta meta. De igual forma, la paciente logró aprobar su examen de ingreso.

La paciente menciona que llevó a cabo “el formato para la elaboración del plan” conforme a las fechas acordadas y reforzadores establecidos durante la sesión terapéutica. Respecto a si fue de ayuda la técnica de “establecimiento de metas efectivas” la paciente mencionó: *“Sí, yo no soy tan organizada, ya tenerlo por escrito con una meta que cumplir; si le di importancia de no dejarlo para al rato”*.

Respecto a los pensamientos que tenía con respecto a su situación escolar (*¿ahora qué hago?*) y, las limitadas posibilidades de su carrera, existió un cambio significativo:

“Con la maestría ya se me abren más oportunidades. Tenía planeado trabajar como profesora en Veracruz, buscar trabajo por parte de la SEP en alguna prepa o secundaria, pero con la maestría, buscaría trabajar en alguna universidad.”

- **Objetivo 4.** Reducir las creencias disfuncionales con respecto a su salud, y adelantar un diagnóstico médico.

El día de la entrevista de seguimiento, la paciente menciona que pospuso la operación de los pólipos en la vesícula debido a la fuerte carga de trabajo en sus estudios de maestría, sin embargo, será reprogramada a finales del siguiente año.

La paciente menciona que logró analizar los pensamientos que tenía respecto a la posibilidad de tener cáncer en la vesícula:

“...Si, una de las cosas por las que me ponía mal, era la de los pólipos, la posibilidad de tener cáncer por los antecedentes que existen en mi familia, sin embargo, llegue a la conclusión de que el cáncer que ellos tuvieron fue en otra área. Ya no pienso en eso, siento que entre más se piensa, se pueden agravar las cosas. Sé que hay posibilidad, siempre hay probabilidad, no gano nada pensando en que podría...”

Al ponernos en contacto tiempo después con la paciente, mencionó que la operación fue realizada con éxito.

Por último, la paciente menciona que los síntomas de gastritis disminuyeron de manera considerable. Actualmente siente agruras una o dos veces por semana en una intensidad de 30/100.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La meta establecida en el tratamiento del presente estudio de caso fue: aumentar la tasa de reforzamiento de la paciente, así como brindar herramientas cognitivas conductuales para el afrontamiento de depresión. Basándonos en los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA) y el Inventario de Ansiedad (IDARE); los cuales fueron considerados como criterios objetivos de cambio y efectividad, y desde una perspectiva conductual, donde la depresión se encuentra ligada a una disminución en las tasas de reforzamiento, podemos afirmar que la meta establecida al inicio del tratamiento se logró. La evaluación inicial en el inventario de depresión sugería una leve perturbación en el estado de ánimo, mientras que en la post-evaluación y seguimiento el puntaje obtenido se interpreta como ausencia de algún tipo de depresión.

En lo que respecta a las puntuaciones obtenidas en el inventario de Ansiedad (IDARE), en la Escala-Rasgo la paciente obtuvo puntuaciones altas en las primeras dos evaluaciones, mientras que en la entrevista de seguimiento manifiesta un nivel de ansiedad medio, lo cual sugiere que la paciente suele comportarse de manera ansiosa. En la escala de Ansiedad-Estado las puntuaciones tuvieron un ligero crecimiento; sin embargo, todas se encontraron en un nivel medio. Una de las situaciones por las cuales el nivel de ansiedad no disminuyó, fue por la cercanía del examen a estudios de maestría, lo cual en palabras de la paciente producía nerviosismo y estrés. Este tipo de manifestaciones o sentimientos se pueden considerar como normales, debido a las características del examen a presentar, en el cual existe mucha demanda y poca oferta por parte de las instituciones educativas.

Se puede establecer que el tratamiento cognitivo conductual instrumentado por la paciente fue exitoso. El cambio cognitivo, reinterpretación de pensamientos, el reencuentro con el ambiente escolarizado al ingresar a estudios de maestría, y un

diagnóstico y operación efectiva, trajo consigo un aumento en la actividad, y, por lo tanto, un aumento tasa de reforzamiento de la paciente.

Las evidencias de un cambio a nivel cognitivo fueron visibles a lo largo de la intervención gracias a la utilización de la terapia cognitivo conductual. La paciente pudo efectuar un análisis de validez de los pensamientos causantes de depresión, así como identificar los pensamientos que generan consecuencias negativas.

Las mayores evidencias obtenidas respecto a la eficacia de la intervención realizada en este estudio se encuentran en la fase de seguimiento, en donde se pudo corroborar que la utilización de la terapia cognitiva como herramienta de análisis de pensamientos disfuncionales sigue vigente. Durante el seguimiento, la paciente menciona haber aplicado de manera específica, la reestructuración cognitiva en pensamientos que tenía de sentirse incapaz para debatir temas en su maestría. El mismo caso; en el aspecto conductual, es con la estrategia de solución de problemas, ya que 6 meses después de la terminación del tratamiento, la paciente refiere seguir utilizando esta herramienta; si bien ya no de manera estructurada, siguiendo cada uno de los componentes de la estrategia de solución de problemas citados por Nezu (1987, Nezu y Perri, 1989 en Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000), sino de manera cognitiva. La paciente menciona aplicarlo para solucionar problemas respecto al nuevo ambiente escolar en el cual se encuentra inmersa, el cual suele ser estresante y con grandes cargas de trabajo.

El uso de esta herramienta como una nueva habilidad de solución de problemas favorece la desaparición de depresión al hacer frente a una situación difícil. Lo cual se traduce en un aumento en el refuerzo positivo de la conducta del sujeto, el cual, según Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger (1997) es un objetivo principal de las terapias conductuales para la depresión”.

Como ya se ha mencionado, el objetivo de que la paciente tuviese una reconciliación efectiva con su padre no fue cumplido. Existen muchas variables que podemos considerar para el análisis del no cumplimiento del objetivo. El más evidente, fue el desapego al tratamiento, ya que la paciente decidió posponer algún tipo de contacto con su padre. Francés, Sweeney y Clarkin (1985, en Santibañez, Román, Chenevard, Espinoza, Ibarra y Müller, 2008) mencionan como una de las variables inespecíficas; es decir, común a todos los enfoques, la disposición personal. Los consultantes que tienen una disposición negativa a la situación de tratamiento y que se encuentran relativamente intransigentes a los esfuerzos del terapeuta por establecer alianza terapéutica, obtienen resultados pobres. Así, la disposición positiva al tratamiento y al cambio favorecería el logro de resultados exitosos.

Una de las teorías que intenta dar explicación a la adherencia terapéutica es la teoría social cognitiva, la cual sugiere que cualquier cambio de conducta (por ejemplo, volverse adherente) se fundamenta sobre la creencia de que una persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada. Esta creencia en la habilidad o capacidad de alcanzar lo deseado es llamada "autoeficacia percibida". Según la teoría, esta creencia es esencial para predecir la conducta de adherencia, aun cuando otros predictores están presentes. Es así como una persona puede sentirse vulnerable ante una enfermedad o trastorno mental, entender cuáles son los comportamientos específicos que requiere el tratamiento, creer que la adopción de tal conducta saludable disminuirá la probabilidad de recaer y tener apoyo social. Sin embargo, si la persona no está convencida que tiene la habilidad para ejecutar la conducta, es poco probable que se lleve a cabo.

Por su parte, el modelo de Información- Motivación – Habilidades Conductuales demuestra que, en conjunto, la información, motivación y habilidades conductuales explican el 33% de la varianza del cambio conductual. Específicamente demuestra que la información es un prerrequisito, pero por si sola no es suficiente

para alterar la conducta. Además, provee evidencia que la motivación y las habilidades conductuales son determinantes críticos que son independientes del cambio conductual. La información y la motivación afectaran la conducta por medio de habilidades conductuales. Sin embargo, cuando las habilidades conductuales son familiares o no complicadas, la información y la motivación pueden actuar directamente sobre la conducta (Ortiz y Ortiz, 2007).

Autores como Ábalos y Villegas (1995 en Santibañez et al, 2008) señalan que la motivación, las expectativas y las necesidades del consultante, son variables relevantes para el logro de una adecuada complementación y compromiso entre los involucrados en el proceso terapéutico.

De este modo, algunas de las hipótesis del por qué la paciente decide posponer la visita con su padre, y desapegarse al tratamiento podría ser una baja autoeficacia percibida, o sentimiento de poca habilidad para ejecutar la conducta, así como deficiencia motivacional y habilidades conductuales, y/o que no lo encuentra necesario, debido al programa de actividades inherente a sus estudios de maestría:

“Lo único que he pensado en este tiempo es: En este tiempo que estoy acá ocupada ¿Qué tal si le pasa algo, debido a las enfermedades (Hepatitis) que tiene? Ahora está vivo... yo ocupada acá y no le he llamado...”

Otra de las variables inespecíficas predictoras del resultado en psicoterapia son las características individuales de quienes consultan. Krause (1992 en Santibañez et al, 2008) identificó cinco condiciones del consultante previo al inicio de la psicoterapia que resultan relevantes para que se produzca el cambio. Estas son: 1) Experiencia de los propios límites; 2) aceptación de necesidad de ayuda; 3) cuestionamiento de los modelos explicativos personales; 4) transformación de la conceptualización de los propios problemas y síntomas y desarrollo de metas para la

terapia; y 5) expectativas del consultante respecto del rol o función del terapeuta, respecto del propio rol, y de la estructura de la relación de ayuda.

En lo que corresponde a variables demográficas; es decir, genero, edad, y nivel socioeconómico, Santibañez *et al.* (2008) menciona que solo en determinadas situaciones como una violación puede ser importante el género del terapeuta; ya que el paciente se puede sentir más cómodo con una persona del propio sexo. En relación a la edad, se plantea que los consultantes más jóvenes han sido considerados como mejores candidatos para la terapia, ya que pueden ser más flexibles o tienen menos costumbres arraigadas. Respecto a la educación y nivel socioeconómico, se postula que, a mayores años de educación y mejor nivel socioeconómico del consultante, mayor será la permanencia en el tratamiento, así como una actitud más positiva hacia la ayuda profesional. Adicionalmente, algunos otros autores, han sugerido que puede darse mayor empatía y autoexploración cuando el paciente y el terapeuta son de la misma raza.

Las variables demográficas parecen no haber influido de manera negativa en el caso clínico mostrado, ya que la paciente era un adulto joven, con una educación por arriba del promedio, nivel socioeconómico medio, y tanto paciente como terapeuta compartieron características similares, en edad, y al realizar sus estudios en la misma institución.

Una variable que no pudo ser controlada, y que pudo haber afectado de manera negativa en el cumplimiento de objetivos, fue la duración de la intervención psicológica, debido a que los tiempos establecidos por el plan de estudios de la universidad donde se realizó la intervención son cortos. Minici, Rivadeneira y Dahab (2006) mencionan que en el caso de las terapias cognitivo conductual, cuando se hace hincapié en la aplicación de técnicas conductuales, el tratamiento consta entre 10 y 20 sesiones; mientras que si se aplica predominantemente terapia cognitiva generalmente no superan las 25 sesiones. La terapia del presente estudio tuvo una

duración de 11 sesiones, sin embargo, tres de ellas fueron utilizadas para la entrevista conductual, establecimiento de metas, y evaluación, y otra sesión para presentación de avances. El tiempo entre sesiones también fue una de las problemáticas a lo largo de la intervención, ya que debido a periodos vacacionales establecidos por la universidad en que se encuentra la clínica, o citas canceladas por la paciente, la periodicidad de las sesiones no fue de una semana como se había establecido, sino que en ocasiones esta se alargó hasta 3 semanas.

Una de las alternativas para solución a las anteriores problemáticas fue procurando que la paciente manejara de forma eficaz las herramientas cognitivo conductuales provistas en la terapia para que persistiera en su aplicación. Tanto la reestructuración cognitiva, como la estrategia de solución de problemas, fueron mostradas por el terapeuta de una manera teórica y práctica, razón por la cual se analizaron diversos pensamientos disfuncionales durante la intervención, y se puso en práctica la estrategia de solución de problemas ocasionalmente en cuestiones que no eran propias de las problemáticas centrales; todo esto, con el fin de que la paciente pudiese manejar dichas herramientas en las principales problemáticas que refirió al inicio de la intervención una vez concluido el tiempo de intervención.

Dentro de las variables que inciden en el éxito de la psicoterapia se encuentra el diagnóstico clínico, el cual incluye: a) características de personalidad y estilo de funcionamiento. La inteligencia, habilidad para producir asociaciones, flexibilidad, interés, sensibilidad al ambiente, profundidad de los sentimientos, nivel de energía, grado de integración del yo, fuerza del yo, monto de estrés y productividad verbal (Garfield, 1987 en Santibañez *et al*, 2008). b) tipo de perturbación: en términos diagnósticos, los consultantes con perturbaciones afectivas y conductuales leves muestran mayor mejoría que consultantes con otro tipo de patología. c) complejidad de los síntomas: los consultantes con síntomas monosintomáticos responden mejor a tratamientos conductuales, en cambio si presentan multisintomatología se pueden beneficiar más de terapias insight (internas) (Santibañez *et al*, 2008).

Las expectativas de los consultantes, afectan a una serie de aspectos del proceso terapéutico, entre los cuales se incluyen duración del tratamiento, deserción del consultante, y resultados del tratamiento. Las expectativas del consultante no solo refieren al tratamiento, sino que involucran expectativas del terapeuta y creencias en relación a los logros y beneficios que éste pueda obtener de la atención (Aparicio, 2009).

Las características del terapeuta interactúan de forma compleja con las características del consultante, lo que dificulta la discriminación acerca de lo que realmente aporta cada uno de estos actores al proceso psicoterapéutico.

El terapeuta debe sostener una actitud que favorezca un clima terapéutico facilitador del cambio, incentivar la autoexploración del consultante, estar basada en respeto, aceptación incondicional, comprensión, calidez, autenticidad, empatía y ayuda. Implica hacer esfuerzos deliberados por no criticar, no juzgar, ni reaccionar emocionalmente frente a las provocaciones, lo que crea un marco y una atmósfera positiva.

El éxito terapéutico estaría dado por las percepciones del consultante de las actitudes del terapeuta y no por la intención o conducta real del terapeuta frente a su paciente. Las cualidades de empatía, congruencia y aceptación son características del vínculo terapéutico exitoso, como características sostenidas permanentemente por ambos participantes.

Las habilidades terapéuticas son las aptitudes y actitudes que debe tener en cuenta un terapeuta para dedicarse a la práctica clínica; que están centradas en su persona y son independientes de su postura teórica. Algunas de estas habilidades necesarias corresponden a la capacidad de entender, escuchar, guiar, reflejar, confrontar, interpretar, informar y resumir.

De igual forma, existe una relación directa entre edad y experiencia del terapeuta con su estilo comportamental. A mayor edad y experiencia, los terapeutas tienden a actuar con más empatía y exploración; conductas que se han encontrado altamente relacionadas con cambios positivos en los consultantes. La diferencia entre terapeutas inexpertos y terapeutas experimentados está en que los primeros adoptan sólo esporádicamente actitudes confrontacionales e interpretativas, y además en que los segundos presentan mayor tolerancia hacia las expresiones de emociones negativas que los principiantes (Winkler, Cáceres, Fernández y Sanhueza, 1989).

La relación existente entre terapeuta y consultante durante el proceso psicoterapéutico. Los términos alianza terapéutica, alianza de trabajo y alianza de ayuda, han sido utilizados en el pasado como sinónimos o para señalar aspectos específicos de la alianza. En la relación terapéutica los sentimientos y actitudes de los participantes, y cómo éstos se conjugan en el proceso de la psicoterapia serían el aspecto central de lo que se ha llamado alianza terapéutica. Esta conjugación estaría necesariamente basada en la confianza y en el compromiso del consultante y el terapeuta hacia el proceso. En ella, la especificación de los propósitos por parte del consultante y su motivación a trabajar favorecerían el establecimiento de la alianza, y consecuentemente, implementarían la posibilidad de resultados positivos en el proceso.

Resulta difícil evaluar todas las variables que inciden en el éxito o no de la intervención psicológica, además de no ser el propósito del presente estudio. Sin embargo, resulta importante mencionar que hablamos de la primera experiencia práctica del terapeuta en cuanto a terapia psicológica refiere, lo cual sin duda juega un papel importante en los resultados del presente estudio. A pesar de ello, se cumple con el objetivo establecido en el presente trabajo, ya que logra ilustrar la aplicación de diferentes técnicas de terapia cognitivo conductual en depresión, así como servir de referencia de su eficacia para casos de depresión. De igual forma, en

el presente estudio se pudo demostrar la prevalencia de las técnicas cognitivo conductual 6 meses después de la intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, K. (1948). Investigaciones sobre la Primera Fase Pregonal de la Libido. En Garma, A., y Rascovsky, L. (Ed.), *Psicoanálisis de la Melancolía*. Buenos Aires, Argentina: Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Alloy, L., y Abramson, L. (1999). The temple –Wisconsin cognitive vulnerability to depression project: Conceptual background, design, and methods. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13 (3), 227-262.
- Alvarado-Esquivel, C., Sifuentes-Álvarez, A., Estrada-Martínez, S., Salas-Martínez, C., Hernández-Alvarado, B., Ortiz-Rocha, S., García- López, A., Sandoval- Herrera, F. (2010). Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Med Mex*, 146 (1),1-9.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Aparicio, L. (2009). Factores que influyen en la eficacia de las psicoterapias. *Reflecciones. Revista de psicología*, 11. 17-25. Recuperado de <http://es.calameo.com/read/0000946229c731749d83e>
- Arieti, S., y Bemporad, J. (1978). *Severe and Mild Depression. The Psychotherapeutic Approach*. New York: Basic Books.
- Arros, M., Valenzuela, F. (2006). Teoría Psicoanalítica de la Depresión: Revisión de distintas propuestas para comprensión y clasificación. *Gaceta Universitaria: Temas y controversias en Psiquiatría*, 2 (4), 473- 481.

- Barradas, M., Daberkow, F., y Sánchez, J. (2013). *Prevalencia de depresión en estudiantes universitarios de México*. Alemania: Editorial Académica Española.
- Barquín, S., García, A. y Ruggero, C. (2013). *Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios*. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15, 1, 47- 60.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. 19 ed. España: Desclée de Brower.
- Benjet, C., Borges, G., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, E., Méndez, E. *et al.* (2009). La Encuesta de Salud Mental en adolescentes de México. En: J, Rodríguez., R, Kohn., y S, Aguilar-Gaxiola. (Eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. (pp. 90-100). Washington, EUA: Organización Panamericana de la Salud.
- Bennett, P. (2003). *Abnormal and clinical psychology. An introductory text book*. Poland: Second Edition.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., y Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55, 74-80.
- Bravo, C., y Valadez, A. (2012). Solución de problemas. En P. Valladares, y A. Rentería. (Eds.), *Psicoterapia cognitivo conductual. Técnicas y procedimientos*. (pp. 89-128). México: FES Iztacala, UNAM.

- Calderón, N.G. (1999). *Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. México: Trillas.
- Cantón, J., Cortés, M., y Justicia, M. (2002). Las consecuencias del divorcio en los hijos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2 (3), 47-66.
- Coffin, N., Álvarez, M., y Marín, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 4(4), 431-453.
- Condori, L. (2002). *Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en lima metropolitana*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Contreras, B. S., y Salvador, M. P. (2008). *Depresión y Habilidades Sociales en adolescentes de secundaria de dos contextos Geográficos: Estatal Vs Urbana*. (Tesis Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, campus Iztacala, México.
- Cummings, E., y Davies, P. (1994). Maternal Depression and Child Development. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35 (1), 73-112.
- Díaz-Guerrero, R., y Spielberger, C. (1975) C. *IDARE: Inventario de ansiedad: rasgo-estado*. México: El Manual Moderno.
- Díaz, L., Torres, V., Urrutia, E., Moreno, R., Font, I., y Cardona, M. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana Med Milit*, 35 (3), 1-7.
- Dobson, K., y Dozois, D. (2008). *Risk Factors in Depression*. San Diego: Elsevier Academic.

- Escudero, J. (2005). Fracaso escolar, exclusión educativa: ¿De qué se excluye y cómo? *Profesorado, revista de curriculum y formación de profesorado*, 1(1), 1-24. Recuperado de <http://www.ugr.es/~recfpro/rev91ART1.pdf>.
- Freud, S. F, (1991). Duelo y melancolía. En: S. F. Freud. (Ed.). *Obras completas*, tomo XIV. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Friedman, E., y Anderson, Ian. (2011). *Handbook of Depression*. Pittsburgh, USA: Springer Healthcare.
- Fullana, J. (1996). La prevención del fracaso escolar: Un modelo para analizar las variables que influyen en el riesgo de fracaso escolar. *Bordón. Revista de Pedagogía*, 48(2), 151-167. Recuperado de: <http://www.tutoria.unam.mx/EUT2010/memoriaEUT/seminario/fullana.Pdf>.
- García, A. (2002). *Influencia de la familia y nivel de depresión hacia el consumo de drogas en adolescentes de la ciudad de México* (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- González-Pier, E., Gutiérrez-Delgado, C., Stevens, G., Barraza-Lloréns, M., Porrás-Condey, R., Carvalho, N., Loncich, K., Dias, RH., Kulkarni, S., Casey, A., Murakami, Y., Ezzati, M. y Salomon, J.A. (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Publica Mex*, 49 (1), 37-52.
- Guadarrama, L., Escobar, A., y Zhang, L. (2006). Bases Neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la facultad de medicina*, 49 (2), 66-72.

- Hernández, L., y Sánchez, J. (1997). Factores de Riesgo Asociados con la Disfunción Psicológica en el niño y el Adolescente. *Psicología Contemporánea*, Número monográfico dedicado a trastornos emocionales en la niñez, 4 (1), 24-37.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado de http://yosoyjoven.com/assets/biblioteca/estadisticas_suicidio_inegi.pdf
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., y Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud mental*, 21 (3), 26-31.
- Lara, M.C., Medina-Mora, M.E., Borges, G., y Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 30, 4-11.
- Lara-García, B., González-Palacios, A., González-Álvarez, M., y Martínez-González, M. (2014). Fracaso escolar: conceptualización y perspectivas de estudio. *Revista de Educación y Desarrollo*, 30, 71-83.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 291-315). Nueva York: Academic Press.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I.H., y Hautzinger, M. (1997). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp.493-541). Madrid: Siglo XXI.

- López, A. (2013). *La Influencia de la Depresión en el Funcionamiento Familiar y el Apego* (Tesis de Licenciatura no publicada), Universidad Nacional Autónoma de México, campus Iztacala, Estado de México, México.
- López-Villalobos, J. A., Sánchez-Azón, M.I., Sotelo- Martín, E., y Rodríguez-Martín, M. T. (1994). Terapia cognitivo conductual en la depresión: un modelo de competencia. En Colegio Oficial de Médicos de Palencia (Ed.), *Actualización de los trastornos depresivos en atención primaria* (pp. 3-14). Palencia: Lily.
- Mafozoki, J. (1991). Evaluación y fracaso escolar: la perspectiva del alumno. *Revista complutense de educación* ,2 (2) ,171-194.
- Manelic, R., y Ortega, H. (1995). La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón. *Salud Mental*, 18 (2), 31-34.
- Marchesi, A., y Hernández, C. (2003). *El fracaso escolar una perspectiva internacional*. España: Alianza Editorial.
- Martínez, A. E., y Piqueras, J.A. (2010). Eficacia de la terapia cognitivo- conductual en trastornos afectivos y de ansiedad mediante neuroimagen funcional. *Revista de Neurología*. 50 (3) 167- 178.
- Martinez, I., y Reséndiz, R. (2012). *Que representa para el alumno de la ENMH. Ser irregular, como lo enfrenta y cuál ha sido su participación en el programa institucional de tutorías*. Ponencia del 2do. Foro de Investigación Educativa, enero, México. Recuperado de: <http://www.repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/handle/123456789/3111/A33.pdf?sequence=1>

- Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C., Lara, M., Rojas E., Fleiz, C., Zambrano, J., Villatoro, J., Blanco, J., y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Estudio de los Trastornos Mentales en México: Resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental*. En: Rodríguez, J., Kohn, R. y Aguilar-Gaxiola, S. (Eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. (pp. 90-100) Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Fleiz, C., Lara, C., Zambrano-Ruiz, J., y Ramos, L. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Publica de México*, 47 (1), 8-22.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., y Zambrano, J.(2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSMIV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35 (12), 1773-1783. doi:10.1017/S0033291705005672
- Medina-Mora, M.E., Rojas, E., Borges, G., Vázquez-Pérez, L., Fleiz, C., y Real, T. (2008). Comorbidity: Depression and substance abuse. En: S. Aguilar-Gaxiola., y T, Gullotta. (Eds.), *Depression in Latinos. Assessment, treatment and prevention*. New York: Springer.
- Minici, A., Rivadeneira, C., y Dahab, J. (2006). La duración de los tratamientos psicológicos. *Revista de terapia cognitivo conductual*, 10,1-8. Recuperado de <http://cognitivoconductual.org/content.php?a=41>
- Minuchin, S., y Fishman, H. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós Terapia familiar.

- Montaño, T. (2012). Jóvenes rechazados pueden llegar al suicidio: Especialista. *El Universal*. Recuperado de <http://www.eluniversaledomex.mx/home/nota30183.html>.
- Mujika, I. (2005). *Modelos Familiares y cambios sociales: la homoparentalidad a debate*. Gobierno Vasco: Aldarte.
- Muñoz, M. (1998). Forma de proceder y pasos en el desarrollo de la evaluación conductual. En: J. Labrador, J. Cruzado y M. Muñoz (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Muriana, E., Pettenò, L., y Verbitz, T. (2006). *Las Caras de la Depresión*. Barcelona: Herder.
- Nava, G., Rodríguez, P., y Zambrano, R. (2007). Factores de reprobación en los alumnos del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. *Revista de Educación y Desarrollo*, 4 (7), 17 -25.
- Nezu, A. M. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144.
- Nezu, A., y Nezu, C. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 369-381). Bilbao: Desclée de Brower.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Ortiz, M., y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135(5), 647-652.

- Pedreschi, J. (2002). *Factores de riesgo familiares para la depresión en niños*. Buenos Aires, Argentina: Las tesinas de Belgrano.
- Perassi, Z. (2009). ¿Es la evaluación causa del fracaso escolar? *Revista Iberoamericana de Educación*, (50), 65-80. Recuperado de <http://www.infad.eu/revista/LA%20EVALUACI%C3%93N%20DEL%20APRENDIZAJE%20Y%20EL%20FRACASO%20ESCOLAR.pdf>.
- Pérez, M., y García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13 (3), 493 -550.
- Pichot, P., López-Ibor, J., y Valdés, M. (1995) *Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)*. México: Ed. Masson.
- Polaino-Lorente, A. (1985). *La depresión*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Rafful, C., Medina-Mora. E., Borges, G., Benjet, C., y Orozco, R. (2012). Depression, gender and the treatment gap in Mexico. *Journal of affective Disorders*, 138 (35), 1-11.
- Rojas, K. (2010). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social*, 48(5), 491-496.
- Salinas, J. (1998). La Aplicación de Técnicas Cognitivo y Conductuales para el Tratamiento de la Depresión: Un Caso. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 1, (1). Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/jorgluis.html>
- Salvador, B. (2009). *Familia: experiencia grupal básica*. España: Páidos Ibérica.

- Sánchez, E. (2002). *Individuo, Sociedad y Depresión*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Sánchez-García, S., Juárez-Cedillo, T., Gallegos-Carrillo, K., Gallo, J., Wagner, F., y García-Peña, C. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 3 (1), 71-77.
- Sanderson, W., y McGinn, L. (2002). Terapia cognitivo-conductual para la depresión. En: M. Weisman (Ed.), *Tratamiento de la depresión, una puerta al siglo XXI* (pp. 235-259). Barcelona: España.
- Santibáñez, P., Román, M., Chenevar, C., Espinoza, A., Iribarra, D., y Müller, P. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia Psicológica*. 26(1), 89-98.
- Santos, T., Marzabal, C. (2009). Consideraciones acerca de los factores asociados al fracaso escolar en la universidad médica. *Revista electrónica de pedagogía*. Recuperado de: http://www.odiseo.com.mx/correos_lector/consideraciones-acerca-factoresasociados-fracaso-escolar-universidad_médica.
- Seligman, M. E. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco, USA: Freeman.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human Behavior*. Nueva York, USA: Free Press.
- Spinola, H. (1990). Rendimiento académico y factores psicosociales en los ingresantes a la carrera de medicina - UNNE. *Revista Paraguaya de Sociología*, 78, 143-167.
- Subsecretaria de prevención y promoción de la salud. (2012). *Depresión y suicidio en México*. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/avisos/869-depresion-y-suicidio-mexico.html>

- Valdivia, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *Le Revue du redif*, 1, 15-22.
- Vallejo-Nágera., J.A. (2005). *Ante la Depresión*. Barcelona, España: Planeta.
- Vázquez, F., Muñoz, R., y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8 (3),417-449.
- Vázquez, P., Ordoñez, F., Strausz, S., Arredondo, A., Lara, N., Bermúdez, P., Coronado, C., López, L., y Miranda, M. (2004). Estudio de las diferencias en la depresión de adolescentes que viven en la calle y los que viven con una familia. *Episteme*, 1, 1-04.
- Winkler, M., Cáceres, C., Fernández., y Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revisa Terapia Psicológica*, 8(11), 34 - 40.

ANEXOS

Anexo 1

México, Distrito Federal, a 23 de noviembre

Consentimiento Informado para Publicación

Yo, “Daniela”, otorgo mi consentimiento para divulgar mi caso clínico con fines puramente académicos, haciendo uso de los datos que verídicamente he referido, pruebas psicológicas elaboradas, y datos del tratamiento clínico psicológico en general.

He hablado de este formulario de consentimiento con Ernesto Rafael Reverte Sandoval estudiante de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, con número de cuenta 306210884, quien es el autor de este trabajo. He aclarado mis dudas al respecto y entiendo lo siguiente:

- Accedo a facilitar estos datos de manera voluntaria, no existiendo otro interés por medio. He realizado las preguntas que considere oportunas, todas las cuáles han sido resueltas, y las considero suficientes y aceptables.
- Mi nombre no será publicado, y en la medida de lo posible todas las señas de mi identidad serán eliminadas. Sin embargo, no es posible garantizar el anonimato completo, ya que alguien puede ser capaz de reconocerme.
- El firmar este formulario de consentimiento no quita mis derechos a la privacidad.
- En cualquier momento puedo retirar este consentimiento sin verme perjudicado en ningún aspecto.

Firma

“Daniela”

Firma

Ernesto Rafael Reverte Sandoval

Anexo 2

Formato para detección y análisis de creencias disfuncionales

Reestructuración cognitiva			
<p>La mente no siempre funciona de forma lógica y correcta, sino que se produce errores de pensamiento o distorsiones como aplicar el todo o nada, o hacer generalizaciones excesivas, o aplicar filtros distorsionantes, o magnificar los hechos e incluso descalificar siempre lo positivo, etc. La reestructuración cognitiva consiste en cuestionar estos pensamientos y buscar pensamientos alternativos.</p> <p>Entre las opciones para cuestionar esas ideas distorsionadas están:</p>			
Análisis Racional	Análisis de Validez	Análisis de Utilidad	Análisis de otros puntos de referencia
<p>Detectar ideas distorsionadas</p>	<p>Preguntarse: ¿Qué evidencias hay a favor de ese pensamiento o en contra del mismo?</p> <p><i>¿Qué datos tengo a favor de este pensamiento?</i></p> <p><i>¿Son realmente favorables estos datos?</i></p> <p><i>¿Qué datos tengo en contra de este pensamiento?</i></p> <p><i>¿Hay otras interpretaciones alternativas?</i></p> <p><i>¿Cuán probables son estas otras interpretaciones?</i></p> <p><i>¿Qué datos hay a favor y en contra?</i></p> <p><i>¿Cuál es la probabilidad real de que las cosas sean como pensaba?</i></p>	<p>Preguntarse: ¿Para qué sirve esa idea, qué ventajas o que desventajas tiene esa forma de pensar?</p> <p><i>¿Me ayuda este pensamiento a conseguir mis objetivos y a solucionar mi problema?</i></p> <p><i>¿Me ayuda esta forma de pensar a sentirme como quiero?</i></p> <p><i>¿Cuáles son los pros y los contras de esto que creo?</i></p>	<p>Preguntarse: ¿Qué diría un amigo?, comparar esas ideas con personas diferentes, etc.</p> <p><i>¿Qué me diría (persona en quien confío) acerca de lo que pienso?</i></p>

Anexo 3

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre Fecha

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la *ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY*. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.*

1.- 0. No me siento triste.

1. Me siento triste.

2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.

1. Me siento desanimado de cara al futuro.

2. Siento que no hay nada por lo que luchar.

3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3.- 0. No me siento como un fracasado.

1. He fracasado más que la mayoría de las personas.

2. Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.

3. Soy un fracaso total como persona.

4.- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.

2. Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.

3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5.- 0. No me siento especialmente culpable.

1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.

2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

3. Me siento culpable constantemente.

6.- 0. No creo que esté siendo castigado.

1. Siento que quizá esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7.- 0. No estoy descontento de mí mismo.

1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

8.- 0. No me considero peor que cualquier otro

1. Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.

1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10.- 0. No lloro más de lo normal.

1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar, aunque me lo proponga.

11.- 0. No estoy especialmente irritado.

1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12.- 0. No he perdido el interés por los demás.

1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás.

13.- 0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.

1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

14.- 0. No creo tener peor aspecto que antes.

1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.

2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.

3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15.- 0. Trabajo igual que antes.

1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.

2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.

3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16.- 0. Duermo tan bien como siempre.

1. No duermo tan bien como antes.

2. Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.

3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.

17.- 0. No me siento más cansado de lo normal.

1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.- 0. Mi apetito no ha disminuido.

1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.

19.- 0. No he perdido peso últimamente.

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| 1. He perdido más de 2 kilos | Estoy tratando desesperadamente |
| 2. He perdido más de 4 kgs. | de perder peso comiendo menos. |
| 3. He perdido más de 7 kgs. | SíNo..... |

20.- 0. No estoy preocupado por mi salud.

1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar de estómago o los catarros.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.

3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21.- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

1. La relación sexual me atrae menos que antes.

2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

3. He perdido totalmente el interés sexual.

Se prohíbe la reproducción sin permiso escrito del autor.

Se pueden obtener copias o el permiso para utilizar esta escala en: CENTER FOR COGNITIVE THERAPY, Room 602, 133 South Street, Philadelphia, Pa. 19104.

Copyright © 1978 by Aaron T. Beck, M. D.



Actividad de aprendizaje 4. Manual IDARE

SXE

IDARE

Inventario de Autoevaluación
por

C.D. Spielberg, A. Martínez-Urrutía, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	1	2	3	4
2. Me siento seguro(a)	1	2	3	4
3. Estoy tenso(a)	1	2	3	4
4. Estoy contrariado(a)	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado(a)	1	2	3	4
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado(a)	1	2	3	4
9. Me siento ansioso(a)	1	2	3	4
10. Me siento cómodo(a)	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	1	2	3	4
12. Me siento nervioso(a)	1	2	3	4
13. Me siento agitado(a)	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento reposado(a)	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho(a)	1	2	3	4
17. Estoy preocupado(a)	1	2	3	4
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

© 1990 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 39

0101

Impreso en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder su- perarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

LANTOPIAE

Anexo 5

Establecimiento de metas
efectivas

9 pasos para conseguir tus metas

1. Define tu objetivo

- Escribe tu objetivo en la parte superior de la hoja. Asegúrate que sea SMART- específico, medible, alcanzable, relevante y de duración determinada.

Analiza

- ¿Es una meta a la que estás dispuesto a dedicarle mucho tiempo y esfuerzo?
- ¿Es esta una meta consistente con tus valores?
- ¿Es una meta alcanzable?
- ¿Es una meta positiva (redactada en términos positivos)?

Establece la fecha en que lo conseguirás

- Ponte una fecha límite realista. Asegúrate que haya tiempo suficiente para llegar a la meta pero no demasiado tiempo

3. Determina cómo vas a alcanzar tu objetivo

- Desarrolla un plan. Enumera las acciones específicas que debes tomar para llegar a tu meta y los recursos que necesitas para completar estas acciones. Trata de no quedar atrapado en la idea de tener que gastar unos cuantos pesos para completar los pasos de acción. Al final, podrás sacar el máximo rendimiento de tu dinero al invertir en ti mismo.

4. Enlista las sub metas

- Tus sub metas son objetivos más pequeños dentro de tu objetivo. Piensa en lo que debes lograr para alcanzar tu objetivo. Por ejemplo, si tu objetivo es conseguir un nuevo empleo, necesitas aplicar para hacer una entrevista . Programar una entrevista es un ejemplo de una sub meta para este objetivo

9 pasos para conseguir tus metas

5. Identifica un socio

- Elige a alguien con quien compartir tu objetivo. Este es uno de los pasos más importantes del proceso. Tu socio te dará un impulso adicional para ayudarte a alcanzar tus metas

6. Crea un grupo de expertos

- Se trata de un grupo de expertos que te ayudarán a completar tus pasos de acción y lograr tu objetivo. Tú no puedes ser un experto en todo. Concéntrate en lo que está bien y “delega” el resto.

7. Piensa como será tu vida cuando alcances tu objetivo

- Piensa en lo que va a pasar cuando alcances tu meta. Pregúntate a ti mismo: “¿Qué tan diferente es de mi vida actual ?” Si te gusta el cambio, has elegido un excelente objetivo a perseguir. ¡suerte!

8. Prémiate

- Recuerda que debes darte una gran palmada en la espalda después de conseguir cada sub meta: una cena, ir de compras, cine... Sólo asegúrate que es algo que vas a disfrutar.

9. Comprométete con tu objetivo

- Entrega tu hoja de trabajo completa a tu socio
- Publica tu hoja en un foro público
- Pega tu hoja en un lugar donde lo puedas ver todos los días.

Formato para la elaboración del plan

Objetivo:				
Socio:				
Grupo de expertos:				
	Sub metas	recursos	fecha	recompensa
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Anexo 6

Plan de establecimiento de metas efectivas

Objetivo: Aprobar el examen propedéutico para la Maestría **28 junio**

Socio: Evelyn, Elias, Isabel

Grupo de expertos: Evelyn, Dr Hugo Perales, Mtro Alejandro.

	Sub metas	Recursos	Fecha	Recompensa
1	Termodinámica	Ander y Sonessa	26 Abril- 3 Mayo	Cine
2	Interacción Macromolécula Ligando	Lehninger cap.5	6-10 Mayo	Karaoke
3	Catálisis Enzimática	Lehninger cap.6	13-17 Mayo	Salida al parque
4	Química de Lípidos y Carbohidratos	Lehninger cap.7,10	20-24 Mayo	Ir a comer comida china
5	Propiedades del agua, y equilibrio acido-base	Lehninger cap.2	27-31 Mayo	Compras
6	Estequiometria	Brown	3-7 Junio	Karaoke

Anexo 7



Entrevista de Seguimiento



Meta:

Terminar o disminuir los “episodios de depresión”

¿Se logró? ¿De qué manera? ¿Qué hiciste?

- *“Si. Actualmente al ocupar mi tiempo; no tenía algo formal en que entretener mi tiempo. Se logró al analizar las cosas fríamente, identificar las ideas disfuncionales que me causaban angustia y depresión en vez de seguir arrullándolas”*

¿Identificaste algún “episodio de depresión” en alguno de estos meses? ¿En cuántas ocasiones?

“Nada significativo, no repercute en mis actividades, por lo mismo que estoy ocupada, y casi no tengo tiempo”

Ocasiones en que experimentó algún episodio de depresión a partir de la última sesión de intervención					
Mes	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
#	0	0	0	0	0

¿Durante estos meses llegaste a llorar por alguna razón?

- *“Sí, pero no en el sentido de antes. He llorado a causa del ritmo pesado, si he llorado por desesperación. Sin embargo, lloro a conciencia, para desestresarme; lloro, me calmo y continúo la lectura...”*

Objetivo 1

Aprender a reconocer y cambiar patrones cognitivos que producen ideas disfuncionales y conductas no funcionales

¿Se logró?

“...Si, no siempre de manera objetiva, pero de manera general si...”

¿Has logrado identificar ideas disfuncionales en tu pensamiento? ¿Cuáles?

“Inseguridad al no sentirme capaz de discutir artículos... he identificado, que en ocasiones tengo el pensamiento de que mis otros compañeros saben más q yo. Sin embargo, lo analizo, y pienso que yo soy buena en cierta parte y ellos en otras...”

¿Con que frecuencia?

- *“Muy seguido, tres veces por semana”*

¿Del 1 al 100 en que intensidad?

¿Has logrado cambiar dichos pensamientos disfuncionales por otros más funcionales?

“No, pero no me detienen a continuar. Pienso en eso, pero lo disminuyo, trato de no pensar tanto en eso...”

Reestructuración Cognitiva

¿Has realizado el análisis de dichos pensamientos disfuncionales? Ejemplos:

Ideas Distorsionadas	Análisis de Validez	Análisis de Utilidad	Análisis de otros Puntos de Referencia
<p><i>“Mis compañeros de maestría son más capaces que yo para discutir los artículos”</i></p>	<p><i>“Hay compañeros que son más participativos, y tienen muchos conocimientos, pero también veo a muchos otros, que estamos en el nivel...”</i></p>	<p><i>“No tengo buenas referencias, y no me hace estar a gusto...”</i></p>	<p><i>“Mis compañeras dicen que soy buena discutiendo, pero me da pena participar”.</i></p> <p><i>“En ocasiones pienso las respuestas en los seminarios, y cuando alguien participa veo que estaba bien”.</i></p>
<p><i>“No me siento capaz de continuar”</i></p>	<p><i>“He obtenido un buen promedio hasta ahora, es pesado, pero si he podido”</i></p>	<p><i>“No me ayuda en nada estos pensamientos, pues aun así continuaré”</i></p>	<p><i>“Si puedo, solamente que es mucha carga de trabajo, lo cual en ocasiones abruma, pero si puedo”</i></p>

¿Llegaste a utilizar en alguna ocasión los procedimientos de solución de problemas?, ¿en qué ocasiones?

“...Escrito no. Completo no, pero si mentalmente. El problema es que luego no entiendo los artículos, y tengo el pensamiento de que no podré hacer ya nada. Lo que hago es; en vez de mantener esa posición, lo analizo y pienso en que he sido una de las mejores en promedio en los dos cursos y lo q hago es que; no soy buena en la discusión...lo q hago es leerlo y releerlo aunque me tarde y así entenderlo como los demás” ...

“Esto es Frecuente”

Objetivo 2

Que la paciente tenga una reconciliación efectiva y mantenga una relación funcional con su padre

¿Se logró?

“No lo abordé. Ya no le hablé, me iba a ayudar en la obtención de la plaza y me iba asesorar, pero ya no hablé con él, por lo mismo de la escuela, No”

¿Lograste analizar los pensamientos “disfuncionales” que tenías con respecto a tu padre?

“No me gustaría que mi papá me dé su amor por lastima”

“No tuvo interés por mi”

“Totalmente lo dejé de lado. Ya no. En este mes como en tres ocasiones pensé: “Me gustaría hablar con mi papa”, pero no lo pensaba a detalle.

¿De qué te gustaría hablar con tu papa?

Acerca de cómo me sentía...

¿Lograste cambiar dichos pensamientos por otros más funcionales?

No, ya no he tenido tiempo. En este mes he pensado cosas así. Si yo dejara esto y me dedicara a algo menos pesado, sí me causaría este efecto de bajar ánimos

¿Has identificado algunos otros pensamientos disfuncionales con respecto a tu padre? ¿Cuáles? ¿Realizaste algún análisis?

“Lo único que he pensado en este tiempo es: “En este tiempo que estoy acá ocupada ¿qué tal si le pasa algo?, debido a las enfermedades que tiene. (Hepatitis) Ahora está vivo, yo ocupada acá, y no le he llamado. He llegado a llorar por eso. Lo tomo como algo pasajero y ya. Pienso en eso, y hago algo para distraerme, si lo analizo, no voy a poder...”

Objetivo 3

Inserción a estudios de posgrado (Maestría)

Fecha del Examen: 9 de junio

Formato para la elaboración del plan

Llevaste a cabo al “pie de la letra el plan”

Si

¿Cuáles fueron los “premios” que te diste?

Salidas a karaoke, compras, salidas al cine, etc.

¿Consideras que te fue de ayuda el plan elaborado?

Sí, yo no soy tan organizada, ya tenerlo por escrito con una meta que cumplir; si le di importancia de no dejarlo para al rato.

¿Qué fue lo que hiciste para aprobar?

Estudiar y seguir el plan y metas

¿Identificaste ideas disfuncionales durante el estudio? ¿Cuáles? ¿Cómo las enfrentaste?

No, siempre la incertidumbre, pero me sentía bien, preparada, capaz.

¿Qué cambió a partir de que aprobaste el examen?

“Cambie de domicilio, ya no tengo casi tiempo, fue un cambio radical, no tengo tiempo ni nada apenas veo a mis amigos...”

¿Cambió aquel pensamiento que referiste en un inicio de la intervención con respecto a la escuela y tu carrera: “¿ahora qué hago?”

“mmm.. pues pienso en el hecho q con una maestría, ya tengo un mejor background para conseguir un empleo; solo falta q termine la maestría”

¿Aun consideras limitadas las posibilidades de tu carrera?

“Si yo me quedara hasta licenciatura sí. Con la maestría ya se me abren más oportunidades. Tenía planeado trabajar como profesora en Veracruz, buscar trabajo por parte de la SEP en alguna prepa o secundaria, pero con la maestría, buscaría trabajar en alguna universidad”.

Objetivo 4

Diagnóstico de Pólipos en Vesícula

¿Recibiste algún diagnóstico? ¿Cuál?

“Lo dejé atrás, tenía el papeleo para la operación en el hospital Juárez, era cuestión de pagar, y q me programaran. Lo decidí posponer para dentro de un año. Tendría que hacerme un ultrasonido. Me lo haré a mediados de Diciembre”.

¿Programaste alguna operación? ¿Para qué fecha?

“No está programada, dependiendo de la resolución del ultrasonido. Por la maestría, la hará en el ISSSTE”.

¿Lograste analizar el pensamiento de generar cáncer? ¿A qué conclusión llegaste?

“Si, una de las cosas por las que me ponía mal, era la de los pólipos, la posibilidad de tener cáncer por los antecedentes que existen en mi familia, sin embargo, llegué a la conclusión de que el cáncer que ellos tuvieron fue en otra área. Ya no pienso en eso, siento que entre más se piensa, se pueden agravar las cosas. Sé que hay posibilidad; siempre hay probabilidad, no gano nada pensando en que podría...”

¿Actualmente identificas pensamientos acerca de la posibilidad de tener cáncer?

No

¿Qué tanto te sirvió lo visto en la terapia?

“Si me sirvió, no se solucionó todo, pero tengo las armas, recursos para saber qué hacer, no desesperarme, analizar las cosas; para eso y otros pensamientos que tenga. Me ayudó principalmente a analizar. No tener ese pensamiento y fomentarlo, si no que marcar una pauta, y decir: “a ver, no estés pensando cosas que no” y verlo de forma objetiva”

¿Se cumplieron las expectativas que tenías?

“Si. Darle solución a los problemas. No a todos, vimos que lo de mi papá no se cumplió, sin embargo, ya no pienso de la misma forma de antes, ya lo dejé de lado, pero cuando me enfrente a ese problema, ya no lo veré igual que hace un año”.

¿De qué manera lo verías ahora?

“Considerándolo, escuchándolo, no simplemente tener esos pensamientos premeditados. No pensar en que me dijo que me quiere, pero en realidad no. Ya no iría predispuesta con esos pensamientos”

¿Actualmente sigues teniendo problemas de gastritis?

(Risas) Hasta ya tomo café; si acaso agruras, ya no me ando cuidando. Antes tenía gastritis a diario.

¿Del uno al cien con que intensidad?

En una intensidad de 90

¿Y ahora?

Solamente siento agruras 1 o 2 veces por semana en una intensidad de 30.

Por último: ¿Reconoces a alguien de tu familia como tendiente a la depresión?

No...

Sería todo, muchas gracias por tu apoyo.