



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA
ADOLESCENTE CON DEPRESIÓN: ESTUDIO DE CASO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

TANYA LANDEROS APOSTOL

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. CÉSAR AUGUSTO DE LEON RICARDI
COMITÉ: MTRO. GABRIEL MARTIN VILLEDA VILLAFAÑA

DRA. ELIZABETH ALVAREZ RAMIREZ

DRA. ANA TERESA ROJAS RAMÍREZ

DR. JOSÉ MANUEL GARCÍA CORTÉS



CIUDAD DE MÉXICO

MARZO 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Con especial cariño para mi mamá, quien me inculcó esforzarme y a quien le estaré totalmente agradecida por estar conmigo en los momentos más difíciles gracias porque siempre tiene un espacio en mi mente y que a pesar de las carencias, ha sido parte fundamental de mis motivaciones y valores quien me apoyado y ayudado y me ha mostrado su convicción por lograr lo que se propone, gracias por darme tanto, ¡Te amo mamá!, para mi hermano quien siempre me motiva a esforzarme y dar lo mejor de mí en todos los aspectos con mucho cariño para él quien me recuerda mucho a abuelo y padre, siempre con cariño recuerda que para mí eres el mejor, contigo y con los demás, fallando ó triunfando para mí no dejas de ser excepcional.

A mi familia en general por ser cariñosa y leal, a mis primas, primos, tías y tíos quienes me han abrazado e impulsado a querer ser mejor persona para mí y con los demás y de quienes he aprendido a no rendirme ante mis propósitos gracias por las sonrisas y apoyo incondicional son pieza fundamental para mí y mis aspiraciones a estas personas les estaré siempre agradecida por quererme y sostenerme, significan mucho en mí vida y en mis pensamientos, de todo corazón los amo y no tengo palabras para agradecer su compañía, abundancia y vivencias.

Por otra parte agradezco a mis amigos y compañeros de la facultad por enseñarme, el don de la paciencia, autoestima, tolerancia, organización, compromiso, disciplina, orden, atención, creación, responsabilidad, respeto entre otras virtudes sin lugar a duda serán inigualables los momentos compartidos y alegrías, mucho éxito en sus proyectos, tantas amistades, tantas vivencias, que será difícil no olvidar algún nombre.

A mis profesores gracias por el aprendizaje y vivencias compartidas sin duda alguna han formado en mí varias inquietudes y convicciones, gracias por enseñarme el amor, dedicación, perseverancia y esfuerzo hacía el oficio y profesión, estarán presentes en mí.

Agradezco la invaluable oportunidad de formar parte de la Universidad Nacional Autónoma de México que es un pilar humanístico que me ha mostrado más allá de lo que esperaba aprender.

Gracias a la maestra Iris del Área de psicoterapia basada en emociones TCC del HPIJNN por la confianza, a Nohelí Medina por ser mi amiga en los momentos difíciles y también en los divertidos.

Muchas gracias por la confianza, paciencia e indicaciones a mi comité, al Dra. Cesar, gracias totales por la oportunidad, Dra. Elizabeth, siempre tenía las palabras cálidas para hacerme sentir motivada, Mtro. Gabriel, Dra. Anita desde primer semestre que la conozco eh visto la pasión y amor que da hacia el conocimiento, ¡gracias! Y Dr. Manuel le estoy muy agradecida por estar al tanto de este trabajo que para mí es una experiencia llena de aprendizajes y con mucho amor para el equipo del DIF del área de psicología Pamela, Eunice y Laura.

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1. DEPRESIÓN	10
1.1 Epidemiología	10
1.2 Indicadores del TDM	14
1.3 Clasificación del TDM	15
1.4 Capítulo 1 “Depresión”: Recapitulando	24
CAPÍTULO 2. DEPRESIÓN Y ADOLESCENCIA	25
2.1 La adolescencia como construcción social	25
2.2 Adolescencia	27
2.3 Depresión y adolescencia.....	27
2.4 La familia como factor de protección de la depresión durante la adolescencia	33
2.5 Capítulo 2 “Depresión y adolescencia”: Recapitulando	35
CAPÍTULO 3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESION ADOLESCENTE	36
3.1 El papel de las emociones en la terapia cognitivo conductual	45
3.2 Capítulo 3 “Factores de Riesgo asociados a la depresión adolescente”: Recapitulando.....	46
CAPÍTULO 4. MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL	47
4.1 Antecedentes teóricos e historia de la terapia cognitivo conductual.....	47
4.2 Cognitivismo, conductismo y generaciones de la TCC.....	48
4.3 Psicoterapia cognitiva y principios generales de la TCC	54
4.4 Terapias racionales y de reestructuración cognitiva	58
4.4.1 ABC de Ellis.....	61
4.5 Ideas irracionales	64
4.6 Pensamientos automáticos.....	67
4.7 Distorsiones cognitivas	69
4.8 Atribuciones.....	76
4.9 Inoculación de estrés.....	78
4.10 Resolución de problemas	80
4.11 Técnicas conductuales	83
4.12 Análisis Funcional.....	84
4.13 La terapia cognitiva de la depresión	88
4.14 Triada cognitiva	90
4.15 Recapitulación	92
CAPÍTULO 5. MÉTODO	94
Justificación	95
Objetivo General.....	96

Objetivos específicos.....	96
Hipótesis clínica.....	96
Diseño	97
Participante.....	97
Historia clínica de la participante	98
Instrumentos de Evaluación	102
Programa de intervención cognitivo conductual	104
Procedimiento.....	107
CAPÍTULO 6. RESULTADOS.....	117
Discusión.....	122
Conclusión	125
Referencias	125
Apéndices.....	133
ANEXO A.....	135
ANEXO B.....	145
ANEXO C	146
ANEXO D	147
ANEXO E.....	153

RESUMEN

Para 2015 el trastorno depresivo se ubicó como una de las principales causas de defunción para la población adolescente, Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2018). El Instituto Nacional de Estadística y Geografía ([INEGI], 2018) señala que 29.9 por ciento de los habitantes mayores de 12 años sufren algún nivel de depresión ocasional, mientras que 12.4 por ciento los experimenta de manera frecuente. Los trastornos depresivos se reportan como cuadros presentes de manera constante en el periodo de adolescencia y repercuten en el ámbito social de quien padece tal enfermedad Reyes y Saiz (2019) por tales motivos fue el interés por incidir en la intervención de esta población adolescente a partir de este estudio de caso, el objetivo fue evaluar la eficacia del método de técnicas cognitivo conductual para disminuir este trastorno, la intervención se llevó a cabo en consulta externa del Hospital, Psiquiátrico Infantil Dr. Juan Navarro ([HPIJNN], 2017); el estudio de caso se realizó con la participación de una joven con dichas características clínicas. Se evaluó mediante una entrevista estructurada elaborada a jueceo por psicólogos del hospital; con fines de confidencialidad se nombró a la paciente "Yam", se diseñó un plan terapéutico por sesión que al ser monitoreado mediante rubricas, permitió obtener datos de evolución, y así se pudieron comparar los indicadores antes y después de la intervención, se obtuvieron resultados positivos en las 18 sesiones del tratamiento al observarse una disminución de síntomas perceptivos en tanto a las emociones con asociaciones negativas respecto a las ideas irracionales presentadas, y un aumento en conductas positivas esperadas, con ello la adherencia al tratamiento fue verificada por lo que se puede comprobar la eficiencia de la intervención.

Palabras clave: depresión mayor, cognitivo conductual, adolescencia, intervención, síntomas, eficacia.

INTRODUCCIÓN

La psicología ha estudiado la depresión desde distintas perspectivas teóricas, esta patología se ubica como un trastorno psicológico frecuente presente en distintas etapas del desarrollo humano, se presenta de forma paulatina y se considera una enfermedad que padecen millones de personas en el mundo, este hecho fue revisado anteriormente en la literatura científica, que consideró hace algunos años que sin la prevención necesaria ya para el año 2020 sería la primera causa de enfermedad mental en el mundo (OMS, 2019), dicho organismo asevera que la depresión será una de las principales causas de discapacidad en la población económicamente activa, la relación entre depresión y salud pública, tiene que ver con los hallazgos de diversos autores en cuanto a las consecuencias del trastorno depresivo mayor, entre las cuales se encuentran el incremento de la mortalidad, el aumento de la tasa de suicidio y de homicidios, el incremento de los comportamientos agresivos y del consumo de drogas, la disminución de la actividad productiva y el aumento de los costos a los servicios de salud que conlleva a la alteración de la red de soporte social de los países en vías de desarrollo (Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004).

La OMS (2018), ubica que la depresión es un padecimiento que en sus distintas categorías afecta a 300 millones de personas mundialmente, este trastorno se puede desarrollar en cualquier etapa del desarrollo y son variados los factores con los que es asociada actualmente su incidencia en la población se reporta año con año, y está presente en distintos países, por sus características es un trastorno multifactorial y en el peor de los escenarios conlleva a variados actos lesivos para el bienestar entre ellos la muerte.

Por su parte De la Fuente y Lara (2015), reportaron las limitaciones a nivel de desempeño social que son producto de la depresión, enfermedad que en diferentes estudios de caso se relata como un trastorno afectivo que trae consigo la pérdida de oportunidades de desarrollo laboral, causadas por la ausencia, ineficiencia e incapacidad en el trabajo, en el plano escolar son diversos los resultados producto de un cuadro de depresión mayor y en el hogar se puede ver reflejada la consecuencia de su padecimiento al repercutir en las relaciones personales por ejemplo en la dinámica familiar, en la generalidad la depresión para Young, Mufson y Davies (2006), es una experiencia cotidiana con cogniciones repletas de sesgo en

tres esferas, que engloban la concepción de sí mismo, concepción del mundo y el futuro las cuales son percibidas en términos negativos.

Esta enfermedad se ubica como una problemática en el mundo y representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables OMS (2019). En México para 2013, la depresión ocupó el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres (Berenzon, Lara, Robles, & Medina-Mora, 2013).

Siguiendo con esta información, según los datos de comorbilidad del HPIJNN (2017), la depresión se encontró como el principal síntoma relacionado con quién dirige sus conductas y pensamientos hacia un acto suicida, además de que tiene una alta concurrencia con otros trastornos como la ansiedad, el consumo de sustancias, la diabetes y las enfermedades cardíacas ([HPIJNN], 2017);

Pese al impacto que tiene este trastorno, según la literatura, una gran parte de personas no acude a tratamiento, lo que retrasa mucho la búsqueda de ayuda, y por ende recibir asistencia adecuada (De la Fuente y Lara, 2015). En México existe diversa literatura científica que centra sus esfuerzos en establecer nuevas pautas para intervenir y disminuir la depresión sin embargo desde la perspectiva de esta investigación, los esfuerzos por vincular los programas de salud y la investigación de manera general no se establecen de forma favorable, ya que los vínculos integrales entre lo que la investigación sugiere y la implementación de programas con la meta de mejorar, bajo una intervención basada en evidencia, holística y eficaz aún son una meta lejana en los hospitales de tercer nivel ya que no se emplea investigación constante ni protocolos de uso específicos. Este trabajo está motivado por la necesidad de establecer rubricas de evaluación de los procesos terapéuticos dentro de hospitales de tercer nivel, para ello se recurrió al uso de la entrevistas con rubricas de evaluación y gráficas de resultados.

En este trabajo se presenta la propuesta de intervención y evaluación que aspira a optimizar los procesos de evaluación iniciando previamente con una entrevista, después un marco teórico de sustento para concluir con una gráfica de resultados, al ser este un estudio de caso con la facultad de priorizar la evaluación a partir de la calificación de indicadores potencialmente prácticos para la detección y medición de dicha patología.

Dentro del capítulo 1 se describió la epidemiología de la depresión la conceptualización de la enfermedad según distintas guías como es el caso del

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV ([DSM-IV] 2002), el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V, ([DSM-V] 2015), y la Clasificación Internacional de Enfermedades, [CIE-10], en el segundo capítulo se desarrolla el concepto de adolescencia y depresión y la familia como factor de protección, en el capítulo 3 se hace referencia al modelo teórico cognitivo conductual y los factores asociados a la conducta depresiva; como es el caso de la desesperanza aprendida, teoría del autocontrol de Rehm (1977), indefensión aprendida, déficit en habilidades sociales y solución de problemas, de manera conjunta los factores de riesgo que destacan diversos autores son retomados, además de agregar un subcapítulo sobre el papel de las emociones.

El capítulo número 4 la teoría cognitivo conductual se desarrolla en cuanto a sus antecedentes históricos, consecutivo se describe por un lado las técnicas cognitivas y por otro las conductuales tales son las utilizadas en este estudio al finalizar este capítulo se retoman las distintas técnicas utilizadas en la TCC para el tratamiento de la depresión, que se han aplicado a distintos programas comportamentales en la que se integraron los conceptos y estrategias basada en el modelo de intervención para la depresión (Beck, 1967), las técnicas racional emotiva- conductual de Albert Ellis, las estrategias de resolución de problemas planteadas por la revisión de D´Zurilla & Goldfriend 1971 (como se citó en A. Nezu, C. Nezu y Lombardo, 2006) el registro del entrenamiento en incremento de actividades positivas basado en la activación conductual de Lewinson y la implementación de psicorientación en el tema de técnicas de inoculación del estrés de (Meichenbaum 1974).

Respecto a la metodología, en este estudio de caso fueron adaptadas las técnicas de terapia cognitivo conductual a utilizar en un programa terapéutico ajustado a las necesidades de Yam para disminuir la sintomatología presentada por una mujer diagnosticada con trastorno depresivo mayor en la etapa adolescente.

Para desarrollar la evaluación se reportó una entrevista inicial, así como la aplicación previa al tratamiento de la adaptación del Inventario de depresión de Beck (BDI), para identificar las distorsiones cognitivas y él un análisis de conductas para indagar la funcionalidad durante el tiempo de intervención a partir de una rúbrica inventario se registraron las ideas irracionales; se realizó una breve escala del grado de funcionalidad emocional percibido por sesiones según la impresión de la paciente, se graficaron también las conductas blanco aversivas a disminuir y al

finalizar el programa de intervención se aplicó la adaptación al inventario de depresión de Beck BDI.

En el capítulo 5 dedicado al método se expuso el caso realizado en una serie de puntos para estructurar los componentes psicológicos presentes en Yam, en donde se presentó el planteamiento del problema, justificación, y objetivos, se determinó la hipótesis clínica después se realizó una breve descripción del examen mental utilizado para pacientes del área de terapia cognitivo conductual en emociones, haciendo énfasis en los componentes emocionales y estado de ánimo, se registró el grado de disfuncionalidad y funcionalidad de conductas blanco, e impresiones de habilidades sociales como la resolución de problemas, se registraron las ideas irracionales presentes por sesión y su percepción entorno a las emociones que presento, teniendo como énfasis general el registró de ideas irracionales que también se registró. El motivo de consulta se desarrolló en la exposición del caso en donde a partir de la obtención de esta información se recabaron los datos para el diseño del programa de psicorientación y la implementación de este programa, a través del tratamiento se utilizaron técnicas de corte cognitivo conductual en la generalidad referentes a la activación conductual y entrenamiento en habilidades sociales en resolución de problemas. Por último se estableció en la metodología el programa de intervención para la mejoría de Yam y los resultados de la valoración mensual a partir del análisis gráfico y una tabla que presenta los resultados del inventario de depresión de Beck.

El inventario realizado a jueceo por expertos basado en el modelo explicativo identifico las ideas irracionales presentes después se estimó el grado de funcionalidad presente según la evocación del paciente en algunas emociones clave, así como el grado de funcionalidad de las conductas blanco a disminuir, a partir de ello se llegó a una impresión diagnóstica y un pronóstico.

Consecutivo a la aplicación de la entrevista y la rúbrica se aplicó el inventario BDI de depresión de Beck para finalizar la primera parte se planteó un plan de intervención con lo que se esperó disminuir el cuadro depresivo mayor, el inventario BDI el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles según (Muñiz & Fernández, 2010) el cual se considera el más usado para la población en general, se aplicó el inventario BDI antes y después del tratamiento para comparar los resultados de la intervención.

CAPÍTULO 1. Depresión

1.1 Epidemiología

“Los puntos de vista tradicionales han permanecido durante siglos, y creo que es justo decir que han demostrado ser inadecuados. En buena medida son responsables de la situación en que nos encontramos ahora”. B. F. Skinner (1974).

Substance Abuse and Mental Health Services Administration ([SAMHSA], 2015) indica que la prevalencia de la depresión aumenta durante la adolescencia SAMHSA, 2015 (como se citó en Mora, Gutiérrez & Quintanar, 2015). En 2004, 9% de los jóvenes de entre 12 y 17 años habían experimentado por lo menos un episodio de depresión mayor, y sólo cerca de 40% de ellos ha recibido tratamiento (Mora, et al., 2015), por otra parte la OMS (2017) consideró que a futuro la depresión será una de las circunstancias emocionales que va a repercutir en la función social, laboral, familiar e incluso la proyecta como la principal fuente de ausentismo en el trabajo dentro de 30 años.

En México la primera causa de muerte adolescente es causada por suicidios siendo la ideación suicida un factor central indicador de depresión en la adolescencia, según estadísticas del INEGI (2019), no existe una disminución de tal padecimiento, como indicador adverso se encuentran los diversos censos del HPIJNN (2018), que ubican a la depresión como el padecimiento segundo en causas de referencia en mujeres y hombres adolescentes, así mismo se ha registrado en dicha Institución el incremento anual de usuarios que la padecen.

Actualmente el HPIJNN, siendo el único hospital público infantil dedicado a la psiquiatría en Latinoamérica, referiré el segundo lugar los padecimientos depresivos, entre las enfermedades que atiende en sus instalaciones. Según la OMS (2016), se presentó una tasa media en el país de 40 casos de depresión por cada 100 mil, personas en una edad de 15 a 19 años, la OMS refiere que las referencias al programa por problemáticas referentes a la depresión; son bajas a comparación de los números de casos estimados.

Este problema de salud pública que no se le presta la debida atención e intervención y de manera singular puede llevar al suicidio a quien la padece. En el

2017 la OMS, refiere que el suicidio se puede producir a cualquier edad y para 2015 se ubica como una de las principales causas de defunción para la población de 15 a 29 años en todo el mundo (OMS 2018).

La institución internacional reconoce que este fenómeno es un problema de salud OMS (2018), pública y alienta a los países para que desarrollen o fortalezcan estrategias integrales de prevención del suicidio. Este interés lo incorpora en el objetivo del primer plan de acción sobre salud mental 2013-2020 en el que los países miembros se comprometieron a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir sus tasas nacionales de suicidios en un 10% para 2020. En el caso de las mujeres según Wagner, González, Sánchez, García y Gallo (2012), se asocia mayor el riesgo de diagnóstico de la enfermedad. A lo que García (2009), completaría aseverando la prevalencia de esta estadística. En 2015 se registraron 6425 suicidios y de estos: 10.5% (674) correspondieron a población de 10 a 17 años; menores de edad, la tasa de suicidios en la población de 10 a 17 años también presenta un incremento en su nivel para el periodo 2006 a 2015, ya que pasa de 2.6 a 3.8 por cada 100 mil niños en este rango de edad (INEGI 2018). Existe una elevada comorbilidad entre el trastorno de ansiedad y el trastorno de depresión para Contreras (2017), esto se debe a la poca validez del modelo categórico que clasifica en los manuales las características sintomatológicas ambos padecimientos, lo positivo de esto es que se han creado diferentes propuestas de entender a los problemas emocionales, como es el caso de la explicación dimensional de Achenbach, Ivanova, Rescorla, Turner & Althoff, 2016 (como se citó en Contreras, 2017).

La depresión suele abordarse dentro del habla coloquial como una sensación de tristeza, sin embargo dentro de la psicología clínica se describe de diversas maneras, para Vallejo (1987), es un conjunto de comportamientos, estados de ánimo bajo y pensamientos que las personas refieren como incapacitantes en medida de la gravedad de quien los padece, por citar un ejemplo según Del Barrio y Carrasco (2013), refieren que la depresión es un sentimiento humano por el cual podemos pasar en algún momento del desarrollo, sin embargo se presenta de diferente manera en medida del aprendizaje y habilidades que tiene la persona ante los sucesos de la vida cotidiana por ejemplo también Del Barrio y Carrasco (2013), citan que los estudios clínicos han encontrado que una persona que ha experimentado cuadros depresivos y tendencia a esta enfermedad es mucho más probable que

contenga pensamientos rumiantes sobre los problemas y otras características que afectan de su vida que les hace comportarse de forma anómala con una serie de pensamientos de culpa autocompasión o sensación de indefensión y la presencia de la triada cognitiva son características que se califican como propias de su manera de ver la vida.

La depresión según la OMS (2018), es un trastorno mental frecuente que en la literatura es citado como una condición incapacitante que afecta a millones de personas cada año, ´´provocando un grave desequilibrio emocional, interfiriendo con la vida cotidiana y las relaciones familiares, incrementando el riesgo de enfermedad física, algunas veces hasta induciendo al suicidio de quien la padece´´ (OMS, 2018). A su vez Narváez, Hernández, Vázquez, Miranda de la Cruz y Olan (2017), señalan como signos de importancia característicos de tal enfermedad: la pérdida de interés o gusto por cosas que la persona anteriormente ya había hecho o consideraba importantes, junto con ello suelen presentarse otros factores que forman un conjunto de características clínicas del trastorno. Ahora bien, Narváez, et al. (2017), también mencionan que la depresión como síntoma es una tristeza con características patológicas, por lo que hay que valorar la frecuencia, intensidad, y duración de la misma, para determinar la disfuncionalidad como enfermedad. Para García y Sanz, (2016), se convierte en síntoma de la depresión cuando aparece en periodos de mucha frecuencia por ejemplo cada día o durante la mayor parte del día y cuando es tan intensa que, por ejemplo, el niño o adolescente llora de forma exagerada, desconsolada, incontrolable y afligida por cualquier cosa. Esta tristeza patológica o estado de ánimo deprimido está presente en la mayor parte del trastorno psicológico y en muchas condiciones médicas. Por otro lado la depresión también hace referencia a un síndrome, es decir a un conjunto de síntomas relacionados que aparecen y desaparecen conjuntamente y que suelen estar formados por los síntomas de tristeza (García & Sanz, 2016).

Para, Vindel, Cano, Salguero, Wood, Dongil y Latorre (2012), es un síntoma base que indica depresión cuando la persona suele experimentar dentro de los signos pérdida de interés y emociones positivas como la alegría, y experimenta una disminución de energía lo que desemboca en fatiga extrema y reducción de un grado de actividad cotidiana para quien lo presenta. La depresión de acuerdo a Méndez et al. (2004), es entendida desde la perspectiva salud-enfermedad como:

1) Enfermedad:

Cambio o alteración que presenta características permanentes que conforman a una persona o el desarrollo normal de sus procesos y/o personalidad; como síndrome se presenta de forma actual y se entiende como un conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado provocado, en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad, se produce también como reacción en la mayor parte de los trastornos psicológicos, con condiciones propias de enfermedades médicas y puede venir como respuesta de otro malestar y expresa un estado anómalo, es decir se presenta como consecuencia de una enfermedad física u otro padecimiento psicológico por ejemplo puede venir después de una crisis de ansiedad generalizada o después de haber padecido una crisis epiléptica, por ejemplo un paciente se puede sentir depresivo como consecuencia de presentar un cuadro de ansiedad y eso no quiere decir que tenga un cuadro depresivo mayor.

2) Seligman 1967 (como se citó en Polanio y Vázquez, 1982) menciona que el concepto síntoma hace referencia a la expresión de un estado anómalo, es decir la consecuencia de un fenómeno que se manifiesta en el cuerpo y conducta alteración del organismo y el estado de ánimo en conjunto pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y la suma de sus síntomas sirven para determinar su naturaleza

3) Como trastorno es la alteración del estado de salud normal debido a una enfermedad puede ser entendido como un cambio des adaptativo que afecta los procesos mentales, las causas no están muy claras y puede haber desequilibrio biomédico que produce síntomas o el desequilibrio producto de una interacción entre la persona y su entorno. Entonces las diferencias entre enfermedad o síndrome, síntoma y trastorno son en la actualidad ejes utilizados por autores clínicos, trabajadores de la salud e investigadores con el fin de utilizar métodos de prevención e intervención experimentalmente probados, e intervenir de manera más eficaz en las patologías, cabe destacar que dichas conclusiones diagnósticas son un preámbulo para referir y plantear soluciones para el usuario.

Las características clínicas de distintos trastornos en el caso de la TDM son formuladas dentro del marco de referencia de las diversas guías clínicas como el Clasificación Internacional de Enfermedades ([CIE 10], 2018) o el DSM IV que dentro

del HPIJNN son utilizados y en este caso se retoman para comprender la formulación cognitiva de cada trastorno.

Dentro de la Terapia Cognitiva Conductual se plantea según (Beck, 1983) que cada trastorno de la personalidad tiene un conjunto específico de ideas que funcionan de forma asociada así también los trastornos se caracterizan por tener un conjunto relativamente pequeño de estrategias conductuales que utilizan las personas en la mayoría de las situaciones y a lo largo del tiempo, incluso estas estrategias se manifiestan en muchas ocasiones como disfuncionales, estas estrategias son las formas de hacer frente a sus creencias básicas aunque son negativas son parte del repertorio cognitivo. Antes del tratamiento, la mayoría de los pacientes, con trastornos no disponen de muchas opciones en cuanto utilizan las conductas depresivas que emplean.

No existe una amplia gama de estrategias y por lo tanto, carecen de un repertorio suficiente de conductas que podrían seleccionar para utilizar en función de cada contexto y así se llevan a percepciones erróneas y a grandes dificultades en la vida de las personas. Según la TCC comprender qué distorsiones son errores en la percepción aumenta que esas cogniciones se conceptualizan de forma más realista diferentes a los problemas de quien las concibe como medio para estructurar su pensamiento y a decidir cuales la manera más eficaz de intervenir (Beck 2008).

Aunado a estas características la literatura plantea que quien padece este trastorno no muestra todas las características de un trastorno, sin embargo, en algunos casos como en el presente sí se observa una clara inclinación hacia el trastorno de depresión mayor. Partiendo de esta idea en el caso de la depresión mayor deben de presentarse un conjunto de síntomas estos principalmente aparecen con algunas consideraciones: que el usuario tenga ideación y planeación de suicidio, factor para considerar a la depresión como depresión mayor que es un indicador importante así como otros presentes en sus creencias sobre el mundo y las estrategias para afrontar su vida cotidiana (Beck 2008).

1.2 Indicadores del TDM

El uso de estos indicadores no tienen como meta crear estigmas respecto a el padecimiento en el paciente, en los familiares o el dar un diagnóstico apresurado tampoco busca intervenir como una guía con el mismo protocolo en todos los casos,

por el contrario Aaron Beck autor que al igual que otros psicólogos plantean que en cuestión de terapia se trata al paciente de manera singular a lo que refiere, poniendo énfasis en las características personales que forman el todo de una persona y siguiendo esa idea se traza un plan de intervención para la disminución de conductas y pensamientos disfuncionales establecidos en la personalidad de la persona afectada. Por su parte A. Nezu y C. Nezu (1989), definen al igual que otros autores ya citados que la depresión es un trastorno psicológico común que se presenta como una “resfriado” entre los problemas de salud mental, sin embargo, experimentar un episodio depresivo mayor es distinto a tan solo sentirse triste, retomando a autores cognitivos y en ese sentido Paz y Sanz (2016), mencionan los siguientes signos clave como los que establecen diversas guías clínicas principales para diagnosticar un padecimiento de TDM.

Signos clave de TDM

- I. Irritabilidad
- II. Pérdida de interés
- III. Fatiga
- IV. Los sentimientos de inutilidad y culpabilidad
- V. Enlentecimiento Psicomotor
- VI. Insomnio
- VII. Ideas de suicidio
- VIII. Falta de apetito
- IX. Pérdida de peso dificultad para concentrarse

1.3 Clasificación DEL TDM

Dentro de los criterios diagnósticos del CIE 10 los siguientes criterios guiarán a los profesionales de la salud para determinar la existencia de un trastorno depresivo mayor.

Criterios del CIE 10 para el TDM

- A) Cansancio después del más mínimo esfuerzo
- B) Pérdida de concentración y atención
- C) Pérdida de la autoestima y seguridad en uno mismo
- D) Sentimientos de culpabilidad e inutilidad
- E) Visión pesimista del futuro
- F) Ideas o actos de autolesión o suicidio
- G) Trastornos del sueño
- H) Pérdida de apetito

Según los fundamentos base de las clasificaciones del DSMIV y CIE10 basados en la delimitación conceptual del clásico psiquiatra Kraepelin quien agrupa todos los síndromes depresivos en un apartado para delimitar los trastornos afectivos que es el caso de la depresión que agrupa como una enfermedad, episódica, recurrente, y que en el mejor de los casos es de buen pronóstico, con tendencia a la recuperación completa. De acuerdo al DSM-IV la depresión puede clasificarse de acuerdo a su severidad en:

Leve: Pocos o ningún síntoma además de los necesarios para realizar el diagnóstico, los síntomas provocan sólo una ligera disfunción psicosocial.

Moderada: Síntomas que provocan incapacidad funcional entre leve y grave.

Grave con o sin síntomas psicóticos: Varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico, que interfieren notablemente en las actividades escolares o sociales habituales, o las relaciones con los demás.

Mayor: El sentimiento de tristeza permanente o la pérdida de interés que caracterizan a la depresión grave pueden provocar una variedad de trastornos emocionales y físicos. Pueden incluir trastornos en hábitos del sueño, apetito, nivel

de energía, concentración, comportamiento diario o autoestima. La depresión también puede asociarse con pensamientos suicidas y acto suicida.

La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: Un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve, de 6 de 10 síntomas el nivel moderado y de 8 a 10, el nivel grave. Además, el algoritmo diagnóstico también es distinto, ya que la CIE-10 requiere la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida de interés y pérdida de energía para los episodios depresivos leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves. Además que de acuerdo con su duración, la depresión puede clasificarse como crónica cuando los síntomas están en forma continua por más de 2 años.

Según sus características clínicas pueden clasificarse como:

- Con síntomas catatónicos: Al menos dos de los siguientes síntomas: Inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.
- Con síntomas melancólicos: Disminución de placer en todas o casi todas las actividades o disminución de reactividad. Además, tres de los siguientes: depresión más severa por las mañanas, insomnio terminal (2 horas o más), alteraciones psicomotoras; anorexia o pérdida de peso y culpa.
- Con síntomas atípicos: 2 de las siguientes características están presentes: hipersomnia, extrema inercia corporal/ sensación de pesantez, aumento del apetito o aumento de peso.

Actualmente para Sanz y Paz (2016), la opinión más consensuada es que la fenomenología básica de los trastornos depresivos es siempre la misma en cualquier edad, pero que esta modifica la frecuencia de algunos síntomas y la expresividad sintomatológica de la mayoría mientras que en los adolescentes son más frecuentes los síntomas cognitivos. Los síntomas como el enlentecimiento psicomotor o la hipersomnia son comunes en la adolescencia y en la edad adulta.

La clasificación utilizada en la literatura fue establecida principalmente por el pionero científico y médico escocés Lange que en 1926 propone la clasificación de la depresión como por endógena caracterizada por la ausencia de desencadenantes, historia familiar de trastornos afectivos, por lo que autores la refieren como hereditaria por su escasa influencia ambiental en la sintomatología,

en la actualidad el término aún se utiliza sin embargo si se considera el curso de la perturbación, se puede distinguir entre: unipolar y bipolar (Vallejo, 1987).

La unipolar basada en una síntesis de clasificaciones se caracteriza por un curso regular, con duración media si hay una buena intervención. La bipolar presenta un curso cambiante con un polo de depresión y otro de manía, si hay una buena intervención; la depresión bipolar presenta un curso cambiante con un polo de depresión y otro de manía efusiva que se alteran en el tiempo, este se presenta de manera parecida al trastorno maniaco depresivo.

Dentro de estas mismas importantes clasificaciones la diferenciación de trastornos endógenos en bipolares y uni-bipolares es retomada hasta la actualidad. Cabe aclarar que este tipo de trastorno es una alteración no tan frecuente como la depresión mayor o a la distimia. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde euforia, en la manía, a estados de ánimo disfóricos, su tendencia es que se aparezcan de manera crónica por tal está descrita en los trastornos de tipo afectivos maniacos depresivos.

Para Paz y Sanz (2016), como para diversos autores la naturaleza de la depresión categorial o dimensional del espectro depresivo y la existencia de modelos unimodales, dicotómicos o múltiples son también controversias básicas que persisten hoy en día.

Las clasificaciones tradicionales dividen a la depresión y depresión mayor en dos partes:

- Depresión exógena

Se puede presentar como variante al grupo de depresiones que se desencadenan por algún estrés ambiental Vallejo (1987), a principios del siglo XX en la literatura se sustituyó al viejo término anterior manteniéndose hasta la aparición de los sistemas actuales de clasificación

- En la depresión endógena

Vallejo (1987), sugiere es una etiopatogenia exclusivamente biológica (factores genéticos y neuro bioquímicos). Actualmente se acepta la existencia de síntomas endógenos que pueden detectarse mediante escalas (por ejemplo, Newcastle). Para Nezu, et al. (2006), los trastornos depresivos son variados y están divididos a groso modo en:

Trastornos Depresivos:

- Ø Bipolares
- Ø Trastornos del Estado de Ánimo
- Ø Debido a la enfermedad médica
- Ø Trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias.
- Ø Trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor)

En el caso de los adolescentes y adultos se definen los mismos tipos de depresión y sólo cambian ligeramente por motivos de edad según los criterios diagnósticos del DSM IV y DSMV por ejemplo en el caso de los niños en las investigaciones se ha visto que la tristeza puede ser reemplazada por la irritabilidad y la duración de sintomatología depresiva en la distinta se rebaja de dos años en los adultos a un año de síntomas en niños.

Es el caso de Méndez, et al., (2004) y bajo la perspectiva psicología-psiquiatría utilizan este tipo de categorías para intervenir en algunos casos como es en el caso del HPIJNN que es utilizada para sugerir tratamientos según ciertos códigos de emergencia o bien los utilizan como indicadores preventivos o como factores determinantes para poder delinear la uniformidad de un concepto, la naturaleza de la enfermedad o determinar un diagnóstico como preciso para poder enviar al usuario por una parte a terapias grupales, o encontrar algún tipo de terapia que sea más eficaz dependiendo de las características que presente cada grupo y desde el punto farmacológico utilizar medicación según sea el caso.

Por consecuencia en la medida en el que el ciclo de conductas interrumpa la funcionalidad del paciente y su bienestar emocional probablemente se trate de un síndrome depresivo por tal para algunos investigadores es importante la diferenciación para actuar conforme la sintomatología y tomar estrategias eficaces para erradicar el malestar (Guía Clínica HPIJNN 2009),

Según Paz y Sanz (2016), las consideraciones para diferenciar lo que podrían considerarse comportamientos normales de aquellos que son síntomas depresivos, para detectar la presencia de un trastorno depresivo infantil o adolescente es importante recordar:

1. Que al menos uno de los síntomas clave de la depresión son la tristeza y la pérdida de interés en cosas que anteriormente el menor encontraba placenteras.
2. Que la tristeza puede a veces no ser evidente y, en lugar, pueden aparecer sentimientos de irritabilidad y/o enfado en forma de explosiones de genio ante

sucesos triviales, insultos, peleas y el derrumbarse por nimiedades, lo cual debe diferenciarse del patrón de niño mimado en el que la irritabilidad se presenta solamente ante las frustraciones.

Según el DSM-IV, el trastorno depresivo mayor (algunas ocasiones denominado depresión unipolar) se caracteriza por la presencia la mayor parte del día, casi cada día durante al menos dos semanas consecutivas, de estado de ánimo triste o irritable, o pérdida del interés y de la capacidad para disfrutar de actividades que antes eran placenteras (anhedonia).

Además, durante ese periodo el adolescente también experimenta al menos otros cuatro síntomas de una lista de siete que incluye: cambios en el apetito o peso (o incapacidad para conseguir el peso apropiado para su edad); cambios en el patrón de sueño (insomnio o hipersomnia); cambios en la actividad psicomotora (agitación o enlentecimiento); falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas (Paz & Sanz 2016).

Cuando la aparición de estos síntomas no se ha producido por efecto directo de una enfermedad médica o de la ingestión de medicamentos o drogas o no se explica mejor por la muerte reciente de un ser querido o bien por la presencia de un trastorno psicótico o un trastorno bipolar y cuando tales síntomas se experimentan con un intenso sufrimiento e interfieren con la capacidad para estudiar, jugar o salir con los amigos y en general con el funcionamiento cotidiano del menor, estamos ante la presencia de un trastorno depresivo mayor para Caballo y Simón (2002), no todos los niños y adolescentes con trastorno depresivo mayor padecen de todos los síntomas y con la misma duración (Paz & Sanz 2016).

Por su parte en el ([CIE-11], 2019) acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª Edición. El término depresión ha terminado por englobar todos los estados de tristeza patológica que antes recibían en las clasificaciones CIE 10 y DSM IV la denominación de melancolía y en su camino han abarcado todos los estados de tristeza, desde los considerados neuróticos sin causa aparente hasta los reactivos a una pérdida, cabe destacar que esta nomenclatura psiquiátrica es controvertida por el planteamiento complejo y descriptivo sin embargo su conocimiento no podría omitirse, dicho sistema clasifica, y conceptualiza unidades que se abordarán más adelante de forma breve (Paz & Sanz 2016).

En el curso del trastorno depresivo mayor es importante distinguir a los niños y adolescentes que acuden a tratamientos con síntomas que se han desarrollado recientemente y por primera vez de aquellos otros adolescentes cuyos síntomas cuyos síntomas son una exacerbación de un episodio anterior o que han sufrido en el pasado algún otro episodio depresivo, ya que entre estos últimos es más probable la presencia de trastornos de ansiedad y de factores de personalidad disfuncionales y menos probable que el tratamiento consiga una reducción total de los síntomas (Paz y Sanz 2016).

El trastorno distímico o distimia es un tipo de depresión menos grave, que incluye síntomas depresivos que se catalogan como no tan incapacitantes como los del trastorno depresivo mayor, pero que, sin embargo son muy prolongados, crónicos, e interfieren también en el funcionamiento y el bienestar del niño o adolescente. En concreto, y siguiendo los criterios del DSM-IV (Paz y Sanz, 2016).

En resumen el DSM-IV y el CIE-10, distingue ambos, dentro del concepto global de trastornos depresivos en niños y adolescentes, dos trastornos principales, el trastorno depresivo (distimia), basados en dos síndromes depresivos muy parecidos en ambos sistemas de clasificación diagnóstica psicopatológica (pero el CIE-10 incluye además el aumento de la fatigabilidad), que la duración mínima de los síntomas depresivos debe ser al menos dos semanas en el caso del trastorno depresivo mayor o más de un año en el caso del trastorno distímico (en concreto. la CIE-10 requiere una duración mínima de dos años ya que este criterio para la distimia adulta no se matiza a la baja en el caso de los niños y adolescentes como si lo hace el DSM-IV, y que los síntomas deben provocar en el niño o adolescente malestar clínicamente significativo escolar, familiar, social y deterioro de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Paz y Sanz 2016).

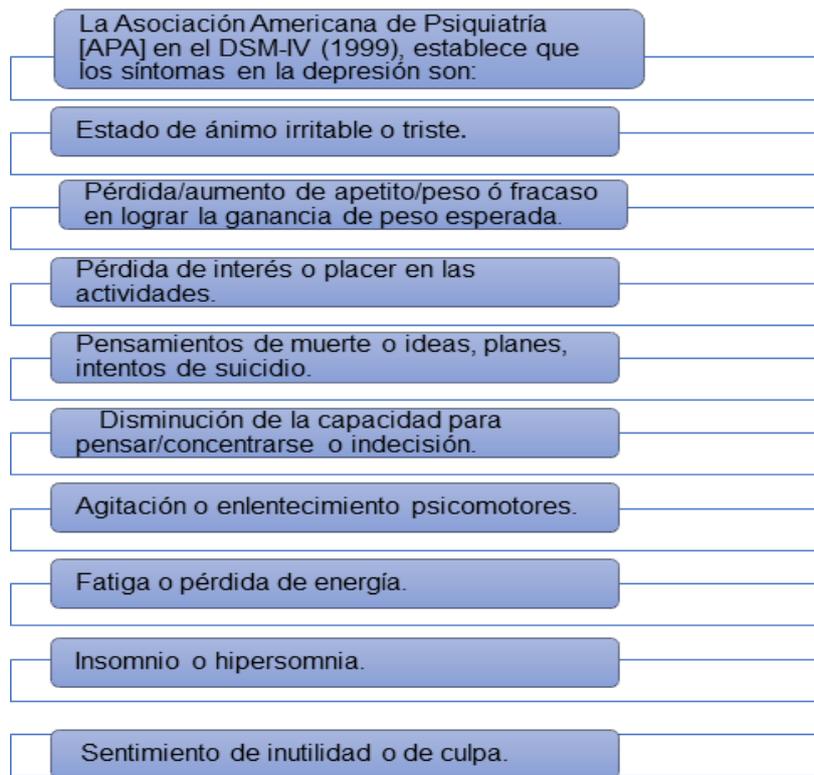


Figura 1. Síntomas de Depresión (APA) en DSM-IV.

Según la clasificación de la asociación americana de psiquiatría recogida en el DSMLV (2002), quizá la más utilizada e influyente en la actualidad, a pesar, incluso, de la reciente publicación del DSM V (2014), suele considerar dos tipos principales de trastornos depresivos: trastornos depresivos mayor y trastorno distímico, dos trastornos que también distingue la otra gran clasificación diagnóstica actual, la décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades CIE-10 (1992), que propone, como se verá más adelante, prácticamente los mismos criterios para su diagnóstico que el DSM-IV.



Figura 2. Síntomas que incluyen los criterios diagnósticos de los principales trastornos depresivos del DSM-IV (1994), la CIE- WHO (1992) y el DSM-5 (2014): Trastorno depresivo mayor (TDM)

Capítulo 1 “Depresión”: Recapitulando

Con base en la bibliografía consultada la depresión es una enfermedad mental que cumple con ciertos criterios para ser referida como tal en esta revisión se tomó en cuenta que el padecimiento es un problema de interés mundial y pone en riesgo el desarrollo armónico de quien la padece y en el caso de los adolescentes Narváez et al. (2017), menciona que el riesgo afecta la subsistencia del menor ya que busca ser aceptado. Por tal si no existe un equilibrio de salud existirá un desajuste en la salud de la persona.

La depresión puede entenderse desde distintas perspectivas sin embargo actualmente diversas guías y organizaciones que clasifican el concepto depresión concuerdan en que la depresión mayor y el suicidio tienen una estrecha relación. Es importante tener en cuenta los síntomas depresivos para así poder sugerir a otros profesionales de la salud algún tipo de terapia que resulte más eficaz según el tipo de depresión.

CAPÍTULO 2.

Depresión y adolescencia

“El comportamiento puede ser concebido como el contenido funcional del lenguaje.”

Emilio Ribes-Iñesta.

2.1 La adolescencia como construcción social.

La adolescencia ha sido un tema de interés en la sociedad y por consiguiente la psicología que le ha dedicado un espacio importante, tanto en el campo de la psicología del desarrollo como también en el área de la psicología de la educación y la psicología social. Libros, revistas y publicaciones han sido producidos para los padres y educadores un saber más técnico sobre la adolescencia (Merces, 2007).

A lo largo de la historia el concepto de adolescencia y juventud, ha sido estructurado por psicólogos como Hall y Ana Freud a principios del siglo XX, quienes desde la perspectiva psicoanalítica, definieron a la juventud como un fenómeno universal caracterizado por una serie de cambios físicos y psicológicos, por fenómenos de rebelión y diferenciación de la familia de origen (la que representan exclusivamente como nuclear), que marcaban el pasaje de la infancia a la vida adulta «normal» signada por la conducta heterosexual, la formación de la propia familia y la integración productiva al mundo social (Merces, 2007).

Bonder en 1999 afirma a su vez que la adolescencia es un período de contradicciones, confuso, ambivalente, doloroso, que se caracteriza por fricciones con el medio familiar y social (como se citó en Alpizar y Bernal, 2004).

Esta corriente ha sido influenciada fuertemente por el psicoanálisis, la psicología del desarrollo Lidz (1973) y los estudios sociológicos de corte funcionalista retoman en gran parte la visión positivista del desarrollo humano, centrándose en los cambios hormonales y fisiológicos de la persona en lo que definen como «adolescencia». Esta perspectiva es determinante en definir las características «normales» y «anormales» en el comportamiento de una «persona joven o adolescente» (como se citó en Alpizar y Bernal, 2004).

Así mismo Alpizar y Bernal (2004) plantean que históricamente, algunos de los referentes del concepto adolescencia están permeados de las inquietudes, supuestos e ideología, de inicios del siglo XX como es el caso del psicoanálisis, que

normalizaba o no ciertas características, en función de la congruencia de género, hoy en día parecen ambiguos y cuestionados ciertos postulados, al poseer por su carácter discursivo que normaliza la heterosexualidad seguir una línea de perpetuación de normalidad y anormalidad como características universales, fenomenológicas, respecto a la construcción de género que asigna características congruentes a su sexo biológico tanto a la mujer o al hombre esto por mencionar algunas controversias que perpetúan la construcción de la normalidad en función de la hegemonía instaurada por el patriarcado; en la ciencia, actualmente por poner un ejemplo diversos autores toman en cuenta de tal discusión y de forma progresiva se observa un cambio ideológico al respecto, por ejemplo la homosexualidad ya no es estandarizada como enfermedad.

Este trabajo plantea la teoría del desarrollo cuya aportación establece la adolescencia como la forma de vida entre la infancia y la edad adulta, según Erickson (2004), principal autor referente en 1976, indico que desde esta perspectiva de la teoría de desarrollo, elementos que ponen énfasis en la importancia de la adolescencia como el espacio de potencial de aprendizaje e integración de referentes sociales para la conformación del ser (como se citó en Mercedes, 2007). Este autor desarrolla la noción de moratoria como signo distintivo de esta fase de la vida y la descripción de los procesos emocionales y de aprendizaje social que convergen a la constitución de la identidad juvenil Alpizar y Bernal (2004), bajo esta misma teoría del desarrollo se puede afirmar que el hito o meta más importante de la adolescencia es el desarrollo o construcción de la identidad. Todo adolescente necesita saber quién es, pues necesita sentirse respetado y amado, como todo ser humano, y para ello necesita saber quién es. El niño pre púber se identifica a través de sus padres ó los adultos de su entorno, pero el adolescente necesita desarrollar su propia identidad y ser el mismo (Ives, 2014).

Desde esta perspectiva se han realizado numerosos estudios, principalmente sobre poblaciones jóvenes en espacios clínicos, a partir de los cuales, se desarrollaron teorías que intentan explicar, la adolescencia definiendo una serie de características universales sobre esta etapa (Alpizar & Bernal 2004).

2.2 Adolescencia

David Levinsky en (1995), conceptualiza la adolescencia como una fase de desarrollo evolutivo, en el que el niño se mueve gradualmente hacia la edad adulta. De acuerdo con las condiciones ambientales e históricas personales.

Según (Levinsky), 1995 se entiende la adolescencia como la etapa psicosocial, en la que se vincula con la pubertad y desarrollo cognitivo las representaciones de la adultez. Para el autor, adolescencia se caracteriza por la forma en que la sociedad representa la adultez, es decir, en las sociedades modernas es más lento y más doloroso en la antigüedad en los primeros días era recibida la persona mediante los ritos de paso y era más fácil participar en el mundo de los adultos (como se citó en Merces 2007), Outeiral (1994), es otro autor brasileño utilizado como referencia del tema para él, la adolescencia es una fase de crecimiento humano que se caracteriza por la definición de identidad. Su comienzo es con transformaciones corporales, es decir, con pubertad y se extiende hasta la madurez y la responsabilidad. Los derechos sociales son adquiridos por el individuo. El adolescente para Outeiral 1994 (como se citó en Merces, 2007) se divide en tres fases:

Fase 1) En primer lugar, el joven experimenta una pasividad hacia las transformaciones de tu cuerpo, creando desde de ahí un sentimiento de impotencia ante el mundo y la realidad.

Fase 2) La búsqueda de la independencia es el foco central, que incluye búsqueda de la definición sexual.

Fase 3) La búsqueda es de identidad profesional e inserción en el mercado laboral, es decir, la búsqueda de reconocimiento por sociedad e independencia financiera.

Desde la teoría del desarrollo la adolescencia es el período comprendido entre los 12 y los 18 años. Este periodo está marcado por cambios muy importantes en diversas áreas:

Físicamente, el adolescente experimenta todos los cambios corporales de la pubertad. En cuanto al desarrollo cognoscitivo, los adolescentes inician el pensamiento operacional formal y los primeros pasos hacia la construcción de una identidad ocupacional y sexual. Las primeras etapas de las operaciones formales

son visibles para muchos, pero no para todos los adolescentes en este periodo. Estas etapas de los 14 años o más se caracterizan por un razonamiento moral convencional. A los 17 o 18 años, algunos adolescentes han alcanzado operaciones formales consolidadas por un razonamiento moral (Papalia, 2002).

En el desarrollo social estos cambios no sólo influyen las relaciones con sus compañeros, también a las relaciones con sus padres. De hecho, es el periodo de desequilibrio social con mayores problemas en las relaciones padres-hijo, el adolescente empieza a cuestionar los antiguos valores, los viejos papeles, las viejas ideas de la identidad. Las amistades individuales son importantes a lo largo de este periodo, aunque también se inician las relaciones sexuales (Segall, Williams & Teasdale, 2002).

En la adolescencia se da una reorganización y desprendimiento de las introyecciones de los 15 a los 18 años, emergen más rasgos de percepción del tiempo y hacia el futuro, existe una conexión con la familia cercana mientras que también se diferencia abriendo panorama a la formación de otros lazos para socializar (Foelsch, Schlüter-Müller, & Odom, 2015).

Se puede diferenciar entre los adolescentes con una identidad normal y los que no mediante la calidad y las características de sus descripciones de ellos mismos y otras personas, que pueden presentar en entrevistas terapéuticas, un adolescente que se presenta con dificultades conductuales o emocionales, pero que mantiene una auto identidad integrada y diferenciada experimenta una crisis de identidad, la cual se puede resolver mediante enfoque terapéutico tradicional, la meta primaria en la psicoterapia para adolescentes es disminuir los síntomas que impiden el desarrollo normal, en particular de la identidad, para producir mejoras en el funcionamiento conductual, afectivo y social (Foelsch, et al., 2015).

Erik Erikson es uno de los autores que más ha escrito sobre el desarrollo de la identidad desde la infancia hasta la vejez, con especial énfasis en la adolescencia, a través de un enfoque psicoanalítico. A lo largo de los estadios del ciclo vital aborda diferentes aspectos, siendo los más relevantes las crisis psicosociales, el radio de relaciones significativas y las fuerzas básicas. Según Erikson 2004 el desarrollo humano sólo se puede entender en el contexto de la sociedad a la cual uno pertenece. Cada una de las ocho etapas del desarrollo implica una dificultad o crisis emocional con dos posibles soluciones, favorable versus desfavorable, siempre avanzando etapa por etapa sin poder saltarse ninguna. Las cinco primeras etapas

corresponden a la infancia y adolescencia. Son varios los factores que influyen en el desarrollo psicosocial de las diferentes etapas (como se citó en Ives, 2014) estas etapas son:

1. Dimensión comunitaria. Para que un joven se encuentre a sí mismo es necesario que haya encontrado su dimensión comunitaria. Se creará una unión entre lo que más o menos le viene dado (fenotipo, temperamento, talento, vulnerabilidad) y determinadas decisiones o elecciones que toma (opción de estudio, de trabajo, valores éticos, amistades, encuentros sexuales), y todo ello dentro de unas pautas culturales e históricas.

2. Dinámica del conflicto. El adolescente suele tener sentimientos contradictorios, pasando a sentimientos de vulnerabilidad exacerbado a tener grandes perspectivas individuales.

3. Período evolutivo personal. Cada individuo tiene su propio período evolutivo que dependerá tanto de factores biológicos, psicológicos, como sociales.

4. Modelos recibidos. Ningún yo se construye de forma aislada. Primero recibirá el apoyo de modelos parentales, y posteriormente de modelos comunitarios.

5. Aspectos psico-históricos. Toda biografía está inexorablemente entretejida por la historia que a uno le toca vivir. Sin duda no es lo mismo vivir en época de paz que en época de guerra.

2.3 Depresión y adolescencia

Hasta antes de la década de los setenta del recién siglo pasado, la depresión en niños y adolescentes fue un tema controversial, sin embargo, investigaciones en las dos últimas décadas dejaron claro que también se presenta en esos grupos etarios, incluso es asociada la enfermedad depresiva con la adolescencia incluso con mayor comorbilidad que cuando inicia en la edad adulta, pues antes de los 18 años hay mayor riesgo de desarrollar agorafobia, fobia social, trastorno negativista

desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas (Leyva, Hernández, Nava & López, 2007).

Para Santacruz, Gómez, Posada & Viracacha, en 1995 depresión se ha convertido en un factor cada vez más común en la población, específicamente en los adolescentes, que viven una etapa en la vida considerada de gran riesgo para padecer depresión, pues durante ella se han observado sus manifestaciones en función al sexo, sistema de valores, ajuste emocional, nivel intelectual y educativo, así como del contexto y el ambiente donde se desenvuelven los jóvenes (como se citó en Larios, Laborde, Sánchez, Gaviria & Lastre 2017).

Los jóvenes son uno de los grupos etáreos que presenta mayor probabilidad de padecer depresión, ya que en la etapa de la adolescencia los procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, demandan por parte de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía tanto personal como social (Blum, 2000). En la adolescencia, el asunto de la salud mental y especialmente el de la depresión cobra una importancia especial, debido a la importancia que tienen esta población y las repercusiones que los problemas mentales conllevan al presente y futuro de estos (Hoyos, Lemos & Torres 2012).

La depresión tiende a presentarse con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. Al respecto, los reportes evidencian que en Estados Unidos la prevalencia del trastorno depresivo a lo largo de la vida corresponde al 21.3% en mujeres y 12.7% en hombres (INEGI, 2017).

Según Foelsch, et al., (2015) aunque se reconoce la depresión en la adolescencia, muchas veces no se proporciona la atención debida. Los adolescentes deprimidos son poco identificados por sus padres, no buscan ayuda en ellos y son resistentes a consultar a un profesional de la salud. Cuando acuden para atención médica, lo hacen por manifestaciones somáticas. Por dichas razones, este grupo se vuelve vulnerable al no tener identificados sus problemas emocionales y dificultan el desarrollo psíquico normal de la adolescencia y de la vida adulta en (Foelsch, et al., 2015).

En la adolescencia son frecuentes la presencia de los síntomas cognitivos. Para algunos autores, los síntomas de la depresión en el adolescente son:



Figura 3. Síntomas cognitivos asociados con la depresión adolescente. Weiner, Glaser, Malmquist & Toolan, 1996 (como se citó en Alonso, 2009).

Sin embargo, se centra más en trastornos del comportamiento: desobediencias, faltas injustificadas a clase, cólera, fugas injustificadas, auto destructividad, tendencias masoquistas y predisposición a los accidentes, conceptos (agresividad, problemas escolares e inestabilidad) Alonso (2009). De todos modos, existe un infra diagnóstico de la depresión en la adolescencia, debido a la interpretación de la variabilidad de los estados de ánimo como cambios hormonales propios de esta etapa Alonso (2009).

Los síntomas como el enlentecimiento psicomotor o la hipersomnia son corrientes en la depresión durante la adolescencia, en los niños y adultos se definen los mismos tipos de depresión que en los adultos y se matizan por los criterios diagnósticos en función de la edad se puede hablar coloquialmente de la palabra depresión, que experimenta la persona al sentir tristeza que es una de las condiciones emocionales de malestar psicológico más frecuente en los seres humanos, y los niños adolescentes no son ajenos a este sentimiento (Leyva, et al., 2007).

Aunque la depresión de un niño y la de un adolescente constituyen el mismo trastorno, los cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren con la edad explican que la depresión presenta ligeras variaciones en función de las etapas de desarrollo infantil (García 2009).

Un síntoma que resalta la literatura relacionada con la depresión en los niños y adolescentes, es la presencia de fatiga, este y los síntomas que se enumeraron en el capítulo anterior, síntomas que intervienen con la actividad escolar o social del menor, y es probable que nos encontremos ante un síndrome depresivo.

Completando lo anterior en los experimentos retomados por Carrasco y Del Barrio & Ortiz (2013), se explican algunos factores considerados como significativos por la relación que guardan con la depresión.

La gravedad de los síntomas varía en cada niño o adolescente y también puede variar con el tiempo. Para García & Sanz (2016), algunos padecen de unos pocos síntomas, otros tienen muchos; algunos experimentan tales síntomas durante semanas, otros durante meses; en algunos la remisión del trastorno (un periodo de al menos 2 meses sin síntomas o solo con uno o dos de gravedad leve) en total y no volverán a experimentar ningún episodio en el futuro, mientras que otros lamentablemente los más (alrededor del 70 por ciento), sufrirán un episodio depresivo mayor antes de cinco años habiendo experimentado una remisión de los síntomas entre ambos episodios o, incluso, sin haber experimentado remisión alguna entre los episodios.

Diversas guías, refieren un trastorno depresivo mayor en los niños y adolescentes a cuando está presente durante un periodo mayor a un año un estado de ánimo triste o irritable prácticamente a diario y adicionalmente al menos dos de los siguientes síntomas: baja autoestima, desesperanza, pérdida o aumento de apetito, cambios en el patrón de sueño, falta de energía o fatiga, y dificultad para concentrarse o tomar decisiones.

Para Dallal y Castillo, 2000 en el caso particular de los adolescentes se deben tener en cuenta los siguientes elementos cuando se diagnostica un trastorno depresivo: (a) la forma y gravedad del episodio depresivo, (b) la funcionalidad del adolescente en su medio y las actividades que realiza, (c) la conciencia del trastorno y, (d) su capacidad para enfrentar los contenidos depresivos particulares en su mente. De igual manera, contribuyen a la evaluación y al tratamiento del trastorno variables como la capacidad de la familia para ofrecer apoyo, las relaciones con el grupo de pares y la existencia de otros recursos en la red social (Pardo, et al, 2004) estos síntomas puede variar en intensidad a lo largo de los años o incluso desaparecer durante períodos breves de tiempo que no suelen durar más de dos meses. Los síntomas formarían parte de un trastorno de depresión mayor si, además, su aparición no se hubiese producido por el efecto directo de una enfermedad, médica o de la ingestión de medicamentos o drogas, o no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico o un trastorno bipolar. Es importante intervenir de manera preventiva, en quien la padece ya que dicho diagnóstico conlleva a

estructurar pautas de intervención capaces de satisfacer las necesidades del usuario (Dallal & Castillo 2000 en Pardo, et al., 2004).

Tal es el caso del factor temperamental o la relación entre el temperamento y la depresión en donde se considera que la huida en el tema de situaciones a resolver es uno de los factores temperamentales más frecuentes estos resultados no contrastan con los postulados en otros experimentos controlados, en donde las características comportamentales asociadas a la depresión eran la huida, una menor flexibilidad de pensamiento, menos afecto positivo, menos ritmicidad, más distracción así como más persistencia de la atención (Del Barrio & Carrasco 2013).

El estudio longitudinal que es el último que se menciona estableció correlaciones intensas en el caso de primera adolescencia, lo que indica que las características temperamentales y su interacción con la conducta no son inmutables, sino que pueden sufrir modificaciones con el tiempo. Esta conclusión no solo se da en este estudio sino también en las diversas discusiones actuales entorno a los cambios de conducta no solo en la etapa adolescente. Sí no otras etapas de la vida (De Barrio & Carrasco 2013).

2.4 La familia como factor de protección en depresión durante la adolescencia.

Las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan al individuo lograr la salud integral son denominados factores protectores. Estos pueden provenir de la familia, como características del grupo o comunidad al que pertenecen. Por otro lado, factores de riesgo son los atributos o cualidades de un sujeto o comunidad unidos a una mayor probabilidad de daño a la salud Fernández y Reyes 1997 (como se citó en Gómez 2008).

Desde la perspectiva de Fernández y Reyes 1997 la integración de los niños al sistema social depende de tres grandes dimensiones: la individual, la familiar y la comunitaria (citado en Gómez, 2008), es en la dimensión familiar donde se adquieren las normas, valores, derechos, obligaciones y roles; además de preparar a la persona que se desempeñará en el futuro Leñero, 1992 (como se citó en Gómez 2008).

Tales recursos según Jiménez, Musitu & Murgui, 2005 provienen igualmente de las tres dimensiones antes mencionadas, dentro de los cuales, la familia se presenta como apoyo incondicional, promueve la unidad y busca significados en

situaciones difíciles. La calidad de las relaciones del niño en la familia configura sus modelos cognitivos internos y sus relaciones con los demás. Estos modelos influyen en la percepción acerca de la disponibilidad de los otros y en su capacidad posterior para percibir apoyo, tanto de los padres como de otras personas significativas. Los adolescentes que pertenecen a familias con una mejor comunicación familiar, fuerte vinculación emocional entre sus miembros y mayor satisfacción familiar, son aquellos que también perciben más apoyo de sus relaciones personales significativas (Gómez 2008).

En tanto a la cuestión de los factores de riesgo y protección Raffo y Ramsey, (1997), indican que en la etapa de adolescencia si hablar de riesgo es referirse a la proximidad o contingencia de estar expuesto a un daño, y la familia es la dimensión que se encuentra en mayor cercanía a la persona, es entonces ésta la que involucra un nivel más alto de peligro, pues éste se clasifica por falta de apoyo, trato violento, deserción escolar y poca estancia en el hogar. En cuanto a los factores protectores, se alude a los recursos ambientales que están disponibles para las personas, así como las fuerzas que éstas tienen para adaptarse a un determinado contexto (en Gómez, 2008).

Varios estudios han encontrado que la dificultad de comunicación con los padres se encuentra asociada a la dificultad de comunicación con los amigos, a tener malestar físico y psicológico y a un mayor consumo de tabaco y alcohol desde edades tempranas. Por ello resulta que determinados ambientes familiares, como la falta de comunicación o relaciones distantes pueden favorecer las conductas de riesgo en los adolescentes Márquez 2004 (como se citó en Gómez, 2008).

Los estilos de crianza en los que el afecto positivo es mayor, aumenta las conductas pro-sociales de los niños y adolescentes, y parecen proteger de la depresión y del comportamiento anti-social. Considerando la dependencia del niño o adolescente a su familia y otros adultos, es recomendable intervenir tanto al niño o al adolescente como a su núcleo familiar, siendo este elemento clave en su tratamiento (Hoyos, et al., 2012).

Se ha demostrado que un adecuado funcionamiento familiar es relevante, siendo la disfunción familiar un factor que se asocia a mayor prevalencia de problemas de salud mental en adolescentes, lo que se asocia también con alteración del rendimiento académico, mayor deserción escolar y aumento de la violencia (Santander, Zubarew, Santelices, Argollo, Cerda & Bórquez 2008).

Capítulo 2 “Recapitulando”: Depresión y adolescencia.

La adolescencia puede ser difícil, pues se atraviesa por cambios en el cuerpo y el cerebro que pueden afectar la forma de aprendizaje, pensamiento y comportamiento y si se enfrentan situaciones difíciles o estresantes, es normal tener altos y bajos emocionales.

Pero si un adolescente a estado demasiado triste durante mucho tiempo (algunas semanas o hasta meses) la concentración o el hacer las cosas que generalmente se disfrutan, se ven cambiados es posible que sea primordial poder acudir con un profesional de la salud o que se pueda compartir con un adulto las dudas respecto a su comportamiento.

CAPÍTULO 3. Factores de riesgo asociados con la depresión adolescente.

La mayor parte las perturbaciones psicológicas no tienen una clara causa, actualmente los investigadores cognoscitivistas establecen que los casos depresivos están interferidos por una combinación de factores que intervienen en la aparición en un determinado cuadro de enfermedad, en este caso el depresivo. En cuanto a los componentes biológicos de la depresión, los profesionales ubican las causas de la depresión en desequilibrios en los niveles cerebrales de ciertos neurotransmisores (las sustancias químicas que transmiten información de una neurona a otra), (Caballo 2010).

Una posibilidad para explicar las diferencias individuales en la depresión infantil y adolescente es que ciertos menores tengan una predisposición o vulnerabilidad psicológica a la depresión que pudieran haber adquirido a lo largo de su vida por el tipo de cuidado parental, educación, ambiente social, aprendizajes, y circunstancias vitales que habrían experimentado. Esta vulnerabilidad psicológica facilita que esos niños y adolescentes sufran más acontecimientos estresantes y que su impacto sea más adverso y duradero (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2013).

Para (García & Sanz 2016) todos los acontecimientos negativos suponen un estrés para el sujeto que lo experimenta. Tanto en el caso de los adultos como en el de los niños, el estrés puede estar unido a la aparición de una reacción emocional negativa como la depresión. Hay pruebas de que los niños sometidos a repetidas experiencias negativas generan una mayor proclividad a desarrollar depresión y ansiedad.

Para Caballo y Simón (2002), la base biológica de la depresión se explica a partir de la producción del estrés que produce una hiperreactividad de corticotropina que, a su vez, incrementa los cambios neurobiológicos. Los que convierten a los sujetos en más vulnerables, estos cambios generan una baja en el sistema inmune y la consecuente mayor probabilidad de aparición de problemas somáticos que acompañan a los estados depresivos.

Labrador, Cruzado y Muñoz (2001), refieren que existen diferentes modelos de intervención que proponen ser eficaces para la disminución y erradicación de tal

patología en este apartado se mencionan algunos, aunque en la actualidad no existen modelos explicativos específicos de la depresión infantil y adolescente, pues la mayoría de las propuestas teóricas se limitan a extender las teorías elaboradas para explicar la depresión adulta y a identificar una serie de factores de riesgo, por su parte Caballo y Simón (2002), dirá que no se puede hablar de causas de la depresión sino el factores de riesgo, como ocurre casi en todos los tipos de trastorno psicológico, no se pueden señalar factores biológicos y psicológicos como características ambientales, y psicológicas, de los menores las cuales muestran una relación empírica significativa con la depresión, hoy se conocen como la combinación de todos o varios de los factores aunque distintas teorías hacen hincapié en unos que en otros (Caballo, 2010).

❖ Desesperanza

La teoría de desesperanza de la depresión o teoría de la depresión o desesperanza, propuesta por Abramson, Metalsky & Alloy (1989) establecen que las personas que poseen estilos inferenciales negativos (vulnerabilidad cognitiva) son más propensas a desarrollar síntomas depresivos (más específicamente los síntomas del subtipo "depresión por desesperanza cuando experimentan sucesos vitales negativos que las personas que poseen estilos positivos (como se citó en Abramson, et al. 1989).

Sucesos vitales negativos (es decir, el estrés). La vulnerabilidad cognitiva está constituida por tres patrones inferenciales desadaptativos: 1) tendencia a inferir que los factores estables (probabilidad de persistir durante el tiempo) y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) causan los sucesos negativos. 2) tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros; y 3) tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo/a cuando ocurren sucesos negativos, (como se citó en Abramson, et al. 1989).

En la teoría de la depresión por desesperanza se establece la existencia de una vulnerabilidad de base que facilitará que, al afrontar una situación estresante, la persona pueda caer en una depresión. Dicha vulnerabilidad es de origen principalmente cognitivo, y en concreto surge de estilos inferenciales cognitivos en los que prevalece una atribución interna, global y estable para situaciones negativas, así como en la anticipación de situaciones y acontecimientos adversos como consecuencia de los propios actos (como se citó en Abramson, et al. 1989).

Este estilo hace que aparezca la idea de desesperanza, se le atribuye la responsabilidad de todo lo negativo que pudiese pasarle a la persona y la ausencia de creencia en la propia capacidad para afectar a los resultados de los acontecimientos (como se citó en Abramson, et al. 1989).

Generalmente la presencia de estos estilos facilita que aparezca un tipo de depresión denominada por desesperanza, que se vincula a sintomatología concreta que incluiría tristeza, fatiga, bajos niveles de autoestima y posiblemente pensamientos e ideaciones suicidas. Surge una mentalidad cercana a la indefensión aprendida, en la que no importa lo que se haga que el sujeto creerá que no tiene un impacto en el mundo y es incapaz de hacer frente de manera exitosa a las situaciones. Esta teoría ha sido revisada y criticada con el paso del tiempo, pero se ha observado especialmente relevante para explicar la sintomatología de la depresión en adolescentes, especialmente en el caso de chicas jóvenes Abramson, Metalsky & Alloy 1989 (como se citó en Abramson, et al. 1989).

En la teoría de la depresión por desesperanza se establece la existencia de una vulnerabilidad de base que facilitaría que, al afrontar una situación estresante, la persona pueda caer en una depresión. Dicha vulnerabilidad es de origen principalmente cognitivo, y en concreto surge de estilos inferenciales cognitivos en los que prevalece una atribución interna, global y estable para situaciones negativas, así como en la anticipación de situaciones y acontecimientos adversos como consecuencia de los propios actos. Este estilo hace que aparezca la idea de desesperanza, a atribuirse la responsabilidad de todo lo negativo que pudiese pasarle a la persona y la ausencia de creencia en la propia capacidad para afectar a los resultados de los acontecimientos Abramson, Metalsky & Alloy en 1989 (como se citó en Abramson, et al. 1997).

Generalmente la presencia de estos estilos facilita que aparezca un tipo de depresión denominada por desesperanza, que se vincula a sintomatología concreta que incluiría tristeza, fatiga, bajos niveles de autoestima y posiblemente pensamientos e ideaciones suicidas. Surge una mentalidad cercana a la indefensión aprendida, en la que no importa lo que se haga que el sujeto creerá que no tiene un

impacto en el mundo y es incapaz de hacer frente de manera exitosa a las situaciones (Abramson, Metalsky & Alloy en 1989 en Abramson, et al., 1997).

Esta teoría ha sido revisada y criticada con el paso del tiempo, pero se ha observado especialmente relevante para explicar la sintomatología de la depresión en adolescentes, especialmente en el caso de chicas jóvenes (Abramson, Metalsky & Alloy 1989 en Abramson, et al., 1997).

La depresión según el modelo de Rehm

La terapia de autocontrol de Rehm (1977), se basa en el modelo que el autor elaboró con el propósito de explicar el trastorno depresivo. Según dicho modelo, la depresión es principalmente causada por la falta de un refuerzo consistente de la conducta. Es decir, el principal problema se encuentra en que las personas deprimidas son incapaces de obtener elementos o estimulaciones positivas por parte del medio.

Sin embargo, el origen o el progresivo empeoramiento de esta falta de reforzadores puede hallarse en el hecho de que el individuo no es capaz de asegurar su conducta de manera que pueda obtener reforzadores positivos, o que no es capaz de autogestionarse. Así, la persona con depresión tendría una serie de características internas que harían difícil el autocontrol y la adecuación del propio comportamiento a la realidad, de manera que ante la pérdida de refuerzo pueden desembocar en la sintomatología depresiva. Así, el problema que conduce a la depresión es que el individuo no es capaz de gestionar adecuadamente la propia conducta. De este modo, el principal objetivo de esta terapia es la mejoría del estado del ánimo a través del desarrollo y entrenamiento de los diferentes aspectos del autocontrol (Rehm 1977).

Componentes del autocontrol.

La terapia de autocontrol de Rehm, (1977) se basa en el entrenamiento y fortalecimiento de una serie de habilidades de autocontrol básicas que en el sujeto deprimido tienden a ser deficitarias. En concreto, Rehm considera que las personas controlan su conducta a través de tres procesos básicos: la automonitorización u autoobservación, la autoevaluación y el autorrefuerzo o autocastigo según la autoevaluación llevada a cabo.

1. Automonitorización

Según Rehm, (1977), en las personas deprimidas, se puede observar como en los procesos de automonitorización se tiende a focalizar la atención en las consecuencias inmediatas de la conducta, además de que generalmente prestan más atención a la información negativa que a la positiva.

2. Autoevaluación

Rehm (1977), le dio énfasis al modelo de la terapia de autocontrol que en ocasiones suele ver sesgada hacia lo negativo al crearse objetivos y metas exageradamente elevadas, que por norma general no pueden cumplirse. Ello, junto con la fijación en lo inmediato y en lo negativo, provoca que en general la persona se sienta frustrada, la serie de estudios replicados sugiere poner énfasis en la incrementación de conductas esperadas, no en las negativas.

3. Autoreforzo

Por último, debido a la imposibilidad de llevar a cabo los objetivos propuestos las personas deprimidas tienden a autocastigarse o, en su defecto, no ver reforzada su conducta ante la consecución de objetivos (Rehm 1977).

Indefensión aprendida

Explicación formulada por Abramson & Cols, (1978), que se refiere a la tendencia de algunos niños y adolescentes a pensar que la causa de todos los acontecimientos negativos que les ocurren están en ellos mismos, que esa causa afectará a todo lo que hagan y que no cambiará; también la percepción en cuanto a los acontecimientos se ve afectada por ejemplo si saca buenas notas en sus materias posiblemente es ajeno a ellos y los acontecimientos positivos que les ocurren son ajenos a ellos, existe una tendencia a pensar que las cuestiones positivas afectan solo a algunas poco importantes cuestiones de su vida, y lo bueno cambiará de un momento a otro (como se citó en Vázquez y Polaino 1982).

Por tanto existe una tendencia a explicar los acontecimientos positivos por causas externas, específicas e inestables y los sucesos negativos por causas internas, globales y estables.

La teoría de la indefensión aprendida la cual consta de estilos atribucionales, lo que consiste en la falta de control que la persona tiene sobre las consecuencias reforzantes, se manifiesta de dos formas:

1.-Se da una pérdida de motivación, indicada por una disminución de la ejecución y un nivel superior de pasividad.

2.-La persona tiene una expectativa generalizada de que su conducta seguirá siendo independiente de las consecuencias reforzantes.

Existe una nueva hipótesis en la cual no es la falta de control lo que da lugar a la indefensión aprendida, sino, más bien, la incapacidad para predecir un resultado diferente al aversivo, hecho que Gladstone & Kaslow (1995), relaciono con datos significativos con la depresión tanto con una tendencia a explicar los sucesos negativos por causas internas, globales y estables, como con una tendencia a explicar los sucesos positivos por causas externas específicas e inestables (citado en Sánchez & Méndez 2009).

Este estudio llevado a cabo por Gladstone y Kaslow (1995), con un meta-análisis de 28 estudios originales que incluían 7.500 participantes. Los criterios de inclusión fueron que evaluar el estilo atribucional a partir de inventarios especializados y emplear un autoinforme de depresión también reclutar muestras, clínicas y no clínicas, integradas por niños y adolescentes. Los resultados confirmaron las hipótesis de la teoría reformulada de la indefensión aprendida. Los niveles más elevados de síntomas depresivos se relacionaron significativamente con atribuciones internas, permanentes y globales para los resultados negativos, y externas, temporales y específicas para los resultados positivos.

A partir del estudio mencionado de Gladstone & Kaslow (1995), y otros realizados por Lewinsohn se puede concluir que las personas depresivas presentan reacciones mediadas por distorsiones cognitivas que forman parte de su forma de concebir la realidad.

Déficit en habilidades sociales y solución de problemas.

Siguiendo esta teoría, existe un déficit en el repertorio de conductas que los niños y adolescentes necesitan para relacionarse eficazmente con los demás y para resolver problemas (un déficit en las habilidades sociales y de solución de problemas) o para autocontrolar su comportamiento (conductas de autoobservación, autoevaluación y autoreforzamiento: un déficit en las conductas de autocontrol), favorece que el menor no sea capaz de afrontar, resolver y adaptarse a los cambios negativos que implican los acontecimientos estresantes y que se desencadene una depresión incluso ante un estrés inicialmente muy leve. Características personales: Como el temperamento, la estructura de la personalidad, introversión y cuestiones estrechamente ligadas a ellas, como la autoestima, la autoeficacia, los estilos atribucionales y la sociabilidad (Jiménez, Ortiz & Quintero, 2004).

El apoyo social de un niño comienza en la familia, y de éste a los seis años se plantea la felicidad como el apoyo de sus compañeros y la aceptación de su entorno. Se discute si es la falta de apoyo social lo que deprime a un niño o si es la depresión lo que genera un rechazo y, por consiguiente, un aislamiento del niño deprimido. Con mucha probabilidad se dan las posibilidades, y tanto el rechazo como la depresión pueden ser el comienzo de un círculo vicioso interactivo. Con esta idea Jiménez, et al. (2004) señalan una correlación significativa entre rechazo social y depresión, en donde uno de los factores que más relacionan son el hecho de que quienes participaron en dicho estudio carecían de habilidades sociales a diferencia de otra muestra en donde resulto no significativa la relación y uno de los atributos de la muestra era contar con habilidades sociales.

- Problemas específicos como los económicos.

Aunque las causas de la depresión son complejas se conocen factores biológicos, ambientales y psicopatológicos que incrementan la probabilidad de que un niño o adolescente desarrolle una depresión, sospechando que las causas de la depresión incluyen una combinación de todos ellos (Labrador et al., 2001), a partir de los estudios longitudinales o experimentales, expone los factores relevantes en la aparición y persistencia de la DI y juvenil.

- **Acontecimientos Negativos**

Para lo que la teoría conductista en precisión el modelo socio ambiental de Skinner (1965), la depresión se conceptualiza como un proceso de extinción operante por ejemplo los eventos negativos serían el antecedente desencadenante de la depresión. Puesto que hay experiencias negativas junto con la ausencia de refuerzos.

3.1 El papel de las emociones en la terapia cognitivo conductual

Las consideraciones respecto a los trastornos psicológicos ponen énfasis en el tratamiento de los síntomas que dentro de la terapia CC se entienden como errores cognitivos, mal manejo emocional y creencias irracionales que proliferan en la persona y que son sesgos cognitivos que impiden que el paciente tenga un pensamiento realista respecto a lo que sucede (Contreras,2017).

Para Contreras (2017), los objetos y eventos tienen un significado afectivo al influir en los esquemas cognitivos ya establecidos la persona. Estos forman las respuestas afectivas, y propician la necesidad de actuar. El afecto se experimenta en términos de valencia (positiva o negativa, placentera o no placentera) y de excitación (sentirse activado o desactivado).

La premisa de este paradigma ha llegado al consenso que las emociones básicas, como la ira, tristeza, el miedo, son categorías naturales que poseen sus propias características, lo cual permite que sean claramente discernibles entre ellas, a partir de esto se entiende que las emociones son expresiones del ser humano que no fueron inventadas, y el hombre descubrió que existían, a esto se le denomina la respuesta modal general lo cual expone que las personas reaccionan ante variados estímulos de un modo general, aunque esta respuesta puede variar entre individuos el factor base que subyace a toda experiencia emocional, fisiológicamente se relaciona con el flujo de procesos cambiantes en el ambiente Peña-Sarmiento, & Cruz, 2015 (como se citó en Contreras 2017).

A partir de la experiencia previa y del conocimiento de cada individuo, el origen a lo que tradicionalmente se conoce como emoción, se define como una categoría natural conceptualizada por afecto a partir de la interpretación propia de la persona y la retroalimentación del ambiente (Contreras, 2017).

Si bien para Gross & Barret (2011) las emociones son cambios en la experiencia afectiva que efectivamente se acompañan de reacciones conductuales y

fisiológicas, no poseen por sí mismas un significado para la especie si no se toma en cuenta la experiencia previa y el conocimiento de cada individuo (como se citó en Contreras 2017) quien también refieren acerca de las emociones que:

1) la experiencia emocional regularmente es diferente entre las personas a pesar de que se está analizando la misma emoción,

2) Rara vez las emociones ocurren de forma aislada (una a la vez),

3) Existen múltiples variaciones culturales respecto a la forma de interpretar las emociones,

4) No se ha comprobado que exista un patrón del sistema nervioso autónomo para cada emoción tampoco se ha comprobado que existan comportamientos comunes al experimentar alguna emoción.

5) Las emociones surgen primero cuando las personas atienden o se ocupan de una situación y la ven como relevante para sus intenciones, metas y objetivos.

6) Las emociones tienen muchas facetas; es decir, que son fenómenos que afectan a la totalidad mente -cuerpo y tanto implican e implican también cambios en nuestras vivencias individuales en la conducta y en las respuestas fisiológicas también individuales (sistema nervioso central y periférico).

Por su parte Lazarus (2002), incluye como mínimo 15 variedades diferentes de emociones, ampliando el concepto de emoción, para referirse a la experiencia psicológica que precede de un patrón de expresiones y ha este patrón lo llamo afecto. Esta postura se diferencia de las postuladas anteriormente, en su variedad de emociones incluye: ira, envidia, celos, ansiedad, temor, culpa, vergüenza, alivio, esperanza, tristeza, felicidad, orgullo, amor, gratitud y compasión y por el momento es uno de los listados más amplios en este campo.

Cada emoción nos dice algo diferente sobre el modo en que una persona ha valorado lo que sucede en una transacción adaptativa (*es una transacción entre la persona y el ambiente*) o una situación resultante de la interpretación y valoración de los acontecimientos que la persona hace) y el modo en que la maneja dicha persona (Lazarus, 2000).

Aunque los autores en principio tienen diferencias teóricas a partir de los conceptos las de afecto y emoción llegan a una concordancia al concluir que cada emoción en el caso de Lazarus o afecto como lo manejan otros autores, tienen un escenario o historia diferente sobre una relación continua con el entorno y para

(Lazarus, 2000) como similitud ese contenido psíquico constituye los esfuerzos de adaptación particular de la persona.

En cuanto a la relación emoción, sentimiento, conducta existe el postulado de Bandura respecto al aprendizaje vicario, el cual explica que los seres humanos abstraemos significados a través del aprendizaje social, dicha teoría es fundamental para entender perspectivas teóricas como los trastornos de personalidad, ya que a partir de acontecimientos repetidos y significativos para el individuo, el cerebro es capaz de emitir una idea respecto a las características del ambiente y con ello formar juicios sobre el mundo (Lazarus, 2000).

Las emociones son procesos psicológicos que constituyen una respuesta frente a un estímulo externo (personas, cosas, situaciones) o Interno (recuerdos, ideas, presentimientos, etc.) que constituye una posibilidad de cambio a nuestro equilibrio, ya sea físico o psicológico, y tienen la posibilidad de restablecerlo, ejerciendo así un papel adaptativo. Sin embargo, en algunos casos, las emociones influyen en la génesis de muchas enfermedades, por lo que dejan de ser procesos adaptativos. La función adaptativa de las emociones va a depender de la evaluación que haga la persona del estímulo que pone en jaque su equilibrio y de la respuesta que genere para afrontarlo (Lazarus et al., 2000).

Capítulo 3 “Factores de riesgo asociados a la depresión adolescente”:

Recapitulando.

A lo largo del capítulo se recaban los factores que la teoría cognitivo conductual asocia, según las investigaciones y los estudios controlados con de la depresión adolescente los cuales atienden las distintas teorías que explican el comportamiento como lo son la indefensión aprendida, el déficit de habilidades sociales y solución de problemas y el déficit en conductas de autocontrol así como un subtema dedicado al papel de las emociones todos estos puntos se recaban con el fin de entender la enfermedad por tal es importante establecer en terapia:

- 1) Fase de autoevaluación: objetivos lentos pero seguros.
- 2) Fase de Autoevaluación: Recibir sus propios autoreforzadores.
- 3) Fase de Autoreforzo: Intentar ver las situaciones agradables (poner atención en ellas) con el fin de cambiar el estado de ánimo este último objetivo pone mucho énfasis en los objetivos de terapia.

A lo que García y Sanz (2016), también añaden que en los estudios experimentales que los acontecimientos negativos correlacionaron positivamente con la depresión. En donde le plantea que los acontecimientos negativos que implican pérdida son los que se relacionan más fuertemente con la depresión, mientras que los que suponen un reto ó peligro se asocian con la ansiedad. Y también se han relacionado el abuso infantil y la depresión el que es uno de los acontecimientos más graves a los que puede estar sometido un niño.

Entre los factores psicológicos de vulnerabilidad identificados destacan las actitudes disfuncionales el estilo atribucional negativo, en el contexto de la teoría reformulada de la indefensión aprendida de Seligman 1967, y de la teoría de la desesperanza de Abramson, et al. (1997), en los déficit en habilidades sociales y en habilidades de solución de problemas (en el marco de la teoría conductual de la depresión de Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, (1985), y los déficit en las conductas de autocontrol (según el modelo de autocontrol de la depresión de Rehm, 1977).

Resulta importante tener en cuenta en todo momento que la enfermedad es un padecimiento multifactorial con el fin de poner énfasis en explicar el fenómeno y así poder intervenir en un diagnóstico depresivo pues en ocasiones solamente se interviene sin tener una etiología que tenga en cuenta factores multicausales.

CAPÍTULO 4. Modelo Cognitivo Conductual.

Desprovistos de los sentimientos que hacen la vida rica y vibrante en vez de mecánica, los seres humanos operarían a un nivel puramente “cerebral”. Aaron Beck.

4.1 Antecedentes teóricos e historia de la terapia cognitivo conductual.

Los orígenes filosóficos de la terapia cognitiva se remontan a los estoicos, en particular a Zenón de Citio (siglo IV a. C.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto, y Marco Aurelio. Epicteto escribió en *El Enchiridion*: “Los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen”. Del mismo modo que el estoicismo, las filosofías orientales, como el taoísmo y el budismo, han subrayado que las emociones humanas están basadas en las ideas. El control de los sentimientos más intensos puede lograrse mediante un cambio en las ideas.

La importancia en las cogniciones del paciente fueron mencionadas por Bowers 1981, quien ha defendido un modelo interactivo (características del sujeto y características del ambiente), en contra del “situacionismo” de los enfoques conductistas clásicos como se indica (como se citó en Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1992).

Para hablar del modelo cognitivo conductual es necesario explicar el cognoscitividad el cual es la base teórica que explica y organiza el concepto cognición y aprendizaje que (Ferreiro 1996), refiere como el proceso independiente de decodificación de significados que conducen a la adquisición de conocimientos a largo plazo y al desarrollo de estrategias que permitan el desarrollo de los llamados procesos cognitivos que son necesarios para las habilidades de pensamiento y aprendizaje en los individuos.

Teniendo en cuenta esta definición la modificación de significados de manera interna, producido intencionalmente por el individuo como resultado de la interacción entre la información procedente del medio y el sujeto activo. Será una perspectiva que surge a finales de los sesentas como una transición entre el paradigma conductista y las actuales teorías cognitivo conductuales.

Hay autores que resaltan que:

Al cognoscitivismo le interesa la representación mental y por ello las categorías o dimensiones de lo cognitivo: la atención, la percepción, la memoria, la inteligencia, el lenguaje, el pensamiento y para explicarlo puede, y de hecho acude a múltiples enfoques, uno de ellos el de procesamiento de la información; y cómo las representaciones mentales guían los actos (internos o externos) de sujeto con el medio, pero también cómo se generan (construyen) dichas representaciones en el sujeto que conoce. (Ferreiro, 1996 p.47).

Para Ferreiro estos procesos operan en cada momento y también son parte de nuestra personalidad, nuestra inteligencia y nuestra forma de interactuar socialmente. Comprenderlos significa, en gran medida, comprender lo que el ser humano hace, y siente. El lugar biológico es el cerebro y, en psicología, psiquiatría y neurociencia consideran como base del estudio ambiente y pensamiento.

4.2 Cognoscitivismo, conductismo y generaciones de la TCC.

La introspección, la conciencia de lo que estamos haciendo al escuchar, hablar, recordar, nos suministra una vía para la comprensión de estos procesos, sin embargo, no se puede saber todo, sobre todo porque la introspección tiene un defecto principal: utiliza los procesos cognitivos para estudiar los mismos procesos cognitivos. Otro problema en el estudio de la cognición es que los procesos cognitivos son procesos privados, secretos, no observables a simple vista. Sin embargo, su existencia no es puesta en duda y se estudió científicamente, sobre la base de evidencias indirectas como son las entidades invisibles (por ejemplo, las partículas sub-atómicas o los agujeros negros en el espacio) (Semiari 2002).

A través de un periodo de observación y de la formulación de hipótesis, se han desarrollado teorías que están dando forma y cambiando nuestro entendimiento del cerebro y la mente. El paradigma cognoscitivista sustenta al aprendizaje como el proceso en donde *la cognición* “es la palabra que usamos para referirnos a actividades mentales como ver, atender, recordar y resolver problemas” (Semiari 2002).

El estudio de la cognición es el estudio de los procesos cognitivos que reciben, transmiten y operan en la información. Estos procesos operan en cada

momento de vigilia y también son parte de nuestra personalidad, nuestra inteligencia y nuestra forma de interactuar socialmente (Semiari 2002).

Para llegar a dichos supuestos a lo largo de la historia los cognitivistas deben elaborar un estudio de las formas en que se construye el conocimiento, desde la percepción, la memoria, el aprendizaje y hasta los razonamientos lógicos y la elaboración de conceptos (Semiari 2002).

El cognitivismo clínico todavía está en proceso de expansión y diferenciación, pero lo que une a los distintos enfoques es el énfasis común que ponen en las estructuras de significado y los procesos de elaboración de la información. Lo que los diferencia es una variedad de cuestiones de teoría general y clínica que se traducen en la técnica terapéutica (Semiari 2002).

De manera paralela Skinner y Albert Bandura contribuyeron aportando la teoría del aprendizaje social cuya premisa es que las personas aprenden a partir de la imitación y observación de modelos (Motolio, Moreno, & Alba, 2012). Según Semiari (2002), la terapia cognitiva se desarrolló a partir de las terapias comportamentales al trasladar al ámbito clínico el cambio vivido en los 60 y 70 en los enfoques cognitivos de las teorías comportamentales, en el ámbito de la psicología básica.

En un principio se estableció la terapia de la conducta sustentado en las teorías del aprendizaje, como punto de partida una larga y compleja evolución se ha dado desde sus inicios en 1950 con las terapias de condicionamiento como inicio hasta agregar una explicación que tomase en cuenta componentes diversos y factores humanos (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2017).

Primer Generación TCC

La primera generación de terapia de conducta se originó en la década de 1950, época en donde se revolucionó la psicología clínica, dominada principalmente por el psicoanálisis, sin embargo se instauró en ese entonces una terapia psicológica sustentada en principios experimentales (conducta observable con base en el estudio del ambiente donde sucede). En donde según Díaz, Ruiz & Villalobos, (2017), el Análisis conductual y neo-conductismo mediaciones son las predominantes aplicaciones de la primera generación.

La crisis de la teoría psicoanalítica consistía en la relación problemática entre los dos niveles de la teoría psicoanalítica: la teoría clínica y la metapsicología.

En EEUU (primero) la metapsicológica de las pulsiones empezó a considerarse un conjunto mal definido de conceptos erróneos que derivan de una neurobiología obsoleta. De ahí se planteó hasta qué punto la práctica y la teoría quedaban invalidadas, ya que provenían de hipótesis metapsicológicas consideradas inaceptables (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2017).

Los resultados de esta crisis produjeron el surgimiento de nuevas clínicas que buscaban tratamientos más próximos a la experiencia vivida por el paciente; y, por otro lado, la reestructuración metapsicológica de la teoría. En 1983 se propone una diferenciación en el psicoanálisis entre la aproximación heurística y la estereotipada.

Heurística: es el método analítico que intenta comprender los trastornos del paciente a partir de sus significados personales.

Estereotipada: interpreta los desórdenes partiendo de los conceptos teóricos generales para después esperar que el trabajo analítico desvele al paciente la hipótesis del analista sobre la verdad en función de un formulario metapsicológico.

Dados sobre todo por la psicología del aprendizaje. La terapia de conducta así surgida tenía una especial vocación ambientalista o contextual y a la vez ideográfica. Pérez, (2006). La psicología conductual del aprendizaje tenía dos paradigmas básicos: el condicionamiento clásico o pavloviano y el condicionamiento operante o skinneriano, la terapia de conducta tiene dos raíces, En la línea del condicionamiento clásico, que responde al esquema estímulo-respuesta (E-R).

El condicionamiento operante se entiende como un tipo de aprendizaje que ocurre cuando la frecuencia de una respuesta dada es controlada por sus consecuencias. Es decir, la consecuencia de la conducta aumenta o disminuye la frecuencia de esta. El individuo es un ser activo de su propia conducta para que esta sea consolidada es reforzada, a partir de esto se fundamenta el condicionamiento operante, este define las consecuencias que tendrá el individuo al hacer cierta conducta, y así la probabilidad de refuerzo es positivo o negativo será la que en un futuro harán que un individuo realice la conducta, sí se da una respuesta negativa, aversiva o castigo a futuro reduce la probabilidad de que prevalezca la conducta (Coll, Palacios & Marchesi, 1992).

Las conductas se mantienen a través de dos procesos:

- Reforzamiento negativo: Juan no quiere salir porque toda la gente es mala. La evitación o escape del estímulo reduce la conducta no deseada.
- Reforzamiento positivo: La reacción de evitación puede ser directamente recompensada por otras personas.

En la línea del condicionamiento operante, que en términos de Estímulo-Respuesta sería R-E (en atención a que el estímulo causalmente más relevante es el que sigue a la respuesta o conducta), se desarrollarían las igualmente bien conocidas técnicas operantes. Estas técnicas fueron particularmente aplicadas en contextos institucionales, esta línea, más que como terapia o modificación de conducta, se identificaría como "análisis aplicado de la conducta". Así, pues, habría dos tendencias en la ahora llamada "primera generación" de la terapia de conducta: la terapia de conducta y el análisis aplicado, cada una con sus sociedades, revistas y demás señas de identidad.

El modelo del condicionamiento operante ofrece una explicación satisfactoria del mantenimiento de las respuestas de evitación, pero no de las respuestas mediacionales cognitivas y fisiológicas (Craske 2008).

- **Condicionamiento Clásico**

Los autores Craske, Hermans & Vansteenwegen 2008 indican que es un proceso de aprendizaje por asociación en donde un acontecimiento indiferente se asocia con uno de los estímulos que por automático se asocian con una respuesta no deseada. De esta manera el estímulo neutro puede empezar a provocar temor por sí solo (como se citó en Pérez 2006).

Es un proceso de aprendizaje mediante el cual un organismo establece una asociación entre un estímulo condicionado (EC) y un estímulo incondicionado (EI), siendo el EC capaz de elicitar una respuesta condicionada (RC). Experimentalmente se obtiene esta forma de condicionamiento exponiendo el organismo a un EC y un EI en repetidas ocasiones también se denomina condicionamiento Pavloviano (Craske, Hermans & Vansteenwegen 2008 como se citó en Pérez 2006).

Segunda Generación

La segunda generación de la terapia de conducta se sitúa en torno a 1970, con la terapia cognitivo-conductual. Como se recordará, en la que se empieza a

hablar de terapia o modificación de conducta cognitiva, de terapia cognitiva de la conducta, de terapia conductual-cognitiva en fin, de terapia cognitivo-conductual, una variedad de fórmulas indicativa de la propia confusión que estaba teniendo lugar. En un principio, se trataba de dos terapias que habían optado por hacer psicología fuera del psicoanálisis, como lo eran en su origen la terapia racional-emotiva de A. Ellis y la Terapia cognitiva de la depresión de A. Beck, que se avendría con la terapia de conducta en curso (Pérez 2006).

Estas terapias empezaron por ganar prestigio al evaluar sus resultados como demandaba la terapia de conducta. Después, cuando se dio el giro cognitivo de la psicología, estas terapias influyeron en la terapia de conducta, legitimando su propio giro cognitivo.

En la literatura existen dos escuelas cognitivo conductuales por un lado las que buscan preservar durante la segunda generación el sentido contextual e ideográfico, que acentúa las causas ambiental-contextuales preservando la singularidad individual de caso y por otro lado entender que las causas de los problemas emocionales y conductuales y aún más cada trastorno tiene su condición negativa específica para quien lo padece (Díaz, Ruiz & Villalobos 2017).

Bajo estas premisas se efectuarán tratamientos experimentales y controlados e investigación que respaldan los resultados y eficacia de los tratamientos psicológicos de la segunda generación.

Sin duda, la terapia cognitivo-conductual es la terapia psicológica más representada en el movimiento de los tratamientos psicológicos que han probado su eficacia incluyendo la comparación con la medicación Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (2018). La cuestión, por lo que aquí importa señalar, es que para algunos críticos este éxito habría sido en buena medida a costa de adoptar el modelo médico de psicoterapia o modelo del déficit, en todo caso, un modelo internalista, mecanicista y así nosológico (nomotético), fue primordial en vez de preservar el principio con textualista, holista y de caso individual (ideográfico) como parece más propio de la teoría tanto cognitiva como conductual, sin embargo la tradición de la psicología clínica. Por otro lado, la eficacia de la terapia cognitivo-conductual es inminente y aunque para algunos presenta dos problemas: por un lado puede estar limitada debido a su propia tendencia a estandarizar los casos y por otro tal eficacia puede que se deba más bien a lo que tiene de conductual de manera que quizá estaría desenfocada, sin embargo estos dos puntos sirven para tener en cuenta que

si bien el cognitivo conductual utiliza como protocolo no como reglas el hecho de tener como marco categórico el CIE 10 y el DSM IV o la teoría de los trastornos de personalidad, sirve pero será más bien dentro de la psicología clínica el buscar la singularidad del paciente para buscar las técnicas de reestructuración cognitiva y modelado conductual, que prevalezcan la salud del usuario y así las disfunciones a tratar se establecen por los objetivos terapéuticos que el paciente establezca como importantes a tratar a disminuir incrementar, en ese sentido presentar sintomatología estándar de un trastorno sirve, pero antes que ello es importante enfatizar que son personas con las cuales se busca interactuar bajo los preceptos de la terapia racional emotiva en un ambiente terapéutico idóneo de plena confianza, aceptación y compromiso, en donde impere la libertad de decisión dentro del proceso terapéutico medicación Perez, et al. (2018)

Tercera Generación

La tercera generación de la terapia de conducta se sitúa a partir de la década de 1990, aunque no sería dada de alta hasta 2004, como se ha dicho. La emergencia de esta nueva generación se debe tanto al desarrollo del análisis de la conducta y del conductismo radical, como a las limitaciones de la terapia cognitivo-conductual, a pesar de sus reconocidas aportaciones, sin olvidar, en todo caso, lo que tenga de 'lanzamiento' en el sentido apuntado. Dentro de la terapia de tercera generación actualmente se vinculan sus técnicas con el análisis conductual aplicado se considerada una terapia conductual de tercera ola ó tercera generación a la activación conductual que para es un proceso terapéutico que enfatiza los intentos estructurados de aumentar las conductas manifiestas que puedan poner a los pacientes en contacto con contingencias ambientales reforzadoras y las correspondientes mejoras en los pensamientos, el estado de ánimo y la calidad de vida; completando esta información Sánchez & Méndez (2009), en las últimas dos décadas, la activación conductual se ha convertido en un tratamiento empírico para la depresión que se ha proporcionado efectivamente a pacientes con diversas presentaciones clínicas y en múltiples contextos terapéuticos. Este capítulo se centra en proporcionar un breve contexto histórico de activación conductual, una descripción de los principios y procedimientos subyacentes a las terapias contemporáneas de activación conductual, una revisión de las estrategias de

evaluación particularmente relevantes para este enfoque, un análisis exhaustivo de los estudios de resultados del tratamiento y una presentación de limitaciones. y direcciones futuras que deben abordarse para solidificar aún más el estado de activación conductual como un enfoque eficaz y factible para tratar la depresión clínica y otros problemas de salud mental (Sánchez & Méndez 2009),

En la actualidad la literatura científica muestra que la activación conductual en el tratamiento de la depresión que son más breves que el cognitivo conductual puede ser igual de eficaces y viables que la TCC y actualmente son utilizadas por terapia cognitivo conductual y analítica comportamental.

4.3 Psicoterapia cognitiva y principios generales de la TCC

Consecución de un nuevo efecto o filosofía:

El resultado final de la TRE es el conseguir un nuevo efecto o filosofía que permita a los individuos pensar de un modo casi automático de forma más lógica sobre unos mismo, los demás y el mundo. Esta fase será la última del proceso, porque, debido a consecución de nuevas ideas o filosofías racionales y obrar de acuerdo con ellas automáticamente, el sujeto llega a desarrollar un efecto emotivo o conductual nuevo (Caro, 2007).

El terapeuta convence al individuo de encuentre por sí mismo formas de convencerse de la validez y del valor pragmático de lo que ha aprendido.

En esta fase se trabaja lo que la TREC denomina el fortalecimiento deshbito para conseguir este fortalecimiento el cliente debe trabajar permanentemente en interiorizar las nuevas creencias con los procedimientos conductuales, cognitivos o emocionales . Para conseguir el fortalecimiento del hábito. Para conseguir este fortalecimiento el cliente debe trabajar permanentemente en interiorizar las nuevas creencias con los procedimientos conductuales, cognitivos o emocionales utilizados durante el proceso terapéutico, así como realizar tareas de enfrentamiento a acontecimientos activadores. A través de estas tareas, se pretende que el cliente tenga el mayor número posible de contactos con acontecimientos activadores (A) que susciten ideas irracionales (B) para que las pueda detectar y darse cuenta de las consecuencias emocionales (C) que les acompañan (Caro 2007).

Esto permite a la persona debatir creencias y fomentar las ideas racionales aprendidas durante las sesiones, así como observar las consecuencias emocionales que estas nuevas ideas irracionales traen consigo.

Una vez entrenado el sujeto en alguna de estas técnicas de refutación, el terapeuta le pedirá como ejercicio para casa, que se las auto aplique cada vez que detecte una creencia o cognición errónea. Asimismo, se motivara al paciente para que registre, además de los acontecimientos activadores (A) las creencias irracionales (B) y las consecuencias (C), el método que utilizo para refutar esas creencias irracionales, los pensamientos racionales alternativos que eligió para refutar esas creencias irracionales, los pensamientos racionales alternativos que eligió y los resultados que obtuvo tanto emocionales como conductuales (Caro, 2007).

Sin embargo, el término terapia cognitiva nos remite a las contribuciones de Beck y Ellis, que en los años setentas se les considera los fundadores del actual cognitivismo clínico, con lo anterior podemos deducir que el conocimiento, en esta corriente psicológica, es transversal a toda relación humana y la funcionalidad yace en su aplicación es decir la resolución de problemas. A partir de ello se entiende que la teoría cognitivo conductual retoma ambos fundamentos teóricos para entender la conducta humana. Por un lado el conductismo y por el otro el cognitivismo (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2005)

El énfasis creciente en la reestructuración o modificación de las cogniciones se refleja es retomado por autores como Lazarus, en los años cincuentas quien afirma que “puede decirse que la mayor parte de los esfuerzos terapéuticos se centran en la corrección de las ideas erróneas”. Quien junto a otros autores le da lugar a la importancia de la cognición, enfatizando en la corrección de ideas erróneas dentro de las terapias de conducta (Caro, 2007).

En aquellos años un número creciente de terapeutas americanos han expuesto con mayor especificidad cómo el terapeuta podría modificar sistemáticamente las cogniciones durante la terapia. Kelly en 1955 desarrolló la terapia de los constructos personales para modificar las experiencias cotidianas conscientes de los pacientes. En la terapia Kelly instauró la técnica del “rol fijo”, en donde el paciente se confrontaba con supuestos acerca del mundo o de sí mismo que no son congruentes con sus verdaderas creencias (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2005).

En este nuevo papel, el paciente se enfrenta cara a cara con supuestos que él hacía sobre sí mismo y sobre su interacción con otras personas.

La terapia cognitiva fue formulada y desarrollada por Beck, a partir de su interés por proporcionar datos empíricos que apoyan las formulaciones psicoanalíticas de la depresión y que delimitaran la configuración psicológica característica de este trastorno, de tal forma que se pudiese desarrollar una forma breve de psicoterapia sin embargo las soluciones obtenidas de los experimentos llevaron a Beck a evaluar de forma crítica la teoría psicoanalítica de la depresión y por consecuencia toda la estructura del psicoanálisis (Caro et al., 2007).

Dentro de terapia el objetivo de los procesos cognitivos, se enmarca en dos temáticas, la primera es entender cómo las personas por medio del conocimiento enfrentan distintas situaciones, como rememoran acciones pasadas, elaboran planes, como entienden el mundo que los rodea y cómo aplican esa información. La segunda temática es como el conocimiento y su entendimiento, la memoria y demás construcciones del conocimiento llevan a la creación de conductas individuales. Semiar (2000).

La terapia de Beck se tomó muy en serio lo que pasaban por sus pacientes y los animó a atrapar cualquier pensamiento que pasara por sus mentes cuando cambian de estado de ánimo registran sus pensamientos, donde se evaluaban la luz de la evidencia favorable y contraria. Se programa tareas para casa y con ellas los pacientes podrían recopilar más evidencia y ampliar gradualmente sus actividades hasta restaurar la sensación de control y placer en sus vidas diarias. Las situaciones difíciles para los pacientes eran repetidas cognitivamente durante la sesión de terapia y se generaban y discutían opciones alternativas para abordarlas (Caro et al., 2007).

Se enseñó a los pacientes a estar atentos a aquellos supuestos, creencias y actitudes de larga duración que pudieran mantener, así como a considerar aquellas situaciones que pudieran desencadenar un estado de ánimo depresivo.

Al elaborar una forma de terapia cognitiva de mantenimiento, claramente tendría mucho más sentido para los pacientes el empleo de muchas de las mismas técnicas para evitar una futura depresión: establecimiento de actividades, evaluación del control y el placer, observación y debate de pensamientos, ensayo cognitivo, generación de opciones alternativas, así como la observación y afrontamiento de las actitudes disfuncionales. Un tratamiento de mantenimiento

podría consistir en una serie de reuniones semanales en las que estas habilidades fueran renovadas, profundizadas y practicadas (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2005)

También tendría sentido que la terapia informara y entrenara a los pacientes para captar los primeros indicadores de la recaída o recurrencia. Parecía existir un consenso emergente referido a que el abordaje de la terapia cognitiva para la prevención de la recaída/recurrencia de la depresión debería depender básicamente del uso continuo de aquellas técnicas cognitivas que fueron útiles en el tratamiento del episodio agudo (Caro, 2007).

Existen abordajes alternativos como:

Mahoney (1991), por ejemplo, considera que se puede distinguir actualmente unos veinte enfoques en terapia cognitiva. Lo que los une es el énfasis común que conceden a las estructuras de significado y los procesos de elaboración de la información lo que la diferencia es un conjunto bastante heterogéneo de cuestiones de teoría general y clínica que se traducen en diferencias incluso muy marcadas, en la práctica terapéutica. Sin embargo al menos para quien no esté inmerso en el debate interno de la disciplina el término terapia cognitiva remite a las contribuciones de Aarón Beck y Albert Ellis, y a sus respectivas escuelas.

Actualmente se considera a Ellis y Beck como los fundadores del cognitivismo clínico, que se reserva a los autores que habían propuesto con anterioridad teorías análogas como precursores (Seminari, 2000).

Beck (1979), fue un autor que acuñó el término psicoterapia cognitiva y favoreció, con el éxito, con el éxito del nombre, una identidad cultural en los terapeutas que se reconocían en él.

La mayor parte de los trabajos de terapia cognitiva publicados y la mayoría de los terapeutas cognitivos en activo en el mundo mencionan la escuela de Beck, que ostenta un papel predominante en la asociación internacional de psicoterapia cognitiva (IACP) y proporciona la mayor parte de los participantes en los congresos internacionales.

En Caro (2007), se resalta el trabajo de Ellis como un nuevo impulso en el desarrollo histórico de las terapias cognitivo-conductuales. Ellis relaciona el estímulo ambiental o Activador (A) con las Consecuencias emocionales (C) a través de la Creencia interviniente (B). Así, el objetivo de su Terapia Racional Emotiva consiste en hacer que el paciente tome conciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de éstas. La Terapia Racional Emotiva

pretende modificar estas creencias irracionales. Por su parte, Maultsby (1975), ha subrayado el empleo de otras técnicas para hacer que el individuo tome conciencia de estas creencias y para modificarlas (como se citó en Caro 2007).

4.4 Terapias Racionales y de reestructuración cognitiva

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). El método de Beck consistía en probar hipótesis en situaciones de la vida real, con el objetivo de someter a prueba las creencias falsas o excesivamente negativas de los pacientes (Labrador Cruzado & Muñoz 2001).

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.) (Caballo, Ellis & Lega, 1997).

Después, al observar que el uso de las tareas para practicar en casa incrementa el efecto de las sesiones en terapia, amplió el proceso terapéutico trata las experiencias cotidianas de los pacientes como un campo de pruebas para el estudio de sus creencias personales (Caballo et al., 2009).

En el libro depresión de Beck, et al. (1992), se detalla sesión por sesión cómo se estructura la terapia y qué técnicas de tratamiento se deben utilizar.

En cuanto a las bases teóricas sabemos que los modelos cognitivos reconocen la interdependencia entre cognición, emoción, afecto y conducta.

Entendiendo esto la información que experimenta sobre sí mismo sobre el mundo que experimenta transformaciones cognitivas interviene en las respuestas tanto emocionales como conductuales del individuo. Antes de emitir una respuesta, sea esta de naturaleza emocional o conductual, los individuos clasifican evalúan y dan significado al estímulo en función de sus esquemas cognitivos (Caballo et al., 2009).

Estos se describen como el conjunto de experiencias del individuo, provenientes de su interacción con el medio y están formados por creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y valoraciones de uno mismo.

En este capítulo se describirán los supuestos teóricos que fundamentan la teoría por otro lado se explicara los principios teóricos de la terapia cognitivo conductual, sus técnicas y métodos que en su conjunto guiarán la intervención clínica que se propone.

La evaluación cognitiva

Hollon & Kriss (1984), clasificaron la información que recibimos del medio ambiente creando una de las principales taxonomías entre estructuras, productos y procesos cognitivos.

Los Procesos Cognitivos: Explican cómo la información pasa de las estructuras profundas a las superficiales o como las estructuras cognitivas conducen a los productos cognitivos así es como un pensamiento automático se plasma como un producto cognitivo. Los procesos cognitivos se emplean para explicar cómo se pasa de las estructuras profundas a las superficiales ó cómo las estructuras cognitivas conducen a los productos cognitivos. Que son reglas para transformar el input estimular en juicios por ejemplo aquí se incluirían estos juicios modificados como las distorsiones cognitivas (Labrador et al., 2001).

Productos cognitivos

Resultado del procesamiento de la información los pensamientos Automáticos son productos cognitivos al igual que las estructuras cognitivas poseen contenido informativo pero son el resultado o el output del procesamiento de la información.

Estructuras Cognitivas

En una entidad organizativa que contiene todo el conocimiento de un individuo en un momento dado sobre el mismo o el mundo. Hollon & Kriss (1984), refieren como: los datos almacenados en el sistema nervioso central. Sus elementos principales serían dos:

1. Están compuestas de contenido.
2. Están almacenadas de una manera organizada.

Cognitivas (heurísticos) y de nuevo los *esquemas* ya que éstos juegan un papel importante en el procesamiento de la información.

Los modelos cognitivos señalan que las disfunciones funcionan de manera interdependiente entre lo que se piensa, lo que se hace, afectó y lo que se hace, y funcionan dentro de un sistema que procesa información del medio. En un entorno continuamente cambiante que demanda capacidades adaptativas, en donde el individuo construye activamente la realidad mediante la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de la información presente en el medio. La información sobre sí mismo y sobre el mundo que experimenta transformaciones cognitivas afectará a las respuestas tanto emocionales como conductuales entonces una persona antes de responder haciendo o sintiendo los individuos clasifican, evalúan, y asignan significado al estímulo en función de sus esquemas cognitivos de los que dispone, estos esquemas son las experiencias del individuo provenientes de su interacción con el medio y se consideran formados por creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo, y valoraciones de uno mismo (Labrador et al., 2001).

La terapia Racional Emotiva (TREC) de Albert Ellis y Aaron Beck, es una técnica utilizada para modificar las creencias irracionales de los usuarios y tutores que acuden al servicio de psicoterapia, la premisa de la TREC es que las emociones y las conductas son producto de las creencias de quien percibe e interpreta el mundo que lo rodea (Caro, 2007).

El método base de tal terapia consiste en que el usuario logre identificar aquellos pensamientos que le impiden ser funcional, además de capacitarlo en la búsqueda de pensamientos racionales que le permitan una estabilidad emocional.

Ellis y Beck encuentra una relación entre la interpretación cognitiva que se percibe de los acontecimientos cotidianos y el grado de malestar-bienestar psicológico de ahí a concluir que si pensamos mal o negativamente nuestras conductas y emociones serán también negativas (Caro, 2007).

Elementos Comunes de la Clasificación de Terapias Cognitivas en (Ellis, Grieger y Marañón, 1990):

- * Énfasis en el análisis y modificación de patrones de pensamiento disfuncionales y la sustitución de éstos por patrones racionales y adaptativos.

- * La tarea del terapeuta es evaluar los procesos cognitivos desadaptados y desarrollar experiencias que alteren las cogniciones y los patrones afectivos y de conducta relacionados con ellas.

Para lograr el proceso de la terapia racional emotiva su procedimiento terapéutico consta de cuatro fases:

- 1) La explicación del esquema A-B-C al cliente, es decir, cómo las personas crean y destruyen sus perturbaciones
 - 2) La detección de las ideas irracionales
 - 3) El debate distinción y discusión de las creencias irracionales
 - 4) La consecución de un nuevo efecto o filosofía
- (Ellis, Grieger y Marañón, 1990).

4.4.1 ABC de Ellis.

A través de la aplicación del esquema ABC de Ellis se le explica a la persona cual es el proceso de las alteraciones emocionales y conductuales. Así, A (acontecimiento activador) será una experiencia de la vida real del paciente B indicará los pensamientos irracionales que la experiencia anterior puede suscitar, y C (consecuencias) se corresponderá con el malestar emocional y/o conductual producido por la percepción del acontecimiento. Antes de explicar el esquema al paciente es necesario conocer la naturaleza y dinámica de sus problemas. Para ello, a través de entrevistas de evaluación, el terapeuta podrá determinar, en primer lugar, el tipo de problemas que presenta el cliente, y a continuación, sus creencias irracionales (Labrador et al., 2001).

Ellis clasifica los problemas en dos grandes categorías externos e internos. Se consideran problemas externos aquellos que dependen de situaciones ambientales. Por ejemplo no poder salir a causa de que se inundó afuera, las preocupaciones en el amor que pueda presentar un adolescente por ejemplo si decide o no salir con alguien, los problemas específicos como los económicos y las dificultades de relacionarse con personas en concreto (Labrador et al., 2001).

Todos ellos se llaman eventos activadores es decir que merecen atención, Según la TRE, aunque estos problemas son a menudo preocupaciones importantes que merecen atención se vuelven psicopatológicos cuando se acompañan de problemas emocionales (Labrador et al., 2001).

Otro que se incluye dentro de los problemas internos son los síntomas que presenta el cliente, es decir las perturbaciones emocionales y las conductas desadaptadas que manifiesten, tales como depresión, ansiedad, ira, culpa, adicciones, etc. estos son a menudo generados por los acontecimientos generados

por los acontecimientos activadores o problemas externos y en el esquema A-B-C se les denomina consecuencias o C (Labrador, et al., 2001).

Técnicas empleadas en la TCC

Arkoff y Mahoney en 1978 establecen ya estructurado el panorama cognitivo conductual por diversos autores se desarrolla la clasificación donde identificaron 3 grupos de terapias cognitivas por (Labrador et al., 2001):

- ❖ Terapias racionales y de reestructuración cognitiva
- ❖ Terapias dirigidas a entrenar habilidades para afrontar y manejar situaciones
- ❖ Terapias de resolución de problemas.

Dentro del grupo de las terapias racionales y de reestructuración cognitiva se desarrollaron la terapia racional emotiva de Ellis, la terapia cognitivo conductual de Beck y el entrenamiento en autoinstrucciones de Beck y el entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum. Existen diferencias entre estos enfoques y procedimientos, existen concepciones comunes a todos ellos, uno de ellos es que las personas desarrollan conductas inadaptadas y patrones afectivos negativos a través de procesos cognitivos y que la tarea del terapeuta es la de un diagnosticador, educador de los procesos cognitivos desadaptados y, posteriormente, desarrollar experiencias que alteran las cogniciones y los patrones afectivos y de la conducta relacionados con ellas (Labrador, Cruzado & Muñoz 2001).

Técnicas Cognitivas:

- o Descatastrofización
- o Inoculación del estrés
- o Identificación de los supuestos personales
- o Debate Socrático
- Identificación de conductas inapropiadas

Reestructuración cognitiva:

Durante la entrevista se le pide al paciente describa el funcionamiento de sus conductas, se describen el funcionamiento de las conductas problema, para ello se utiliza el registro ABC de Ellis.

(Labrador et al., 2001) mencionan que las Técnicas utilizadas se dividen básicamente en las racionales y de reestructuración cognitiva. Algunos de los principales contenidos negativos en el modelo cognitivo que se identifican como contenido recurrente en trastornos ó problemáticas en el flujo de pensamiento en el momento B se mencionan a continuación en la tabla 1.

Tabla 1.

Cuadro de Distorsiones Cognitivas de acuerdo con Beck 1983, (como se citó en Castenyer & Ortega, 2017).

Distorsión Cognitiva	Ejemplo
Olvidar lo positivo	Decidir que si una cosa buena ha sucedido, no puede ser importante
Saltar a conclusiones	Focalizarse en un aspecto de una situación al decidir cómo comprenderla ("la razón por la que no me han llamado del trabajo que solicite es porque han decidido no ofrecérmelo")
Leer la mente	Creer que una sabe lo que otra persona está pensando Está pensando sin evidencia que lo sustente.
Razonamiento Emocional	Creer que una cosa debe ser verdad, porque lo siente como si lo fuera.
Hacer enunciados del "debo"	Decirse a uno mismo lo que debe hacer (o debía haber hecho), cuando es más preciso decir que le gustaría (o desearía) hacer algo .
Etiquetado	Utilizar una etiqueta ("mala madre; "inútil") para describir la conducta, y entonces imputar todos los significados que la etiqueta supone
Culpabilidad Inapropiada	Percibir a posteriori algo para determinar lo que uno "debería haber hecho", incluso aunque fuera imposible saber qué era lo mejor que se podía haber hecho en momento; ignorar factores condicionantes o los papeles que juegan los demás al determinar el resultado negativo

- Técnicas más empleadas en la terapia racional emotivo conductual según Lega, Caballo, Ellis & Lega (1997), para la terapia cognitiva conductual:
 1. Técnicas para lograr el "insight" racional intelectual
 - Disputar creencias irracionales: debatir, discriminar, y diferenciar a partir de diferentes técnicas.
 - Disputar premisas irracionales (los "debo", "tengo que", etc.).
 - Disputar derivados irracionales: disputar el "esto es horrible", el "no puedo soportarlo".

- Disputar creencias condenatorias.
 2. Métodos “gráficos” de disputa
Información biográfica, métodos en imaginación, contar historias con moraleja, métodos visuales activos, acciones llamativas del terapeuta, canciones racionales humorísticas, reducción al absurdo, etc.
 3. Métodos para lograr el “insight” racional emocional
- Métodos cognitivos: construir la carpeta racional, disputar como el abogado del diablo, la técnica de la evidencia ante el jurado, escribir ensayos racionales, ganar prosélitos, auto verbalizaciones irracionales apasionadas.
- Métodos conductuales: ejercicios de atacar la vergüenza, ejercicios de toma de riesgos, desensibilización en vivo, premios y castigos.
- Métodos en imaginación: imaginación racional-emotiva.
- Empleo de claves: empleo de claves visuales vívidas, empleo de un lenguaje vívido, claves auditivas, claves olfativas.

4.5 Ideas Irracionales

Entiende Ellis por irracionalidad cualquier pensamiento, emoción, o comportamiento que genera consecuencias contraproducentes y autodestructivas y que interfieren, de forma importante, en la supervivencia y felicidad (Ellis & Dryden 1987).

Para discernir las ideas irracionales que estructuran la perturbación emocional de una persona,

1: Se buscan las afirmaciones imperativas y exigentes que el paciente se hace de sí mismo, cuando quieres, debe, necesita, o desea de forma absoluta e imprescindible conseguir algo.

Para encontrar los imperativos internos:

Se revisan las exigencias que el paciente se hace de sí mismo y se coteja que el cliente las afirmaciones que apenas tienen validez porque constituyen sobre generalizaciones extraídas de los datos que se observan y que distorsionan la realidad.

2: Una vez encontradas las exigencias internas, se está en condiciones de poder buscar las formas de pensamiento irracional Para poder descubrirlas se deberán

revisar las que Ellis 1977 denomina cuatro formas principales de irracionalidad (como se citó en Caro 2007),:

1) Pensar que alguien o algo debería, sería necesario o tiene que ser distinto de lo que es;

2) Clasificar de horrenda, terrible, horrorosa esta situación;

3) Pensar que no es posible sufrir, soportar o tolerar a esta persona o cosa y afirmar que no debería haber sucedido así

4) Ante los errores cometidos, afirmar que el que los comete merece reprobación y puede clasificarse de canal, podrido y despreciable.

Debate, distinción y discusión de ideas irracionales:

Una vez que el paciente puso de manifiesto las ideas irracionales, se procede a que sean eliminadas, el modo de lograrlo es a través de la discusión, principal enfoque terapéutico de la TREC (Caro 2007).

- Se debate de manera lógica-empírica, esto es cuestionar, poner en tela de juicio y debatir científicamente la cuestión
- Para discutir y deshacer las creencias erróneas se utilizan preguntas retóricas que susciten el debate. Esto implica una discusión interna entre las creencias racionales e irracionales
- Uno de los objetivos del debate es el de distinguir y hallar diferencias claras entre: lo que se quiere y lo que se necesita; los deseos y las exigencias (imperativos); las ideas irracionales y las racionales; los resultados indeseables de los insoportables ; los inconvenientes de los errores, y las conclusiones lógicas de las ilógicas. Realizadas estas distinciones.
- Se deberá concluir el debate con la definición semántica de las creencias irracionales; los resultados indeseables de los insoportables: los inconvenientes de los errores y las conclusiones lógicas de las ilógicas. Realizadas estas distinciones, se deberá concluir el debate con la redefinición semántica de las creencias irracionales, lo cual evitará las sobregeneralizaciones y ayudará a mantener al individuo más cerca de la realidad. Con este procedimiento se pretende que el cliente aprenda una base de conocimiento que le permitirá debatir consigo mismo creencias irracionales, lo cual evitará las sobre generalizaciones y ayudará a mantener al individuo más cerca de la realidad. Con este procedimiento una base de conocimiento racional que le permitirá debatir consigo mismo creencias irracionales y elegir otras más racionales. Estas últimas podrán ser ratificadas y

adoptadas en el futuro de tal manera que se produzcan y mantengan en el tiempo cambios significativos en los problemas emocionales y conductuales (Caro 2007).

Según Grienger, Ellis, Grieger & Marañon (1990), los miedos más frecuentes entre los clientes son:

- Miedo a volverse frío desde el punto de vista emocional por pensar tan racionalmente

- A perder las gratificaciones que se están obteniendo por su patología forma de pensar y actuar.

*Es importante detectar si el cliente manifiesta algunos de estos miedos y, si los presenta, centrar la atención terapéutica en ellos considerándolos importantes distorsiones cognitivas.

Según Dryden 1987 sobre todo las técnicas para lograr el insight racional intelectual permiten completar el esquema ABC, como esquema: ABCDE. Ahora D tiene que ver con la Disputa de las creencias irracionales, mientras que E se refiere al nuevo efecto: a la nueva filosofía y a las nuevas conductas y emociones. Para Disputar una creencia irracional podemos hacernos las siguientes preguntas en Labrador et al. (2001):

1. ¿Qué creencia irracional debo disputar y vencer?
2. ¿Puedo apoyar de forma racional dicha creencia?
3. ¿Qué tipo de evidencia tengo sobre la certeza de mi creencia?
4. ¿Qué evidencia tengo sobre la falsedad de mi creencia?
5. ¿Qué es lo peor que me puede ocurrir si yo nunca logré lo que mi idea irracional me dice que debo lograr?
6. ¿Qué cosas buenas me pueden ocurrir o podría hacer que ocurrieran si yo nunca logré aquello que mi idea irracional me dice que debo lograr o que debe ocurrir?

Además, podemos añadir preguntas como las siguientes de Dryden & Walker, (1996):

1. ¿Adónde me lleva esta creencia, me ayuda o me dificulta?
2. ¿Es mi creencia lógica?
3. ¿Es mi creencia una derivación de mis preferencias?
4. ¿Es de verdad tan espantosa (tan mala como podría ser)?
5. ¿Es cierto que no puedo soportar

4.6 Pensamientos Automáticos.

Aarón Beck denomina Pensamientos automáticos, para referirse a un diálogo interno, no observable desde fuera, mediante el cual “el sujeto experimenta los pensamientos como si fueran un reflejo, sin reflexión o razonamiento previo, y se graban como plausibles y válidos” (Beck, 1976).

Las personas con trastornos psicológicos, no obstante, a menudo perciben mal situaciones neutras o hasta positivas y deforman sus pensamientos automáticos (Beck 2000).

Para Castanyer y Ortega (2010), las emociones son el reflejo externo de una cadena de pensamientos que se producen de forma automática, al interior de los procesos mentales cuyo objetivo es evaluar y economizar alguna situación y tienen las siguientes características:

1. Son inconscientes

Es decir, están situados en un plano mental del que muchas veces el individuo no tiene constancia a simple vista, de ahí que con frecuencia concluya que no estaba pensando nada, previamente a una reacción emocional intensa.

2. Son incuestionables

Los pensamientos automáticos actúan como afirmaciones inamovibles. Habitualmente creemos en ellos con una fidelidad absoluta, simplemente porque están ahí, con nosotros. Desde hace tiempo, o porque en algún momento fueron elicitados por modelos que tienen toda nuestra credibilidad. Cuando una persona tiene este tipo de aseveración contesta frases como: “Mi madre siempre me lo ha dicho, así es que me imagino que tendrá razón”.

3. Son bloqueadores y contraproducentes.

Los pensamientos automáticos negativos nos impiden a veces actuar, nos dejan literalmente “clavados en el sitio”, con mensajes tales como “No puedo hacerlo”. En otras ocasiones son una invitación franca a huir lo antes posible de la situación o a evitarla sistemáticamente.

4. Propician reacciones emocionales negativas

Muchos pensamientos automáticos tienen contenidos alarmistas, culpabilizadores, pesimistas o catastróficos, apoyándose para ello en un tipo de lenguaje formalmente negativo como: “Es horrible que...”, “Tengo la culpa de...”, “No debería...”, que provoca fuertes sentimientos negativos y estados de malestar y sufrimiento.

5. Son desadaptativos

Interponen una barrera mental entre nosotros mismos y los objetivos que a menudo queremos conseguir, alejándonos de ellos, o en el mejor de los casos, poniéndonos lo más difícil. Un comercial al que le habían propuesto un ascenso como jefe de equipo, se decía a sí mismo: “Es mejor que no lo acepte, no tengo experiencia en este puesto, seguramente no seré capaz de afrontar las nuevas responsabilidades”.

6. Son reflejos

Se disparan sin que haya una orden intermedia o un proceso de búsqueda. Actúan normalmente con un efecto de cadena, en la cual un pensamiento automático va seguido de otro, y así sucesivamente, sin que el sujeto pueda controlar su aparición. Muchas personas manifiestan este efecto así: “Cuando he querido darme cuenta estaba invadida, tenía la cabeza llena de negras elucubraciones”.

7. Utilizan un lenguaje característico

Se sirven para expresarse de numerosas muletillas o etiquetas absolutistas tales como “Siempre”, “Nunca”, “Debería”, “Todos”, “Ninguno”, “Nadie”, etc.

“Debería ser capaz de comprender mejor a mi hijo”, se decía una madre preocupada por las crisis adolescentes de su hijo, y se desesperaba por no conseguirlo.

8. Son aprendidos

Los pensamientos automáticos son aprendidos por imitación, introyección, etc.; mecanismos todos ellos utilizados durante nuestro proceso de formación y en el cual intervienen padres, amigos, y en general cualquier fuente o canal cercano al individuo con poder o credibilidad.

9. Son repetitivos

Aparecen una y otra vez, expresándose en primera persona y de manera casi telegráfica, del tal forma que nos sentimos dueños y responsables de cada uno de ellos. Esto dificulta todavía más el proceso de “desprendimiento” y análisis. Así lo expresaba un paciente: “Son mis pensamientos. ¿Cómo voy a desprenderme de ellos?”.

10. Socavan la autoestima

Son como una especie de goteo intermitente que va minando nuestra propia seguridad y confianza, de ahí que estén especialmente activos en personas con problemas de asertividad.

Los pensamientos automáticos están, además, íntimamente ligados a lo que podríamos denominar “conductas automáticas” o actuaciones personales de las cuales muchas veces tampoco somos realmente conscientes y que se disparan sistemáticamente ante la presencia de determinados estímulos.

Todos los comportamientos tienen su origen en una cadena de pensamientos fuertemente interiorizados (Caro, 2007).

Cómo detectar los pensamientos automáticos

1.-Conocer la existencia y características de los pensamientos negativos

Para identificar los pensamientos negativos. El indicador más fiable son las emociones.

Constantemente los pensamientos automáticos negativos desencadenan emociones negativas de mayor o menor intensidad.

Vamos entonces a utilizarlos como señales de aviso para “pensar”, Castanyer y Ortega (2010).

4.7 Las distorsiones cognitivas

El nombre de distorsión cognitiva hace referencia a un tipo de pensamientos que nos conducen a una interpretación deformada de la realidad, llevándonos a conclusiones arbitrarias, subjetivas e irracionales que en muchos casos poco o nada tienen que ver con lo que está ocurriendo. Las distorsiones cognitivas son automáticas y obedecen a un tipo de lógica que en la mayoría de los casos se sustenta en premisas erróneas y cuestionables (Castanyer & Ortega 2010).

Errores de interpretación como este, son frecuentes en aquellas personas que tienen problemas en sus relaciones sociales. Cuanto mayor sea su frecuencia, es decir, cuantas más distorsiones cometa, mayor será nuestra ansiedad en situaciones de interacción (Castanyer & Ortega 2010).

El proceso que se repite habitualmente podría expresarse gráficamente de la siguiente manera:

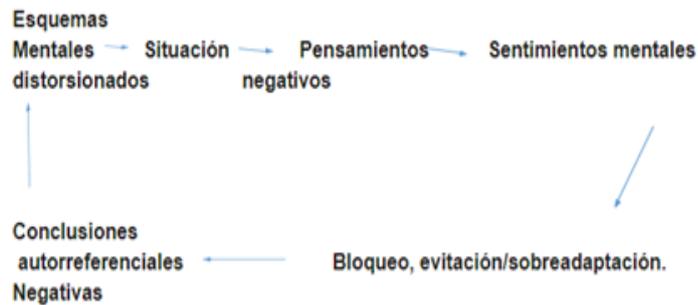


Figura 5: Esquema del patrón funcional de los errores de interpretación
Castaney & Ortega, (2010).

4.7 Las distorsiones cognitivas de Beck:

Beck (1967 citado en Castaney & Ortega, 2010, p. 67):

- Generalización excesiva.

A partir de un simple hecho o acontecimiento aislado concluyó que siempre va a ocurrir de la misma manera, es decir, generalizó a otros hechos o acontecimientos más o menos similares pero distantes en el tiempo.

Personas interpretan su existencia en términos de nunca, siempre, nadie, todos, etc.

- Rechazo de lo positivo

Éste es un tipo de distorsión que cometen con bastante frecuencia las personas que tienen problemas de autoestima y asertividad. Como su nombre indica, supone un rechazo sistemático de cualquier aspecto o situación positiva relacionado con la persona. Un comentario elogioso, felicitación o reconocimiento social, es interpretado por el sujeto como algo que realmente no merece, una exageración quizás, o incluso una mentira piadosa. Muchas personas creen realmente que no poseen nada destacable o digno de elogio, se rechazan a sí mismas, y por lo tanto también rechazan cualquier intento de los demás por valorarlas o reconocer sus cualidades. Una frase muy típica de esta distorsión sería: “No tiene ningún mérito, es mi obligación”.

- Conclusiones Apresuradas (lectura de pensamiento y error del adivino)

Es un hecho bastante común que a todos nos gustaría en algún momento de nuestra vida cotidiana saber lo que está pasando por la cabeza del otro, es decir, leer sus pensamientos. Algunas personas especialmente inseguras y sensibles ante

los juicios y opiniones de los demás, utilizan con demasiada frecuencia esta estrategia, actuando conforme lo que creen que el otro desea o piensa en ese momento. Leer el pensamiento ó interpretarlo en función de nuestras propias expectativas o temores es una distorsión cognitiva que lleva a conclusiones erróneas.

- **Magnificación y minimización**

Es una distorsión de la realidad según la cual cualquier acontecimiento o hecho negativo tiende a magnificar, mientras que lo positivo se minimiza, restándole importancia. Las personas poco asertivas tienden a utilizar este tipo de distorsión cuando valoran sus propios comportamientos en relación con los demás. Si alguien les dice, por ejemplo, que han hecho un buen trabajo, suelen infravalorar esta opinión otorgándole escasa credibilidad. Por el contrario, cualquier error o desliz lo viven como algo de consecuencias irreparables, del que no podrán librarse en mucho tiempo.

- **Razonamiento emocional**

Partiendo de una emoción o sentimiento negativo acerca de uno mismo, se extraen conclusiones igualmente negativas acerca de la propia experiencia vital. Por ejemplo, si me siento culpable deduzco que algo de lo que he hecho está mal, aunque no sepa concretamente lo que es. Si me siento un fracasado, busco en mi experiencia personal elementos que confirmen esta sensación, hasta concluir que realmente soy un fracasado. Si un día me levanto de la cama con sentimientos de tristeza, pienso que mi vida realmente no merece la pena. En definitiva, las emociones negativas se viven como algo independiente que hay que justificar en nuestra propia existencia, apelando a hechos o personas que confirmen o “racionalicen” el malestar.

- **Enunciación del debería**

Las personas con tendencia a hablarse con “deberías” intentan animarse con este tipo de expresiones pero lo único que consiguen es auto frustrarse, por lo que creen que deberían hacer ó no hacer y lo que realmente acaban haciendo, esto provoca sentimientos de frustración, culpabilidad y apatía.

- **Etiquetación**

Es en realidad una variante de la generalización excesiva. Consiste en considerar un error puntual, cometido por los demás o por mí, como una característica permanente de la persona, es decir, como una etiqueta que colgará de

ella el resto de su vida. Esta distorsión la utilizan frecuentemente los adultos para describir determinados comportamientos infantiles, a los que otorgan mediante la etiqueta un valor permanente. Los niños son nerviosos, llorones, vagos, desobedientes, y un largo etc. de calificativos que les acompañarán hasta la edad adulta. La etiquetación supone, como la generalización, un obstáculo al cambio. Alguien que se dice a sí mismo: “Soy un aburrido”, en vez de “Hoy no he estado demasiado ocurrente cuando platicaba con mis amigos”, está convirtiendo un comportamiento puntual en una característica personal de valor permanente, por lo que actuará en lo sucesivo conforme a esa etiqueta y no se plantea la posibilidad de cambiar dicho comportamiento, puesto que lo considera un defecto personal y no una respuesta puntual.

- Personalización:

Según la cual tendemos a relacionar cualquier hecho o acontecimiento con nosotros mismos, considerándolos directamente implicados y responsables de la situación hasta el punto de que ni siquiera nos molestamos en preguntarle al otro acerca del motivo de su conducta.

Errores de interpretación como éste, son bastante frecuentes en aquellas personas que tienen problemas en sus relaciones sociales.

En personas con autoestima baja y/o problemas de asertividad. Cuando personalizamos nos colocamos como punto de referencia de todo lo que acontece a nuestro alrededor, situándonos, en general, en posición de culpabilidad o inferioridad: una madre se considera culpable de que su hijo saque malas calificaciones en la escuela, un joven, cuando su novia le dice que no se puede quedar. Sucede cuando las personas relacionan vínculos subjetivos entre una situación externa y ellos mismos, atribuyéndose la responsabilidad de los resultados.

- Filtro mental:

Cuando ponemos en marcha este tipo de distorsión nos situamos frente a la realidad de una forma sesgada, reduciendo nuestro campo de visión de tal forma que de todo lo que acontece a nuestro alrededor sólo registramos lo negativo, rechazando o ignorando sistemáticamente lo positivo. Esta distorsión erosiona sistemáticamente nuestra autoestima. Cada vez que destacamos aspectos negativos de nuestras interacciones sociales sin tener en cuenta habilidades o actuaciones positivas, confirmamos nuestra inseguridad, reforzamos temores infundados, y generamos expectativas negativas con respecto al futuro.

- Catastrofismo/ Visión Catastrófica:

En nuestra vida cotidiana ocurren hechos objetivamente negativos. A veces, vamos a coger el coche por la mañana con la hora justa para llegar a la oficina y nos han robado la batería. Todas estas situaciones merecen nuestra atención y requieren una solución. Algunas personas hacen mucho más que eso, ponen en marcha una cascada de pensamientos catastróficos que van más allá del propio acontecimiento, convirtiéndolo en un desastre de proporciones incontrolables. Este tipo de pensamientos catastrofistas sumergen a la persona en un estado de ánimo ansioso y estresante que le impide realmente tomar decisiones adecuadas.

- Falacia de Control: Es un tipo de pensamiento que se encarga de establecer que algo depende en absoluto solo de otro hecho sin tener en cuenta otras causas ó motivos que hayan afectado.

- Falacia de la justicia:

Esta clase de pensamiento distorsionado se basa en la utilización de la justicia como un instrumento al servicio de intereses personales. La persona justifica sus propios comportamientos en base a lo que considera justo o injusto, legal o fuera de la ley. Los demás son también valorados y examinados en función de esa “justicia subjetiva”: “No es justo que le den ese trabajo”, “Es un premio injusto y no se lo merece”, etc. El problema es que muchas veces no existe un acuerdo entre lo que es justo y lo que no lo es. En este caso, cada uno tenderá a utilizar su propio concepto de la justicia como la única verdad y explicación, rechazando la opinión ajena por considerar simplemente que no se atiene a criterios de moralidad o justicia compartidos. Cierta paciente se sentía “injustamente tratado” cada vez que alguien actuaba en contra de sus deseos, pensaba que merecía un trato diferente “porque yo soy una persona justa y equitativa, así es que lo mínimo que pueden hacer los demás es comportarse de la misma forma conmigo”.

- Tener razón/Falacia de razón

Determinadas personas sienten la necesidad de justificar,

Argumentar y comparar sus opiniones y comportamientos en una búsqueda incesante de la propia razón. Las opiniones o experiencias contrarias o diferentes sólo son un punto de partida para afianzar las suyas propias, que intentan situar siempre en un nivel superior, de mayor importancia o credibilidad. Las personas que

siempre quieren tener razón pierden, a la larga, la capacidad para empatizar, situándose en el lugar del otro, escuchando sus opiniones y respetando sus puntos de vista. Se niegan a sí mismas la posibilidad de aprender, puesto que nadie puede enseñarles nada. Con lo cual introducen, tanto en sus pensamientos como en sus comportamientos, un sesgo patológicamente subjetivo al negarse a contrastar sus opiniones y experiencias, en la creencia claramente distorsionada de que son las mejores o las únicas. El objetivo prioritario de sus interacciones sociales es demostrar que tienen razón.

Existen otras importantes distorsiones cognitivas las cuales se mencionan a continuación:

- Polarización

La característica de este tipo de distorsión consiste en dividir la realidad en dos polos o extremos sin admitir posibilidades intermedias. Las personas son buenas o malas, están conmigo o contra mí, merecen mi adhesión total o mi desprecio más absoluto, y lo mismo ocurre con las situaciones que son invariablemente favorables o al contrario, totalmente adversas. Este tipo de distorsión conlleva un alto grado de rigidez mental, de tal forma que la persona es incapaz de contemplar toda una gama de posibilidades intermedias, sin duda la mayoría de las ocasiones, más ajustada a la realidad. La persona que utiliza frecuentemente esta distorsión, tiende a pasar de la euforia al desánimo con suma facilidad en función de que se considere a sí misma maravillosa o fracasada, brillante o inútil, perfecta o desastrosa. Y lo mismo ocurre cuando enjuicia o valora a los demás.

- Falacia de la recompensa divina

Este tipo de distorsión se constituye a veces en el motor ó motivación última de muchos comportamientos. La abnegación, el sacrificio, la entrega de mucha gente, es vivida por ésta como un acto de fe que tendrá su recompensa quizás en este mundo, quizás en otro. La falacia de la recompensa divina, cuya expresión ejemplo sería: “Algún día tendré mi recompensa”, impulsa a la persona a actuar de “forma correcta”, tal y como se espera que lo haga según el rol que le han adjudicado, desatendiendo si es preciso sus propias necesidades y anteponiendo los intereses ajenos. La justificación última de este comportamiento, sin duda distorsionado, es, por supuesto, la recompensa que algún día espera obtener.

Cuando la persona sufre, paga por errores que no ha cometido, o está sometida a presiones que superan sus propios límites, aguantando estoicamente,

justifica la aceptación y el sufrimiento en pro de una causa última de origen divino que algún día reconocerá sus esfuerzos y penalidades atribuyéndose tal y como se merece.

- Comparaciones descalificadoras

Existen determinadas personas que valoran su propia vida en función de parámetros exclusivamente externos, modelos que representan lo que a ellas les gustaría alcanzar. La comparación se constituye en un mecanismo por el cual se ponen a prueba constantemente, y que en numerosas ocasiones se vuelve en su contra. En el fondo de estas conductas subyacen pensamientos de inseguridad y duda respecto a los propios valores o habilidades personales: “Yo no sería capaz de...”, “Menganito es más... que yo”, “Nunca podré hacerlo tan bien como...”. En algunos casos esta distorsión cognitiva se convierte en el objetivo de cualquier interacción social. La persona se somete continuamente a prueba en cada una de sus relaciones sociales buscando personas o situaciones que confirmen o desmientan sus temores de inferioridad. Indudablemente, a lo largo de esta búsqueda incesante de la propia autoestima, a veces se encuentran con modelos que poseen aquellas cualidades en las que ellos se sienten inferiormente dotados, y entonces se sienten disminuidos en su totalidad, concluyendo que realmente son inferiores.

- Exigencias inflexibles

Esta distorsión se expresa de forma muy elocuente con frases como “Yo debería...”, “Yo tendría que...”, “Tú deberías hacer...”, etc. Las exigencias inflexibles son en realidad mandatos u órdenes que el individuo se lanza y acepta de forma incuestionable, legitimando muchas veces su veracidad en la consecución de metas elevadas, ante las cuales se muestra inflexible consigo mismo y con los demás. En la mayoría de los casos, este comportamiento exigente e imperativo no tiene en cuenta las propias capacidades y limitaciones, por lo que la persona termina sintiéndose culpable, fracasada u hostil, cuando no ha sido capaz de cumplir con lo que considera su obligación o meta (Castenyer & Ortega 2010).

Como se ve, existen diferentes maneras de distorsionar nuestros procesos mentales, y cada una de ellas apunta en una dirección concreta. No todas las distorsiones comentadas están presentes en todos nosotros, algunas jamás las hemos usado, otras, sin embargo, nos resultan poderosamente familiares.

Las atribuciones son las relaciones causales que un niño establece entre lo que ocurre y su comportamiento, cuando las causas de lo que ocurre se atribuyen a un agente externo, hablamos de atribuciones externas, cuando se atribuyen al propio sujeto, se denominan internas.

Para Castenyer & Ortega (2010), por naturaleza los seres humanos somos genéticamente curiosos. La curiosidad en este caso supone una forma de adaptación al medio en un intento de controlarlo. Por ejemplo Cuando el niño contempla con ojos asombrados algún juguete novedoso , la primera reacción quizás será atraparlo entre las manos e intentar averiguar cómo es, para qué sirve y qué control puede ejercer sobre él, puede que lo huela, lo golpee, lo mire, en definitiva, lo hace suyo.

Para diversos autores en la etapa adulta el control, es diferente ya que los procesos cognitivos al ser en este caso sustituidos por nuestros sentidos, establecemos, por ejemplo, las causas que explican los hechos cotidianos. Estas explicaciones que nos damos a nosotros mismos, y a veces a los demás, acerca de por qué ocurren determinados sucesos en nuestra vida, constituyen lo que se denomina en la psicología cognitivista como atribuciones.

4.8 Atribuciones.

Así pues las atribuciones se expresan en forma de auto mensajes, son un lenguaje interno y, por lo tanto, es posible que a veces nos cueste identificarlas, pero no son inconscientes ni escapan a nuestro control. Aprendemos a hacer atribuciones, y éstas en mayor o menor medida van cambiando a lo largo de nuestra vida, en función de nuestra propia evolución personal, y sobre todo de nuestra capacidad para madurar y adaptarse al medio. Las atribuciones, como cualquier mecanismo cognitivo, tienen un efecto directo sobre nuestros sentimientos y nuestra conducta. Una atribución insatisfactoria puede ser percibida como negativa, mientras que una atribución racional y positiva provocará reacciones emocionales de bienestar y autoafirmación (Castenyer & Ortega 2010).

Existen diferentes tipos de atribuciones y teóricamente se puede elegir entre cualquiera de ellas, aunque no siempre lo hacemos. A veces determinados problemas psicológicos nos inducen a introducir un sesgo negativo en las explicaciones que damos a los hechos, es decir, hacemos sistemáticamente

atribuciones que dañan nuestra autoestima. Éste es el caso de las personas con problemas de asertividad (Castenyer & Ortega 2010).

Según Del Barro y Ortiz (2013), la literatura en el caso de del sistema atribuciones de un niño o adolescente deprimido se caracteriza por pensar que las causas de lo negativo que hay en la vida son debidas a su forma de ser y comportarse, en cambio, lo positivo, que le acontece es atribuido a causas externas. Se trata de invertir de forma realista esta tendencia. Por una parte, enseñar al niño a buscar razones internas (‘‘ he trabajado mucho, soy listo, se me da bien’’) que expliquen sus logros y justifiquen la presencia de cosas positivas en su vida; y por otra, encontrar causas externas que expliquen los acontecimientos o aspectos negativos de su vida, esta última tarea consiste en lidiar con la culpa del niño que consiste en hacerse responsable de aquellas cosas negativas que le acontecen. Para esta autora la manera de sustituir esta culpabilidad es buscar razones alternativas que expliquen o justifiquen lo ocurrido y que sustituyen las causas internas que el propio niño formula, es importante asumir la responsabilidades que uno pueda tener de lo que acontece sin embargo el objetivo de la responsabilidad no es conducir a la persona a sentir tristeza , frustración, y malestar si no solucionar el problema (Del Barro & Ortiz 2013).

De forma sintética es menester dotar de habilidades para analizar las posibles causas de un problema, las propias y las ajenas, y sobre todo buscar soluciones y alternativas a aquellas causas internas de culpa. Más adelante se explicará el programa de solución de problemas que es una técnica eficaz para incentivar el bienestar de quien busca adquirir un aprendizaje y cambio cognitivo-conductual que se enseña dentro del proceso terapéutico (Del Barro & Ortiz. 2013).

Entendido lo anterior y sabiendo que regularmente existe un déficit en solución de problemas en las personas con rasgos depresivos, formularse con mayor frecuencia las que contienen tendencia a atribuir cualquier acontecimiento favorable a factores siempre externos y transitorios (Del Barro & Ortiz. 2013).

Se mencionan a continuación los diferentes tipos de atribuciones que existen, basadas en los modelos propuestos por (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978):

- Atribuciones globales: La explicación de un hecho concreto se generaliza a otros hechos o situaciones de la vida de cada uno. Por ejemplo: He llegado tarde a consulta, siempre llego tarde a todos los lados.

- Atribuciones específicas: No establecen ninguna conexión entre la causalidad de un hecho o situación concreta y otros hechos o situaciones de la vida cotidiana. Ejemplo: “He llegado tarde a la cita del médico, pero no suelo llegar tarde a otras citas. La próxima vez saldré antes de casa”.

Atribuciones temporales

Según el tiempo en el que se localizan, las atribuciones pueden ser:

- Atribuciones estables: La causa de lo que sucede se percibe como inmutable. Esta misma causa apareció en el pasado y se repetirá en el futuro en tiempos similares.

Ejemplo: “Siempre llegaré tarde a la cita del médico”.

- Atribuciones inestables: La causa se interpreta como una explicación “hoy ahora”, no se relaciona con ningún otro espacio temporal, ni pasado ni futuro.

Ejemplo: “Hoy me he retrasado en la cita con el médico”.

Locus de Control

Según dónde situemos el control de nuestras atribuciones, éstas pueden ser:

- Atribuciones internas: La causa de lo que acontece se sitúa en la propia persona que lo interpreta.

Ejemplo: “Llegué tarde a la cita porque soy incapaz de controlar la hora”.

- Atribuciones externas: La causa o explicación de un hecho se localiza fuera de la persona que lo vive, la cual no ejerce ningún control sobre la propia situación.

Ejemplo: “He llegado tarde al médico porque el tráfico era muy lento”.

Si combinamos todas las dimensiones o características anteriores, las atribuciones pueden adoptar las siguientes formas:

Existe en cada uno de nosotros una tendencia a usar un tipo determinado de atribuciones, y esto constituye lo que se denomina estilo atribuciones. Las personas con problemas de depresión tiene una tendencia a desarrollar el pasado estilo de atribuciones.

4.9 La inoculación del estrés

Se desarrollada por el canadiense Donald Meichenbaum (1974), una de las teorías base de esta técnica son el modelo transaccional del estrés y el modelo de determinismo recíproco. El origen del estrés es multifactorial ya que influencias cognitivas, habilidades de afrontamiento, factores afectivos, dentro de los cuales se ubican los componentes motivacionales, somáticos, expresivos, comunicacionales y

emocionales o sentimentales el estrés ocurre cuando la persona percibe que las demandas de la situación son superiores a sus recursos de afrontamiento, teniendo origen en factores cognitivos, afectivos, fisiológicos, conductuales y ambientales (Díaz, Ruiz, & Villalobos, 2017).

4.10 Resolución de problemas:

A. Nezu et al., (1989), Encontró que la Terapia en Solución de Problemas (TSP) Es eficaz para tratar la depresión mayor y los cambios que se producían en la depresión estaban unidos a un incremento en la habilidad de solución de problemas.

La (TSP) también ha tenido éxito con personas gravemente deprimidas con las que ha intentado suicidarse repetidas veces o han sido impregnadas frecuentemente con pensamientos de ideación (Areán, 2000).

La TSP es un proceso meta-cognitivo mediante el cual las personas comprenden los problemas de la vida y según Arthur Nezu (1989) se esfuerzan por

- 1) Alterar la naturaleza de la situación,
- 2) Entrenar las reacciones hacia éstas situaciones ó ambas cosas a la vez.

El modelo de solución de problemas se ha utilizado con niños, adolescentes y adultos, ya sea como un método exclusivo de tratamiento, o bien como una estrategia de mantenimiento, o bien un programa de prevención igualmente, el modelo se ha utilizado en diversos formatos es decir, en terapia individual, terapia de grupo, terapia familiar, terapia de parejas y también en consejo psicológico.

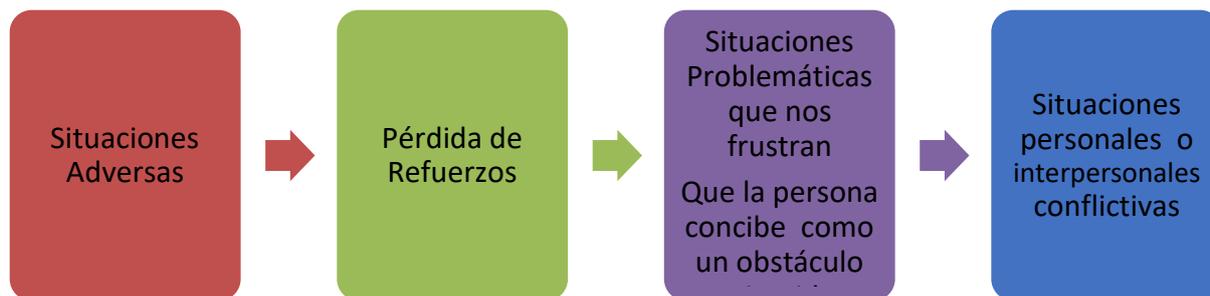


Figura 7. Situación problemática en A. Nezu, et al. (2006).

Entrenamiento en solución de problemas de A. Nezu, C. Nezu y Lombardo.

El planteamiento de A. Nezu, et al. (2006) consiste en generar alternativas y ejecutar toma de decisiones en el proceso de aprendizaje para resolver situaciones que demandan la capacidad de afrontar y resolver situaciones que presentan un conflicto. Según Nezu (1989), este conocimiento de alternativas ocurre de manera constante y durante toda la vida, el objetivo de las terapias de resolución de problemas es que las personas cuenten con la capacidad de encontrar una amplia gama de soluciones ante las situaciones consideradas conflictivas o problemáticas, pues en su repertorio conductual y cognitivo aún no se han ejercitado estas habilidades, estas habilidad no están presentes en los siguientes tipos de situaciones adversas:

Soluciones del entrenamiento.

El autor considera una solución de problemas a cualquier respuesta de afrontamiento encaminada a modificar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas. Estas técnicas llamadas respuestas de afrontamiento implican exposición en combinación con otras técnicas cognitivas para lograr alcanzar objetivos y lograr aumentar las consecuencias y por ende reforzar de forma positiva y disminuir consecuencias negativas.

Mediante condiciones de entrenamiento el paciente aprende un proceso general para intervenir en situaciones de una manera específica estas soluciones nuevas respuestas para intervenir en situaciones de la vida cotidiana constan de dos características

1) Son eficaces y adaptativas y en medida de su práctica se moldean en beneficio de quien las usa.

Estas habilidades a entrenar a futuro hacen más fácil la comprensión de los problemas que surgen en su vida cotidiana y se logran adquirir a partir de la ejecución de dos metas:

- 1.- Alterar la situación problemática
- 2.- Cambiar la reacción ante la situación problemática

El objetivo de este proceso metacognitivo es que la persona comprenda los problemas que se le presentan de manera funcional y en conjunto pueda intervenir alterando la reacción y la situación problema (D´Zurilla, A. Nezu & C. Nezu, 1971).

La puesta en práctica de las soluciones se refiere a la ejecución en la vida cotidiana, en la vida real del paciente, de la solución que ha sido escogida (D´Zurilla, A. Nezu & C. Nezu, 1971).

Existen factores que posiblemente intervengan en las habilidades para ejecutar la solución como:

- 1) Inhibiciones emocionales
- 2) Déficit de motivación o de reforzamiento
- 3) Evaluar los datos en favor y en contra de tales pensamientos.
- 4) Considerar interpretaciones o formas alternativas de ver la situación negativa
- 5) Plantearse qué sucedería si la situación negativa ocurriese

Ensayo de conducta/ entrenamiento en habilidades sociales

Para la puesta en práctica del procedimiento basado en la desensibilización sistemática siguiente que consiste en representar en la consulta las situaciones en las que el cliente siente malestar emocional o se comporta de forma inadecuada. De esta manera, se permite que emerjan las creencias emocionales que la situación suscite, debatirlas y ensayar nuevas creencias racionales adecuadas (D´Zurilla, Nezu y Nezu, 1971).

Además, una vez que el cliente haya adquirido cierta habilidad en la refutación de ideas irracionales, el terapeuta puede adoptar la postura de cliente y verbalizar las creencias irracionales que surjan en las distintas situaciones problemáticas, pidiendo al paciente que, adoptando el papel del terapeuta, debate y discuta las creencias que éste manifieste, ayudándole a adoptar nuevas ideas más racionales y adaptativas.

Además, una vez que el cliente haya adquirido cierta habilidad en la refutación de ideas irracionales, el terapeuta puede adoptar el papel de cliente y verbalizar las creencias irracionales que surjan en las distintas situaciones problemáticas, pidiendo al paciente que, adoptando el papel del terapeuta, debate y discuta las creencias que éste manifieste, ayudándole a adoptar nuevas ideas más racionales y adaptativas.

Cuando el cliente ya conoce cómo debatir y modificar las creencias inadecuadas por unas más adaptativas, se puede comenzar el entrenamiento en aquellas habilidades sociales específicas que aparecen como problemáticas o no aparezcan en el repertorio del sujeto. Cabe destacar que esta exposición se recomienda estar programada en exposición sistemática con ayuda de técnicas como la imagería y el roll playing (D´Zurilla, Nezu y Nezu, 1971).

Exposición progresiva a situaciones temidas.

El objetivo es que las personas tengan debates cognitivos en aquellas situaciones reales que les provocan miedos intensos. Para ello se les pide que se enfrenten a situaciones que les causen temor, vergüenza o consideren aversivas, y que permanezcan en ellas dándose cuenta de que pueden tolerar experiencias incómodas.

Estas exposiciones suelen tener diversas denominaciones en la TRE, como por ejemplo inundación en vivo, ejercicios de metas fuera de lo corriente, etc., y todos estos términos aluden a un procedimiento de exposición similar a la inundación. En todos estos casos se considera importante motivar al sujeto para que persista durante un largo periodo de tiempo en la realización de estos ejercicios, claro siguiendo las indicaciones del terapeuta y tener en cuenta que una escasa puesta en práctica no es suficiente ni para que se produzcan cambios en

sus creencias irracionales ni para que los acontecimientos activadores dejen de serlo (Bados & García 2011).

4.11 Técnicas Conductuales

Para (Bados & García 2011), teniendo en cuenta el auge actual de estas técnicas el presente trabajo retomo las que actualmente podrían definirse bajo la premisa de ser programadas como procedimiento estructurado, aunque flexible y con un carácter encaminado a lograr que los pacientes deprimidos aprendan a organizar sus vidas y cambiar su entorno para que se restablezca su contacto con fuentes de reforzamiento positivo el planteamiento contextual y con esta base son aplicadas las técnicas que incorporan como objetivo la activación conductual dentro de la denominada tercera generación de la corriente cognitivo-conductual. Los aspectos esenciales que buscan las técnicas conductuales son: automonitorización del estado de ánimo, jerarquización de tareas, establecimiento de metas concretas, énfasis en el reforzamiento positivo o en el negativo, etc. (Barraca, 2006).

En la TREC se utilizan diversas técnicas conductuales ya que considera que el cambio conductual facilita a menudo el cambio cognitivo (Ellis, Grieger & Marañón 1990). Aunque potencialmente pueden utilizarse todas las técnicas propuestas por los terapeutas conductuales, las más frecuentemente empleadas en los programas terapéuticos de la TREC son las siguientes:

Técnicas Conductuales.

1. Lista de actividades potencialmente agradables: Incluir las que le gustaban antes.
2. Lista de actividades de dominio: cosas que le gustaría hacer pero que, actualmente, no hace por encontrarse deprimido.
3. Programa semanal de actividades, incluyendo actividades de las listas 1 y 2, y evaluándose entre 0 y 5 en "dominio" o "agrado"
4. Asignación de tareas graduales: dividiendo una tarea compleja (que él considera imposible de llevar a cabo) en pequeños pasos; practicando los primeros pasos en la consulta, o ayudándose con práctica imaginada
5. Imaginería: El paciente imagina cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea y la describe verbalmente. Esto le obliga a prestar atención a los detalles esenciales de dicha actividad, contrarresta su tendencia a divagar y facilita

la realización al programarla paso a paso. Cuando surge algún problema u olvida algún paso, le ayudamos mediante preguntas ej. ¿qué puedes hacer para...?).

Técnicas cognitivas y conductuales.

Los cambios cognitivos que se producen durante la realización de las tareas y después, al analizar los registros, buscando pruebas a favor y en contra de sus creencias (ej., “soy incapaz de hacer algo bien”) van de la mano con las técnicas conductuales y sirven para:

- Probar la validez de las creencias del paciente acerca de sí mismo: ej. una experiencia satisfactoria como realizar una tarea de dominio, suele ser más efectiva que los métodos cognitivos para modificar pensamientos erróneos como "soy incapaz de hacer algo bien" o “ soy incapaz de experimentar ningún placer”
- Comprobar la relación entre la actividad realizada y el estado de ánimo
- Fijar su atención en las sensaciones agradables que experimente, superando así el pensamiento dicotómico (comprueba que puede experimentar cierto grado de placer)
- Ayudarle a detectar pensamientos mediante preguntas: Ej., si se puntuó 0 en cortar el césped, ayudarle a ver lo que hizo bien preguntándole: ¿hizo algo bien?, ¿cómo lo vieron otras personas?, ¿cómo lo vería si ese trabajo lo hubiese hecho otra persona?
- En las tareas graduales, si dice “no puedo” proponerle “hacer un experimento” y fijar objetivos modestos, los éxitos repetidos acaban por minar su creencia de que “no soy capaz”.
- Tienden a hacer las cosas mejor de lo que creían pero también tienden a minusvalorar sus logros.

4.12 Análisis Funcional.

Para Zanón, Matías, Luque, Moreno, Aranda, Morales y Márquez (2014) en terapia es necesario abordar de forma amplia el comportamiento del paciente. Ya sean sus sentimientos, vivencias, pensamientos o creencias, el psicólogo debe buscar aquello que influye en la forma en que se comporta la persona que acude a él. El análisis funcional de la conducta es una herramienta muy útil que permite identificar las conductas del paciente, pero sin dejar de lado el contexto en el que se dan ni qué hay detrás de su ocurrencia. Se trata de un análisis fundamental a la hora de planear y dirigir la terapia o los procesos de psicoeducación.

¿Qué es el análisis funcional de la conducta?

Según Zanón, et al. (2014) las personas que acuden a terapia pueden presentar comportamientos variados, originados por múltiples causas. El análisis funcional de la conducta permite organizar la información más importante del paciente. En él se tienen en cuenta las relaciones sociales de la persona, sus conductas problemáticas y los acontecimientos que han adquirido importancia en el origen y mantenimiento del problema. Una vez recopilada esta información, se pretende buscar explicaciones a las conductas problemas con la intención de encontrar una solución.

Para poder entender más a fondo esta herramienta es necesario explicar un poco por encima qué se debe entender por comportamiento. Este concepto incluye tanto a las conductas observables como las encubiertas del paciente. No únicamente se tienen en cuenta las acciones físicas que hace la persona, como pudiera ser fumar en exceso o consumir algún estupefaciente; también adquieren importancia sus creencias y pensamientos con respecto al problema Zanón et al. (2014), el psicólogo no se encarga únicamente de detectar aquello que no es adaptativo en el paciente. Debe encontrar una explicación detrás del por qué la persona se comporta así, relacionándolo con sucesos que le pasaran antes, es decir, los antecedentes. Así pues, al realizar el análisis funcional de la conducta es necesario hallar las relaciones que hay entre lo vivido por la persona y su comportamiento actual.

Para ejemplificar esto, imaginémonos a dos personas que están realizando la misma conducta: no comer a la hora de la cena. Pese a que ambas básicamente están comportándose igual, en un análisis de este tipo no únicamente se detectará esta conducta en concreto, sino también se tratará de hallar el por qué la están haciendo.

Puede darse el caso de que una de ellas no cene simplemente porque haya merendado mucho y no tiene hambre, mientras que la otra puede ser que se vea gorda y haya decidido comer menos (Zanón et al., 2014).

De forma esquemática, según Fuentes y Quiroga (2004) los aspectos que cumplen los análisis funcionales de la conducta son los siguientes:

- Identificar antecedentes y consecuentes de la conducta.
- Identificar las variables que influyen en la persona.

- Formular hipótesis sobre la conducta problema.
- Describir las conductas.

A la hora de realizar un análisis de este tipo pueden plantearse dos tipos de hipótesis: hipótesis de origen e hipótesis de mantenimiento. Las primeras tratan de esclarecer cómo se originó la conducta problemática, teniéndose en cuenta los elementos contextuales presentes en el momento del surgimiento del problema. Las hipótesis de mantenimiento tratan de explicar por qué la conducta se sigue realizando a día de hoy, qué elementos la han reforzado o por qué aún no se ha extinguido (Zanón, et al., 2014).

Como en este tipo de análisis se trabaja con hipótesis, es muy importante que el psicólogo sea riguroso y objetivo. Además, a medida que vaya evolucionando la terapia saldrá a la superficie nueva información, con lo cual será necesario replantear la problemática por la que en un principio vino el paciente y reformular las explicaciones que iban enfocadas a elaborar un plan de intervención (Zanón et al., 2014).

Características

El análisis funcional según Zanón et al. (2014) de la conducta es una herramienta muy útil, dado que se diferencia de un mero análisis descriptivo por cumplir con las siguientes características:

1. Es funcional

Aunque lo primero que se suele hacer es identificar y describir las conductas, esto se hace con una intención funcional. Es decir, se pretende recopilar información para explicar el problema y elaborar un plan de acción terapéutico o educativo, y no estudia elementos estáticos, sino sucesos y acciones que pueden ser ubicados en el tiempo (Zanón et al., 2014)

2. Se centra en el presente

Tener en cuenta los antecedentes personales es un aspecto importante; no obstante, debemos centrarnos en cómo se comporta el paciente ahora.

3. Estudia las relaciones

El análisis funcional de la conducta se basa en fijarse en las relaciones entre eventos conductuales (emitidos por el sujeto) y eventos ambientales (que ocurren a su alrededor) (Zanón et al., 2014). Por ello, no se centra solo en el individuo, sino que ve a este como a una parte de la realidad interconectada con su entorno, al contrario

de lo que pasa con las propuestas de investigación psicológica basadas en la introspección. Adquieren especial importancia aquellas conductas que interfieren de manera significativa en el bienestar de la persona, por lo cual será necesario enfocar la terapia hacia la resolución de estos comportamientos (Zanón et al., 2014).

4. Es dinámico

El comportamiento humano es algo inestable. El paciente puede ir evolucionando a medida que se va desarrollando la psicoterapia. Además, puede darse el caso de que el propio paciente no diera en un principio toda la información necesaria para entender su malestar psicológico.

Es por ello que el psicólogo debe ser consciente de que las hipótesis planteadas en un principio pueden ser refutadas, y debe reelaborarlas en base a la nueva información.

5. Es ideográfico

Cada persona es diferente en lo relativo a su personalidad, comportamiento y vivencias se refiere.

Las hipótesis planteadas tras analizar las conductas solo pueden llegar a explicar el porqué del comportamiento de la persona analizada, dado que esta está vinculada a una cadena de eventos únicos e irrepetibles, los cuales dejan una marca en su historia de aprendizaje.

Es decir, lo descubierto en una persona es difícilmente generalizable a todo el resto de la población.

Quizás te interese: "Las 4 diferencias entre el enfoque ideográfico y el nomotético"

6. Es heurístico

Básicamente, este tipo de análisis es un esquema que describe el comportamiento de la persona, mediante el cual organizamos la información obtenida sobre ella. No pretende describir la realidad humana, sólo la del paciente que ha acudido a consulta.

7. Es hipotético

Aunque lo ideal sería poder llegar a explicar de forma precisa el por qué la persona se comporta así, el análisis funcional de la conducta no deja de ser una herramienta que plantea explicaciones hipotéticas.

Es decir, lo que se cree que es el origen del problema y lo que hace que éste se mantenga puede ser modificado, no es una información que implique una causalidad clara e inamovible (Fuentes & Quiroga, 2004).

4.13 La terapia cognitiva de la depresión.

La terapia cognitiva fue desarrollada por Beck (1976), a partir de su interés por proporcionar datos empíricos que apoyan las formulaciones psicoanalíticas de la depresión y que delimitaran la configuración psicológica característica de este trastorno, de tal forma que se pudiese desarrollar una forma breve de psicoterapia sin embargo las soluciones obtenidas de los experimentos llevaron a Beck a evaluar de forma crítica la teoría psicoanalítica de la depresión y por consecuencia toda la estructura del psicoanálisis.

Bases Teóricas: Sabemos que los modelos cognitivos reconocen la interdependencia entre cognición, emoción, afecto y conducta. Entendiendo esto la información que experimenta sobre sí mismo y sobre el mundo que experimenta, transforma cognitivamente e interviene en las respuestas tanto emocionales como conductuales personales. Antes de emitir una respuesta, sea esta de naturaleza emocional o conductual, los individuos clasifican evalúan y dan significado al estímulo en función de sus esquemas cognitivos. Estos se describen como el conjunto de experiencias del individuo, provenientes de su interacción con el medio y están formados por creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo, y valoraciones de uno mismo (Caballo, et. al., 1997).

La terapia cognitiva de la depresión incluye varias técnicas interrelacionadas que se han desarrollado a partir de la experiencia clínica con pacientes depresivos.

De acuerdo a Beck (1976) las técnicas concretas se aplican dentro del marco de una teoría psicológica de la depresión. Como se ha indicado anteriormente, es preciso conocer la teoría del modelo cognitivo de la depresión para aplicar las técnicas de la terapia cognitiva.

La premisa más importante del modelo cognitivo de Beck (1976), es que en los trastornos emocionales hay una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Por ello durante el proceso de interpretación de un estímulo, podrían relacionarse con esquemas cognitivos negativos aprendidos, que llevarían al individuo a cometer distorsiones del estímulo en cuestión para facilitar el procesamiento de la información que sería así, lógico según los contenidos del esquema cognitivo activado, en este caso el negativo.

Entonces, el factor responsable de la reproducción de las respuestas emocionales y conductuales desajustadas sería la estructuración cognitiva negativa de la situación mientras que el malestar emocional depende de la percepción negativa que el individuo tiene del ambiente y de percibir acontecimientos a su alrededor como negativos (Caballo, Ellis & Lega, 1997).

Los componentes de las cogniciones negativas que aparecen en el trastorno depresivo o la ansiedad son parecidos según Beck y idénticos a los de cualquier persona ante una situación de pérdida o amenaza real. La diferencia se encuentra en el número y grado de distorsiones cognitivas que comete el individuo y, debido a esto, en la inadecuación de su conducta e intensidad emocional.

En los individuos depresivos, según Beck (1976), la terapia cognitiva refiere que existe una predisposición para el trastorno que funciona con elementos de vulnerabilidad cognitiva, preexistentes y relativamente estables. Estos elementos cognitivos de vulnerabilidad serían conceptos o esquemas cognitivos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro adquiridos probablemente, durante la infancia, a través de experiencias personales negativas de los otros. Los esquemas con contenido negativo constituyen la predisposición cognitiva en la teoría de Beck sobre la depresión (Beck, 1983).

Dichos esquemas se activan cuando interactúan con experiencias negativas de la vida análogas a las inicialmente responsables de la formación de actitudes negativas que para la persona sean parecidas a las responsables de la formación de las actitudes negativas y se activan cuando los acontecimientos aversivos están permeados de esquemas negativos y así surgen los pensamientos propios de la depresión y los sesgos cognitivos que facilitan un procesamiento de la información coherente con los contenidos del esquema activado.

Entendida esta parte Labrador et al. (2001) explican que existe el modelo de diátesis- estrés sobre la depresión que para completar la teoría propone que ciertos factores específicos de algunos individuos hacen a estos más propensos a un trastorno psicopatológico tras la aparición de acontecimientos ambientales estresantes. Esas características serían, pues, factores de vulnerabilidad (diátesis) que cuando las personas que presentan diátesis cognitiva se enfrentan con estímulos estresantes equivalentes a lo que originó el esquema, tienden a tener más probabilidades de experimentar una reacción depresiva que aquellas que no manifiestan esta predisposición Beck, et al. (1983), esto explicaría porque la persona depresiva

mantiene pensamientos negativos, aunque estos le hagan sufrir y a pesar de la evidencia contraria de la que puedan disponer. Además también explicaría la no aparición de depresión en personas que sufren acontecimientos vitales negativos importantes, ya que los acontecimientos no son los que producen depresión a no ser que la persona expuesta a ellos está predispuesta.

Cuando la depresión es leve, el individuo puede contrarrestar la influencia de los esquemas activados mediante la activación de esquemas positivos, tanto si se enfrenta a estímulos externos como a pensamientos negativos. Sin embargo, si la depresión es más grave los errores del procesamiento de la información son mayores con el consiguiente aumento del número de distorsiones cognitivas, lo que dificulta la activación de esquemas positivos adecuados.

En la explicación del modelo cognitivo de la depresión Beck, (1967), que hace hincapié en dos conceptos fundamentales de la triada cognitiva negativa y las distorsiones cognitivas se explica el modelo más aceptado hasta la actualidad.

4.14 Triada cognitiva

La triada cognitiva negativa se refiere a actitudes y creencias que inducen al individuo a percibir el mundo, el futuro y a sí mismo de forma negativa. La visión negativa del mundo provoca que el individuo perciba las demandas del medio como excesivas, llenas de obstáculos insuperables y considere, por tanto, que el mundo está desprovisto de interés, gratificaciones y alegrías. La visión negativa del futuro proviene de la convicción de que ningún aspecto negativo que perciba o experimente en el presente podrá modificarse en el futuro a no ser para aumentar las dificultades y el sufrimiento; su resultado es la desesperanza del individuo. La visión negativa de sí mismo, hace que el individuo se perciba como inadecuado, incompetente y desgraciado (Beck 1967).

Según el modelo de Beck de estos tres patrones cognitivos negativos se derivan los distintos síntomas afectivos, conductuales y emocionales que suelen aparecer en los sujetos con depresión: fatiga, pasividad, indecisión, falta de energía, dependencia, falta de motivación, ideas de suicidio, etc. Esta sintomatología sirve a su vez, para confirmar y reforzar los pensamientos asociados a la triada cognitiva (Beck 1967).

Beck comenzó a estudiar las descripciones que los pacientes hacían de sí mismos y de sus experiencias observando que adoptan, una visión negativa debida a formas distorsionadas de interpretar la realidad. En la base de esta distorsión

sistemática hacia lo negativo parecía encontrarse una visión negativa respecto a tres áreas importantes: La persona, el mundo y el futuro (Beck 1967).

Este hallazgo sirvió para intervenir con la elaboración de técnicas encaminadas a corregir las distorsiones y a ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de la información de los pacientes.

Estudios adicionales mostraron que, bajo determinadas condiciones, una serie de éxitos graduales mostraron que, llevar a la consecución de un objetivo claro mitigar la sintomatología depresiva. Y modifican el autoconcepto del sujeto y sus expectativas negativas (Beck 1967).

El elemento fundamental del modelo cognitivo de Beck es que en los trastornos emocionales existe, una distorsión que es un sesgo que funciona como un sistema que procesa la información, de tal manera que durante el proceso de interpretación del estímulo, podrían activarse esquemas cognitivos negativos que llevarían a la persona a cometer distorsiones del estímulo en cuestión para facilitar el procesamiento de la información, que sería así coherente con los contenidos del esquema cognitivo activado, en este caso negativo. En este caso la base del procesamiento de la información negativo emite las respuestas emocionales y conductuales desajustadas.

La perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que lo rodean. Los contenidos

negativos de las cogniciones que aparecen en trastornos emocionales como la depresión o la ansiedad son según Beck, idénticos a los de cualquier persona ante una situación de pérdida o amenaza real. La diferencia se encuentra en el número de y grado de distorsiones cognitivas que comete el individuo (Beck 2000) y, debido a esto, en la inadecuación de su conducta e intensidad emocional.

Centrándose en la depresión, la teoría cognitiva mantiene que existe una predisposición para el trastorno que consiste en elementos de vulnerabilidad cognitiva, preexistentes y relativamente estables. Estos elementos cognitivos de vulnerabilidad serían conceptos o esquemas cognitivos sobre uno mismo, el mundo y el futuro adquiridos, probablemente, durante la infancia a través de experiencias personales negativas de la identificación con personas significativas o de la percepción de las actitudes negativas de los otros. Los esquemas con contenido negativo constituyen la diátesis (predisposición) cognitiva en la teoría de Beck sobre la depresión (Beck, 1979).

Según los autores planteados uno de los objetivos finales del programa de tratamiento es cambiar actitudes disfuncionales que dan lugar a los pensamientos negativos que están asociados a la depresión infantil. Los procedimientos de reestructuración cognitiva que se utilizan en estudios controlados, pueden ser adaptados a los adolescentes para: experimentos conductuales que pongan a prueba los pensamientos negativos y las interpretaciones negativas.

Capítulo 4 “Modelo Cognitivo Conductual”: Recapitulando

Para Beck, Rush, Shaw & Emery (1983), la adición a la terapia cognitivo conductual tiene un efecto protector a futuro ya que establecen como objetivos primordiales potencializar las conductas positivas, incrementar las habilidades de solución de problemas y de socialización asertiva, así como reestructurar cognitivamente las ideas irracionales presentes, como modelo de intervención para la depresión dicho modelo se encuentra como eficiente por demostrar evidencia de disminución de malestares depresivos en quienes la utilizan. Por tal en el caso de la depresión adolescente es menester utilizar un modelo de intervención que procure el bienestar biopsicosocial del usuario, se ha sometido a comprobación la eficacia de la terapia cognitivo conductual en un caso en de depresión adolescente y se trabajó con la técnica centrada en resolución de problema.

La terapia Racional Emotiva (TREC) de Albert Ellis & Aaron Beck, es una técnica utilizada para modificar las creencias irracionales de los usuarios y tutores que acuden al servicio de psicoterapia, la premisa de la TREC es que las emociones y las conductas son producto de las creencias de quien percibe e interpreta el mundo que lo rodea.

El método base de tal terapia consiste en que el usuario logre identificar aquellos pensamientos que le impiden ser funcional, además de capacitarlo en la búsqueda de pensamientos racionales que le permitan una estabilidad emocional.

Ellis y Beck encuentra una relación entre la interpretación cognitiva que se percibe de los acontecimientos cotidianos y el grado de malestar-bienestar psicológico de ahí a concluir que si pensamos mal o negativamente nuestras conductas y emociones serán también negativas.

Elementos Comunes de la Clasificación de Terapias Cognitivas

* Énfasis en el análisis y modificación de patrones de pensamiento disfuncionales y la sustitución de éstos por patrones racionales y adaptativos.

* La tarea del terapeuta es evaluar los procesos cognitivos desadaptados y desarrollar experiencias que alteren las cogniciones y los patrones afectivos y de conducta relacionados con ellas, para lograrlo es necesaria la implementación de los siguientes puntos de los cuales consta el proceso de la terapia emotiva que consta de cuatro fases:

1) La explicación del esquema A-B-C al cliente, es decir, cómo las personas crean y destruyen sus perturbaciones

2) La detección de las ideas irracionales

3) Debate, distinción y discusión de las creencias irracionales

4) Consecución de un nuevo efecto ó filosofía Ellis en 1974 (como se citó en Caballo, et. al., 2009).

A través de este esquema se le explica a la persona cual es el proceso de las alteraciones emocionales y conductuales. Así, A (acontecimiento activador) será una experiencia de la vida real del paciente

Por otra parte B indicará los pensamientos irracionales que la experiencia anterior puede suscitar, y C (consecuencias) se corresponderá con el malestar emocional y/o conductual producido por la percepción del acontecimiento. Antes de explicar el esquema al paciente es necesario conocer la naturaleza y dinámica de sus problemas. Para ello, a través de entrevistas de evaluación, el terapeuta podrá determinar, en primer lugar, el tipo de problemas que presenta el cliente, y a continuación, sus creencias irracionales.

Ellis 1974 clasifica los problemas en dos grandes categorías externos e internos. Se consideran problemas externos aquellos que dependen de situaciones ambientales. Por ejemplo no poder salir a causa de que se inundó afuera, las preocupaciones en el amor que pueda presentar un adolescente por ejemplo si decide o no salir con alguien, (Caballo et al., 2009).

Todos ellos se llaman eventos activadores es decir A qué merecen atención,

Según la TRE, aunque estos problemas son a menudo preocupaciones importantes que merecen atención se vuelven psicopatológicos cuando se acompañan de problemas emocionales

Según Ellis en 1974 se incluye dentro de los problemas internos son los síntomas que representalas a las personas, es decir las perturbaciones emocionales y las conductas desadaptadas que manifiesten, tales como depresión, ansiedad, ira, culpa, adicciones, etc. estos son a menudo generados por los acontecimientos

generados por los acontecimientos activadores o problemas externos y en el esquema A-B-C se les denomina consecuencias ó C (Caballo et al., 2009).

MÉTODOS

Justificación

Según el informe de morbilidad en consulta externa del HPIJNN (2016), el episodio depresivo moderado representa el segundo lugar de prevalencia del trastorno, se presentó en los hombres a la edad de 10 a 14 años en 78 casos, en niñas se presentó, en 137 casos de 15 a 19 años, 26 casos, en hombres y en mujeres 26, en el caso de las adolescentes las niñas entre en tercer lugar el episodio depresivo grave de 10-14 años fueron 13 mujeres y 56 hombres, de 15 a 19 años las mujeres fueron 23 y los hombres 47 y en el caso de la Distimia de 10 a 14 años fueron enviadas a terapia cognitivo conductual pacientes hombres 24 y mujeres 51, mujeres 39 y hombres 43.

La depresión es un problema que se presenta en la actualidad de manera constante y como se ha evidenciado en la literatura esta enfermedad se encuentra en ascenso en países desarrollados y en vías de desarrollo, los sentimientos de desesperanza, los pensamientos irracionales, la disminución de conductas agradables son factores a través de los cuales se busca incidir para intervenir de forma positiva a corto plazo. Este estudio de caso cuenta con investigación basada en evidencia que sustenta la eficacia de tal tratamiento terapéutico, hecho primordial para la psicología ya que se busca encontrar una solución eficaz para el usuario; es muy importante describir porque esta terapia y no otras porque resulta ser positiva su eficacia ante los estudios controlados que la validan como opción viable ante problemáticas tan graves como el suicidio sí y por pertenecer a las terapias breves actuales más utilizadas aunado a ello es un tipo de terapia que cuenta con diversas guías de tratamiento sin embargo es posible como en este caso utilizar las técnicas a conveniencia del uso y se añade que actualmente la tercera generación o tercera ola de terapias cognitivo conductuales que utiliza técnicas como el análisis funcional y otras múltiples que se ubican en los principios conductistas con el fin de combatir la depresión al encontrar reforzadores positivos y propias formas directivas como es el caso de activar conductas clave para incentivar el progreso en cuanto a situaciones evitadas y que son de suma importancia para la persona o también desde la propuesta cognitiva buscan darle un peso razonable a las ideas que existen sobre lo que pasa todos estos puntos hacen que la terapia sea de fácil acceso por su practicidad.

Objetivo General:

Evaluar la efectividad de un programa de intervención cognitivo-conductual en los síntomas de depresión mayor en una adolescente.

Objetivos específicos:

Identificar mediante la entrevista estructurada los factores cognitivos y conductuales a disminuir. Los cuales son negativos para la mejoría de la paciente.

Evaluar los resultados del inventario de depresión de antes y después del programa de intervención para poder cotejar la disminución del TDM verificando los resultados antes y después de la aplicación del tratamiento

Implementar un programa de intervención para el manejo de la depresión mayor basado en la en la intervención de técnicas cognitivo conductuales.

Comprobar la efectividad del programa de intervención mediante la valoración del alta conforme los siguientes puntos: las creencias irracionales, el grado de funcionalidad según el registro de conductas blanco, registro emocional de la en la paciente diagnosticada con TDM.

Contrastar los niveles de funcionalidad esperados a partir del análisis gráfico del reporte de emociones, conductas y distorsiones cognitivas presentes ante los objetivos terapéuticos.

Hipótesis Clínica

Una intervención de técnicas cognitivo conductuales tendrá un efecto positivo en la disminución la sintomatología depresiva mayor mediante la comparación de la severidad de la depresión por medio del puntaje obtenido en el registro de las conductas, creencias irracionales, grado de funcionalidad emocional, y la puntuación obtenida en la adaptación inventario de depresión BDI-I de Beck pre y post test.

Diseño

En este tipo de estudio cualitativo, con un diseño longitudinal panel, no se manipularon variables únicamente se realizó una evaluación en una participante, n=1, (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010).

Participante

Mujer de 16 años de edad, con diagnóstico clínico de trastorno depresivo mayor, diagnosticada a partir de la muerte de su madre, muestra conductas depresivas, cuenta con una historia de soporte familiar inadecuado y acudió antes a tratamiento psiquiátrico por depresión menor.

Sexo: Mujer

Edad: 17 años

Nivel de escolaridad: Secundaria

Lugar de residencia: Coyoacán

Religión: Católica

Fecha de nacimiento: 14/Enero/2004.

Estado Civil: Soltera

Responsable de la menor: Abuela

Motivo de Consulta:

Paciente que describe una historia familiar atípica lo cual genera enojo y tristeza, explica que a menudo pasa por recurrentes sentimientos que no la hacen sentir cómoda, se ubica que estos son asociados con: "no poder cambiar el ambiente en el que vive" sic. usuaria, también la menor pasa por la pérdida de su madre, hecho que causa en la menor, dudas y pensamientos circulares alrededor de la pérdida, estado de ánimo bajo, aunado a la distante relación con su padre y los problemas con su abuelo presenta sintomatología asociada con depresión severa. Se detecta la muletilla del "debería" de manera constante en su discurso e ideación suicida así como la falta de interés en conductas que antes hacía y que la hacían sentirse cómoda, se ubican hábitos que han cambiado por conductas propias de la depresión así como letargo y voz baja cuando se le pregunta algo, disgusto con su padre, y abuelo además de presentar aislamiento recurrente.

Historia clínica de la participante y examen mental.

YAM acude al hospital a la edad de 16 años acompañada de su abuela, refiere sentimientos de tristeza. En casa vive con su abuelo materno quien tiene 72 años con su abuelo no tiene mucha comunicación y cuando platican por lo general Yam termina disgustada. Sin embargo con los otros integrantes de su familia, tiene una buena relación, los momentos con su abuela suelen ser divertidos por lapso; cuando Yam no se siente disgustada ó triste su abuela pasa tiempo con ella, dentro de la estructura familiar también se encuentra su primo quien es el responsable económico de Yam desde el fallecimiento de su madre, él ha tratado de estar con Yam y durante el día llamarle por teléfono y platicar con ella después del trabajo; aunque ‘‘YAM solo le contesta por ser cortés con él’’ sic. pac. ella cuenta que hay periodos en los que se siente contenta pero que a partir de la muerte de su madre piensa en los momentos en los cuales ella se quedaba sola porque la familia estaba al tanto de las recaídas de su mamá y después de recordarlo comienza a llorar o sentirse de mal humor actualmente no tiene apetito y ha perdido más de 8 kilos en los últimos 6 meses; casi no discute con su abuela sin embargo se reserva a pasar horas encerrada. No duerme bien y se muestra bastante irritable, especialmente cuando tiene desacuerdos con su abuelo y las veces que ha intentado acercarse a su padre con quien tiene una relación lejana recibe por parte del padre no mucha atención y cuando lo ve comenta sentir enojo hacia él y también culpa.

A lo largo de la entrevista cuando habla del comienza llorar; porque refiere que sabe que tiene otra familia y entiende que se haya alejado por la enfermedad de su madre sin embargo siempre añoró tener una buena relación con este. Su madre falleció a la edad de 33 años.

La estructura familiar se compone de sus abuelos, padres divorciados y ella ocupa el lugar de hija única la madre (finada), quien padecía problemas de agresividad hacia los demás y auto dirigida, en ocasiones con ingesta de alcohol y antidepresivos, sobre todo porque la madre de YAM padecía esquizofrenia la última vez que lo hizo fue hace dos años, por tales motivos se decidió que la abuela fuese quien cuidara de ella.

Refiere que cuando tenía 4 años de edad sus papás se separaron, desde entonces la conducta de la madre se volvió mucho más errática, con intentos suicidas, permaneciendo por más tiempo en hospitalizaciones o incluso en el centro

de Alcohólicos Anónimos temporadas en las cuales era cuidada por la abuela materna, durante los períodos de ausentismo de su madre a causa de su enfermedad su abuela materna fue un factor primordial para llevar a cabo las tareas de afecto y autocuidado necesarias para el desarrollo de la menor.

En los primeros años de secundaria YAM menciona reportes de los maestros por presencia de irritabilidad, poca tolerancia a la frustración, en ocasiones parándose del asiento otras veces molestando a los compañeros de clases por iniciar conversaciones con los mismos, con rendimiento escolar bajo, en ocasiones con dificultad para copiar tareas, desconcentración, otras veces llega a perder sus pertenencias en el recreo y durante clases hasta sudaderas sin que esto le llegara a ocasionar desconcentración demasiada disfunción escolar, aunque en ocasiones la enviaban a grupos de apoyo tipo USAER a los 8 años de edad y a mención de la paciente PJ hay mejoría en la atención con aumento en las calificaciones, el cual coincidía en que comenzó a vivir con la abuela materna quien tenía mejoría en el cuidado de la menor, la madre inició a vivir sola, con la menor.

Esto llevó a la menor a padecer onicofagia, hiperhidrosis palmar, disminución del aprovechamiento escolar aunque medianamente funcional en la escuela y en la casa, es tolerada en ambos ambientes. A los 15 años de edad aun con toda la sintomatología, la madre fallece por infarto agudo al miocardio sentimientos de culpa como "siento que pude haber ayudado en más" sic. pac. minusvalía, frustración sobre todo porque en ocasiones no podía hacer actividades propias de la edad por estar al cuidado de la madre "quería a veces salir al cine, ó salir con mis amigas" sic. paciente, un tanto de descuido en el arreglo personal, dificultades en la concentración, preocupaciones tanto por la madre por el comportamiento de la misma y como por el rendimiento escolar, abandona algunas actividades que la menor gustaba, como el ir a jugar fútbol, patineta, en ocasiones había, insomnio de conciliación, insomnio o hipersomnia, pensamientos y planeación suicida, hechos por los cuales acude a terapia en el Hospital Psiquiátrico Infantil donde ingresa durante dos semanas, después es dada de alta para regresar con la sintomatología descrita que comenzó cuando encontraron una carta sobre la mesa en la cual "se despedía de la vida" sic. abuela, actualmente presenta conductas de aislamiento, constantemente se mostraba triste con los ojos hinchados y mostraba desinterés por realizar actividades recreativas, que antes le parecían gratificantes como salir al

cine o a caminar con su abuela además de preferir estar dormida “ya que no había algo por lo cual despertar” *sic. pac.*

Entrevista al tutor

Se llevó a cabo la entrevista por primera vez con la abuelita de Yam quien es su tutora confirma que actualmente había bajado notablemente su estado de ánimo y concentración en clase, menciona que es una niña a la cual no le cuesta trabajo socializar sin embargo últimamente la nota decaída apunta que en la escuela a bajado su rendimiento escolar y reporta que en ocasiones llora en público.

- Durante la entrevista la abuela de Yam nos dijo que no ha tenido problemas con la menor en cuestiones conductuales, pero que hay períodos en los que la niña casi no come y casi no habla pero que cuando pasa tiempo con su abuela casi no habla.
- Se tiene en cuenta que la menor no mostró repliegue ante mostrar interés por las responsabilidades en casa.
- Fue necesario informarle sobre el tratamiento para contar con apoyo permanente en el hogar
- Antecedentes heredofamiliares, patológicos y no patológicos:
 - La Madre- Refiere tuvo depresión y alcoholismo y esquizofrenia, Yam es de la Ciudad de México, vive con sus abuelos y ocasionalmente ve a su padre, su madre falleció hace algunos meses.

Tabla 2.

Observación y presentación del Examen mental.

Categoría	Descripción
<ul style="list-style-type: none">▪ Descripción general del paciente	<ul style="list-style-type: none">▪ Paciente femenino de 16 años de edad consciente, orientada en sus cuatro esferas cognitivas se presenta a la sesión de forma puntual acompañada de su madre, físicamente íntegra y en estado de higiene y aliño.
<ul style="list-style-type: none">▪ Apariencia	<ul style="list-style-type: none">▪ La menor cuenta con un peso y estatura acorde a su edad, complexión endomórfica, tez morena clara, ojos color negro y cabello castaño claro.
<ul style="list-style-type: none">▪ Lenguaje	<ul style="list-style-type: none">▪ El contenido del lenguaje deja ver características de discurso negativo entorno a sus vivencias y su persona. Su lenguaje es escaso, coherente y con curso fluido.
<ul style="list-style-type: none">▪ Conducta Motora	<ul style="list-style-type: none">▪ Sin alteraciones
<ul style="list-style-type: none">▪ Afecto	<ul style="list-style-type: none">▪ Con intensidad adecuada, movilidad estrecha, rango restringido y apropiado. Estado de ánimo Eutímico.
<ul style="list-style-type: none">▪ Pensamiento	<ul style="list-style-type: none">▪ De tipo preoperatorio, coherente, sin alteraciones en el contenido y curso normal.
<ul style="list-style-type: none">▪ Juicio	<ul style="list-style-type: none">▪ Lógico
<ul style="list-style-type: none">▪ Manifestación de Actitudes	<ul style="list-style-type: none">▪ Se muestra dispuesta y cooperadora a la valoración.

Nota: Examen mental adaptado de “*Sinopsis de Psiquiatría*”, Kaplan, J. Sadock & A. Sadock 2008, p.109. Sinopsis de Psiquiatría. Décima Edición.

Instrumentos de Evaluación

Entrevista

Contiene rúbricas por sesión, como tareas el registro de pensamientos automáticos y consecuencias emotivo conductuales Bunge, Gomar, Mandil y Álvarez (2009), basadas en el ABC de Ellis así como el registro de actividades estimulantes.

Entrevista cognitivo- conductual: Se realizó con la finalidad de conocer datos personales, demográficos, laborales, dinámica familiar, antecedentes patológicos y no patológicos, motivo de canalización al servicio. Se llevó a cabo en el área de consulta externa del servicio cognitivo conductual en el hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro Consistió en determinar la existencia y magnitud de sintomatología depresiva (anhedonia, triada cognitiva), como parámetro se midieron sus ideas irracionales, conductas positivas y emociones desagradables ante las siguientes áreas problemáticas, las cuales fueron objetivos específicos a sustituir, a lo largo de la intervención.

Adaptación del Inventario de Depresión de Beck (BDI):

Consta de 21 afirmaciones que van de 0 (ausencia de síntomas depresivos) a 3 (depresión severa). Las cifras de fiabilidad del BDI fueron altas tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83). Es una de las escalas más utilizadas tanto en muestras clínicas como no clínicas fue adaptada para la población infantil y juvenil del servicio de terapia cognitivo conductual basado en emociones la adaptación consistió en retirar el último ÍTEM al considerarse una pregunta para personas adultas.

Procedimiento

El presente estudio de caso se llevó a cabo durante el periodo de octubre del 2017 a Abril del 2018 a partir de la integración de notas de evolución e instrumentos de evaluación en el expediente fue posible la autorización e integración de información por parte de las diversas áreas en concreto la de psicología basada en emociones y el equipo de psiquiatría, la terapia psicológica se llevó a cabo en un horario de once de la mañana a doce del día durante seis meses, con una duración por sesión de aproximadamente una hora, en el área de consulta externa del HPIJNN, cubículo 21, el programa de intervención fue aplicado con la supervisión del equipo de psicología de dicha área.

Se atendió a la paciente YAM de dos maneras por una parte se atendió de forma individual y por otra parte en compañía de su abuela. El tratamiento consto de la implementación de un programa de 16 sesiones a la par se asignó un número telefónico para llamar en el horario de terapia de dicha área con el objetivo de establecer acompañamiento en caso de ser necesaria contención emocional, de esta forma se procuró el contacto con la usuario su tutora, dando apertura a resolver cualquier necesidad de índole terapéutica.

Después se estableció el contrato terapéutico con la finalidad de comunicar el compromiso que adquiriría al asistir a consulta el cual fue firmado por la tutora y la usuaria para su confirmación conservando una copia ambas partes, cabe destacar que se obtuvo el permiso de la usuaria para presentar su caso por medio de una carta de consentimiento de información, los instrumentos utilizados fueron evaluados mediante una entrevista estructurada elaborada a jueceo por psicólogos del hospital;

con fines de confidencialidad se nombró a la paciente "Yam", se diseñó un plan terapéutico por sesión que al ser monitoreado mediante rubricas también estas fueron diseñadas por el grupo de psicólogos del área cognitivo conductual del hospital, por lo que se permitió obtener datos de evolución, y así comparar los indicadores antes y después de la intervención,

A lo largo de las sesiones se implementó el programa de intervención con la finalidad de dar orientación cognitivo conductual con el fin de disminuir la sintomatología depresiva bajo la implementación de la técnica de reestructuración cognitiva, para detectar pensamientos disruptivos y emociones negativas ante ello fue necesaria la implementación de un registro de actividades placenteras de psicoeducación sobre habilidades psicosociales y de resolución de problemas, en este ese sentido se establecieron los siguientes objetivos terapéuticos los cuales fueron la base del programa de intervención:

Objetivos Terapéuticos.

- Enseñar al paciente que es la depresión y cuáles son sus síntomas, para dotarlo de conocimiento que le permita identificar sus características fuera del ambiente terapéutico.
- Que la paciente identifique los pensamientos automáticos que presenta para sustituirlos por otros que permitiera facilitar su mejoría.
- Dotar al paciente de herramientas psicológicas que le permitan solucionar sus problemas de forma más eficiente.
- Que la paciente utilice un repertorio de conductas que le permitan desarrollarse socialmente en su entorno.
- Comprobar la efectividad del programa de intervención mediante la evaluación de las conductas, ideas irracionales y pensamientos alternativos que presenta YAM
- El mejoramiento del estado de Ánimo negativo y de la pérdida de interés en actividades placenteras.
- La ideación suicida es significativa, el tratamiento debe concentrarse en disminuir tanto la ideación como los intentos activos.

- Si el estado de ánimo depresivo sostenido provocó un debilitamiento significativo del funcionamiento, la activación conductual puede abarcar el mejoramiento de las relaciones ocupacionales, académicas y sociales.

Para el cumplimiento de los pasados objetivos terapéuticos se llevó a cabo el siguiente programa de intervención (véase *Tabla 4*):

Tabla 4. Programa de Intervención cognitivo conductual.

Sesión	Objetivos	Programa de la sesión
1 – 2	Realizar la evaluación inicial del caso. Por medio de la entrevista semiestructurada hacia la tutora; Presentarse con Yam e iniciar labor de entrevista.	Entrevista con la tutora y con Yam
3	Realizar la evaluación del caso. Explicar en que consiste en A-B-C de Ellis. Tarea: Realizar ABC de Ellis para registrar pensamientos Realizar ABC de conductas que síntoma de depresión.	Entrevista con Yam Entrevista con PJ y sus padres.
4– 5	Dar breves instrucciones y aplicar el inventario de Depresión de Beck a la menor. Devolver la información y discutir el análisis funcional : Con el ABC de pensamientos y de manera conjunta el de conductas Para identificar cuales son las Ideas Irracionales y síntomas conductuales presentes que están causando problemática Tarea: Invitar a asistir a la próxima sesión Reforzar el hecho de que esté presente en terapia y de que haya realizado actividades vitales Comenzar a persuadir las ideas irracionales que se identifiquen en su discurso. .En el registro de sesiones el grado de funcionalidad de conductas blanco como asistir a terapia y Reforzar el hecho de que esté presente en terapia y de que haya realizado actividades vitales Comenzar a persuadir las ideas irracionales que se identifiquen en su discurso.	''

6	<p>Reforzar cualquier actividad que tenga el objetivo de organizar su entorno, desde lo mínimo a máximo que YAM tenga disposición a realizar :</p> <p>Realizando tareas: Enseñar a identificar emociones y el valor de su intensidad.</p>	<p>Tarea: Educación emocional: Realización de registro de ideas irracionales de Gomar y Mandil Registro de actividades Registro de jerarquía de objetivos de terapia</p>
7	<p><i>Enseñar a valorar situaciones generadoras de distintas emociones.</i> <i>. Enseñar a identificar pensamientos negativos</i></p> <p><i>Cuestionar creencias irracionales sobre sí mismo y el futuro.</i></p>	<p>Educación emocional: Entrevista y realización de fichas de actividad. De tarea dejar planificación de actividades agradables.</p>
8	<p><i>Incrementar la tasa de refuerzo ambiental (con la abuela de Yam)</i> <i>Entrenamiento en habilidades sociales en concreto en solución de problemas.</i> <i>Programar el afrontamiento de la situación escolar</i> <i>Entrenamiento en resolución de Problemas</i> <i>Definición del problema.</i> <i>Estructurar la aproximación al problema.</i> <i>Focalizar la atención.</i> <i>Elección de la respuesta.</i> <i>Autorrefuerzo por las respuestas correctas ó rectificación de errores.</i> <i>Esto ayuda a que el niño aprenda que puede pensar por sí mismo y a rectificar cuando comete un error, además evita juicios negativos como «soy imbécil » o «estoy tonto», que pueden interferir con una ejecución adecuada.</i></p>	<p>Registro de Planificación de actividades agradables. Terapia cognitiva: Entrevista sobre pensamientos irracionales Búsqueda de otros pensamientos alternativos Establecimiento de metas concretas según los registros hechos Programación de objetivos vitales según demanda.</p> <p>reforzamiento de conductas de contacto social o la realización de actividades gratificantes</p>
9	<p><i>Registro de tareas</i> Atender solución de problemas mediante ejercicios.</p> <p>El terapeuta debe modelar las auto instrucciones en la primer paso de su aplicación. El terapeuta como modelo debe reflejar no únicamente la aplicación de las auto instrucciones sino también las estrategias de solución de problemas para cada caso en concreto. Para favorecer que Yam se identifique no es aconsejable que el terapeuta refleje un modelo perfecto de reflexividad sino que cometa errores y rectifique a tiempo. Invitar a la Evaluación mediante ejemplos.</p>	<p>Registro de Planificación de actividades agradables. Terapia cognitiva: Entrevista sobre pensamientos irracionales Búsqueda de otros pensamientos alternativos Establecimiento de metas concretas según los registros hechos Programación de objetivos vitales según demanda.</p> <p>Reforzamiento de conductas de contacto social o la realización de actividades gratificantes</p>

Tabla 4. Programa de Intervención cognitivo conductual (continuación)

Sesión	Objetivos	Programa de sesión
10	Aplicación de técnicas para el manejo e inoculación de estrés basadas en D. Meicheinbaum.	Registro de Planificación de actividades agradables. Terapia cognitiva: Entrevista sobre pensamientos irracionales Búsqueda de otros pensamientos alternativos Establecimiento de metas concretas según los registros hechos Programación de objetivos vitales según demanda. Reforzamiento de conductas de contacto social o la realización de actividades gratificantes.
11	Cita con la tutora para evitar futuras contingencias.	''
12	Revisión de técnicas vistas y contención emocional en terapia ajustando resolución de problemas para situaciones en casa	''
13	Revisión de evolución	''
14	Realizar evaluación final mediante el Beck dotar de técnicas para prevenir posibles recaídas Prescribir pautas de mantenimiento de mejoría	''
15	Evaluación de registros, tareas y auto debates, Dudas respecto a la terapia, evaluación e intervención en cuanto el mantenimiento de mejoría mediante la explicación de la paciente.	''
16	Cierre.	

De manera conjunta durante la evaluación se utilizaron registros de pensamientos, emociones y conductas para medir las ideas irracionales, se registró el aumento ó decremento de emociones positivas, ante estos pensamientos a su vez se midió la activación conductual también mediante un análisis gráfico para determinar si existió diferencia a su vez se identificaron los indicadores de los puntajes pre-test y pos-test del BDI de Beck, estos instrumentos se adjuntan más adelante (ver anexos A, D y E) en este sentido se llevó a cabo la comprobación las

hipótesis. Al término de la intervención se habían alcanzado todos los objetivos terapéuticos propuestos.

Se observa una disminución en la sintomatología depresiva, la mejoría clínica era significativa también desde el punto de vista Yam y su tutora. En la entrevista final la abuela de Yam informa que mostraba un buen estado anímico, no lloraba, comía bien, y no se quejaba de dolores de cabeza.

A su vez no había vuelto a protestar ni a mostrarse triste y con llanto por iniciar trámites escolares al contrario gradualmente se empezó a interesar por la idea de seguir con la escuela, se menciona que ella misma a buscado el contacto con su padre hecho que se ha hablado en terapia para evitar una recaída de ánimo, también se habló sobre la relación con su abuelo y entorno a ello se utilizó la resolución de problemas actualmente refiere una comunicación mayor con el. Al respecto del área escolar Yam reporta estar investigando ya escuelas para seguir estudiando

En cuanto a las conductas se mostró un mantenimiento de actividades agradables, y una activación conductual, entrega sus autorregistros, aunque se reportó una desajuste se resolvió en cuestión de la identificación de las ideas irracionales presentes se presenta una gráfica sobre la sintomatología conductual en las que se sumaron conductas problema, sin embargo interfirieron algunos factores como las relaciones intrafamiliares, se trabajó el control emocional al respecto.

Se consideró introducir desde las primeras sesiones estrategias cognitivas como la detección de pensamientos distorsionados, con el fin de ayudar a YAM a afrontar las ideas y comprender por qué se sentía deprimida. Un aspecto importante a destacar de esta intervención fue el alto grado de colaboración entre la abuelita de YAM y los terapeutas. Si esta coordinación resulta siempre necesaria, en este caso la implicación de su abuela y su primo a la hora de fomentar la adherencia terapéutica de la paciente y modificar adecuadamente las variables del ambiente que ayudaban a mantener el problema fue un rasgo de resiliencia que ayudó a darla de alta.

Análisis de Datos

Una vez concluido el programa, se graficaron los puntajes para obtener la comparación de datos, así como el cotejo de resultados a partir de la aplicación del pre y post test del programa de intervención.

RESULTADOS

Evaluación

Dado que, uno de los objetivos del presente estudio fue identificar mediante la entrevista estructurada los factores cognitivos y conductuales a disminuir, a continuación se describen los principales datos encontrados, el trabajo estuvo conformado por psicoterapeutas del área de terapia basada en emociones y consulta externa del hospital, una usuaria adolescente a la que se llamara YAM y su abuela, tutora de la menor, la evaluación se llevó a cabo dentro de las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro en el área de consulta psicológica externa cognitivo- conductual, se realizó según los lineamientos bioéticos requeridos en el procedimiento hospitalario. Consistió en identificar mediante la observación y opinión de la paciente y tutor los indicadores relacionados con el trastorno depresivo mayor mediante la entrevista para así evaluar el efecto de la intervención por lo que se esperó la disminución de la sintomatología de la depresión mayor, mediante la intervención en distintos rubros dentro de los cuales se esperaría la disminución de ideas irracionales, distorsiones cognitivas y conductas negativas a extinguir, seguido se esperó disminuir los indicadores manifestados del test del inventario de depresión de Beck BDI mediante la comparación del pre test con el post test del inventario de depresión Beck BDI.

El siguiente objetivo fue implementar un programa de intervención para el manejo de la depresión mayor basado en la intervención de técnicas cognitivo conductuales, a partir de ello como siguiente objetivo específico se pudo comprobar la efectividad del programa de intervención mediante la valoración del alta conforme al cumplimiento de los siguientes punto: Disminución de creencias irracionales, estabilidad positiva respecto al registro de la disminución del grado de conductas blanco, disminución de afecto negativo respecto al registro emocional de la usuaria, para cumplir estos objetivos específicos el siguiente fin se consideró correcto contrastar los niveles de funcionalidad esperados a partir del análisis grafico del reporte de sentimientos , conductas y distorsiones cognitivas presentes ante los objetivos terapéuticos.

Todos estos objetivos se llevaron a cabo ad hoc que permitiera evaluar la efectividad del programa de intervención cognitivo conductual en síntomas de

depresión mayor de una adolescente.

Resultados de la Intervención.

Figura 8. Gráfica de sesiones contra grado emocional miedo, en el eje de las ordenadas se ubica el grado emocional percibido en la escala Likert, en el eje de las abscisas el número de sesiones, de la primera sesión a la sesión dos se observa una disminución en cuanto a la percepción de miedo, en la escala esta percepción fue descendiendo, por ejemplo en la semana 5 se observó que la percepción se puntuaba en 3, durante la sesión seis se disparó a 9, sin embargo a partir de la semana 6 fue descendiendo la percepción y esta disminución de la percepción del miedo se ubicó entre un puntaje de 2 y 3 hasta el término del tratamiento.

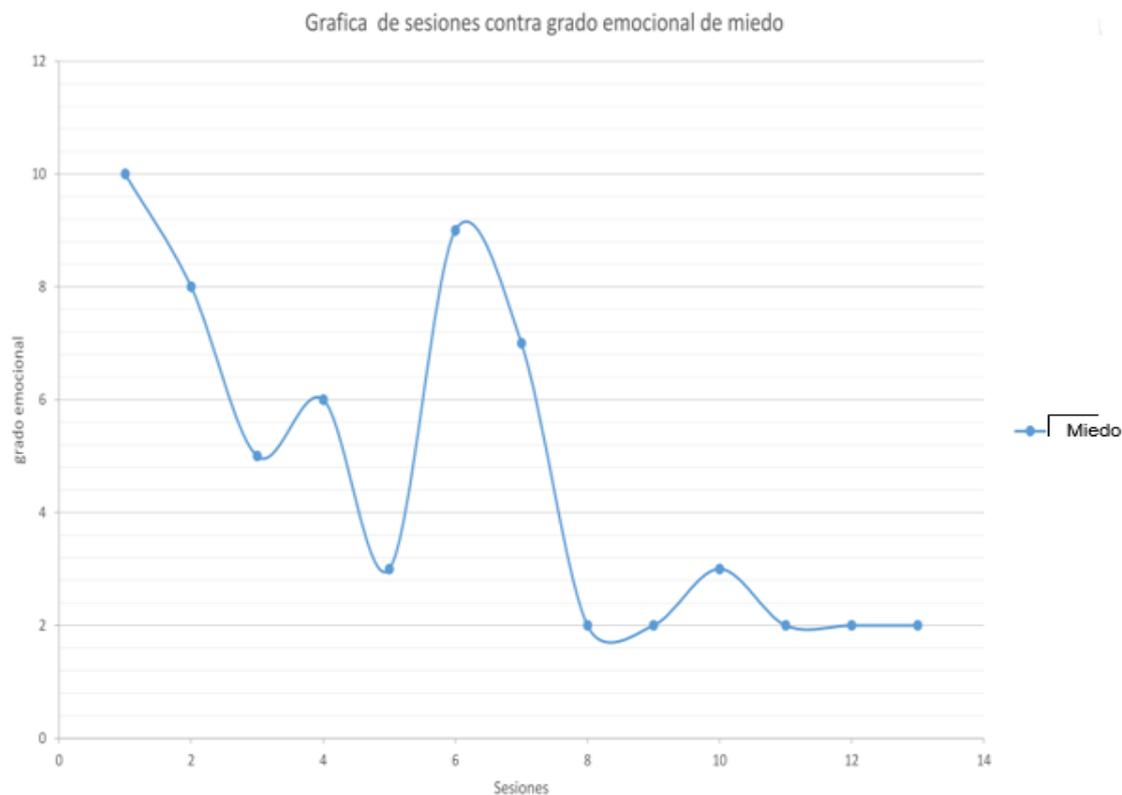


Figura 9. Gráfica de sesiones contra grado emocional enojo, en el eje de las ordenadas se ubica el grado emocional percibido en la escala Likert, en el eje de las abscisas el número de sesiones, de la primera sesión a la sesión dos se observa un aumento, en cuanto a la percepción de enojo, en la escala esta percepción fue aumentando, por ejemplo en la semana 10 se observó que la percepción se puntuaba en 9, durante la sesión subsecuentes disminuyó, por lo que durante el programa de intervención se hizo énfasis en el manejo emocional de la emoción asociada con el enojo, hasta el término del tratamiento.

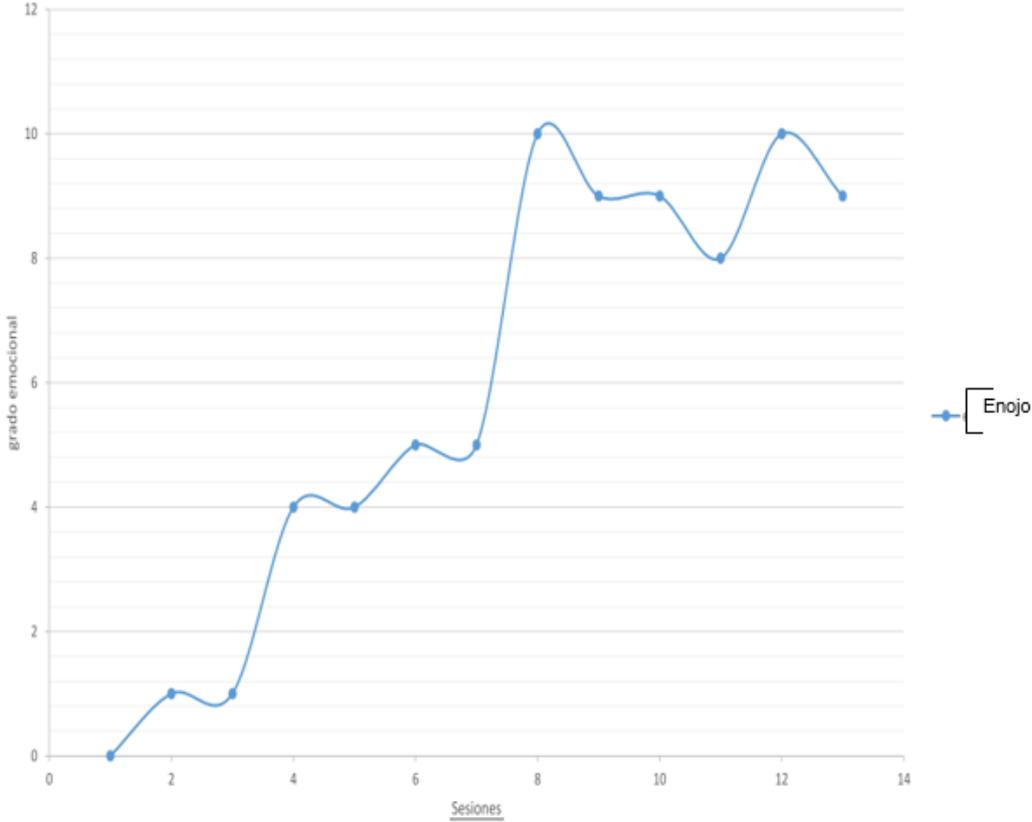


Figura 10. Gráfica de sesiones contra grado emocional de amor

Gráfica de sesiones contra grado emocional asociada con amor, en el eje de las ordenadas se ubica el grado emocional percibido en la escala Likert, en el eje de las abscisas el número de sesiones, de la primera sesión a la sesión tres se observa un aumento, en cuanto a la percepción de amor, en la escala esta percepción fue aumentando, por ejemplo en la semana 8 se observó que la percepción se puntuaba en 9, durante la sesión subsecuentes se mantuvo estable, por lo que durante el programa de intervención se hizo énfasis en emociones asociadas al afecto positivo respecto a el autocuidado y autoestima, hasta el término del tratamiento.

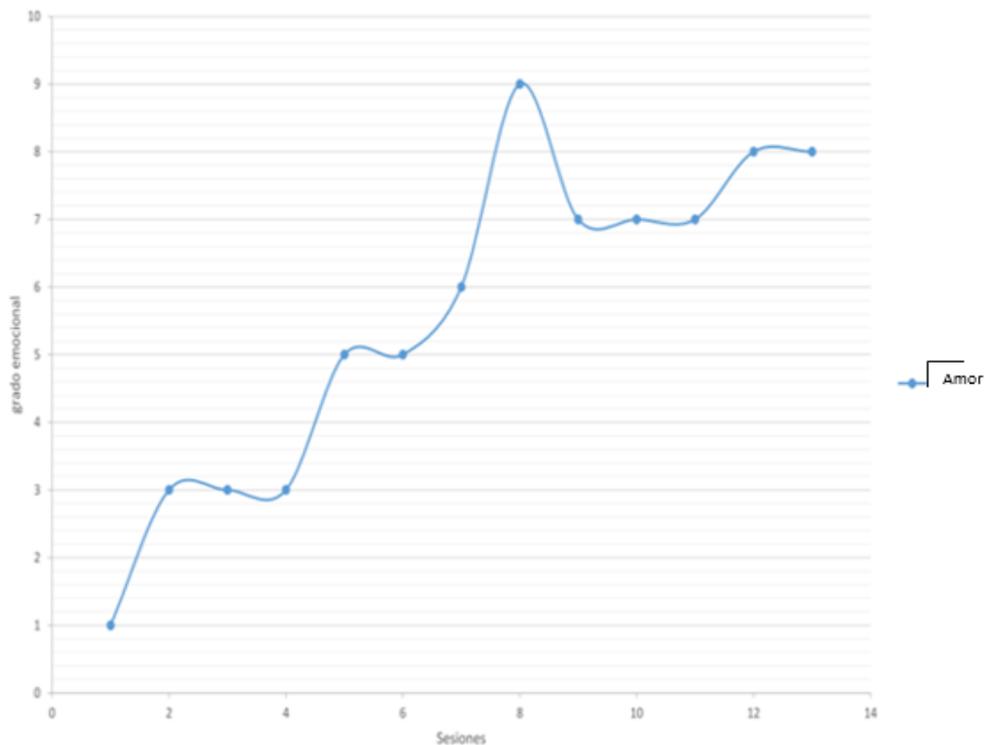
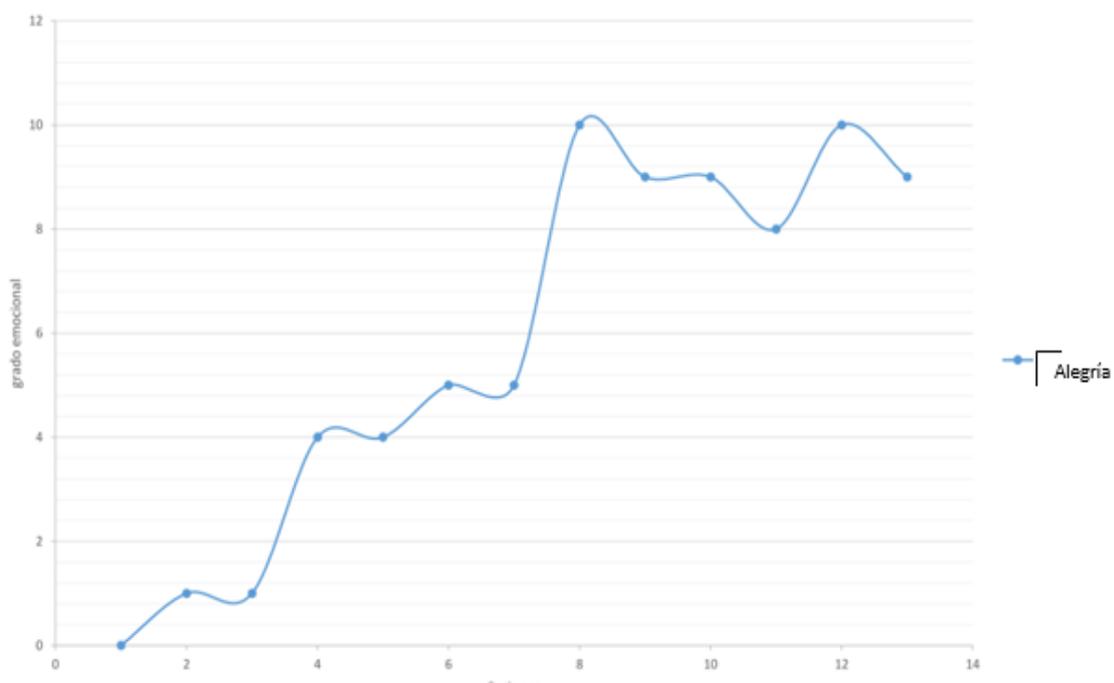


Figura 11. Grado de sesiones contra grado de alegría.

Gráfica de sesiones contra grado emocional asociada con la emoción alegría, en el eje de las ordenadas se ubica el grado emocional percibido en la escala Likert, en el eje de las abscisas el número de sesiones, de la primera sesión a la sesión a la sesión 4 se observa un aumento, en cuanto a la percepción de alegría, en la escala esta percepción fue aumentando, por ejemplo en la semana número 8 se observó que la percepción se puntuaba en 10, durante la sesión subsecuentes se mantuvo estable, por lo que durante el programa de intervención se hizo énfasis en gratificar conductas positivas respecto a el estado de ánimo positivo, hasta el término del tratamiento.



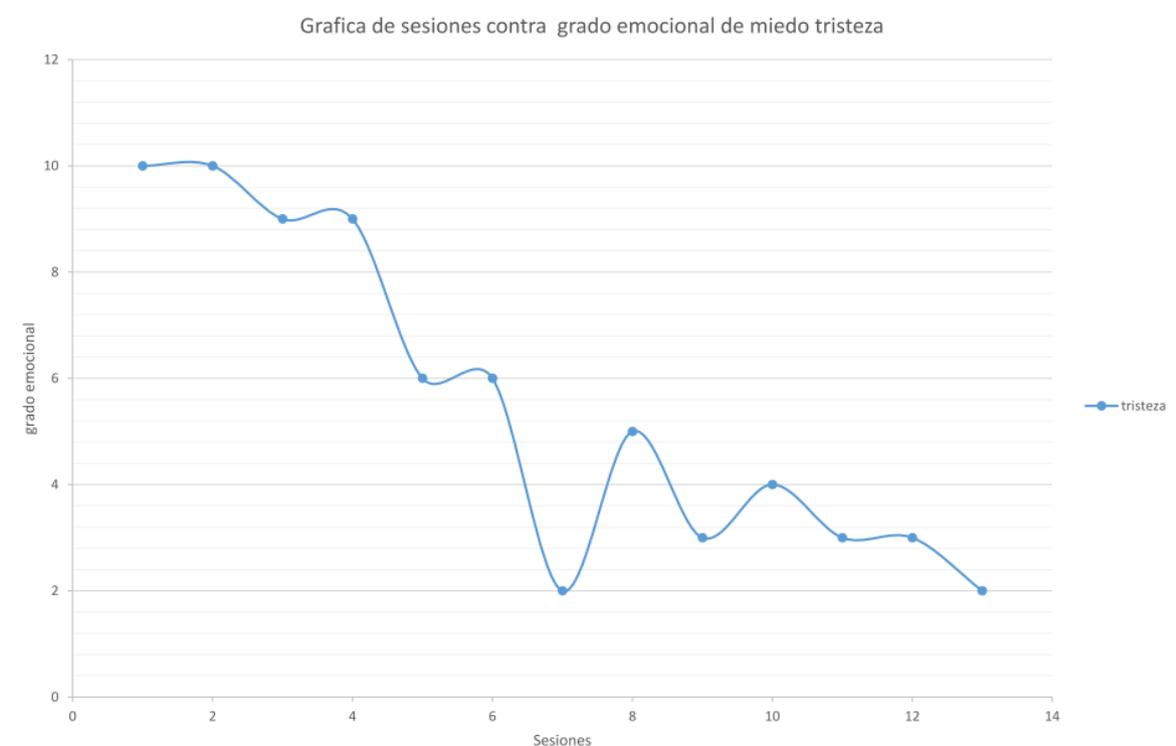


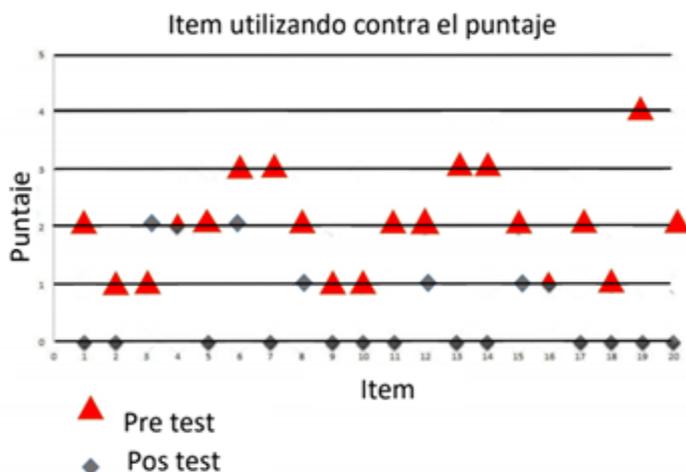
Figura 12. Grado de sesiones contra grado de tristeza.

Gráfica de sesiones contra grado emocional asociada con la emoción tristeza, en el eje de las ordenadas se ubica el grado emocional percibido en la escala Likert, en el eje de las abscisas el número de sesiones, de la primera sesión a la sesión a la sesión 5 se observa un decremento, en cuanto a la percepción de tristeza, en la escala esta percepción fue disminuyendo, por ejemplo en la semana número 7 se observó que la percepción se puntuaba en 2, durante la sesiones subsecuentes se mantuvo aparentemente estable, cabe señalar que durante el programa de intervención se hizo énfasis en gratificar conductas positivas respecto a el estado de ánimo positivo y de manera conjunta se llevó a cabo entrenamiento en cuanto a la resolución de problemas por lo que se esperó un mantenimiento en cuanto la atención plena respecto a el tratamiento de su situación actual.

Figura 14. En el registro de sesiones el grado de funcionalidad de conductas blanco. En el eje de las ordenadas se puede observar el número de sesiones respecto al eje de las ordenadas en el cual se ubicó asistir a terapia, seguir con tareas terapéuticas, cabe señalar que el último punto respecto al reporte de conductas que reactiven el trastorno considera diversa sintomatología asociada con el TDM



Figura 15. Registro de la paciente en el eje de las ordenadas se ubica el puntaje del 0 al 4 y en las abscisas el ítem correspondiente del BDI. Los triángulos naranjas ubican el puntaje pre test, se puede observar una diferencia significativa entre el resultado de este y el resultado del post test.



DISCUSIÓN

La relevancia de haber abordado un caso de depresión mayor proviene del propósito de averiguar si la intervención con técnicas varias de corte cognitivo conductual permite la disminución de manifestaciones que prevalecen durante el trastorno.

La intervención tuvo una duración de 15 sesiones cabe destacar que la alta por mejoría fue posible gracias al compromiso que Yam y su familia mostraron hacia la terapia. La aplicación de esta entrevista con inventario – rúbrica se realizó en el área de consulta externa del servicio de consulta externa del hospital, constó de preguntas abiertas, breves escalas que pretenden el registro de creencias irracionales e ideas irracionales, también tienen un registro del grado de funcionalidad emocional y la ubicación de conductas blanco a disminuir y a aumentar, monitoreada por jueces expertos del área de terapia cognitivo conductual del hospital, por este medio se valoraron los resultados mediante la gráfica de los resultados:(ideas irracionales, conductas y respuestas emocionales). La usuario con historia familiar atípica lo cual genera enojo y tristeza recurrentes por no poder cambiar el ambiente en el que vive quien pasó por la pérdida de su madre hecho que causó en la menor dudas estado de ánimo bajo aunado a la distante relación con su padre y los problemas con su abuelo presentó depresión severa. Se detecta la muletilla del “debería” e ideación suicida así como la falta de interés en conductas que antes hacía así como la presencia de hábitos que ha cambiado por conductas propias de la depresión así como letargo y voz baja cuando se le pregunta algo, disgusto con su padre, abuelo y aislamiento. De forma general este trabajo no solo tiene como finalidad que la paciente aprendiera a reconocer sus problemas, con la utilización de técnicas de resolución de problemas revisadas en A. Nezu, C. Nezu & Lombardo (2006) y las diferentes estrategias cognitivas, emocionales y conductuales que le ayuden a afrontar los síntomas depresivos si no también este trabajo es un aporte para la literatura encargada del tratamiento de la cognición depresiva con la reestructuración cognitiva por Aarón Beck, en Beck (1967), y Ellis, Leonor & Vicente (1997), con lo que se puede observar en la figura

13 del presente trabajo que expresa el curso temporal de sesiones en el eje de las ordenadas y el en el eje de las abscisas las ideas irracionales se observa que existió una intermitencia ya que existen menores registros de ideas irracionales al pasar del tiempo y de manera contraria se maximizaron hasta la sesión figura 8 a partir de esta disminuyen las ID de manera más constante y sin aumentar. Lo que, se observó también fue la disminución de en las respuestas emocionales negativas por su relación con la presencia de síntomas depresivos, en la figura 9, 8 y la figura 12 se nota la disminución emocional de la emoción enojo sensación de miedo y de tristeza en relación con el avance de la terapia y de manera contraria el aumento las emociones positivas como se observa en la figura 11 referente a la alegría y la figura 10 referente a las sensaciones de amor, de ideas irracionales y conductuales de la paciente en cuanto a la figura 14 se registraron las sesiones y el grado de funcionalidad o presencia de síntomas depresivos en esta figura se observa que asistir a terapia fue constante y seguir con tareas referentes a autorregistros y tareas en general fue aumentando en medida del avance de sesiones, de forma contraria se observa la disminución de conductas que reactivan el trastorno; realizar una intervención psicológica bajo el modelo cognitivo conductual basada en la implementación de técnicas experimentalmente probadas y supuestos establecidos según la práctica clínica de jueces expertos es propio de este trabajo se delimita esta investigación al trabajo temporal de 15 sesiones sin embargo los diversos factores psicológicos, familiares y sociales son importantes esferas dentro de las cuales es primordial trabajar a futuro para tener una respuesta de bienestar favorable.

En algunos casos de depresión el no tener disposición para hacer ciertas cosas, lo tiene explicación mediante el condicionamiento clásico ya que el paciente ha adquirido un aprendizaje por la exposición y asociación a (situaciones neutra - situaciones desagradable) por tal se trataron los pensamientos que hacía vulnerable a Yam teniendo en cuenta la teoría de depresión por desesperanza se atendieron estos rasgos emocionales por lo que se atendió por medio de la reestructuración cognitiva, se puede observar la intervención que en principio implicó utilizar la propia capacidad de extraer interpretaciones sobre los hechos en beneficio propio, en vez de dejar que estas se transformen en obstáculos, la fijación de objetivos concretos y razonables, como por ejemplo empezar a bañarse diario, dormir y despertar a una hora determinada o empezar a tener un tiempo para convivir con su familia además

este plan de pequeños sub-objetivos a corto plazo, fue seguido por otras ejecuciones que podrían considerarse imposibles como animarse a seguir viendo sus trámites escolares para estudiar la preparatoria o hasta no tener sensaciones negativas en torno a la relación con su padre cabe destacar que estas conductas fueron posibles también por la implementación de orientación en cuanto a la inaplicación de técnicas para el manejo e inoculación de estrés basadas en D. Meicheinbaum y el registro de conductas en los análisis funcionales sencillos basados en el ABC de Ellis utilizados en el hospital, aunado a ello se trabajó con metas a cumplir según la jerarquía de tareas clave para Yam como por ejemplo buscar actividades para que dejara de aislarse, se buscaron actividades gratificantes simples para lograr la adherencia a hábitos que dejó de hacer y eran primordiales para socializar fueron tareas simples como bañarse salir de su recamara y tener un horario para dormir, así como incentivar el uso de autorregistros a lo largo de la terapia se decidió monitorear su decisión de estar con su padre hecho que se trabajó con el fin de que no llevase a una recaída por lo que se trabajaron con ideas entorno a la relación con el, en el caso de la relación con su abuelito se utilizaron las técnicas de resolución de problemas lo cual ayudó a potencializar su relación con él.

Parte de los principales postulados de la TCC considera que un paciente es capaz de encontrar sus propios auto reforzamientos de manera cognitiva y conductual. Aunque actualmente la tercera ola que se refiere al análisis conductual no tiene como énfasis sus procesos mentales, cómo procesa la información y da significado a lo que ha aprendido porque no son observables en el modelo conductual, la premisa elemental es a groso modo que el usuario está determinado por su entorno y que la única manera de entender su comportamiento es a través del estudio de sus conductas observables. El modelo cognitivo, postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. La sensación está asociada a la forma en que piensan sobre una situación. El modelo cognitivo complementa al modelo conductual. Por eso, muchos autores se han basado en las características de ambos para desarrollar un modelo conjunto denominado conductual-cognitivo. Según este nuevo modelo aprender no sólo consiste en responder a algún estímulo (E-R) como plantea el modelo conductual, sino que también son importantes los procesos cognitivos del sujeto.

La intervención a partir de la terapia consistía en la implementación de un programa para el manejo de emociones, solución de problemas, desarrollo de habilidades sociales cuya meta es fortalecer en dichos aspectos para esperar una disminución en cuanto a la sintomatología depresiva presentada. Lo que, se espera incidir en las respuestas emocionales y conductuales de la paciente.

De manera conjunta se aplicó el inventario de depresión de Beck BDI el cual se adaptó por jueces expertos para la población que acude a terapia externa en el área cognitivo conductual del hospital. Se aplicó en dos partes del tratamiento al inicio y al final del plan de intervención; a lo largo de este trabajo se utilizaron distintas técnicas cognitivo conductuales en el programa de intervención, por ejemplo las técnicas basadas en la activación conductual cómo hacer hincapié en actividades que sean reforzadas por naturaleza y de resolución de problemas (al finalizar se cumplió establecer en el repertorio cognitivo de Yam habilidades para resolver problemas que anteriormente percibía como catastróficos o sin solución, así como la disminución de otras características conductuales y en su cognición disminuir la presencia de ideas irracionales que diversos autores citan propias de la depresión mayor.

En ese sentido la mejoría trajo consigo que se obtuvieron cambios respecto al nivel de ganas de hacer actividades, que de manera futura por sí mismas traigan consigo cambiar su entorno y ponerla en contacto con fuentes de reforzamiento positivo son utilizadas para en estudios controlados según Barraca (2010), son eficaces para el tratamiento de la depresión Yam pueda establecer conjuntamente en la parte cognitiva se disminuyeron los pensamientos rumiantes respecto a los problemas familiares, así como un cambio de pensamientos que trajeron disminuir el malestar emocional causado por la depresión, regresar a sus horas habituales de sueño a tener planes a futuro además de establecer en conjunto habilidades de afrontamiento para reaccionar de forma conveniente para su recuperación posterior ante esquemas disfuncionales esto con el fin de prevenir futuras recaídas.

En el pretest y post test del BDI-I de Beck se puede observar la disminución de afirmaciones en cuanto a la percepción de tristeza en el momento de la aplicación y en cuanto a la pregunta sobre la percepción a futuro YAM no siente el futuro como desesperanzador y que las cosas no mejoraran en cuanto a la sensación de culpa propia de pacientes con distorsiones cognitivas la adolescente reporta ya no sentirse culpable constantemente, en cuanto a uno de los síntomas del DSMLV asociados

con sentimientos de enfermedad también se reportaron ya no estar presentes así como estar en su peso normal después de haber perdido al menos un kilo por mes, en cuanto a las sensaciones de cansancio y el apetito también rasgos dentro de los cuales se observa el cambio.

En el registro de sesiones el grado de funcionalidad de conductas blanco como asistir a terapia y Reforzar el hecho de que esté presente en terapia y de que haya realizado actividades vitales a aumentado de forma considerable.

El reporte de conductas que reactivan el trastorno disminuye lo cual comprueba que la activación conductual disminuye los síntomas depresivos como se vería en (Barraca, 2010).

El condicionamiento Clásico explicó fundamentalmente en el caso de la depresión por una asociación (situación neutra-situación desagradable), que se contiene efectos reforzantes que derivan en una situación desagradable para quien la percibe así. De esta forma se explica el mantenimiento e intensificación de las conductas de evitación en los trastornos. Esto se observa en los padecimientos diversos. Puntualizando lo anterior se encontró que la paciente asociaba sus ideas irracionales, su conducta depresiva y su retraimiento social con un entorno depresivo y lleno de reforzadores negativos y con contingencias aversivas en los aspectos cognitivos. Como la idea de si misma y su capacidad para resolver problemas. Aunado a esto su proceso atencional estaba más enfocado en lo negativo que le sucedía y en lo funesto de sus situación por tal se utilizó la activación conductual y el autorregistro de ideas irracionales para debatirlas.

Se encontró en la gráfica emocional la baja en cuanto a su percepción de los acontecimientos cotidianos en emociones como el miedo y el enojo y se pudo observar lo que para Duch y Mèlich (como se citó en 2009) es la intervención entre el estado emocional y los procesos de percepción, que en este caso al cambiar el estado de ánimo facilitó, en los de razonamientos y toma de decisiones, aportando este estudio significado y sentido respecto a lo que el sujeto recoge como estado de su propia ánimo en cada momento y escenario de la vida cotidiana.

Conclusión

La intención de este trabajo fue realizar una intervención psicológica bajo el modelo cognitivo conductual basada en la implementación de técnicas experimentalmente probadas y supuestos establecidos según la práctica clínica de jueces expertos. En cuanto al estudio de tal padecimiento particularmente durante el periodo adolescente en donde se encontraron que los diversos factores psicológicos, familiares y sociales son importantes esferas dentro de las cuales fue primordial, trabajar en algunos casos de depresión como el presente tener disposición para hacer ciertas cosas, tiene explicación mediante la teoría del condicionamiento clásico, ya que las conductas respondientes son elicitadas por estímulos provocadores específicos que explican la adquisición y mantenimiento de conductas, en donde se ubica que existe según Lewinsohn et. al, 1985) un medio pobre de reforzadores, un déficit de habilidades sociales para obtener refuerzo, un escaso repertorio de refuerzos potenciales para el sujeto son características que potencializan el TDM, por tal el intervenir con activación conductual es menester ya que el paciente ha adquirido un aprendizaje por la exposición y asociación a (situaciones neutra - situaciones desagradable), plagada de reforzadores negativos siguiendo esta idea se encontró que priorizando la ejecución de tareas que potencialicen los factores de protección y adquiriendo repertorio de habilidades sociales a partir de la activación conductual, como lo fueron:

❖ Estado de Ánimo: Conseguir un cambio en los sentimientos de tristeza y triada cognitiva de la depresión además de las manifestaciones síntomas al padecimiento (llanto, quejas somáticas, problemas del sueño y de la alimentación, inhibición conductual por sentimientos de alegría, autoeficacia, trajo consigo disminución de ideas irracionales y activación de conductas gratificantes.

b) Rechazo Escolar: Recuperar el interés por iniciar los trámites para estudiar la preparatoria.

c) Problemas de conducta: Ninguno

d) Relaciones Sociales: Mejorar las habilidades sociales con su abuela y con su familia cercana.

Se dio una prioridad por objetivo:

Como primera meta sería la reincorporación a sus actividades diarias, reduciendo así los sentimientos de que causaba la situaciones negativas sobre Yam.

2) El siguiente paso sería la intervención sobre el estado de ánimo negativo, ideas irracionales y la sintomatología propia de la depresión, En tercer lugar se intervendría sobre las habilidades de resolución de problemas conjunto con las habilidades sociales.

Los principales objetivos del programa son:

- a) Reconocer diferentes emociones.
- b) Identificar las situaciones que provocan emociones.
- c) Evaluar la intensidad de las emociones.
- d) Seleccionar actividades reforzantes potentes.
- e) Promover la realización de actividades agradables.
- f) Concientizar sobre la relación entre actividades agradables y estado de ánimo.
- g) Detectar los pensamientos automáticos. Los errores lógicos y los esquemas cognitivos
- h) Cuestionar las cogniciones depresógenas y sustituirlas por cogniciones saludables y productivas.

Los cuatro componentes principales del programa son la educación emocional y la planificación de actividades agradables, resolución de problemas y la terapia de activación conductual.

En cuanto a las habilidades de resolución de problemas:

Relaciones sociales y resolución de problemas: Se complementa con un programa de entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas dado que Yam presentaba déficit en estas áreas en cuanto a sus relaciones familiares y amistosas y necesitaba aprender a solventar adecuadamente situaciones conflictivas con los demás.

Aplicación de las técnicas de intervención: Con el fin de observar la evolución del tratamiento, se presenta un resumen de las sesiones del tratamiento y la programación de cada una de ellas.

Existen diferentes posturas en cuanto las guías de terapia para contrarrestar la depresión esto sucede tanto en las de segunda y tercera generación sin embargo dentro de este estudio parece ser que fue pertinente utilizar las distintas técnicas dadas las características de la paciente.

Si bien las distorsiones cognitivas que son registradas al final del estudio son de naturaleza distinta se encontró una disminución de ellas y un aumento de las

actividad de autorregistros este interesante dato hace parecer la hipótesis “Comprobar la efectividad del programa de intervención de técnicas cognitivo conductual mediante la evaluación del registro de las conductas, creencias irracionales, grado de funcionalidad emocional, y la implementación que presenta YAM y la adaptación inventario de depresión BDI-I de Beck del área de consulta externa del hospital para disminuir la sintomatología depresiva mayor.” como aceptada.

Aunque la coexistencia protocolos distintos produce una imagen de dispersión y genera dudas para el clínico que desea contar con guías de actuación unificadas y bien contrastadas, es probable que los actuales esfuerzos por integrales de procedimientos trae consigo un abanico de posibilidades que no se salen del contexto cognitivo conductual que pretende como principio ser eficaz y estar dentro de las rúbricas sugeridas por la asociación americana de psicología y en general el panorama científico que dote de bienestar a quien lo necesita con fines de recuperación en tiempo corto y a disposición práctica tanto económicamente y que a futuro pueda ser utilizada por quien era paciente y a futuro la pueda utilizar como estrategias que en el mejor de los casos se autoaplique la investigación presente se acoge a las recomendaciones sugeridas en los principios de Beck en terapia cognitivo conductual.

La importancia del estudio de la depresión mayor en esta tesis es relevante en relación a la prevención, tratamiento, investigación, evaluación e intervención eficaz y práctica para sobrellevar las demandas actuales, ya que actualmente en México como en otros países los cambios sociales y económicos resultan importantes a considerarse para el establecimiento de nuevos paradigmas en el tema de la salud y enfermedad. De manera general este estudio de caso expone interacciones complejas que se viven en la adolescencia debido a factores sociales, psicológicos y biológicos que inciden en el desarrollo y funcionalidad de la salud juvenil respecto a la intervención si bien son distintas las técnicas de corte TCC retomadas en este trabajo se comprobó que la utilización de la activación conductual es la base de la implementación del programa, se emplearon diversos autores pero en específico el que produjo mayor alcance en cuanto a disminución de sintomatología depresiva fue la activación conductual.

Referencias

- Abramson, L., Alloy, B., Metalsky, I., Joiner, E., y Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: Aportaciones recientes. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2(3), 211-222.
- Alpizar, L., & Bernal, M. (2003). La construcción social de las juventudes. *Última década*, 11(19), 105-123.
- Areán, P. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones. *Psicología Conductual* 8(3), 547-559.
- Barraca J. (2010). Tratamiento de activación conductual para la depresión (TACD). Descripción, técnicas y aplicación. *Prolepsis*, 27-39.
- Barraca J. (2006). Las terapias conductuales de tercera generación: ¿parientes políticos o hermanos carnales? *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 5(2).
- Bados, A., & García, E. (2011). Técnicas de exposición: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología. 1 (1), 1-83.
- Beck, A. T., (1967). Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión. México: Merck Sharp & Co Inc.
- Beck, A. (1972). *Depresión: causes and treatment*. Philadelphia:University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T.,(1976). Cognitive theory and the emotional disorders. NY:International Universities Press.
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. España: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. (1983). Terapia Cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Mery, G. (1992). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Descleé de Brouwer.
- Blum, R. (2000). *Un modelo conceptual de salud del adolescente*. Mexico DF: Mc Graw Hill.
- Bunge, E., Gomar, M., Mandil, J., y Álvarez, H. F. (2009). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos*. Argentina: Akadia Editorial.
- Caballo, V., Ellis, A. y Lega, L. (1997) *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. España: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2010). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. España: Pirámide.
- Caballo, V. & Simón, M. (2002). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos específicos*. España: Siglo XXI.
- Caro I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Descleé de Brouwer.
- Castanyer, O., & Ortega, (2003). *¿Por qué no logro ser asertivo?* España: Descleé De Brouwer.
- Coll, C., Palacios, J. & Marchesi, A. (1992). *Desarrollo psicológico y educación: Vol. I. Psicología evolutiva*. Madrid; Alianza Editorial.
- Craske M. (2008) *Miedos y fobias: de los procesos básicos a las implicaciones clínicas*. México: Manual Moderno.
- Contreras, V. (2017). *¿La desregulación emocional mediante el afecto negativo y la conducta alimentaria disfuncional en preadolescentes y adolescentes?*
Universidad Nacional Autónoma de México, Programa de Posgrado en Psicología.
México.

- Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. (2017). *Datos y comorbilidad de los trastornos mentales 2017. Departamento de Epidemiología*. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. México.
- Del Barrio Gándara, M. V., & Ortiz, M. Á. C. (2013). *Depresión en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- De la Fuente, R. & Lara (2015). *La patología mental y su terapéutica, II*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Díaz, M. Ruiz M. & Villalobos A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. México: Desclée Brouwer.
- D'Zurilla Y., Nezu C., Nezu A. (1971). *Terapias de Solución de problemas. Manual de Tratamiento*. México: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1987). *The practice of rational-emotive therapy (RET)*. California: Springer Publishing Co.
- Ellis, A., Grieger, R. & Marañón (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Madrid: Desclée De Brouwer.
- Ellis, A., Leonor, L., & Vicente, E. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. España: Siglo XXI*.
- Erikson, E.H. (2004) *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI editores, S.A. (19 edición en español)
- Foelsch, P., Schlüter-Müller, S. & Odom, A. (2015). *Tratamiento para la identidad del adolescente (AIT): una aproximación integral de la personalidad*. España: El Manual Moderno.
- Fuentes, J. y Quiroga, E. (2004). Los dos principios irrenunciables del análisis funcional de la conducta y del conductismo radical. *Psicothema*, 6(4), 555-562.

- García, A. (2009). La depresión en adolescentes. *La salud mental de las personas jóvenes en España*, 85. Recuperado el 29 de Agosto del 2019 de: <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>
- García, C., Jiménez, G., Ortiz, M. & Quintero A. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *UniversitasPsychologica*, 3(1), 17-26.
- García M., & Sanz J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes*. España: Ediciones Pirámide.
- Guía Clínica HPIJNN (2009). Unidad Bibliotecaria. Editado por: Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.
- Gladstone, T. R., & Kaslow, N. J. (1995). Depression and attributions in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of abnormal child psychology*, 23(5), 597-606.
- Hollon, S. D., & Kriss, M. R. (1984). Cognitive factors in clinical research and practice. *ClinicalPsychologyReview*, 4(1), 35-76
- Hoyos, E., Lemos M., & Torres Y. (2012). *Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín*. 5(1), 109–121.
- Kaplan, H., Sandock, B., & Sadock, V. (2009). Sinopsis de psiquiatría. Filadelfia: Editorial Piramide.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). *Manual del inventario de Depresión de Beck MA*. Madrid: Desclée De Browner.
- Ives, E. (2014). La identidad del Adolescente. Como se construye. *Revista de formación continuada de la sociedad española de medicina de la adolescencia*, 2(2), 14-18.
- Labrador, F. J., Labrador Encinas, F. J., Cruzado Rodríguez, J. A., y Muñoz López, M. (2001). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* país y la editorial. España: Pirámide.

- Larios, J., Laborde, C., Sánchez, M., Gaviria, G., & Lastre, G. (2017). Caracterización de factores de riesgo psicosociales que inciden en trastorno depresivo mayor en adolescentes. *Ciencia e Innovación en Salud*. 4(2):1-8.
- Lazarus, R., (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Leyva-Jiménez, R., Hernández-Juárez, A. M., Nava-Jiménez, G., & López-Gaona, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 225-232.
- Pérez A. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Edu Psykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (2002). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del (DSM-IV-TR)
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión: Una guía clínica*. Desclée de Brouwer.
- Meichenbaum, D. (1974). *Manual de Inoculación de Estrés*. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud Serie Práctica. Inglaterra: Universidad de Waterloo
- Mercés (2007). La adolescencia como construcción social: investigación sobre el concepto en libros aplicados a padres y educadores. *Psicología escolar y educativa*, 11 (1), 63-76.
- Mora, M., Gutiérrez, S., & Quintanar, R. (Eds.). (2015). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. Intersistemas. México: CONACYT

Recuperado el 01 de Septiembre del 2019 de:

https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf

Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31, 108-121. Recupedado el 27 de Julio de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1801.pdf>

Narváez-Sánchez, Y., Hernández-Suárez, M. I., Vázquez-Hernández, M., de la Cruz, A. M., & Olán, L. M. (2017). Depresión e ideas suicidas en jóvenes de educación media superior en Tenosique, Tabasco. *Salud en Tabasco*, 23(1-2), 28-33.

Nezu, M. y Nezu, M. (1989). Cognitive-behavioral formulations of depression and gender prevalence rates: Integration or expulsion. *Canadian Psychologist*, 30(2), 61-62.

Nezu, M., Nezu, M. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. México: El Manual Moderno.

O.M.S. OPS: CIE-10 (1992) Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Meditor

Organización Mundial de la Salud. (2017). Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Depresión Datos y Cifras. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

O.M.S. OPS: CIE-11. (2019). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. OMS Washington D.C., Volumen 1.

- Papalia, D. E. (2002). *Desarrollo humano*. Bogotá: McGraw-Hill, 2005.
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista colombiana de psicología*, 21 (13), 17-32.
- Pérez Á, Fernández H, Fernández R y Amigo R. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. México: Ediciones Pirámide.
- Rehm, L, P. (1977). A-self control model of depression *Behavior Therapy*, (8)3, 123-145.
- Reyes, A. y Saiz G. (2019). *Propuesta de intervención desde el enfoque cognitivo conductual para un caso de intento suicida de la Universidad Nacional Autónoma de México*. (Tesis para obtener el grado de licenciatura en psicología). Recuperada de: <http://132.248.9.195/ptd2019/febrero/0785341/Index.html>
- Sánchez, Ó., & Méndez, F., X. (2009). El optimismo como factor protector de la depresión infantil y adolescente. *Clínica y salud*, 20(3), 273-280.
- Santander R, Sylvia, Zubarew G, Tamara, Santelices C, Lucía, Argollo M, Pamela, Cerda L, Jaime, & Bórquez P, Mariana. (2008). Family influence as a protective factor against risk behaviors in Chilean adolescents. *Revista médica de Chile*, 136(3), 317-324.
- Segall, Z., Williams M. y Teasdale J. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. Un nuevo abordaje para las recaídas. Nuevas psicoterapias*, España: Desclée de Browner.
- Santrock, J. W. (2006). *Psicología del desarrollo: el ciclo vital*. España: McGraw-Hill.
- Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior*. Alabama: Simon and Schuster.
- Vallejo J. (1987). *Psiquiatría en atención primaria*. Barcelona: Ars Médica.

- Vázquez-Valverde, C., & Polaino-Lorente, A. (1982). «La indefensión aprendida» en el hombre: Revisión crítica y búsqueda de un algoritmo explicativo. *Estudios de Psicología*, 3(11), 69-89.
- Vindel, A. C., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. 2012 *Papeles del psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Wagner, Fernando A., González-Forteza, Catalina, Sánchez-García, Sergio, García-Peña, Carmen & Gallo, Joseph J... (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, 35(1), 3-11.
- Young, J. Mufson, L., & Davies, M. (2006). Efficacy of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training: An indicated preventive intervention for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1254-1262.
- Zanón, I., Matías, T., Luque, A., Moreno, D., Aranda, E., Morales, C., & Márquez, M. (2014) Guía para la elaboración de un Análisis funcional del comportamiento humano: *Revista de la facultad de psicología*. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wIQv80EDyxQJ:www.uam.es/UAM/documento/1446762024767/protocolo_analisis_funcional.pdf%3Fblobheader%3Dapplication/pdf+%amp;cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx

APENDICES

Anexo A

Entrevista TCC

NOMBRE DEL PACIENTE			FECHA	HORA	NO.EXPEDIENTE
EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD		FECHA DE NACIMIENTO	
OCUPACIÓN	RELIGIÓN	EDO. CIVIL		RESIDENCIA	
MOTIVO DE CONSULTA				CLÍNICA	
				MÉDICO RESPONSABLE	
DIAGNÓSTICO MÉDICO					
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO					
RESPONSABLE DEL MENOR				FECHA ENTREVISTA INICIAL	
FUENTE DE INFORMACIÓN				FECHA VALORACIÓN DEL MENOR	
TELÉFONO				FECHA RETROALIMENTACIÓN	

PADECIMIENTO ACTUAL

MOTIVO POR EL CUAL ACUDE AL SERVICIO? DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA
QUIÉN LO DETECTÓ? PADRES (X) MAESTRO (A) (X) MÉDICO () OTROS () ESPECIFICAR
¿CÚAL FUE EL DESENCADENANTE?

¿QUÉ CONDUCTAS SE PRESENTAN ANTE EL PADECIMIENTO?

ANTECEDENTES	CONDUCTAS	CONSECUENCIAS

¿QUE HAN REALIZADO PARA DISMINUIR EL PADECIMIENTO?

PADRES
MAESTRO(A)
MENOR

TRATAMIENTOS ANTERIORES PARA DISMINUIR EL PROBLEMA

¿ALGÚN TRATAMIENTO CON ANTERIORIDAD? SÍ () NO()
¿DEBIDO A?
¿EN DÓNDE? ¿DE QUÉ TIPO?
¿EXISTIERON CAMBIOS A PARTIR DE DICHO TRATAMIENTO? SÍ() NO() ¿CUÁLES?

¿CÓMO HACE OBEDECER AL MENOR?

CUANDO EL MENOR HACE ALGO BIEN O CUMPLE CON ALGUNA TAREA, ¿CÓMO SE LE PREMIA, ALABA O RECONOCE?

¿RENDIMIENTO ESCOLAR?

¿ALGUNA DIFICULTAD PARA RELACIONARSE CON COMPAÑEROS, PADRES U OTROS?

¿ALGÚN FAMILIAR CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES.

CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES (personas que integran la familia del paciente, colocarlas en orden, edad de mayor y menor)

NOMBRE:

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

Parentesco:

Ocupación:

CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES (relaciones entre los integrantes)

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

¿CÓMO ES LA RELACIÓN DE PAREJA?

¿CÓMO ES LA RELACIÓN ENTRE PADRES E HIJOS?

¿CÓMO ES LA RELACIÓN ENTRE HERMANOS?

¿CONSIDERA USTED QUE EXISTE PREFERENCIA HACIA ALGUNO DE LOS HIJOS O MIEMBROS DE LA FAMILIA?
SÍ () NO () ¿HACIA QUIÉN?

¿QUIÉN ES EL CUIDADOR PRIMARIO? Y ¿CÓMO SE RELACIONA CON ÉL/ELLA?

¿CON QUIÉN DE LA FAMILIA SE LLEVA MEJOR?
¿POR QUÉ?

¿QUIÉN MÁS INFLUYE EN LA EDUCACIÓN DEL MENOR?

¿QUIÉN IMPONE LAS ÓRDENES Y AUTORIDAD EN LO QUE REFIERE AL MENOR?

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES, PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS

¿QUÉ RESULTADOS ESPERA OBTENER CON EL TRATAMIENTO QUE SE LE DARÁ EN ESTA INSTITUCIÓN?

ENTREVISTA CON EL MENOR

¿CUÁL ES EL MOTIVO POR EL QUE ESTÁS AQUÍ?

¿QUÉ PIENSAS AL RESPECTO?

¿HAY ALGO QUE TE HAGA SENTIR MAL?

¿CÓMO AFRONTAS ESTOS SENTIMIENTOS, QUÉ HACES PARA NO SENTIRTE MAL?

¿CÓMO DESCRIBES A TU FAMILIA?

¿HAY ALGUIEN CON QUIEN TE LLEVAS MEJOR?

¿QUÉ ES LO QUE MÁS TE GUSTA DE TU FAMILIA?

¿QUÉ ES LO QUE MENOS TE GUSTA DE TU FAMILIA?

PERCEPCIÓN DEL ÁMBITO FAMILIAR: _____

RENDIMIENTO ESCOLAR

¿ALGÚN ACONTECIMIENTO SIGNIFICATIVO DURANTE EL PERÍODO ESCOLAR?

¿CÓMO ES LA RELACIÓN CON TUS PROFESORES?

¿CÓMO ES LA RELACIÓN CON TUS COMPAÑEROS?

RENDIMIENTO ESCOLAR

DESARROLLO SOCIAL

TIEMPO LIBRE

AFICIONES

DESCRIPCIÓN DE UN DÍA NORMAL/FIN DE SEMANA

AMIGOS

USO O ABUSO DE SUSTANCIAS O BEBIDAS ALCOHÓLICAS SÍ () NO () ¿CUÁLES Y CÓMO SE DÍO?

CONDUCTAS DE RIESGO (AUTOLESIONES O INTENTOS SUICIDAS) SÍ () NO () ¿POR QUÉ?

DESARROLLO SEXUAL

ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD

INICIO DE VIDA SEXUAL

VIDA SEXUAL ACTIVA
ALGÚN ACONTECIMIENTO SIGNIFICATIVO
¿CUÁLES SERÍAN TUS OBJETIVOS DE ESTE TRATAMIENTO?

REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y CONSECUENCIAS EMOTIVO-CONDUCTUALES

A: EVENTOS ACTIVADORES	B: PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	C: CONSECUENCIAS
DISTORSIONES COGNITIVAS ENCONTRADAS EN EL MENOR		

EXAMEN MENTAL (Actitud Observada)

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE
APARIENCIA
LENGUAJE
CONDUCTA MOTORA
AFECTO
PENSAMIENTO

JUICIO
MANIFESTACIÓN DE ACTITUDES

CREENCIA IRRACIONAL	PRESENTE	AUSENTE
“Necesito amor y aprobación de cuantos me rodean” o “tengo que ser amado y tener la aprobación de todas las personas importantes que me rodean”.		
“Para ser valioso debo conseguir todo lo que me propongo” o “si soy una persona valiosa, tengo que ser siempre competente, suficiente y capaz para conseguir todo lo que me propongo”.		
“Los malos deben ser castigados por sus malas acciones”.		
“Es horrible y catastrófico que las cosas no salgan, no sean o no vayan como yo deseo o quiero”.		
“Las desgracias humanas se originan por causas externas y no puedo hacer nada o casi nada para evitar o controlar la pena y el sufrimiento que me producen”.		
“Debo pensar constantemente que puede ocurrir lo peor”.		
“Es más fácil evitar que enfrentarse a las responsabilidades y los problemas de la vida”.		
“Hay que tener a alguien más fuerte en quien confiar”.		
“Mi pasado es determinante de mi presente y de mi futuro”.		
“Debo preocuparme constantemente de los problemas de los demás”.		
“Cada problema tiene una solución acertada, y es catastrófico no encontrarla”		
Tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación por mi forma de actuar.		

Todas las personas deben actuar de forma agradable, considerada y justa conmigo; si no lo hacen, son despreciables y malos y deben ser castigados.		
Las condiciones de la vida deben ser buenas y fáciles para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo e incomodidad.		
DISTORSIONES COGNITIVAS	PRESENTE	AUSENTE
Pensamiento todo o nada		
Generalización excesiva		
Descalificación de lo positivo		
Conclusiones apresuradas(lectura de pensamiento y error del adivino)		
Maximización y minimización		
Razonamiento emocional		
Enunciación del debería		
Etiquetación		
Personalización		
Filtro mental		

Grado de Funcionalidad

EMOCIONES	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MIEDO											

AMOR											
TRISTEZA											
ENOJO											
ALEGRÍA											

Grado de Funcionalidad

CONDUCTAS BLANCO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

OBSERVACIONES:

LISTA DE PROBLEMAS:

HABILIDADES SOCIALES Y/O RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS PRESENTES Y A DESARROLLAR:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

PRONÓSTICO:

Sugerencias y Observaciones

INDICACIONES Y PLAN DE INTERVENCIÓN:

DX _____

MOTIVODE

CONSULTA. _____

OBJETIVOS _____

ESTRATEGIAS. _____

FECHA Y HORA DE PRÓXIMA CITA:

PSIC.IRIS S.TABOADA BARAJAS CÉDULA PROFESIONAL 4593243

ANEXO B

ALTA POR OBJETIVOS CUMPLIDOS:

PROGRAMA DE ATENCIÓN: TCC EDAD:16 Años 1 mes SEXO:F(x) M ()

DIAGNÓSTICO: Episodio Depresivo Mayor; (Z 63.4) Problemas relacionados con la desaparición o muerte. CLINICA: Adolescencia

OBJETIVOS:

·Se trabajará psi coeducación entorno a la depresión para evitar ideas irracionales al respecto.

·Se trabaja de forma conjunta el proceso de duelo por el que atraviesa.

TOTAL DE SESIONES
16

RESUMEN DE LAS SESIONES:

Se brindó psicoeducación sobre el tema de la depresión a la par se orienta a la menor entorno al reconocimiento de sus emociones en donde se identificaron y abordaron los pensamientos irracionales presentes por la pérdida de la madre ahora Yam ha mostrado mejoría al ya no presentarse estos pensamientos actualmente se trabaja con ella la supervisión en cuanto a hábitos de vida necesarios para la prevención de la depresión como el mantener una sana relación en casa con su abuela, sugerir una actitud proactiva en casa, actualmente refiere que sus hábitos de sueño ahora son normales y que los pensamientos rumiantes entorno a "lo que pudo hacer por su madre" (sic pac.) han desaparecido.

Ahora el manejo del duelo es más llevadero ya no se tienen pensamientos irracionales sobre la muerte de la madre ni conductas que reporten sintomatología depresiva. En cuanto a los pensamientos rumiantes que presentaba entorno a la muerte de se reestructuro se esclareció las dudas que se tenían en cuanto al fallecimiento de la ma madre con ayuda de psicorientación respecto a la esquizofrenia.

EVOLUCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CUADRO CLÍNICO:

Actualmente YAM muestra un progreso entorno al duelo y la leve depresión que presentaba, actualmente se brinda psi coeducación sobre conductas adaptativas que preserven el bienestar de la menor en casa y en su vida personal, así mismo se ha orientado respecto a la enfermedad de su madre, la paciente se ha notado más tranquila, dispuesta y motivada respecto a sus planes actuales en sus ambiente de casa y escolares.

La menor realizó sus tareas y actualmente no presenta ideas de suicidio

OBSERVACIONES:

Cabe señalar que la menor a partir de la pérdida de la madre se ha mostrado interesada y buscando la cercanía de su padre, el cual no frecuentaba anteriormente, lo que la lleva a tener una mejor actitud, se nota con mayores habilidades de solución de problemas, mejoró su estado de ánimo y la relación de apego con su abuela.

ANEXO C

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N NAVARRO"
JEFATURA DE PSICOLOGÍA Y TRATAMIENTOS
NOTA DE EGRESO PSICOLOGÍA

Adaptación del Inventario de Depresión de Beck BDI Pre-test.

Anexo D

PROGRAMA DE ATENCIÓN: Terapia Cognitivo Conductual HORA: 12:00 AM EXPEDIENTE: 142009 NOMBRE
COMPLETO DEL PACIENTE: EDAD: 16 años SEXO: F (X) M() CLÍNICA: Adolescencia No.
DE SESIONES TOTALES: 15

ALTA POR MEJORÍA ()	ALTA POR OBJETIVOS CUMPLIDOS (X)	ALTA POR MÁXIMO BENEFICIO ()
ALTA VOLUNTARIA ()	BAJA ()	NO PROCEDE ()
ESPECIFICAR:		

MOTIVO DEL EGRESO:

Paciente que cumple con los objetivo de ingreso y se le da de alta del programa.

DIAGNÓSTICO DE EGRESO: La menor no presenta sintomatología depresiva ni dificultades en el manejo del fallecimiento de la madre, lo cual la lleva a tener mayor seguridad en la realización de sus actividades de manera independiente y ser funcional en su vida cotidiana.

DESCRIPCIÓN DE OBJETIVOS INICIALES Y CUMPLIMIENTO DE ESTOS:

- Se trabajó psi coeducación entorno a la depresión.
- Se abordó el duelo ante la pérdida de la madre.
- Se trabajó la identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.
- Se brindó orientación a la abuela de la menor para manejo en general.
- Se trabajó con el reforzamiento de actividades vitales para su alta y el reforzamiento de actividades gratificantes.

RESUMEN DEL CASO Y EVOLUCIÓN: Se trabajó a la paciente de forma individual para abordar su sintomatología depresiva a causa del fallecimiento de la madre, donde se le orientó para el reconocimiento de sus emociones y a la par se identificaron y abordaron pensamientos irracionales donde se desarrollaron pensamientos alternativos funcionales, lo cual fortaleció un mejor proceso del duelo, ya que Tanya presenta actualmente una perspectiva de su proyecto de vida favorecido por sus redes de apoyo y su estado de ánimo estable.

INDICACIONES DE EGRESO: Se sugiere que la abuela se someta a un proceso terapéutico para el manejo de su duelo. Se sugiere que YAM siga con las indicaciones de autorregistros.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES (DESCRIBIR OBJETIVOS PENDIENTES MÉDICOS Y FAMILIARES):

Continuar con las indicaciones durante el tratamiento y seguir con sus citas médicas.

PRONÓSTICO: Reservado

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

39

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- 1 Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

pre

- 4) .
- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5) .
- No me siento especialmente culpable.
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - Me siento culpable constantemente.
- 6) .
- No creo que esté siendo castigado.
 - Me siento como si fuese a ser castigado.
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.
- 7) .
- No estoy decepcionado de mí mismo.
 - Estoy decepcionado de mí mismo.
 - Me da vergüenza de mí mismo.
 - Me detesto.
- 8) .
- No me considero peor que cualquier otro.
 - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 - Continuamente me culpo por mis faltas.
 - Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1) A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- 2) Llora continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2) Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2) He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3) Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- 3 Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- 2 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- 1 No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- 1 No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- 4 Estoy a dieta para adelgazar ~~SI~~NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- 2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
1-10	Estos altibajos son considerados normales.
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20	Estados de depresión intermitentes.
21-30	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave.
+ 40	Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

ANEXO E

Adaptación del Inventario de Depresión de Beck postest.

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

