

72



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

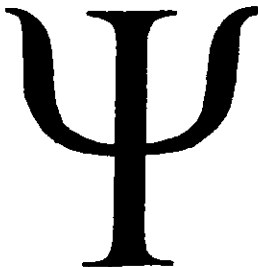
INTERVENCION INDIVIDUAL A MUJERES
DEPENDIENTES/DEPRIMIDAS CON LA TERAPIA
RACIONAL EMOTIVA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

VICTORIA GONZALEZ RAMIREZ



DIRECTORA DE TESIS: MAESTRA FAYNE ESQUIVEL ANCONA

CIUDAD UNIVERSITARIA

MAYO DEL 2000

278372



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTOS	9
RESUMEN	11
INTRODUCCIÓN	13
1. ROL FEMENINO	17
1.1. LA CONDICIÓN FEMENINA	17
1.2. DEPENDENCIA FEMENINA	20
1.3. LA MUJER EN LA ACTUALIDAD: ROL SOCIAL Y ROL DE GÉNERO.....	23
2. DEPRESIÓN	25
2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	25
2.2. DEFINICIÓN Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN	26
2.3. CUADRO SINTOMÁTICO	26
3. ANSIEDAD	28
3.1. DEFINICIÓN Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN	28
3.2. CUADRO SINTOMÁTICO	28
3.3. DIFERENCIAS ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	29
3.4. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA MUJER	30
4. CONSECUENCIAS TRANSTORNADORAS	33
4.1. PROBLEMAS FAMILIARES	33
4.2. CUADRO SINTOMÁTICO	36
4.3. DISPOSICIÓN AL CAMBIO: CRISIS	37
5. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA	40
5.1. HISTORIA	40
5.2. PRINCIPALES CONCEPTOS TEÓRICOS	40
5.3. TENDENCIAS BIOLÓGICAS	43
5.4. LA TEORÍA DEL CAMBIO TERAPÉUTICO	47
5.5. ABC DE LA TRE	47
5.6. CONDICIONES TERAPÉUTICAS	51
5.7. ESTILO TERAPÉUTICO	51
5.8. INDUCIENDO A LA TRE	51
5.9. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN EN LA TRE	52
6. TERAPIA INDIVIDUAL RACIONAL EMOTIVA	53
6.1. CONSIDERACIONES GENERALES	53
6.2. EL PROCESO DE LA TRE INDIVIDUAL	53
6.3. MÉTODOS Y TÉCNICAS EMPLEADOS EN LA TRE	55

7. METODOLOGÍA	59
7.1. OBJETIVOS	59
7.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	59
7.3. JUSTIFICACIÓN	59
7.4. DEFINICIÓN DE VARIABLES	60
7.5. HIPÓTESIS	62
7.6. TIPO DE ESTUDIO	63
7.7. MÉTODO	63
7.8. PROCEDIMIENTO	64
8. RESULTADOS	67
8.1. MUJER 1	67
8.2. MUJER 2	72
8.3. MUJER 3	76
8.4. MUJER 4	82
8.5. MUJER 5	86
8.6. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	91
9. DISCUSIÓN	94
10. CONCLUSIONES	98
11. ANEXO	103
12. BIBLIOGRAFÍA	106

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, mi formación como profesionista.

Quiero hacer un reconocimiento al programa DGAPA de la Fundación UNAM, que apoyó la elaboración de este trabajo.

Hago un especial agradecimiento a la Maestra Mariana Gutiérrez Lara, porque durante sus clases este proyecto fue ideado, y por su amable y cálida asesoría a lo largo de la elaboración de esta tesis.

Agradezco profundamente al Hospital General de México, en particular a la clínica CRECE y a la Lic. Psicóloga Angélica Ocampo Ocampo, por haberme abierto sus puertas y permitir desarrollar este proyecto al confiarme a una pequeña muestra de sus pacientes mujeres.

Quiero dar gracias a Teresa, Edilberta, Claudia, Silvia y Minerva, por permitirme entrar en sus vidas y mostrarme la fortaleza que entraña su ser de mujeres.

Mi más sincero agradecimiento al Dr. Psiquiatra José Antonio Talayero Uriarte, por ayudarme a profundizar en mi autoconocimiento, proporcionarme información valiosísima y asesorarme como terapeuta.

Un enorme agradecimiento a Mao el Hussein Si Magaña, por ser el padre de mi hermana, por su apoyo y muy cordial guía desde que me conoce, y por proporcionarme los medios técnicos necesarios para la elaboración de éste proyecto.

Quiero dedicar éste trabajo a mis papás María y Miguel por recibirme siempre con los brazos abiertos.

A mi madre, Rosa María, por ser mujer fuerte, brillante y exitosa; por enseñarme el valor de ser mujer; y por sentirme orgullosa de ser su hija.

A mi padre, Enrique, por completar mi existencia y enseñarme a vivir con enorme sensibilidad y amor a la libertad.

A mi tía-madre, Clemencia, por sacrificar un tiempo precioso de su vida para acunarme en sus brazos.

Con muchísimo amor a mi hermana Aïssata.

A mis abuelos Graciela y Enrique por el legado cultural que han representado en mi vida.

A todos y cada uno de mis tíos y primos por la historia y el afecto compartidos.

A todas y todos mis amigas y amigos que forman parte de mi clan familiar.

Con profundo amor y agradecimiento, a José Luis, por su amor, ayuda, asesoría, corrección del trabajo y por su enorme paciencia.

RESUMEN

Este trabajo propone la tesis de que las mujeres amas de casa que no tienen un empleo fuera del hogar, que se dedican completamente a su familia y que son dependientes económica y emocionalmente del varón, se encuentran en una posición de riesgo de desarrollar un cuadro de depresión, muy comúnmente acompañado de ansiedad, pues el cuidado, atención y desarrollo de sí misma se convierte en una necesidad secundaria al partir, erróneamente, de la premisa cultural de que su obligación fundamental es servir a los otros.

Utilizando la Terapia Racional Emotiva y una serie de herramientas complementarias, es posible intervenir en la vida de éstas mujeres para que encuentren una posición más satisfactoria dentro de su grupo familiar, una participación más rica en su grupo social y una mejor calidad de vida personal.

INTRODUCCIÓN

*La actitud hacia el pasado es
de gratitud, hacia el
presente de servicio y hacia
el futuro de
responsabilidad.¹*

LO PROFESIONAL

Este trabajo se origina a raíz de mi participación, entre 1995 y 1997, en la Clínica de Rehabilitación Conductual para el Enfermo Crónico (CRECE) del Hospital General de México. A esta clínica eran remitidos una gran cantidad de pacientes, principalmente mujeres, con diversos padecimientos orgánicos, que además presentaban algún tipo de desorden emocional o psicológico.

Poco a poco empecé a observar en estas mujeres un perfil dominante, caracterizado por la presencia de un cuadro psicológico y emocional típicamente depresivo: la presencia de llanto, ansiedad e irritabilidad; ideas obsesivas en torno a la salud o la muerte, por ejemplo; fobias; sentimientos de inutilidad, malestar, culpa, desesperanza y desánimo; falta de concentración y dificultad de pensamiento; alteraciones del apetito, del sueño y en la habilidad psicomotriz; y una frecuente sensación de cansancio excesivo e inexplicable. [En México, la prevalencia de la depresión en mujeres es de tres a uno en comparación con los hombres]².

A partir de la experiencia en el tratamiento de diversas pacientes con este perfil fue interesándome más y más la posibilidad de hacer una caracterización única de este tipo de mujeres. Con base en la exploración sistemática del tema y valiéndome principalmente de la Terapia Racional Emotiva, las definí como mujeres dependientes-deprimidas. El segundo aspecto de esta diada, la naturaleza dependiente, alude a la dependencia emocional de la mujer y al cumplimiento de los roles tradicionales de esposa, madre y ama de casa; es decir mujeres que no trabajan y, por lo tanto, dependen económicamente del varón; mujeres, cuyo centro existencial está fuera de sí mismas, en servir a otros: el marido y los hijos; y, mujeres cuya cotidianidad está acotada al trabajo asociado con este servir a los otros, un trabajo rutinario y no reconocido social ni familiarmente. En resumen, mujeres que han perdido su centro y que en su vida diaria dependen en términos prácticos y emocionales de los otros miembros de la familia, principalmente del marido.

Inicialmente había contemplado desarrollar una intervención grupal, pues dada la naturaleza del padecimiento de estas mujeres podría configurarse, además, una red de

¹ *Budismo zen y psicoanálisis*. Fromm, E. y Suzuki, D.T. Ed. FCE, México, 1992.

² *Salud Mental en México*. De la Fuente R., et al. Instituto Mexicano de Psiquiatría. FCE, México, 1997.

apoyo entre las propias pacientes; pero tanto su condición de mujeres dependientes-deprimidas, como su condición socioeconómica, en su mayoría eran mujeres pobres, no permitió consolidar un grupo con el cual dar término al proceso terapéutico. Así, después de algunos intentos malogrados por conformar un grupo, decidí llevar adelante una intervención individual con cinco mujeres de entre 20 y 45 años de edad.

Ya en el curso de la intervención terapéutica con cada una de ellas, descubrí que si bien la Terapia Racional Emotiva es una herramienta poderosa para el tratamiento de este padecimiento, era necesario acompañarla de otros elementos a fin de alcanzar el objetivo terapéutico y consolidar los avances logrados con las pacientes. Entre los elementos de los cuales eché mano, se encuentran: su referencia para recibir atención médica de ciertos padecimientos orgánicos, principalmente ginecológicos; el ejercicio físico; ejercicios de relajación; referirlas a centros e instituciones especializadas que respondieran a necesidades propias recién descubiertas por ellas en el curso terapéutico, como estudio, recreación, trabajo, atención a la violencia familiar o adicciones; e información, tanto de manera directa como a través de biblioterapia, entre otras.

Vivir este proceso dejó en mí el convencimiento de que para abordar con éxito el tratamiento de la mujer dependiente-deprimida es necesario enriquecer la terapéutica de la cual pude echar mano, dada mi condición de recién egresada de la carrera, a fin de dar un tratamiento integral a estas mujeres. Quiero decir con esto que a lo que me enfrenté fue a una problemática multideterminada: social, familiar, cultural, e incluso, económicamente, a la que debe responderse con una intervención multidimensional y sistémica. Pero esto, sólo puedo hoy formularlo como una propuesta y un reto profesional a cumplir en el futuro.

LO PERSONAL

Debo decir que la elección de este tipo de mujeres como objeto de mi interés profesional no respondió sólo, y no tanto, a las circunstancias; ya que, por ejemplo, en la propia Clínica acudían pacientes con otros padecimientos: mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar, mujeres con problemas de alcoholismo o adicciones, mujeres jóvenes en situación de embarazo temprano y hombres deprimidos, entre otros; sin embargo, yo decidí estudiar al grupo de mujeres que presentaban un cuadro depresivo. ¿Por qué?, para mí fue, en principio, una decisión espontánea y circunstancial, pero a raíz de mi trabajo con estas cinco mujeres y otras, y en el curso de la elaboración de la tesis, fui comprendiendo que esta elección tenía mucho que ver con mi propia historia personal.

Nací, crecí y me crié en medio de mujeres. Mujeres típicamente dependientes-deprimidas, como mi abuela-madre de crianza, algunas tías maternas y amigas de la familia. Mujeres fuertes, algunas de ellas, verdaderas amazonas que incursionaron con éxito en el competitivo mundo de los hombres, como mi madre biológica, su grupo de amigas y

algunas tías paternas. Pero siempre el clima, el tono, el ambiente en que crecí estuvo dominado por mujeres.

Para mí esta experiencia fue una experiencia doble: de una parte, mujeres sumisas, dependientes, deprimidas, insatisfechas y autocríticas del papel que jugaban, incapaces de rebelarse en contra de su situación, pero también echando mano de los pocos recursos a su disposición en esta lucha por el poder familiar; de la otra, mujeres independientes económica y emocionalmente, dueñas de su destino, rebeldes, críticas de la condición de la mujer desde posiciones más o menos feministas, más o menos “hembristas”.

De esta abigarrada y contradictoria red de relaciones y ejemplos contrastantes, tres elementos fueron decisivos en mi vida: por un lado, la experiencia de ver cotidiana y sistemáticamente triste, deprimida y llorosa a mi madre-abuela, indignada -ella y yo también- por su condición, y enojada consigo misma por su incapacidad para decir ¡ya basta!; sus recomendaciones en el sentido de que, cuando fuera mujer, eligiera con mucho cuidado a quién sería mi esposo para que no repitiera su historia; su insistencia en que yo podía elegir otro destino, que estudiaría y tendría otras herramientas, otras armas para vivir y sobrevivir sin tener que depender de un hombre, de un “macho”. Del otro lado, mi madre biológica quien me tuvo a los 17 años y como madre soltera estudió danza e historia, al mismo tiempo que trabajaba para sostenerse, para sostenernos, y que hoy es una profesional capaz y exitosa; en ese “otro lado del espejo”, también jugó un papel importante el grupo de amigas de mi madre biológica, con algunas de las cuales tuve una muy estrecha relación, prácticamente de carácter familiar. Finalmente, el tercer elemento en mi formación fue el contacto con hombres, también dos tipos de hombres: por una parte mi abuelo-padre de crianza, un hombre tradicional, padre amoroso, “macho” y muy inteligente. Él, el “ogro” de la familia me enseñó y me habló del poder de las mujeres: la sexualidad y el apoyo y cobijo afectivo para controlar dominar y doblegar al hombre que, en su impotencia abandona el hogar, se entrega al alcoholismo, busca una amante y/o golpea a su esposa. Él, que era todo eso y todo eso había hecho, me habló de lo que él sufría a manos del entorno patriarcal de su hogar, que era el mío. Por otra parte, mi padre biológico y su familia; mis tíos y tías; mi abuela paterna, una mujer fuerte y profunda, y mi abuelo un hombre sabio y sensible.

La influencia de mi padre biológico y mi familia paterna, me ayudó a liberarme de algunas creencias propias del pensamiento mágico asociadas con la religión, uno de los principales refugios de las mujeres dependientes-deprimidas, así como de la creencia en el destino al que uno no puede gobernar o modificar, que ya está escrito y que éste está en manos del Señor. También me enseñó que la sensibilidad y la ternura no son asuntos exclusivamente femeninos y un aspecto crucial: que el conocimiento y la cultura son caminos hacia la libertad.

Por todo ello, sin violencia, y con un profundo amor hacia mis padres–abuelos, hacia mi madre y padre biológicos y hacia toda mi familia extendida, entendí que sí había otros senderos para mi destino como mujer, que hoy estoy ensayando.

Así, estudiar a las mujeres dependientes–deprimidas, contrastar su condición con otras alternativas de desarrollo personal y orientarlas hacia estas, las cuales comulgan con mis propias expectativas de vida, significaba, a través de estas mujeres, rescatar mi historia y rescatar en ellas a mi madre–abuela, pero también a mi madre biológica y a todas aquellas mujeres que, rodeándome con su amor hicieron de mí una mujer segura, autoafirmada y, a la vez, capaz de amar, desear, comprender y respetar al hombre. Con respecto al vínculo con los hombres, sin duda fueron decisivas la influencia de mi abuelo–padre, mi padre–biológico y de todos los maravillosos y complicados hombres que forman parte mi mundo.

Como puede verse, dar término a mi tesis profesional no ha sido para mí un mero trámite. He aprendido, he enriquecido mis concepciones sobre la mujer dependiente–deprimida y sobre las alternativas terapéuticas para ayudarle, me he formado un plan de trabajo profesional a futuro y he definido mi área de interés. Gracias a esas cinco mujeres y a todas con las que antes y después he trabajado, no sólo he conocido mejor a la mujer en general, sino a la mujer mexicana y a mí misma, gracias al espejo que con sus historias de vida me han prestado todas ellas.

Deseo terminar estas líneas con unas palabras, vestigios del pensamiento y situación de una mujer mexicana ya desaparecida, que por sus deseos de saber y libertad, resultó víctima de la sociedad de su época por no cumplir con las expectativas culturales “propias de su sexo”: *Entréme religiosa porque[...] para la total negación que tenía al matrimonio, era lo menos desproporcionado y lo más decente que podía elegir....* (Sor Juana Inés de la Cruz) ³.

³ Sor Juana Inés de la Cruz o *Las trampas de la fe*. Paz, O. Ed. Seix Barral, México, 1982. p. 156.

1. ROL FEMENINO

Así mismo que las mujeres, vestidas decorosamente, se adornen con pudor y modestia no con trenzas ni con oro o perlas o vestidos costosos sino con buenas obras, como conviene a mujeres que hacen profesión de piedad. La mujer oiga la instrucción en silencio, con toda sumisión. No permito que la mujer enseñe ni domine al hombre. Que se mantenga en silencio. Porque Adán fue formado primero y Eva en segundo lugar. Y el engañado no fue Adán, sino la mujer que, seducida, incurrió en la transgresión. Con todo, se salvará por su maternidad, mientras persevera con modestia en la fe, en la caridad y en la santidad.
Pablo a Timoteo, 2, 9-15.⁴

*La mujer, cuyas principales dotes son la abnegación, la belleza, la compasión, la perspicacia y la ternura, debe dar, y dará al marido, obediencia, agrado, asistencia, consuelo y consejo, tratándolo siempre con la veneración que se debe a la persona que nos apoya y defiende, y con la delicadeza de quien no quiere exasperar la parte brusca, irritable y dura de sí mismo, propia de su carácter.*⁵
Fragmento de la "Epístola de Melchor Ocampo".⁵

1.1. LA CONDICIÓN FEMENINA

La educación en la familia y el impacto de la cultura desarrollan en la mujer su interés en una actividad en especial, desempeñar un rol tradicional: ser esposa y madre de familia ante todo. Se le instruye para ser primordialmente una "buena esposa" y "buena madre". Todos los esfuerzos en su vida se dirigen, desde pequeñas, hacia ese objetivo: aprender a organizar un hogar, "llevarlo adelante", mantenerlo, "criar bien" a los hijos y cuidar a un marido, "a la mujer se le enseña que su meta principal en la vida, es servir a los demás: primero a los hombres, después a los niños".⁶

Esta educación y las expectativas culturales del grupo en el que interactúa, la orientan al servicio de los demás, llevan "a la mujer a sentir que puede emplear todas sus cualidades, si las utiliza, en favor de los demás, pero no de sí misma: ha desarrollado el sentido de que su vida debía guiarse por la necesidad constante de dedicarse a los caprichos, deseos y necesidades de los demás".⁷ Se fomenta su desarrollo dentro del hogar y se limita y bloquea su desarrollo como ser individual y social (intereses y expectativas propias): "se supone que se ha de llevar a cabo [el servicio a los demás] como si ella no tuviera

⁴ *Biblia de Jerusalén*. Porrúa. Madrid, 1975. P.1702.

⁵ *Epístola de Melchor Ocampo*. México, Julio de 1859. (Cuya lectura en las ceremonias de boda civil, aún se sigue realizando. Antes su lectura era obligatoria).

⁶ *Hacia una nueva psicología de la mujer*. Baker Miller, J. Paidós. México, 1987.

⁷ Ob. Cit. sic p.81.

necesidades propias; como si pudiera servir a las necesidades ajenas sin dedicarse a la vez a los intereses y deseos propios”.⁸

El conflicto aparece cuando al pasar del tiempo la mujer observa que el servicio a los otros, pese a ser necesario para el mantenimiento del grupo familiar, es un trabajo poco fructífero; limitante, rutinario, absorbente e ingrato. Al pasar de los años, el fruto de su esfuerzo es criar hijos con vida propia que se independizan en varios aspectos; actitud que, además, una “buena madre” debe propiciar; quedándose sin proyecto de vida, “sin sentido”, y resintiendo el enclaustramiento y las limitaciones de su campo de acción a que le ha conducido el dedicarse de lleno a la familia y desatender otras posibles ocupaciones. “El ama de casa produce un trabajo social, pero no se halla definido ni calculado en los términos de producción. Este desconocimiento oficial de su trabajo es amargamente sentido por ésta, e influye mucho en su aburrimiento y su fatiga”.⁹

El esposo, dadas a su vez las condiciones culturales y educacionales para ello, cuenta, generalmente, con un campo de actividad más amplio y retribuyente: trabaja. Los hijos crean un mundo propio, con sus propios campos de actividad: escuela, amigos, etc. La mujer solo cuenta con un campo, el que se refiere a su familia: su esposo y sus hijos.

Con frecuencia la mujer intenta integrarse a las actividades de su familia, pues carece de actividades propias, lo que continúa perpetuando su “interés” absoluto por la familia, “la mujer se siente obligada a encontrar el modo de traducir sus motivaciones en formas de servicio a los demás, y a dedicar a ello toda su vida. El éxito de la mujer se confunde estrechamente con el del grupo familiar, vemos en él una prolongación de los efectos del papel social, tradicional, costándole mucho a la mujer desembarazarse de la imagen de sí misma que le presenta el espejo social, el de guardiana del hogar”¹⁰, y de su resignación y sacrificio por el bien del grupo. Este gran apego crea, a su vez, una actitud sumamente dependiente.¹¹

En algunas ocasiones la mujer se “adapta” a esta situación y los síntomas que presenta como resultantes, no llegan a adquirir un nivel de disfunción relevante; sin embargo, en otros casos, a partir de esta situación las mujeres comienzan a presentar síntomas desagradables que afectan directamente al sistema cuyo óptimo funcionamiento está

⁸ Ibid. supra. p.82.

⁹ *El éxito de la mujer*. Péchadre, L. Y Roudy, Y. Círculo de lectores, Colombia, 1981.

¹⁰ Ob. Cit. p. 581.

¹¹ “La dependencia emocional, es muy afín con la actitud de sometimiento y se vincula íntimamente a ella. Esa dependencia no sólo produce un sufrir incesante, sino que hasta puede resultar en verdad destructiva”. *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*. Horney, K. Planeta. México, 1986. P,78.

buscando: "llevada a su perfección, ésta situación produce el síndrome de mártir, y el de esposa y madre asfixiante".¹²

Al sentirse incómoda, insatisfecha, con síntomas de ansiedad y depresión, la mujer manifiesta un comportamiento disfuncional y un malestar moral que le impiden continuar con sus actividades cotidianas y la incapacitan ante sus responsabilidades. En esta situación, la mujer no entiende claramente el origen de su malestar, solo lo sufre, y la hace percibirse ineficiente; lo que, consecuentemente, la lleva a autodevaluarse por sentir que no está haciendo de forma adecuada sus deberes, que no cumple bien con su papel de esposa y madre; siente que le falla a la sociedad, a su familia y a sí misma.

Bajo estas condiciones morales es fácil deducir el tipo de conflictos que se desencadenan: desorganización del hogar, descuido de los hijos, problemas de diferente índole con el esposo e insatisfacción personal; conflictos que, lógicamente, intensifican su problemática y acentúan en la mujer una percepción y una concepción catastrofista y derrotista de la situación; lo que, a su vez, promueve la aparición de nuevos síntomas: culpa, miedo y sentimientos de indefensión¹³. Estos subrayan su conducta dependiente; miedo a enfrentarse con su realidad y con su individualidad; a responsabilizarse de sí misma y a tomar decisiones, a poner en práctica las propias capacidades: "la vida del hogar hoy, mirada como vocación, como una carrera, lleva a la mujer a la insatisfacción. La mujer tenderá a trasladar sus ambiciones personales a la vida del marido y de los hijos. Corre el riesgo de convertirse en una madre abusiva y en esposa devoradora; pero también corre el riesgo, para sí misma, de ir aumentando sus frustraciones y sus insatisfacciones. El automatismo de los trabajos caseros realizados en la soledad, favorece y agrava más este sentimiento de decepción".¹⁴

Parte del problema que presentan las mujeres en ésta condición es debido al "descuido" de sí mismas y de su desarrollo; y, la otra parte, es debido a las Creencias Irracionales que les han sido inculcadas y que siguen practicando y reafirmando en su vida diaria, según la tesis de este trabajo. A partir de este sistema de ideas, la mujer crea una escala de valores que a menudo resulta disfuncional y, por lo tanto, contraproducente: entre más se dedique a actividades que tengan como objetivo el bienestar de la familia, mejor esposa y madre será ante la opinión del medio, pero mayor será el descuido de sí misma; y entre más se dedique a actividades para el desarrollo de sí misma, de su propio interés y "sólo" para el bien de ella, éstas serán vistas como actividades "individualistas" y no como actividades que benefician al grupo familiar completo: por lo que será catalogada como "mala" esposa y madre.

¹² Ob. Cit., p.81.

¹³ La indefensión es el estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos son incontrolables. Véase *Indefensión*. Seligman, M. Debate. España, 1991.

¹⁴ Ob. Cit. Nota 9, p.42.

Estas ideas se configuran pues, como una serie de creencias rígidas sobre sí mismas, que promueven el conflicto; como la de: “debo ser una buena esposa y madre, y si no lo soy, me enfrento a una situación terrible, insoportable; soy una mala esposa y madre; no soy una buena mujer”, y creencias irracionales ante la situación en que se encuentran, como, “es mi cruz”, “mi destino”, frases que llevan implícito: “no puedo hacer algo”, “todo está fuera de mi control”. Esta filósofa fomenta la visión catastrofista y de indefensión y por lo tanto, acentúa su dependencia.

1.2. DEPENDENCIA FEMENINA

La cultura le tiene predeterminada a la mujer un destino especial, constituido por tres roles sociales diferentes: esposa, madre y ama de casa. Toda la educación subraya esos papeles a lo largo del crecimiento; y para poder ejercerlos, se exigen, además, ciertos rasgos caractereológicos que también son reforzados desde la niñez: dependencia emocional de otros y desconfianza en sí mismas.¹⁵ Estos rasgos son requisitos indispensables para el “buen” funcionamiento como esposas, sólo así puede una mujer ser capaz de entregar su vida entera al servicio y desarrollo de los demás; sólo así la mujer podrá ser sumisa ante “su hombre”, lo obedecerá y lo apoyará por el bien de la familia; situaciones indispensables para el “buen” desarrollo de un matrimonio. Esta es, al menos, la ideología más difundida en nuestra cultura, a pesar de que la experiencia demuestre que, con esto, lejos de garantizarse la perfección en el cuidado de la familia y el manejo del hogar, más bien se aseguran la frustración y sentimientos de indefensión en la mujer, por vivir al servicio de otros y olvidando su propio desarrollo.

Estas cualidades caractereológicas son estimuladas a través de diversas vías; en particular, acentuando las tendencias o rasgos biológicos por sexo y orientándolos a determinados hábitos y modelos que construyen la “imagen femenina” o el rol de género femenino.

ASPECTOS BIOLÓGICOS Y SOCIALES

Algunas funciones están determinadas fisiológica y hormonalmente por sexo, tal es el caso de la menstruación, la producción de esperma, el embarazo, etc.; sin embargo, éstas diferencias anatómicas y funcionales por sexo no son las responsables absolutas del tipo y calidad del comportamiento y actividades de hombres y mujeres. La distinción entre los individuos del sexo femenino y masculino “proviene de diferencias en la infancia en cuanto a niveles de actividad total y de sensibilidad a los estímulos (temperamento), de las respuestas paternas con relación al sexo del bebé, de presiones que obligan a identificarse

¹⁵ “Durante mucho tiempo se ha luchado por mantener la instrucción de las jóvenes dentro de unos límites extremadamente reducidos, tendiendo su educación sobre todo, a habituarla a la resignación y a la docilidad” Ob. Cit., p.48.

con modelos «apropiados» del mismo sexo, de las ramificaciones que tienen su origen en la fisiología del sistema reproductor maduro, y de un concepto íntimo de lo masculino y lo femenino, que sirve para valorarse a sí mismo”.¹⁶ Como se puede deducir de esto, más que las tendencias por sexo, son las características de personalidad (temperamento, independiente del sexo genérico) y el modelaje social los que definen la participación social de la niña y el niño. Es definitiva la actitud de los padres, cuidadores, así como del grupo social en el que se encuentren. Sus observaciones, comentarios, modelajes y orientaciones determinarán, en gran medida, la conducta posterior del pequeño y sus expectativas e intereses en la adultez.

Es evidente desde el momento de nacer el distinto trato que se da a niña o niño, y cómo se refuerzan actitudes y comportamientos dependiendo del sexo de estos. A la niña se le estimula a depender de otros y se le obliga a conformar su conducta a las exigencias sociales; se le anima a resolver sus enfrentamientos de forma verbal, adquiere antes que el varón la madurez cognoscitiva pero no la emocional, pues interactúa más tarde y con menor frecuencia con el medio “exterior” que el varón; se le permite depender más de los adultos y el concepto de sí misma queda ligado a la valoración de los demás, por lo cual necesita más aprobación y atención; se le refuerza el ser más pasiva desde el punto de vista motor y su comportamiento es más “conformista”; se le anima a tender a la fantasía; la cultura rechaza en ellas la agresión directa o manifiesta, debe ser “delicada y tierna”.

El niño, en cambio, sufre antes las presiones culturales para hacerse independiente, por lo que desarrolla el respeto de sí mismo con independencia de los demás. En ellos, la cultura permite la agresión manifiesta y, a través de ella, se le anima a enfrentarse; no se les motiva a la expresión natural de sus afectos y emociones, por considerarlas manifestaciones “propias” del sexo femenino; se le anima a salir al exterior, por lo que ejercita antes que la niña sus habilidades sociales e integra antes que ésta los valores sociales de competencia y éxito.

Como se ha dicho, la mujer desde pequeña es impulsada, a diferencia del hombre, a temer y a depender: “en la infancia, se solicita sin cesar al niño para que afronte riesgos, mientras que a la niña se le anima a la prudencia y a la desconfianza”.¹⁷ En el hogar, la niña tiene muy bien establecidos sus campos de actividad: ocupaciones domésticas; al niño, se le anima a realizar actividades más creativas y productivas. En los años escolares, es al varón, más que a la mujer, a quien se le impulsa al logro del éxito profesional, o al menos, al desarrollo de las habilidades que, más tarde, le permitan mantener “como es debido”, a su mujer y sus hijos; vemos, por ejemplo, las condiciones que expresa la Epístola de Melchor Ocampo, en cuanto al papel masculino esperado por la sociedad: “El hombre, cuyas dotes

¹⁶ *Psicología de la mujer*. Bardwick, J. Alianza Editorial. España, 1980.

¹⁷ Ob. Cit., p.184.

sexuales son principalmente el valor y la fuerza, debe dar, y dará a la mujer, protección, alimento y dirección, tratándole siempre como a la parte más delicada, sensible y fina de sí mismo, y con la magnanimidad y benevolencia generosa que el fuerte debe al débil, esencialmente cuando éste débil se entrega a él y cuando por la sociedad se le ha confiado”¹⁸. De nuevo en esta etapa se inculca en el varón la independencia pronunciando desarrollo de sus habilidades sociales; y, en la mujer, la dependencia.

La dependencia es un rasgo que se fomenta y se asume como parte de la personalidad de cualquier mujer, “la estructura de dependencia ha sido calificada de *femenina* por los psicólogos más autorizados”¹⁹, y además la mujer misma ha aceptado y con ello perpetúa este papel, en todos los sentidos “dan por sentado que como mujeres, tienen perfecto derecho a la dependencia”.²⁰

Con el paso del tiempo, la sociedad y particularmente la familia, condicionan a la mujer para la búsqueda de un “buen” hombre que se haga cargo de ella, continuando con el camino marcado desde el nacimiento. Así, las mujeres desarrollan un gran interés en la búsqueda de protección y sustento, pues no fueron instruidas para el cuidado de sí mismas: “las muchachas llegan a convencerse de que han de poder contar con la protección ajena para poder sobrevivir”.²¹ Se les convence de su indefensión, con lo que se reafirma su dependencia: “casada, no solo abandona su trabajo, sino que adopta una conducta dependiente y da la impresión de renunciar a toda ambición, actitud que suele calificarse diciendo que «se convierte en una verdadera mujer»”.²²

Este mismo adiestramiento, las conduce a limitaciones de sus aptitudes, y estas, a su vez, a posterior frustración a diversos niveles; pues a pesar de tener, por ejemplo, intereses profesionales, su interés primordial será el establecer las condiciones para cumplir con el destino para el que ha sido preparada, “la joven más seria, la más profundamente poseída por una vocación, sabe que su primer deber es ser esposa y madre. Esta enseñanza ancestral se halla siempre dispuesta a salir a la superficie de su alma y de su corazón, olvidando todo lo que su mente ha podido construir”.²³

1.3. LA MUJER EN LA ACTUALIDAD: ROL SOCIAL Y ROL DE GÉNERO

Desde muy temprana edad, la identificación como niña o niño, se establece en el menor; implica la asunción de sí mismo como varón o hembra, persona del sexo masculino o

¹⁸Op. Cit. Nota 5.

¹⁹ *El complejo de cenicienta*. Dowling, C. Grijalbo. México, 1987.

²⁰Op. Cit., p.58.

²¹ *Ibid. supra.*, p.94.

²²Op. Cit., nota 11, p.126

²³Ob. Cit. Nota 9, p.74.

femenino, mujer u hombre. Este proceso se conoce como “identidad de género”²⁴. Dio Bleichmar ha sugerido que ésta identidad forma parte de la “identificación primaria” establecida en la etapa preedípica del desarrollo del infante. Por otra parte, socialmente se ha creado una imagen ideal de lo que es ser hombre y ser mujer, y el ambiente social pone todo de su parte para que éstas expectativas se cumplan. Esa imagen ideal o expectativas, forman lo que se denomina “Rol de Género”.

El género se define como la “red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y hombres como producto de un proceso histórico de construcción social, que crea asimetrías entre los sexos”.²⁵ El rol de género femenino, por tanto, significaría el papel o papeles que ésta construcción social ha establecido para las mujeres. Como ya lo hemos mencionado, nuestra cultura ha identificado a las mujeres como cuidadoras y específicamente con la maternidad. Como consecuencia de esto, se le ha relegado al ámbito doméstico y, con ello, el contexto social de las mujeres se redujo en tamaño y perdió perspectivas. Su autodefinición quedó centrada en los roles familiares y domésticos, que pasaron a ser paradigmáticos del género femenino. El rol familiar femenino fue centrándose cada vez más en el cuidado de los niños y de los hombres; junto con este proceso, se fue configurando una serie de prescripciones respecto de la moral familiar y maternal que delimitaba ciertas condiciones afectivas; la eficacia en el cumplimiento de estos afectos garantizaba a la mujer un lugar y un papel en la cultura. Estos “roles de género femenino suponen, a su vez, condiciones afectivas específicas para poder desempeñarlos con eficacia: para el rol de esposa, la docilidad, la comprensión, la generosidad; para el rol maternal, la amorosidad, el altruismo, la capacidad de contención emocional; para el rol de ama de casa, la disposición sumisa de servir (servilismo), la receptividad y ciertos modos inhibidos, controlables y aceptables de agresividad y dominación para el complejo de la vida doméstica”.²⁶ El centrar su rol y participación en los afectos representa también modos específicos de enfermar y expresar su malestar.²⁷

²⁴ Que implica “un sistema de relaciones cara a cara con los padres y familiares cercanos de la cría humana, durante los dos o tres primeros años de vida, y que es a partir de éste tipo de relaciones que el sentimiento íntimo de ser nene o nena se instituye en el psiquismo”. *Género, psicoanálisis y subjetividad*. Burin, M. Y Dio Bleichmar, E. Paidós. Argentina, 1996. p. 133.

²⁵ *La construcción cultural de la diferencia sexual*. Lamas, M. Programa Universitario de Estudios de Género. México, 1996.

²⁶ *Género y salud femenina*. Pérez-Gil, Ramírez, Ravelo, coords. INN, Univ. de Guadalajara. México, 1995. Ibarra Bellón

²⁷ Un tema relevante ha sido el manejo de emociones, en el que se evidencian las emociones que se permiten y las que se reprimen en cada uno de los géneros. Es interesante observar la forma en que emociones «prohibidas» en los hombres, como la tristeza o el miedo, se transforman en enojo o cómo el mismo enojo, en mujeres, frecuentemente se traduce en depresión”. *Salud mental y géneros*. (Art.). Herrera, Keijzer y Reyes. Pérez-Gil coords. México, 1995, p.201.

Cuando se hace un análisis de la situación de la mujer universalmente, se puede observar que en la generalidad existe una multiplicidad de roles, que muchas veces, implican que ésta se encuentre muy limitada en su desarrollo personal. Fundamentalmente en su papel reproductor y cuidador, podemos encontrar “que se le exige que sea apoyo y guía de la familia; compañera social y sexual del hombre, madre que cuida y atiende a los hijos; debe ser la educadora, la socializadora, la formalizadora de la personalidad de esos hijos y la principal responsable de transmitirles la cultura y la estructura social. A su cargo está el cuidado y el arreglo del hogar para que la familia se desarrolle en las mejores condiciones ambientales”.²⁸ Hay que resaltar que además ellas han asimilado los valores que éstas actitudes implican, tienen “introyectado” el papel, el rol social. Así, ellas mismas lo permiten y fomentan y, cuando lo deciden, pueden transformarlo.

Como se ha mencionado, la determinación del rol femenino ha sido impuesto, a través del tiempo, por la cultura y los modelos sociales. Sin embargo, en el acontecer diario podemos observar la disfuncionalidad de ésta predeterminación. Es menester reflexionar y actuar activamente al respecto: la situación y participación femenina y masculina deben reconsiderarse; deben replantearse los papeles y roles sociales tomando en cuenta sus verdaderas características, capacidades y necesidades. Solo a través de ello se conseguirá un verdadero rol de género como construcción integradora de cualidades y rasgos, y no una situación (rol) fundamentado en la diferencia de género sexual, de prejuicios y malas interpretaciones, de ideas dogmáticas e irracionales. Debe subrayarse que las limitaciones de las mujeres en otras esferas dependen esencialmente de su lugar en la familia, pues es este grupo el núcleo representativo de la cultura e ideología que nos rodean.

²⁸ Ob. cit. Nota 26..

2. DEPRESIÓN

En mujeres adultas la sumisión, pasividad y dependencia se han visto asociadas a una mayor frecuencia de síntomas depresivos[...], además las mujeres que sólo se dedican al hogar son altamente vulnerables a la depresión, ya que se encuentran aisladas de una red social de apoyo, se ven más afectadas por los problemas con la pareja y por su papel de madres y reciben menos ayuda de familiares y del exterior.

Asunción Lara, 1993.²⁹

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El cuadro patológico de la Depresión fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de Melancolía. Ya en el siglo IV a. de C., Hipócrates afirmaba que desde el punto de vista médico, los problemas psicológicos o psiquiátricos estaban relacionados con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis.³⁰

En los primeros siglos de nuestra era, Celsus en su libro “De remeca” y Areteo de Cappadocia, en “Enfermedades agudas y crónicas” hablaban de la manía y la melancolía. Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto e irritabilidad. Durante la Edad Media, filósofos destacados como Santo Tomás de Aquino sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales. Durante éste periodo la melancolía se conceptualiza como Acedía, en la que la tristeza, la pena y el abatimiento forman parte de su principal contenido; por lo que, al principio, la acedía tuvo un significativo vínculo con el pecado de la pereza; más tarde adquiere una designación especial frente a la lasitud, desaliento y descuido, asociado con la tristeza y los estados de desesperanza.

Durante los siglos XV y XVI, la melancolía sustituye como concepto a la acedía, por lo que la sintomatología que en el pasado se caracterizaba a la acedía cambia y adquiere un nuevo título bajo el concepto de melancolía. La pereza, el sopor, la indolencia, son ahora sustituidos por la pena, el desaliento y la desesperación, que constituyen los principales signos sobre los que recae el escrutinio del concepto de melancolía. A principios del siglo XIX, Phillipe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo inducir, en ocasiones, al suicidio.

²⁹ *Inventario de Masculinidad y Feminidad.* (IMAFE). Lara, M. A., Manual Moderno, México, 1993.

³⁰ *Esa agonía llamada locura.* Calderón Narváez. Edamex. México, 1996.

En 1896, Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maniacodepresiva y demencia precoz, llamada más tarde esquizofrenia.

En el México Prehispánico, éste cuadro fue considerado un problema médico, de acuerdo con la descripción que en 1552 hizo el médico indígena Martín de la Cruz.³¹ Esta descripción fue traducida al latín por Juan Badiano y se le conoce como el código Martín-Badiano. El Código incluye el título "Remedio para la sangre negra", término común del cuadro en la Europa del siglo XVI, en el que se sugieren indicaciones generales como las siguientes: "Ha de andar en lugar sombreado, y se ha de abstener de trato carnal. Beberá muy moderadamente el pulque (bebida fermentada obtenida de un agave) y mejor no lo beba, si no es como medicina. Dedíquese a cosas alegres, como es el canto, la música, el tocar los instrumentos con que acostumbramos acompañar nuestras danzas públicas".³²

2.1. DEFINICIÓN Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Estado de ánimo deprimido pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades durante dos semanas como mínimo. Los síntomas asociados incluyen: alteración del apetito, del sueño, de la habilidad psicomotriz, disminución de energía; sentimientos excesivos de inutilidad y culpa; dificultades de pensamiento o de concentración; e ideas de muerte recurrentes, ideas o intentos de suicidio; manifestaciones recurrentes de sentimientos depresivos, malestar, desesperanza y desánimo; expresión facial triste; sentimientos de que "ya no importa nada"; y una dolorosa incapacidad de experimentar el placer.

Los síntomas asociados más frecuentes incluyen llanto, ansiedad, irritabilidad, rumiación excesiva o repetitiva, excesiva preocupación por la salud física, crisis de angustia y fobias. El grado de deterioro varía, pero siempre hay alguna interferencia en la actividad laboral o social. Si el deterioro es grave, el sujeto puede ser totalmente incapaz de llevar a cabo actividades laborales o sociales, e incluso puede tener dificultades para alimentarse, vestirse o mantener un mínimo de higiene personal.³³

2.3. CUADRO SINTOMÁTICO

TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

- *Indiferencia afectiva*: Disminución o pérdida de intereses vitales.
- *Tristeza*: Con o sin tendencia al llanto. Ausente en las depresiones "sonrientes".

³¹ *Depresión, sufrimiento y liberación*. Calderón Narváez. Edamex. México, 1997.

³² *Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento*. Calderón Narváez. Tritlas. México, 1990.

³³ *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Episodio Depresivo Mayor. Masson. Barcelona, 1995.

- *Inseguridad*: Dificultad para tomar decisiones.
- *Pesimismo*: Enfoque vital derrotista, da origen a la dependencia hacia la familia.
- *Miedo*: Específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo, (p. e. miedo a bañarse).
- *Ansiedad*: Más intensa en la mañana, puede ser confundida con síntomas depresivos.
- *Irritabilidad*: Con agresividad que da origen a problemas familiares y laborales.

TRASTORNOS DE LA ESFERA INTELECTUAL

- *Sensopercepción disminuida*: Mala captación de estímulos.
- *Trastornos de Memoria*: Dificultad para la evocación.
- *Disminución de la Atención*: Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana.
- *Disminución de la Concentración*: Problemas en el estudio y en el trabajo.
- *Ideas de Culpa y de Fracaso*: Autodevaluación, incapacidad de enfrentamiento.
- *Pensamiento obsesivo*: Ideas o recuerdos molestos recurrentes.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

- *Actividad disminuida*: Descuido de sus obligaciones y de su aseo personal.
- *Productividad disminuida*: Mal rendimiento en su trabajo.
- *Impulsos suicidas*: Ideas o intentos de privarse la vida.
- *Impulso a la ingestión de alcohol y otras drogas*: Tendencia a beber o a utilizar drogas como un mecanismo de escape de la ansiedad.

TRASTORNOS ORGÁNICOS

- *Trastornos del sueño*: Insomnio que se presenta al principio o al final del periodo de descanso. Dormir inquieto. En algunos casos hay hipersomnia.
- *Trastornos del apetito*: Anorexia que puede originar pérdida importante de peso. En ocasiones hambre compulsiva.
- *Disminución del deseo sexual*: Debilitamiento o desaparición del deseo sexual.
- *Cefalea tensional*: Afecta de preferencia a los músculos de la nuca y a los temporales.
- *Decaimiento físico*: Falta de energía vital.
- *Trastornos digestivos*: Dispepsia, meteorismo, náuseas, etc.
- *Trastornos cardiovasculares*: Trastornos de la frecuencia o del ritmo cardiaco, disnea suspirosa, etc.
- *Otros*: Mareos, prurito, alopecia, etc.³⁴

³⁴ Calderón . Ob. Cit., Notas 31 y 32.

3. ANSIEDAD

El cansancio debido a las labores maternas y de ama de casa, resulta un factor de riesgo que se manifiesta con la angustia, sentimientos de culpa, hostilidad reprimida o trastornos psicósomáticos. Mabel Burin, 1990.³⁵

3.1. DEFINICIÓN Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Ayuso define los estados de ansiedad como: “Combinaciones variadas de manifestaciones físicas y mentales de ansiedad no atribuibles a peligro real, que se presentan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente. La ansiedad es generalmente difusa y puede llegar al pánico. Pueden estar presentes otras características neuróticas, tales como síntomas obsesivos o histéricos que, no obstante, no dominan el cuadro clínico”.³⁶

El TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA se caracteriza por un sentimiento de ansiedad de carácter persistente, insidioso y generalizado. La ansiedad por lo general se acompaña de sensación de tensión interna y dificultad para relajarse.

Por lo general, las crisis de angustia son recurrentes varias veces a la semana o incluso diariamente. Puede limitarse a un breve periodo que dura semanas o meses, puede recurrir diversas veces o, más típicamente, puede durar años con periodos diversos de exacerbación y de remisión parcial o completa.

3.2. CUADRO SINTOMÁTICO

SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES

- *Taquicardia.*
- *Palpitaciones.*
- *Dolor precordial.*
- *Sensación de paro cardíaco.*
- *Palidez.*
- *Accesos de calor.*

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

- *Opresión torácica.*
- *Disnea.*
- *Sensación de ahogo.*

³⁵ *El malestar de las mujeres.* Burin, M., Moncarz, E. Y Velazquez, S. Paidós. Buenos Aires, 1990.

³⁶ *Trastornos de angustia.* Ayuso, J. L. Salud 2000. Barcelona, 1988.

SÍNTOMAS DIGESTIVOS

- *Sensación de bolo esofágico.*
- *Contracturas gastrointestinales.*
- *Dispepsia.*
- *Aerofagia (deglución espasmódica de aire).*
- *Náuseas.*
- *Vómitos.*

SÍNTOMAS GENITOURINARIOS

- *Poliaquiuria (micciones frecuentes y poco abundantes).*
- *Enuresis.*
- *Eyaculación precoz.*
- *Frigidez.*

SÍNTOMAS NEUROMUSCULARES

- *Vértigo, o la "sensación de que la cabeza da vueltas".*
- *Temblores, sacudidas o sentirse trémulo.*
- *Hormigueos.*
- *Cefalea.*
- *Tensión muscular, dolores de espalda, nuca, cuello.*
- *Inquietud.*
- *Fatigabilidad fácil.*

SÍNTOMAS NEUROVEGETATIVOS

- *Sequedad de boca.*
- *Sudoración.*
- *Manos frías y húmedas.*
- *Lipotimia (pérdida transitoria de la conciencia).*
- *Midriasis (dilatación pupilar anormal).³⁷*

3.3. DIFERENCIAS ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Uno de los aspectos más controvertidos de los estados de angustia consiste en la polémica entre la autonomía o dependencia de los trastornos afectivos. Existen dos posturas antagónicas básicas: los partidarios de un continuo en los trastornos emocionales y los

³⁷ DSM-IV y Ayuso, Ob. Cit., Notas 33 y 36.

defensores a ultranza de una tajante separación categórica entre los trastornos de angustia y las depresiones.

Los argumentos a favor de una estrecha asociación entre la sintomatología depresiva tienen un gran valor. Muchos pacientes presentan una combinación de ansiedad y depresión. A pesar de esto, es imperativo formular el diagnóstico de depresión en todos los casos en los que hay síntomas depresivos significativos, con independencia de la gravedad de los síntomas de angustia.

Los signos psicomotores y vegetativos característicos de los trastornos depresivos, no suelen estar presentes en los trastornos de angustia, como pérdida de apetito, disminución de peso, descenso de energía, fatigabilidad precoz, etc.

En la angustia en el varón, los trastornos de la función sexual aparecen en forma de dificultad de mantener una erección y en eyaculación precoz. En la mujer, puede haber dolor durante el acto sexual y dificultad para alcanzar el orgasmo. Estos síntomas son muy diferentes de la disminución del interés erótico, que es característico de la depresión.

En la depresión, frecuentemente hay trastornos del ritmo (agravación matutina y despertar precoz) que no aparecen en los cuadros de angustia.

Mientras la depresión se presenta habitualmente en sujetos con personalidad básica adecuada, incluso a veces en personas introvertidas, los estados de angustia se desarrollan más a menudo en personalidades con disposición ansiosa.³⁸

3.4. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LA MUJER

APROXIMACIONES TEÓRICAS DE SÍNDROMES DEPRESIVOS/ANSIOSOS

En el campo de la salud mental de las mujeres se han descrito diversos cuadros clínicos alrededor de su problemática más común. Especialmente las mujeres amas de casa, de mediana edad, de medios urbanos o suburbanos, así como las dedicadas al trabajo maternal con varios hijos, y las que realizan doble jornada de trabajo (doméstico y extradoméstico), han sido consideradas como el principal grupo de riesgo en la formación de síndromes clínicos, pues sus roles les asignan tareas y preocupaciones que las sitúan dentro de contextos y exigencias difíciles de enfrentar, estresantes o depresógenos.³⁹

Los cuadros clínicos siguientes se configuraron como expresión de una puesta en crisis del sentido que habían otorgado en su vida a la centralidad de los roles de madre, esposa y ama de casa. Asociados a los estados depresivos, han sido caracterizados como “neurosis del ama de casa”, “síndrome de marginación”, “síndrome del nido vacío”, “depresión de

³⁸ *Terapia cognitiva de la depresión*. Beck, A. Biblioteca de Psicología. España, 1983.

³⁹ *Salud mental y subjetividad*. (Art.) Burin, M. 1995. Pérez-Gil coords.

mujeres de mediana edad”, “crisis de la edad media de la vida”, etc. Con respecto al cuadro que aborda la tendencia a la dependencia e inseguridad, se han descrito el “síndrome de Schehehrezade” y el “complejo de cenicienta”. En mujeres con temor o dificultad ante ascenso social, se ha desarrollado el concepto del “techo de cristal”.

El SÍNDROME DEPRESIVO “se caracteriza por un cambio afectivo, anormal y persistente, en el que predominan sentimientos de inutilidad, culpabilidad, impotencia, desesperanza, ansiedad, tendencia al llanto, pérdida de interés y una cierta incapacidad para cumplir con las actividades cotidianas. Se acompaña de ciertos rasgos psicósomáticos como inapetencia o exceso de apetito, variaciones de peso; disminución del deseo sexual y sueño perturbado”.⁴⁰

El SÍNDROME DE MARGINACIÓN lo desarrollan las mujeres que “pasan la mayor parte del tiempo dentro de su hogar, realizando tareas que en muchos casos les resultan tediosas. Consiste en: depresión, abulia, irritabilidad, incomunicación, enfado con los hijos y con el marido. En resumen se trata de una sensación de vacío existencial debido a que dentro del hogar ellas no pueden desarrollar todas sus potencialidades humanas e intelectuales, y que sin embargo, sus esposos no las dejan hacer otro tipo de actividades porque supuestamente abandonarían a sus hijos”.⁴¹

El rol materno tradicional se ha descrito como potencialmente depresógeno al llegar las mujeres a la mediana edad, fenómeno caracterizado como de NIDO VACÍO, pues los hijos crecen y se alejan del hogar,⁴² dejándolas sin el fruto de su enorme esfuerzo.

El SÍNDROME DE SCHEHEREZADE se refiere al cuadro general en las que las mujeres, una vez comprometidas en una relación, pierden su concepto de “ser independiente”. “Insidiosamente desarrollan un sentimiento creciente de inseguridad acerca de sus valores y deseos, y terminan por amalgamarse con el objeto de su amor, como si el amor demandara el sacrificio de sus ideales y de la totalidad de su ser; esas mujeres parecen haber renunciado a sus juicios, sus valores y su sentido de identidad. El estado afectivo de sus compañeros determina su autoestima y bienestar”.⁴³

El COMPLEJO DE CENICIENTA se refiere a “un entramado de actitudes y temores largamente reprimidos que tienen sumidas a las mujeres en una especie de letargo y que les impide el pleno uso de sus facultades y de su creatividad. Como Cenicientas, las mujeres esperan hoy algo que, desde el exterior, venga a transformar su vida”.⁴⁴

⁴⁰ Ibid. Supra, p. 97.

⁴¹ *Emancipación femenina en el subdesarrollo*. Armanda Alegría. Ed. Diana. México, 1982.

⁴² Ob. Cit., nota 35, p. 95.

⁴³ Burin y Dio B. (1996).

⁴⁴ Dowling, 1987, p. 24.

En mujeres de entre 48 y 55 años, con oportunidades educativas y de carrera laboral remunerada, se ha observado que se encuentran con que existe un TECHO DE CRISTAL que define aquella situación laboral por la cual éste grupo ha hallado “una superficie invisible ubicada como plano superior, más allá del cual no pueden traspasar. Su carácter de invisibilidad está dado por el hecho de que no obedece a criterios establecidos ni a normas o leyes impuestas, sino a un conjunto de expectativas, actitudes y valoraciones; y sólo se ponen en evidencia cuando se analiza el fenómeno de la dificultad de estas mujeres de acceder a ciertos puestos laborales que suponen ocupar posiciones de poder”.⁴⁵ Algunos de los elementos que componen la compleja estructura del “techo de cristal”, son: las responsabilidades domésticas, el nivel de exigencias y los estereotipos sociales; miedo a perder su identidad sexual, pues el ámbito público es “para varones”; el “principio de logro”; “habilidades extrafuncionales”; los “ideales juveniles” y la “ansiedad de reinserción”.⁴⁶

En las diferentes aproximaciones teóricas que abordan el tema de la condición de las mujeres, podemos encontrar un planteamiento en común: la presencia de un conflicto en los valores, estereotipos y una concepción rígida y limitada de las funciones de las mujeres. Lo anterior nos señala la necesidad de que se atienda a éste grupo y sus demandas, de proporcionar el contexto adecuado para la activa participación en su entorno, y la urgencia de replantearse la forma de educar a las futuras generaciones y evitar transmitir los estereotipos de rol por género, buscando una orientación más conveniente para su desarrollo integral y lograr una vida más plena y satisfactoria de mujeres y hombres.

⁴⁵Burín, (1995), p. 97-98.

⁴⁶Ob. Cit., p. 99.

4. CONSECUENCIAS TRASTORNADORAS

*La mujer se encuentra tan ocupada,
que se olvida de su propia existencia.*

Simone de Beauvoir, 1968.⁴⁷

*La mujer es un viajero sin equipaje,
que se transforma en el mozo de
equipaje de los demás.*

Christiane Oliver, 1984.⁴⁸

4.1. PROBLEMAS FAMILIARES

Cuando la mujer, educada para la entrega total de su vida a su familia, se cuestiona sobre el nivel de su propio desarrollo y este le parece insatisfactorio, se enfrenta a un conflicto interno que directamente afecta su comportamiento dentro del grupo familiar; al no estar satisfecha, comienza a presentar síntomas disfuncionales que resentirán los integrantes. Estas condiciones propiciarán una alteración en la dinámica y, consecuentemente, problemas en el sistema.

La familia establece una interacción conflictiva⁴⁹ como consecuencia de la alteración de sus relaciones, en la cual se dan los siguientes aspectos que las caracterizan:

- Baja autoestima.
- Comunicación indirecta, vaga e insincera.
- Normas rígidas, fijas e inmutables.
- Enlace temeroso entre los miembros y con la sociedad.

Estas relaciones alteradas tienen implicaciones en diversas áreas, mismas que a continuación se refieren.

RELACIÓN CONYUGAL

Cuando la mujer se encuentra en una condición insatisfactoria es común que su compañero presente o comience a desarrollar un estado de malestar conyugal, si no es que una mala relación en la pareja ya estaba establecida.

Independientemente de los ajustes que cualquier relación amorosa implique, la presencia de un cuadro depresivo y/o ansioso en alguno de los dos elementos representa un conflicto importante en la relación con el cónyuge. La comunicación se ve perturbada negativamente

⁴⁷ *El segundo sexo.* de Beauvoir, S. Siglo XX, Buenos Aires, 1968.

⁴⁸ *Los hijos de Yocasta.* Oliver, C. Fondo de Cultura Económica. México, 1984.

⁴⁹ *Psicoterapia familiar conjunta.* Satir, V. Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1986.

o desaparece; se crean las condiciones que originan la desunión, el maltrato y el distanciamiento emocional entre los miembros.⁵⁰

En la situación específica del ama de casa, es frecuente que el compañero reaccione de forma inadecuada ante la problemática de su pareja, pues la depresión se confunde fácilmente con “flojera”, “encaprichamiento”, “hacerse tonta” y, en términos concretos, implica una situación hogareña incómoda, pues una mujer deprimida deja de hacer, por ejemplo, los quehaceres, aspecto que el esposo resentirá como descuido del hogar y la familia por parte de su compañera, siendo que él “sí cumple con su deber”.

Lo descrito anteriormente es el cuadro más frecuente en la relación del ama de casa deprimida con su cónyuge. Este aspecto es importantísimo de considerar dado el valor definitivo que para la mujer tendrá la actitud del cónyuge, y lo que su postura implicará en el proceso con respecto a la mejora o intensificación de la problemática.

Cuando la mujer deja de responder o responde inadecuadamente a las responsabilidades que tiene ante su familia es muy probable que el cónyuge proteste con enojo y reclamos; con lo que generalmente se establecen discusiones y, con ellas, maltrato verbal y físico posiblemente entre la pareja.⁵¹

RELACIÓN ENTRE PADRES E HIJOS

Cuando la situación emocional de los padres está alterada, como en el caso de una relación conyugal inadecuada y/o se encuentra deprimido alguno de ellos (en este caso, la madre), los padres tienen menos probabilidades de brindar un cuidado adecuado. La simple negligencia, deducen los estudiosos, puede ser más dañina que el abuso evidente. Un estudio de los niños maltratados descubrió que los jóvenes desatendidos eran los que peor se portaban; eran los más ansiosos, los que menos atención prestaban, los más apáticos, altamente agresivos y retraídos.

A partir del estudio de los estilos de crianza de los padres se han establecido tres, principalmente; los estilos catalogados como de “paternidad emocionalmente inepta” más comunes, son los siguientes:

- Ignorar los sentimientos en general: los padres que tienen este estilo tratan las aflicciones de sus hijos como un problema trivial y aburrido. No se acercan ni ayudan al niño cuando éste los necesita.
- Mostrarse demasiado liberal. Estos padres rara vez intervienen, pues consideran cualquier respuesta del niño como adecuada, son demasiado blandos y “consentidores”.

⁵⁰*La pareja: realidades, problemas y perspectivas de la vida en común.* Tordjman, G. Grijalbo. México, 1989.

⁵¹“La rutina de la mujer con mucha frecuencia es agobiante, su vida diaria es fastidiosa; oscila desde una situación sin perspectivas hasta tolerar el sadismo del hombre, que con frecuencia se traduce en un franco maltrato, en palabras soeces, desprecios, humillaciones y hasta golpes” Ob. Cit. Nota 41, p. 87.

- Mostrarse desdenoso y no sentir respeto por lo que su hijo siente. Son, típicamente, desaprobadores, duros tanto en sus críticas como en sus castigos.⁵²

Estos estilos de crianza se encuentran con frecuencia en los padres con problemas de depresión y/o ansiedad. En un hogar desorganizado, los hijos resienten el descuido y es común que manifiesten de diversas formas su malestar y angustia, pero la situación no permite a los padres satisfacer las demandas de los hijos. Una madre irritada, por ejemplo, responderá enojada y los maltratará verbal o físicamente, en la mayoría de los casos.

MALTRATO INTRAFAMILIAR

La violencia es uno de los fenómenos más destructivos que se presentan en el seno de las familias, puesto que ocasiona consecuencias negativas tanto desde el punto de vista físico, que comprende golpes y contusiones de durabilidad y aspectos variables, como desde el psicológico, pues se constituye en una fuente continua de angustia para los hijos y es un síntoma y una evidencia del deterioro de las relaciones de la pareja marital.

Cuando la situación llega a un punto importante en el conflicto, es muy común que aparezcan los golpes y los maltratos. Sin embargo, la presencia de estos problemas será determinada por el tipo de relaciones y actitudes que estén establecidas en el sistema antes de esta situación; es decir, si antes de que se iniciara ésta conflictiva estaban permitidos los golpes, es más probable que se presenten también en la nueva situación. Asimismo, dependerá, también, de los hábitos de la pareja.

La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, adoptada por la Asamblea de las Naciones unidas en 1993, define la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada”.⁵³

La violencia es una práctica común en las relaciones humanas, y es importante señalar diversos tipos y grados. En el caso de la relación en pareja, la violencia psicológica del hombre hacia su compañera involucra “conductas verbales o no verbales que pretenden aislar, devaluar, humillar, devaluar o controlar a la mujer”⁵⁴. Entre estas conductas se han reconocido ocho tácticas que emplean estas personas para mantener el control y el poder en sus relaciones íntimas y que pueden concebirse como conductas violentas en el campo psicológico:

⁵² *La inteligencia emocional*. Goleman, D. Vergara. México, 1997.

⁵³ *Violencia contra la mujer*. División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington D.C., junio 1998.

⁵⁴ *Violencia doméstica y maltrato emocional. Consideraciones sobre el daño psicológico*. Ramos, Romero y Jiménez. Órgano informativo del programa: “Salud reproductiva y sociedad” del Colegio de México, año 11, núm. 6-, mayo-diciembre, 1995. p 19.

Coerción y amenazas. Hacer o llevar a cabo amenazas de diversa índole hacia la mujer, como el abandono, el suicidio o la imposición de actividades ilegales.

Intimidación. Atemorizar a la pareja con acciones y gestos, destruir su propiedad, amenazar con armas.

Abuso emocional. Hacer sentir mal a la mujer sobre sí misma, insultarla, hacerle pensar que está loca, usar juegos mentales para humillarla y hacerla sentir culpable.

Aislamiento. Controlar qué hace, a quién ve y con quien habla, lo que lee, a dónde va, limitar sus contactos, utilizar los celos como justificación de acciones. Este comportamiento es típico de los casos de celotipia.

Minimización, negación y culpabilidad. Hacer menos grave el abuso y no tomar en serio, negarlo o responsabilizar a la mujer de su ocurrencia.

Utilización de los hijos. Hacer sentir a la mujer culpable respecto a ellos, usarlos como mensajeros, acusarla con ellos, amenazarla con quitárselos.

Uso de los privilegios masculinos. Tratar a la mujer como sirvienta, apropiarse de todas las decisiones importantes, actuar como "su dueño", ser quien define los roles de ambos: hombre y mujer.

Abuso económico. Evitar que ella tenga o retenga un trabajo, hacer que le pida dinero o tomar el suyo, provocar desconocimiento o evitar el acceso a los ingresos familiares.

El maltrato a los hijos puede ser también una práctica común, pero en situaciones de tensión, en una dinámica disfuncional es muy probable que se presente, por ejemplo, una madre irritada está más dispuesta a golpear a sus hijos.⁵⁵

En el caso de los menores, la violencia adopta variadas formas: negligencia, maltrato físico y emocional, abuso sexual, violación, incesto y hasta homicidio.⁵⁶ Aún no se ha observado una reacción emocional o conductual única de los niños maltratados. Se han observado conflictos como agresión incrementada, relaciones problemáticas con padres, cognición social empeorada, falta de empatía, depresión y baja ejecución en tareas cognitivas.⁵⁷

4.2. CUADRO SINTOMÁTICO

A raíz de la insatisfacción en la mujer que se dedica al hogar, comienza en ella la manifestación de la DEPRESIÓN y la ANSIEDAD, a través de diversos síntomas. El proceso comenzaría con insatisfacción por la situación: irritabilidad, apatía, descuido de los

⁵⁵ *¿Es difícil ser mujer?*. Una guía sobre depresión. Lara, Acevedo y Pego. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1996.

⁵⁶ Op. Cit. Nota 54, p.20.

⁵⁷ Ob. Cit. supra. P.21-22.

quehaceres domésticos y responsabilidades dentro de casa; sentimientos de ineficacia, problemas familiares; esto, a su vez, causa angustia, tristeza, sentimientos de impotencia, miedo y, por lo tanto, mayor dependencia y depresión. Es este, a grandes rasgos, el proceso que se desencadena.

Los síntomas de ansiedad y depresión predominantes, mismos que serán evaluados en el presente estudio, son los siguientes:

- *Llanto o ganas de llorar recurrentes.*
- *Descuido personal.*
- *Descuido de tareas domésticas.*
- *Desesperación.*
- *Sentimientos de impotencia, ineficacia.*
- *Baja autoestima.*
- *Hostilidad.*
- *Irritabilidad (tendencia a discutir).*
- *Resentimiento.*
- *Miedos .*
- *Preocupaciones (sudoración, palpitaciones).*
- *Obsesiones.*
- *Tensión muscular (dolor: cabeza, espalda, nuca).*
- *Cansancio injustificado.*
- *Aumento o disminución del apetito.*
- *Aumento o disminución del sueño.*
- *Disminución del interés sexual.*
- *Consumo de tabaco.*
- *Consumo de alcohol.*
- *Compulsiones.*
- *Perfeccionismo.*
- *Falta de decisión.*
- *Ineficacia para resolución de problemas.*⁵⁸

Esta situación, en la que se presentan todas o casi todas las alteraciones antes mencionadas, intensifican la depresión y la actitud dependiente de la mujer, pues esta conflictiva causa miedo y culpa, los cuales determinan en la mujer el apego extremo a su grupo familiar. Principalmente son éstas condiciones las que se buscará modificar con el programa aquí propuesto, y la presencia y frecuencia de estas alteraciones, se registrará en la entrevista estructurada.

4.3. DISPOSICIÓN AL CAMBIO: CRISIS

La mujer, como ya se ha mencionado, desempeña un papel importantísimo en la dinámica familiar. Especialmente, como madre y esposa, de ella depende en gran medida el tipo de

⁵⁸ *Técnicas cognitivas para el tratamiento de estrés.* Mckay, M. Y Davis, M. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Roca. México, 1988.

relaciones que se establezcan entre los miembros; su posición es determinante porque comúnmente es el “mediador”, el vínculo más importante entre padre e hijos (por trabajar, el padre está gran parte del día fuera de casa); organiza el hogar, administra los recursos, cría a los hijos, apoya y atiende al marido. De su habilidad y actitud dependerá en gran medida la situación familiar. En algunos casos la mujer se adapta funcionalmente y acepta la posición; en otros casos, motivada por intereses diferentes a los del hogar, o por sentimientos de frustración, vivencia un conflicto que la angustia, la confunde y entristece; situación que repercutirá negativamente en su manejo del hogar, creando problemas con los miembros. Ella, al ver que “ha perdido el control” se paraliza, se entristece más y adopta una visión catastrofista e irracional: entra en crisis, lo que representa una condición adecuada para el cambio: el conflicto marca las condiciones propicias para la búsqueda de una mejora, de una nueva forma de vivir.

Bajo éstas circunstancias, es necesario proporcionar a la mujer orientación adecuada para producir un cambio favorable en su situación; evaluar su potencial que hasta ahora ha sido devaluado y limitado; es necesario reorganizar el sistema para permitirle una participación de mayor calidad en su entorno⁵⁹, buscando con esto un aumento en su autoconcepto y en la confianza en sí misma, lo que produciría relaciones interpersonales más funcionales. El desarrollo de las propias capacidades, dentro de las posibilidades personales e individuales, implica asumir la responsabilidad que se tiene con otras personas, sin olvidar la responsabilidad para consigo misma respecto a ser feliz o infeliz, estar satisfecha o insatisfecha con su situación, crea un autoconcepto más positivo y formas más adecuadas de relacionarse (dependiendo menos), de convivir con los demás (exigiendo menos del grupo familiar) y de afrontar su realidad (poniendo en práctica sus propias herramientas).⁶⁰

Es necesario confrontar con la realidad las ideas irracionales de ineficacia, analizarlas racionalmente para lograr el adecuado equilibrio funcional en su comportamiento. Este estudio promueve la idea de que la mujer sí puede hacer “algo” para mejorar su condición, puede modificar sus conceptos y puede ampliar su participación, atendiendo a sus propias necesidades sin descuidar sus responsabilidades. La participación del grupo familiar es muy importante; la actitud del esposo será crucial con respecto a los logros obtenidos. Un esposo “comprensivo”, significará un apoyo en lugar de un obstáculo en este proceso de cambio. Esto nos recuerda que las expectativas de la mujer y su grupo serán los “semáforos” que nos indicarán hasta “dónde” llegar.⁶¹

⁵⁹ “Las mujeres están llevando a cabo actividades todo el tiempo; pero también es cierto que la mayor parte de dicha actividad no persigue directa o abiertamente sus propias metas”. Op. Cit. Nota 6, p.72.

⁶⁰ “Las mujeres han de empezar a explorar sus propios pensamientos y sentimientos, sean los que sean y empiecen por donde empiecen” Op. Cit., p. 133.

⁶¹ “Cuando la madre quiere obtener por sí misma su éxito social, las tensiones en la pareja, si el hombre no se adhiere a este estado de cosas, pueden ser considerables. Se da además cierta reticencia de la opinión pública;

La Terapia Racional Emotiva⁶² representa una posibilidad de promover la mejoría de condiciones, cuenta con los lineamientos teóricos y metodológicos adecuados para satisfacer las necesidades de las mujeres. En este estudio representa una intervención aplicable en un periodo de tiempo relativamente breve (18 sesiones, por ejemplo); su costo es moderado, lo que significa mayor accesibilidad para la población, además de ser una terapia con pasos concretos y bien delimitados que guían claramente al terapeuta. Implica también un aprendizaje estructurado y objetivo que los pacientes adquieren y que pueden autoaplicarse en el futuro.

Modificando las creencias irracionales pertinentes y con el establecimiento de una actividad de su propio interés, es posible el manejo de los síntomas trastornadores y de los sentimientos de frustración que están causando la disfuncionalidad, “el ama de casa puede superar los angustiosos síntomas comprometiéndose en una actividad cualquiera fuera de casa. Lo que le falta es el obligarse a hacer un corte en su jornada, cambiar de ritmo, ampliar su marco, desear mejorar su condición. La actividad fuera del hogar, proporciona: independencia, estima propia, expansión y participación social”.⁶³

Debe recordarse que el cambio que se propone, será determinado por la propia persona, respondiendo a sus valores, intereses y expectativas: “el lugar de éxito (o desenvolvimiento), es muy variable según las mujeres; depende del temperamento, la ambición, de la situación de cada una. Está influenciado por la personalidad de la mujer, por su situación familiar, relación conyugal, hijos, etc.”.⁶⁴

La nueva condición de la mujer, la que se busca propiciar, promoverá en esta un cambio de actitud positivo hacia su familia, pues “a pesar de” que tal vez como esposa tenga menos tiempo, “para un marido, una mujer que busca su propio éxito fuera del hogar, está menos disponible, pero es más comprensiva para con sus obligaciones, le deja una mayor autonomía y, sobre todo, no intenta satisfacer a través de él su propia voluntad de poder”,⁶⁵ y como madre, al sentirse más satisfecha consigo misma, responderá mejor a sus actividades y responsabilidades domésticas, pues una “buena” madre no es la que agobia a sus hijos con una presencia permanente, sino la que brinda una presencia, aunque menos extensa, de atención total y trato cordial.

no triunfará mas que si su esposo y sus hijos la ayudan a ello. El éxito de la madre y de la esposa moderna, es asunto de todo el grupo familiar e incluso de toda la sociedad”. Ob Cit. Nota 9, p.84.

⁶² *Terapia Racional Emotiva (TRE)*. Ellis, A. y Abrahams, Ed. Pax, México, 1980.

⁶³ Ob. Cit., p. 60.

⁶⁴ Op. Cit., p. 135.

⁶⁵ Op. Cit., p. 214.

5. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

5.1. HISTORIA

La Terapia Racional Emotiva fue fundada en 1955 por el Doctor Albert Ellis cuando ejercía como Psicólogo Clínico en Nueva York. Ellis dice haber sido influido en la creación de su teoría por filósofos como Epícteto (50-130 d JC) y Marco Aurelio (121-180 d JC), quienes apuntaban que las alteraciones psicológicas tenían una causa filosófica: mantenían que las personas se alteran no por las cosas en sí, sino *por su visión* de las cosas. También refiere la influencia de filósofos de otras épocas como Kant (1724-1804), Spinoza (1623-1677), Schopenhauer (1788-1860), así como de filósofos de la ciencia como Popper (1902-1994) y Russell (1872-1970), quienes plantean que todos los humanos desarrollan hipótesis sobre la naturaleza del mundo y subrayan la importancia de comprobar la validez de tales hipótesis, en lugar de asumir que eran correctas necesariamente.⁶⁶ También subraya la influencia de la Semántica General, en cuanto a resaltar el poderoso efecto que el lenguaje tiene en el pensamiento, y el hecho de que nuestros procesos emocionales son muy dependientes de la manera en que estructuramos el pensamiento por medio del lenguaje que empleamos.⁶⁷ Respecto a las influencias psicológicas, su preparación como analista se llevó a cabo en la escuela Karen Horney; quien le influyó primordialmente en el énfasis sobre la primacía del pensamiento evaluativo dogmático y absolutista en el desarrollo y mantenimiento de muchas alteraciones psicológicas; al respecto Ellis menciona a Karen Horney (1885-1952) y su concepto sobre “la tiranía de los debería”. Menciona también a Alfred Adler (1870-1917) y su concepto de “sentimientos de inferioridad” y sus ideas sobre la Psicología Individual que, al igual que la TRE, se ocupa de los significados, valores, propósitos y metas de las personas, y también se adhiere al interés de Adler por una enseñanza activo-directiva, la importancia de lo social, la apariencia humanística y el empleo de un tratamiento psicológico cognitivo-persuasivo.

5.2. PRINCIPALES CONCEPTOS TEÓRICOS

La TRE puede ayudar a las personas a superar sentimientos y conductas inapropiadas (irracionales) en un tiempo razonablemente breve porque constituye un enfoque amplio y múltiple: emplea métodos cognitivos, emotivos y conductuales integralmente y es también un cuerpo filosófico y teórico. Está orientada principalmente a movilizar los aspectos e impulsar la acción. Es confrontativa y evocativa. Es una terapia realista y activa-directiva. Hace hincapié en un alto grado de actividad por parte del terapeuta y en el empleo, como algo básico, de técnicas y métodos concretos.

⁶⁶ “El absolutismo rígido es la esencia de las alteraciones humanas”. *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. Ellis, A., Dryden, W. Descleé de Brouwer. Ed. Bilbao, 1989.

⁶⁷ *Introducción a la Programación Neurolingüística*. O'Connor, J., Seymour, J. Ed. Urano. España, 1995.

Por otra parte, la TRE subraya la importancia de los valores humanos: “sostiene que lo que llamamos personalidad consiste, en gran parte, en creencias, principios, valores o actitudes; que los hombres y mujeres tienden a actuar saludablemente cuando tienen valores basados en la razón y en la experiencia; mientras que cuando tienen metas y propósitos absolutistas y perfeccionistas, propenden a sentir trastornos emocionales. Se inclina a mostrar que los valores influyen de modo significativo en el comportamiento y que modificar los valores de uno, “causa” directamente el cambio de personalidad”.⁶⁸

Uno de los rasgos humanos en los que pone especial énfasis es en la necesidad de la aceptación incondicional de uno mismo, lo que Carl Rogers llama “estimación positiva incondicional”. Implica la “autoconfianza”, lo cual significa que uno se acepta simplemente eligiendo hacerlo, sin razón especial para ello. La TRE habla de la aceptación de uno mismo o autoelección, porque tales términos no representan clasificación o juicios propios de ninguna índole. “Debido a la infinita complejidad de los seres humanos, sus vidas son un proceso en marcha que consta de miles de actos, hechos y ejecuciones. Por lo tanto es virtualmente imposible clasificar a una persona diciendo: «tú eres bueno», «malo», etc., la TRE ayuda a sus pacientes evaluando sus rasgos, sus hechos y ejecuciones, pero no a ellos mismos”.⁶⁹

La TRE supone que desear actuar bien y pasarla agradablemente, permite a la gente vivir y disfrutar; pero *necesitar* absolutamente, conlleva en cambio a exigencias irracionales que afectan la calidad de vida, y es este aspecto la parte medular de la intervención TRE.⁷⁰

De acuerdo con la teoría de la TRE, los hombres son más felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida, y se esfuerzan por alcanzarlos; con esto se supone que la persona adquiere mayor conciencia de que vive en un mundo social. “Lo *racional* en la teoría de la TRE, es lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos; por el contrario, lo *irracional* es lo que los frena”⁷¹, subrayando la relatividad de la racionalidad.

La TRE pretende ser una aproximación humanista existencial; se ocupa de las conductas, emociones y evaluaciones de las personas; pone la racionalidad al servicio de los hombres con el fin de que vivan felices. Plantea la hipótesis de que no existe nada superhumano, ya que la creencia devota en esta idea favorece la dependencia e incrementa las perturbaciones emocionales.

⁶⁸ Ellis, Ob. Cit. Nota 62, p. 62.

⁶⁹ *Terapia Racional Emotiva*. Ellis, A., Abrahams, Ed. Pax. México, 1980, p.21.

⁷⁰ “La TRE estimula a las personas a sentir emociones fuertes apropiadas, tales como pena, pesadumbre, disgusto, molestia, espíritu de rebeldía y determinación a cambiar cuando tienen mala salud u otras experiencias activantes desagradables. Pero sostienen que cuando experimentan ciertas emociones disfuncionales y contraproducentes, como sentimientos de culpa, depresión, inutilidad o rabia, están actuando y sintiendo de modo inapropiado. Tales emociones inadecuadas proceden en gran parte de hipótesis antiempíricas y no comprobables de las cosas que deben o tienen que ser distintas de las formas en que indudablemente son”. Ob. Cit., p.32.

⁷¹ Ob. Cit., p. 16.

Acepta la interacción entre las áreas biológica, psicológica y social; también postula la idea de la interacción entre los procesos psicológicos humanos: la forma en que percibimos los hechos, interactúa con nuestra evaluación cognitiva, emociones y conductas; destaca la importancia que tienen unas cogniciones correctas en los procesos psicológicos humanos, particularmente el rol que juegan esos pensamientos evaluativos en la salud y enfermedad psíquicas; hace una distinción importante entre creencias racionales e irracionales.

CREENCIAS RACIONALES E IRRACIONALES

Las *creencias racionales* son cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial (no absoluto). Se expresan en la forma: “me gustaría”, “quisiera”, “no me gustaría”, “preferiría”, “desearía”. Esto supone que los sentimientos negativos se experimentan cuando no se consigue lo que se desea, pero no interfieren en la persecución de nuevas metas o propósitos.

Las *creencias irracionales* son ideas absolutas (o dogmáticas) y se expresan por la forma: “tengo que”, “debo”, “debería”, “estoy obligado a”. Estas creencias provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas.

Las ideas irracionales proceden de:

- 1) Establecer falsas premisas y a partir de éstas, hacer deducciones razonablemente lógicas: “debo actuar de tal forma, y como no lo he hecho, es *terrible* que no haya hecho hasta ahora lo que *debo*”.
- 2) Establecer premisas válidas pero hacer deducciones ilógicas de ellas: “es muy deseable que actúe de tal forma, y puesto que todavía no he hecho tal cosa deseable, carezco de la capacidad de hacerlo, y mi vida *siempre* será miserable”.

Lo que llamamos «terrible», «insoportable» y «autohumillante», en la TRE⁷² “son derivaciones lógicas de premisas sumamente irracionales”.⁷³

PRINCIPALES CREENCIAS IRRACIONALES

Según Ellis, las Creencias irracionales más comúnmente admitidas⁷⁴ son las siguientes ideas:

1. Que todo ser humano adulto tiene la necesidad de que, prácticamente, todas las personas significativas de su comunidad lo amen y lo aprueben.
2. Que para considerarse valioso uno debe ser enteramente competente, adecuado y capaz en todos los aspectos de su vida.

⁷² Ellis, *ibid.*, *supra.*, p.55.

⁷³ “Las creencias racionales son el fundamento de los comportamientos funcionales, mientras que las creencias irracionales están en la base de todas las conductas disfuncionales”. Ellis, (1989), p.17.

⁷⁴ *Reason and emotion in psychotherapy*. Ellis, A. Lyle Stuart. New York, 1962.

3. Que cierta gente es mala o malvada y debe ser severamente inculpada y castigada por su villanía.
4. Que todo es catastrófico y espantoso cuando las cosas no van como a uno le gustaría.
5. Que la infelicidad humana es provocada desde fuera y que la gente no tiene ninguna o muy escasa capacidad para controlar dolores y situaciones perturbadoras.
6. Que si algo es peligroso y temible, uno debería preocuparse mucho por ello a la espera de que ocurra.
7. Que es más fácil evitar ciertas dificultades y responsabilidades que enfrentarlas.
8. Que uno debe depender de los demás y que necesita contar con el apoyo de alguien más fuerte.
9. Que la historia pasada de cada persona determina de modo definitivo la conducta actual y que como alguna vez afectó la propia vida, debe seguir teniendo un efecto similar indefinidamente.
10. Que uno debe sentirse muy perturbado ante los problemas y los infortunios de los demás.
11. Que invariablemente existe una solución correcta, precisa y perfecta de los problemas humanos; y que si no se da con esta solución, la consecuencia es una catástrofe.

5.3. TENDENCIAS BIOLÓGICAS

La TRE sostiene que existen dos tendencias biológicas básicas: la primera es la tendencia natural a pensar de forma irracional (idea que se corrobora en la historia de la humanidad); y la segunda, está destinada a ejercitar la capacidad de elección y a trabajar contra el pensamiento irracional. Esto implica que el hombre tiene la habilidad de darse cuenta de que se trastorna a sí mismo por la visión irracional, pero que también tiene la habilidad de darse cuenta de que puede cambiar y la habilidad de trabajar activa y continuamente para cambiar este pensamiento.

ALTERACIÓN PSICOLÓGICA

La TRE ha podido constatar que los seres humanos realizan muchos actos ilógicos cuando están alterados y, por lo tanto, está de acuerdo con la concepción de los terapeutas cognitivos, en el sentido de que estas distorsiones son una manifestación de la alteración psicológica.⁷⁵ Las distorsiones cognitivas más frecuentes son las siguientes:

1. *Todo o nada*: “si fracaso en algún hecho importante, como *no debo*, ¡soy un fracaso total y completamente indeseable!”.
2. *Salto a las conclusiones negativas*: “desde el momento en que los demás me han visto fallar, como *no debiera* haberlo hecho, ya me ven como un estúpido incompetente”.

⁷⁵ Ob. Cit. Nota 62.

3. *Adivinar el futuro*: “se están riendo de mí porque he fracasado, y saben que *debiera* haber tenido éxito, me despreciarán por siempre”.
4. *Fijar la atención en lo negativo*: “como *no puedo soportar* que las cosas me vayan mal, y *no deben* irme mal, ya no veo nada bueno en mi vida”.
5. *Descalificar lo positivo*: “cuando me felicitan por las cosas buenas que he hecho, lo único que hacen es ser amables conmigo y olvidar las estupideces que *debiera* haber hecho”.
6. *Siempre y Nunca*: “como mis condiciones de vida tienen que ser buenas y en realidad son malas e intolerables, *siempre* serán así, y yo *nunca* seré feliz”.
7. *Minimización*: “mis aciertos en este juego son pura casualidad y no son importantes. Pero mis errores, que *nunca debiera* haber cometido, son un total desastre e inolvidables”.
8. *Razonamiento emocional*: “como mi comportamiento ha sido tan pobre, y *no debiera* haberlo hecho, ¡me siento como un total incompetente y mi sentimiento prueba que no soy bueno!”.
9. *Etiquetar y sobregeneralizar*: “como *no debo* fallar en un trabajo importante y lo he hecho, ¡soy un perdedor y un completo fracaso!”.
10. *Personalizar*: “como estoy actuando peor de lo que *debiera* y ellos se están riendo, estoy seguro de que se están riendo de mí. ¡y eso es horrible!”.
11. *Estafa*: “cuando no hago las cosas tan bien como *debiera* y los demás todavía me aceptan y me premian, ¡lo que soy es un estafador y pronto los demás descubrirán lo despreciable que soy en realidad!”.
12. *Perfeccionismo*: “me doy cuenta de que lo he hecho bastante bien, pero *debiera* haberlo hecho perfecto y por lo tanto, ¡soy un incompetente!”.⁷⁶

En la práctica de la TRE se pueden encontrar todas estas distorsiones, pero lo primordial es la presencia de los condicionantes “debiera”, “tengo que” y “debo”, que parecen constituir el centro de las creencias irracionales.

SALUD PSICOLÓGICA

Según la teoría de la TRE, el rasgo central de las personas psicológicamente sanas es una filosofía de relativismo o del “deseo”; si no se convierten estos valores relativos en dogmas e imposiciones, probablemente estas personas no adquirirán una alteración psicológica. Con respecto a esta filosofía, la Terapia Racional Emotiva postula tres derivaciones principales: la primera, es conocida como “evaluar o analizar lo negativo”, es la alternativa racional al “tremendismo”. La segunda derivación es la de la “tolerancia”, y es la alternativa racional al “no lo soporto”. La tercera derivación es la “aceptación” y es la alternativa racional a la “condena”.⁷⁷

⁷⁶ Ob. Cit., Nota 62, p.27.

⁷⁷ *Cognición y psicoterapia*. Mahoney y Freeman. Ed. Paidós. España, 1988.

CRITERIOS DE SALUD PSICOLÓGICA

La teoría TRE, postula 13 criterios de salud psicológica:⁷⁸

1. *Interés por sí mismo*: Las personas sanas se interesan en primer lugar por sí mismas; se sacrifican por los otros, sin que estos las anulen.
2. *Interés social*: La persona sana opta por vivir y divertirse en una comunidad o grupo social, protegen los derechos de los demás y favorecen la vida en sociedad.
3. *Autodirección*: La gente sana asume la responsabilidad de su vida, a la vez que coopera con los demás.
4. *Alta tolerancia a la frustración*: Los individuos racionales se otorgan a sí mismos y a los demás el derecho a equivocarse, se abstienen de condenarse o de condenar a los otros como personas; son capaces de cambiar las condiciones adversas que son susceptibles de ser modificadas y capaces de aceptar las que no pueden cambiarse.
5. *Flexibilidad*: La gente sana y madura tiene ideas flexibles, está abierta al cambio, no es fanática, no dicta reglas fijas o rígidas para sí misma ni para los demás.
6. *Aceptación de la incertidumbre*: Las personas sanas aceptan la idea de que vivimos en un mundo de probabilidades y de continuo cambio, donde no existe la certeza absoluta y probablemente nunca existirá.
7. *Comprometerse en ocupaciones creativas*: Para la mayoría de las personas resulta saludable y satisfactorio el implicarse de forma vital en algo fuera de sí mismas.
8. *Pensamiento científico*: Los individuos sanos tienden a ser más científicos y racionales que los que tienen alguna alteración. Son capaces de tener sentimientos profundos y actuar correctamente, pero regulan sus acciones y emociones reflexionando sobre ellas y evaluando sus consecuencias, según les lleven a conseguir metas a corto o largo plazo.
9. *Autoaceptación*: La gente sana se alegra de estar viva y se acepta a sí misma simplemente por el hecho de vivir y tener la capacidad de disfrutar. Rechazan la idea de medir lo que valen por sus logros externos o por lo que los demás piensan; prefieren disfrutar que ponerse a prueba.
10. *Arriesgarse*: La gente sana emocionalmente tiende a arriesgarse e intentar hacer lo que pretende, aunque hayan muchas probabilidades de fracaso.
11. *Hedonismo de larga duración*: Las personas sanas aspiran a conseguir los placeres del presente y del futuro, pero no suelen sacrificar el mañana por el placer pasajero de un momento.
12. *Antiutopía*: La gente sana acepta el hecho de que las utopías son inalcanzables y que nunca conseguirán todo lo que quieren, ni podrán evitar todo el dolor.

⁷⁸ Ob. Cit. Nota 62, p.30.

13. *La propia responsabilidad de sus alteraciones emocionales*: La gente sana acepta la gran parte de responsabilidad que tienen sus propias alteraciones, en lugar de echar la culpa de forma defensiva a los demás o a condiciones sociales.

En la TRE, una persona es “racional” cuando ha decidido o elegido vivir con felicidad por:

- 1) “Aceptar lo que en realidad existe en el mundo real.
- 2) “Tratar de vivir amigablemente con su grupo social.
- 3) “Relacionarse íntimamente con unos cuantos miembros de su grupo social o su comunidad.
- 4) “Comprometerse en un trabajo productivo y agradable.
- 5) “Participar en empresas recreativas, elegidas por selección, y que van desde los deportes hasta las artes y las ciencias”.⁷⁹

DISTINCIÓN ENTRE EMOCIONES NEGATIVAS APROPIADAS E INAPROPIADAS

La Terapia Racional Emotiva, supone que es importante hacer una distinción entre las emociones negativas racionales o apropiadas y las irracionales o inapropiadas. A continuación se presenta la lista de las emociones apropiadas, comparadas con las emociones inapropiadas:

1. *Inquietud vs. ansiedad*. La inquietud es una emoción asociada con la creencia: “espero que esto no suceda, y sería mala suerte el que sucediera”; mientras que la ansiedad, aparece cuando la persona cree: “esto no debe ocurrir y sería horrible que ocurriera”.

2. *Tristeza vs. depresión*. Se considera que aparece la tristeza cuando una persona cree: “he tenido muy mala suerte por haber sufrido esta pérdida, pero no hay ninguna razón por la que esto no debiera haber pasado”. Por otro lado, la depresión se asocia con la creencia: “no debiera haber sufrido esta pérdida y es terrible que haya sido así”. Cuando la persona se siente responsable de la pérdida se tiende a condenar: “no soy bueno”; mientras que si la pérdida se encuentra fuera del control de la persona, tiende a condenar las condiciones de vida o al mundo: “es terrible”. Según la TRE, lo que lleva a la persona a pensar que nunca conseguirá lo que quiere es la filosofía de las necesidades perturbadoras, lo que produce sentimientos de desesperanza.

3. *Dolor vs. culpabilidad*. Los sentimientos de dolor o tristeza se producen cuando una persona reconoce que ha hecho algo malo en público o en privado, pero se acepta a sí misma como una persona que puede cometer fallos; la persona se siente mal por su acto, pero no por sí misma. Se producen sentimientos de culpabilidad cuando la persona se juzga a sí misma como mala, perversa y corrupta por haber actuado mal.

4. *Desilusión vs. vergüenza/apuro*. Una persona siente desilusión cuando se comporta de “forma estúpida” en público, reconoce su acto estúpido, pero se acepta a sí misma. Se

⁷⁹ Op. Cit. Nota 62, p.62.

siente vergüenza cuando alguien reconoce que se ha comportado de “forma estúpida” en público y se condena por algo que no debiera haber hecho; estas personas pueden predecir que la audiencia las va a juzgar negativamente y actúan de acuerdo con sus prejuicios. La vergüenza o apuro implican autodenigración.

5. *Disgusto vs. ira.* Se siente disgusto cuando una persona no tiene en cuenta una norma de vida de un individuo. A la persona que se disgusta no le agrada lo que otro ha hecho, pero no lo condena por ello. Esta persona piensa: “no me gusta lo que él ha hecho, y desearía que no hubiera ocurrido, pero no quiere decir que él o ella no pueda romper mis normas”. Sin embargo, en la ira, la persona cree que el otro no debe de ninguna manera romper sus normas y le condena si lo hace.⁸⁰

5.4. LA TEORÍA DEL CAMBIO TERAPÉUTICO

La teoría de la TRE afirma, como ya se señaló, que los humanos tienen una tendencia biológica a pensar irracionalmente, pero también sostiene que poseen la capacidad de *elegir* trabajar para cambiar este pensamiento irracional y sus efectos autodestructivos. Asimismo, la teoría afirma que los cambios más duraderos que pueden producir los individuos son aquellos que incluyen una reestructuración filosófica de sus creencias irracionales.

Para efectuar un cambio filosófico se aconseja a las personas que:

1. “Primero se den cuenta de que ellos crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas y que aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, en general tienen un papel secundario en el proceso de cambio.
2. “Reconozcan por completo que ellas tienen la capacidad de cambiar significativamente estas perturbaciones.
3. “Comprendan que las alteraciones emocionales y conductuales provienen, la mayoría de las veces, de Creencias dogmáticas, absolutistas e irracionales.
4. “Detecten sus Creencias irracionales y las diferencien de sus alternativas racionales.
5. “Refuten estas Creencias irracionales usando los métodos lógico-empíricos de la ciencia.
6. “Trabajen para interiorizar sus nuevas Creencias racionales empleando métodos de cambio cognitivos, emotivos y conductuales.
7. “Continúen este proceso de enfrentarse a las Creencias irracionales y de usar métodos de cambio multimodales para el resto de sus vidas”.⁸¹

5.5. ABC DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Cuando se creó la TRE se utilizó un esquema muy sencillo, se le nombró esquema ABC. En este esquema, “A” simboliza el *acontecimiento desencadenante* o activador; “B”

⁸⁰ *Técnicas terapéuticas conductistas.* Goldfried y Davison. Ed. Paidós. Argentina, 1981.

⁸¹ Ob Cit. Nota 62, p.30.

representa *lo que la persona cree* (Belief en inglés) de ese acontecimiento; y, “C” denota las respuestas emocionales y comportamentales o las *consecuencias* que derivan de esas creencias.⁸²

“A”: ACONTECIMIENTOS DESENCADENANTES

Los acontecimientos desencadenantes o activadores pueden ayudar u obstaculizar a las personas para conseguir sus objetivos. Suelen ser acontecimientos presentes y corrientes, o las propias conductas, pensamientos o sentimientos de una persona ante esos hechos, pero que se hallan envueltos en recuerdos y pensamientos de experiencias pasadas.

“B”: CREENCIAS

Creencias: cogniciones, pensamientos e ideas que ejercen una fuerte influencia en las consecuencias (C) cognitivas, emocionales y comportamentales.

Cada persona tiene cogniciones muy diferentes: creencias racionales, responsables de las conductas de autoayuda; y creencias irracionales, que conducen a comportamientos de autodestrucción.

A continuación se presenta una lista de las principales creencias (B):

- *Observaciones no evaluativas*: Estas observaciones no van más allá de los datos de que disponemos. No son evaluativas porque no tienen ninguna relación con nuestros objetivos. Cuando tales observaciones tienen alguna implicación respecto de nuestros objetivos se convierten en evaluativas.
- *Inferencias no evaluativas*: A éstas cogniciones se les denomina “inferencias”, porque van más allá de los datos disponibles. Las inferencias son hipótesis que extraemos de nuestras observaciones, y pueden ser correctas e incorrectas. Estas inferencias no son evaluativas cuando no tienen relación con nuestros objetivos; y cuando sí la tienen, se convierten en evaluativas.

A la hora de hacer valoraciones es útil saber que las inferencias suelen ir encadenadas y es importante encontrar la inferencia más relevante de la cadena, que es la que incluye las evaluaciones de “obligación”.

Cualquiera de éstas inferencias puede hacer que se disparen las evaluaciones creadoras de miedo, y es importante implicar cuanto se pueda a los pacientes en el proceso de valoración.

- *Evaluaciones preferenciales positivas*: Se denominan evaluaciones preferenciales positivas porque: 1) son relativas; y, 2) se refieren a lo que la persona evalúa como positivo. A menudo son clasificadas como “racionales”, desde el punto de vista de la TRE, ya que ayudan y favorecen que una persona

⁸² *Manual de la Terapia Racional Emotiva*. Ellis, A. Desclée de Brouwer. Bilbao, 1997.

consiga sus objetivos y propósitos básicos. (p. e. “Prefiero a la gente que me acepta”).

- *Evaluaciones de obligación positivas*: Se denominan así porque son absolutas y dogmáticas y se refieren a lo que la persona evalúa como positivo en forma fanática o devota. La teoría de la TRE las suele clasificar como “irracionales”, ya que inhiben e impiden que se consigan el resto de propósitos y objetivos básicos.

Estas evaluaciones son absolutas y positivas. Las evaluaciones del “yo” y del mundo son positivas y totalmente exageradas. (p. e. “La gente tiene que aceptarme”).

- *Evaluaciones preferenciales negativas*: Se las denomina así porque son 1) relativas, no absolutas; y 2) se refieren a lo que la persona considera como negativo. También son consideradas por la TRE como “racionales”, ya que ayudan y favorecen que la persona logre sus planes básicos. (p. e. “Prefiero a la gente que no me rechaza”).
- *Evaluaciones de obligación negativas*: Se les denomina así porque: 1) son absolutas y dogmáticas y se refieren a lo que la persona considera como negativo inflexiblemente. Además, son ejemplos de creencias “irracionales” ya que tienden a impedir la consecución de metas. (p. e. “La gente no tiene que rechazarme”).

“C”: CONSECUENCIAS

Las consecuencias (cognitivas, afectivas y conductuales) siguen de la interacción entre acontecimientos desencadenantes (A) y las creencias (B). Cuando la consecuencia es una alteración emocional, la causante más directa suele ser la creencia (B), aunque no siempre.

A, B y C están intrínsecamente relacionadas y ninguna de ellas puede existir sin la otra.

“D”: DISCUSIÓN

En esta fase se establece la discusión donde se refutarán las creencias irracionales y se establecerán sus equivalentes racionales.

“E”: EFECTO EMOCIONAL Y CONDUCTUAL

En esta fase se encuentran las emociones y acciones resultantes de la discusión y el análisis de los pensamientos irracionales y de la promoción de las creencias racionales.

PROCESO

En el punto A, los pacientes tienen una experiencia (agente o acción) activante acerca de la cual se encuentran trastornados (en el punto C). En el punto B, los pacientes tienen un conjunto de creencias (racionales e irracionales), sobre el acontecimiento activante (A). Las creencias racionales implican que se llega a A con metas y valores, incluyendo el deseo de vivir, ser feliz, y evitar el dolor innecesario. Las creencias irracionales son

exageradas y dogmáticas y asumen la experiencia activante como algo con lo que se ha experimentado un “gran choque” en contra de las metas y los valores de las personas. Con éstas creencias irracionales (Bi) se pide o exige, más que desear o preferir, y estas revisten a la experiencia activante (A) con una mayor capacidad de trastorno de la que realmente posee; así, se “enferma, angustia o trastorna” más de lo esperado; esto es lo que se observa en el punto C como síntomas neuróticos; son consecuencias inapropiadas, inapropiadas porque no ayudan a contender las experiencias activantes en el punto A.

En el punto D se empieza por discutir. El terapeuta muestra cómo descubrir, debatir y discriminar entre las creencias irracionales y las racionales. En este punto se explicará al paciente el método científico: en la ciencia se establecen hipótesis y luego se hacen preguntas acerca de las mismas: “¿dónde está la evidencia de que es cierta o errónea?, ¿dónde está escrito que las cosas deben funcionar de la forma en que dice la hipótesis?, ¿por qué es verdadera o falsa?; en la TRE se enseña a la persona a hacer sobre sus propias creencias irracionales aproximadamente las mismas preguntas, científica o empírica y lógicamente orientadas”.⁸³ El terapeuta hace ver a sus pacientes que sus filosofías son irracionales y contraproducentes; les explica cómo estas crean trastornos emocionales, les enseña la forma de atacarlos y les instruye en la manera de desecharlos; ayuda a desarraigar las irracionalidades con ejercicios emotivos y tareas; pero fundamentalmente, “se subraya la reestructuración cognoscitiva o la discusión”;⁸⁴ es decir, la confrontación filosófica directa. En este punto, cuanto más vigorosa sea la discusión que se haga, mejor se preparará a la persona para enfrentar racionalmente las futuras contingencias.

Cuando las personas se enfrentan a una experiencia activante trastornadora crean, aparte de la existencia de ésta, una ansiedad “anexa” al pensar en la situación desencadenadora: una nueva experiencia activante. En este caso, en el punto C, sería ansiedad acerca de la ansiedad. Aquí se discuten de nuevo sus creencias irracionales; cuando el terapeuta ayude a desvanecer la ansiedad y la ansiedad sobre la misma, entonces normalmente avanzará hacia el punto Ee, el efecto emocional de discutir sus creencias irracionales. Finalmente, en el punto Ec (efecto conductual), la persona tenderá a actuar sobre la base de sus nuevos sentimientos y cogniciones: hará lo necesario, es decir, acciones específicas para cambiar y mejorar su condición conflictiva: búsqueda de alternativas, resolución de problemas, etc.

“La TRE, al enseñar firmemente a las personas a evitar cualquier tipo de clasificación global o propia, y estimularlas, en cambio, a medir sus características y realizaciones a fin de ayudar a corregir su comportamiento y aumentar su alegría, las lleva al nivel más profundo de cambio de personalidad”.⁸⁵

⁸³ Op. Cit., nota 66, p.36.

⁸⁴ Ob. Cit. p. 94.

⁸⁵ Ibid. supra., p.42.

5.6. CONDICIONES TERAPÉUTICAS

Los terapeutas TRE procuran aceptar incondicionalmente a sus pacientes como seres falibles, y capaces de auto-destruirse pero nunca esencialmente malos (o buenos).

Los terapeutas TRE suelen revelar ejemplos de sus propias vidas, cómo ellos han experimentado problemas similares y cómo los han resuelto.

Los terapeutas TRE deben tener sentido del humor con la mayoría de sus clientes, ya que las perturbaciones emocionales suelen producirse porque estos clientes se toman demasiado en serio a sí mismos, a sus problemas o a otras personas y al mundo. Tienden a ser informales y amenos con la mayoría de los pacientes; sin embargo cuidan de no mostrarse excesivamente cordiales con los clientes.⁸⁶

Sin embargo, como la TRE es relativa por naturaleza y está en contra de unas reglas terapéuticas dogmáticas y absolutas, reconoce que bajo ciertas condiciones es posible la cordialidad terapéutica durante un periodo de tiempo restringido.

5.7. ESTILO TERAPÉUTICO

En general, se recomienda un estilo activo-directivo con la mayoría de los clientes. Pero es importante, en la TRE, preguntarse, ¿qué estilo terapéutico es más eficaz para cada paciente?. Aunque, como se ha dicho, no hay reglas inflexibles en la terapia, se puede decir que es mejor para los terapeutas de la TRE evitar 1) un estilo demasiado emotivo y amigable con clientes “históricos”; 2) un estilo demasiado intelectual con clientes “obsesivo-compulsivos”; 3) un estilo demasiado directivo con clientes que temen ser autónomos; y, 4) un estilo demasiado activo con clientes que son muy pasivos.

5.8. INDUCIENDO A LA TRE

En cuanto a la iniciación en la teoría racional emotiva y su aplicación, suele ser útil, al comienzo del proceso, explorar las expectativas de los clientes frente a la terapia. Es importante distinguir entre preferencias y anticipaciones cuando se valoran las expectativas.

Los procedimientos de inducción tratan de demostrar a los clientes que la TRE es una terapia estructurada activa-directivamente y orientada a la discusión de los problemas presentes y futuros del cliente que requiere de éste un papel activo en el proceso de cambio. La inducción puede tomar distintas formas que van, desde utilizar procedimientos preterapéuticos de inducción al rol, hasta dar un pequeño discurso al comienzo de la terapia sobre la naturaleza y el proceso de la terapia racional emotiva.

⁸⁶ “Una relación terapéutica muy cercana es con frecuencia el peor enemigo y en consecuencia hace un daño considerable”. *Manual de la Terapia Racional Emotiva*, Ellis A y Grieger L. Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao, 1997, p.54.

5.9. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN EN LA TRE

Los procedimientos de evaluación normales en la TRE casi siempre incluyen lo siguiente:

- ✓ Se le ayuda a los clientes a reconocer y describir sus sentimientos inapropiados y, éstos, son diferenciados claramente de sus sentimientos negativos apropiados.
- ✓ Se les lleva a reconocer y diferenciar sus conductas auto-castigadoras.
- ✓ Se les pide que señalen los acontecimientos activadores específicos de su vida.
- ✓ Se evalúan y discuten sus creencias irracionales.
- ✓ Se determinan sus creencias irracionales.
- ✓ Se descubren también sus creencias irracionales de segundo nivel; es decir, las que se derivan de las ideas absolutistas (“catastrofismos”, “no-soportantis”, etc.)
- ✓ Se descubren y discuten las creencias irracionales que les llevan a la perturbación por estar perturbados, (su ansiedad por la ansiedad o a su depresión por estar deprimido).

6. TERAPIA INDIVIDUAL RACIONAL EMOTIVA

6.1. CONSIDERACIONES GENERALES

La TRE individual es, por naturaleza, totalmente confidencial. Está indicada cuando los pacientes son o presentan rasgos de ansiedad importante y necesiten abrirse en privado, sin miedo a que otros puedan usar esa información en su perjuicio.

La terapia individual, por su naturaleza diática, proporciona una oportunidad para establecer una relación más cercana entre terapeuta y cliente, de la que se presentaría si otras personas estuvieran en el mismo espacio terapéutico.

La TRE individual está indicada cuando los principales problemas del cliente son consigo mismo y por ello afecte a los demás.⁸⁷

6.2. EL PROCESO DE LA TRE INDIVIDUAL

FASE INICIAL

La primera labor del terapeuta es introducir al cliente a la teoría de la TRE, ayudándole a entender su naturaleza y en qué consiste la participación del terapeuta y la del cliente. Es recomendable estructurar el proceso terapéutico enfocándolo, desde el principio, hacia los problemas; por lo tanto, terapeuta y paciente deben ponerse de acuerdo sobre qué problemas afrontar en primer lugar. Una vez hecho esto, el terapeuta procurará comprender los problemas de acuerdo con el esquema ABC e ir explicando al cliente el modelo ABC de perturbación emocional. Durante este periodo es muy importante aclarar o corregir cualquier duda o malentendido que pueda haber, con el fin de que el cliente entienda la TRE como una forma de terapia centrada, por naturaleza, en el problema, educacional y donde el terapeuta, a menudo, adoptará un papel activo-directivo. Por eso es primordial que el paciente aprenda a focalizar su atención sobre los determinantes cognitivos de sus problemas.

Otras de las tareas que el terapeuta en TRE debe realizara en la fase inicial, son las siguientes:

- 1) ayudar al cliente a entender que, en la TRE, es menester solucionar los problemas emocionales y conductuales antes que los ambientales o profesionales.
- 2) ayudar al cliente a ordenar y conseguir el *insigth* por medio de preguntas y estructurando frases.
- 3) descubrir qué efectos tienen los síntomas del cliente sobre su funcionamiento y sus relaciones con los demás.

⁸⁷ Ellis, 1997, 1989 y 1962.

Evaluación

Durante el proceso de evaluación el terapeuta procura ayudar al paciente a entender las conexiones entre A, B y C y, especialmente, el rol de las variables B. Un punto importante a observar en este periodo es la existencia de “problemas sobre problemas”, p. e. “ansiedad sobre ansiedad”. Es necesario de combatir estos problemas de segundo orden son antes que a los de primer orden, por el obstáculo que representan.

Intervención terapéutica (Refutación)

La meta más importante de la refutación es ayudar al cliente a entender lo ilógico de la evaluación perturbadora irracional y lo lógico de la alternativa racional. De esta forma el cliente está en posición de aceptar las tareas que se escogen para hacer en su casa encaminadas a fortalecer la creencia racional y debilitar con ello la irracional. Como se mencionará más adelante, éstas tareas pueden ser cognitivas, emotivas y/o conductuales. La elección de una tarea en particular será determinada por la naturaleza de los problemas del paciente y su capacidad de aprendizaje.

Al respecto, es importante que el terapeuta se adapte al ritmo de aprendizaje del paciente; es preciso, pues, tener una actitud tolerante; y es conveniente que se experimenten diversas formas de comunicación.

Hacia el final de la fase inicial, el terapeuta debiera tener una clara idea de la problemática básica del paciente; de los principales problemas emocionales y conductuales de su cliente y empezar a establecer un orden de prioridad para ir estructurando la TRE individual.

FASE MEDIA

La fase media de la TRE se caracteriza porque terapeuta y cliente trabajan juntos para fortalecer las ideas racionales y debilitar las irracionales. Además, en esta etapa el terapeuta ayuda al cliente a identificar y resolver los obstáculos que se van presentando.

Es importante contener al cliente y enfocarlo a trabajar sobre un solo aspecto de su problemática y, después, pasar al análisis de otros aspectos. Además de apoyar al paciente para resolver sus problemas emocionales y conductuales, el terapeuta debe ayudara al paciente a interiorizar los métodos científicos de la TRE para la identificación y solución de problemas. A medida que los clientes progresan, se espera que se fortalezca la práctica de la “auto-terapia”. Cuando un cliente ha avanzado significativamente en la resolución de un problema, el terapeuta elige otro nuevo, y enfilando más su intervención en el proceso a ayudar al cliente a identificar, enfrentar y cambiar las creencias irracionales que están en la base del nuevo problema, animando al paciente a emplear las habilidades que le han servido en la solución de los problemas anteriores. Al principio, era el terapeuta el que se encargaba de sugerir las tareas para casa; en esta etapa, se anima al cliente a que elija y prepare sus propios ejercicios, por ejemplo.

FASE FINAL

El principal objetivo de la fase final es preparar a los clientes para que en el futuro, se conviertan en sus “propios” terapeutas. La TRE individual no termina cuando el cliente ha resuelto todos sus problemas, sino cuando se siente preparado para solucionar por sí mismo nuevos problemas y adquieren confianza en su habilidad para solventar cualquier dificultad futura. El terapeuta puede optar por terminar la terapia disminuyendo poco a poco la frecuencia de las sesiones o acordar con el paciente una fecha concreta para su finalización. De cualquier forma, los terapeutas TRE planifican unas sesiones de seguimiento para controlar los progresos del cliente. Cuando se acerca el final, puede dedicarse el tiempo de las sesiones a que el cliente aprenda a anticiparse a los problemas futuros y a que imagine cómo los manejaría utilizando lo aprendido a lo largo del proceso que ya ha interiorizado.

6.3. MÉTODOS Y TÉCNICAS EMPLEADAS EN LA TRE

La Terapia Racional Emotiva representa una importante forma de eclecticismo; en ella se emplean técnicas de otros sistemas terapéuticos, pero se hacen consistentes con la teoría TRE. A continuación se expondrán las técnicas más comúnmente utilizadas, señalando que probablemente cada una de éstas técnicas tienen elementos cognitivos, emotivos y conductuales, y que probablemente no existen técnicas “puras”. Aquí se plantean en grupos en donde predomina un proceso psicoterapéutico.

MÉTODOS COGNITIVOS DE LA TRE

Enseñando el ABC de la TRE

A través de ésta técnica se muestra al paciente la forma en que las diversas personas y situaciones fueron estableciendo e imponiendo *preferencias* y *esquemas* en nuestra vida; cómo fueron introyectados hasta hacerlos propios; y cómo nosotros, transformados en creencias, les añadimos los “debo” absolutistas, convirtiendo esas preferencias en “terribles” necesidades.

Detectando las creencias Irracionales

En la TRE, la D es la Refutación de las iB (Creencias irracionales). Pero la D puede dividirse en tres procesos principales: Detectar las iB, Discriminarlas de las rB (creencias racionales), y Debatirlas. Primero se detectan, buscando los “debo”, “debiera”, “es mi obligación” absolutistas.

Discriminando las creencias irracionales de las racionales

Después de esto, se intenta demostrar no sólo que se tienen iB (debos), sino también rB (preferencias), y que éstas últimas son legítimas, ayudan y son más saludables. Demostrar que las creencias racionales (preferencias) se diferencian bastante de las creencias irracionales (exigencias no realistas), que se tiene la opción de elegir y que es preferible quedarse rB.

Debatiendo las creencias irracionales

Con la ayuda de preguntas lógicas y empíricas, se enseña al paciente, a la vez, a que se las haga a sí mismo para debatirlas y refutarlas (en el punto D).

Frases de Enfrentamiento

Ésta técnica incluye encontrar, apuntar y repetirse, varias veces al día, frases de enfrentamiento o *coping statements* (creencias racionales) que interiorizó a lo largo del tiempo.

Referir

Esta es una técnica de la TRE extraída de la semántica general, consistente en anotar y revisar con regularidad las ventajas de esforzarse en hacer algo incómodo, molesto o desagradable a cambio de superar o desensibilizar un aspecto irracional de la actitud general.

Enseñando la TRE a los demás

Es recomendable animar a los clientes a que enseñen la TRE a la gente que les rodea e intenten que les digan sus creencias irracionales. Enseñar la TRE a otros ayuda, al que enseña, a perfeccionarse en la refutación y otros métodos de la TRE.

Métodos Psicoeducacionales

La TRE siempre ha sido partidaria del uso de libros y cassettes para enseñar sus principios a los pacientes y al público en general. Por ello, una de sus metas es animar a los clientes a que graben sus refutaciones a sus iB, por ejemplo.

Resolución de problemas

Para la TRE la gente tiene dos tipos de problemas: 1) problemas prácticos; y, 2) problemas emocionales, o problemas emocionales por tener problemas prácticos. Se comienza por los problemas emocionales y se enseña a minimizarlos o eliminarlos; después, se pasa a los problemas prácticos.

El uso del humor

Según la teoría TRE, las iB que trastornan a las personas suelen surgir de la exageración del significado correcto y consideración adecuada de los deseos o preferencias (lo cual es racional); debido a ésta exageración, se toman demasiado en serio las cosas. La TRE maneja el humor como una de las técnicas principales para combatir esta forma de pensamiento exagerada o “catastrofista”. Se recomienda, si es posible, hasta el manejo de chistes.

MÉTODOS EMOTIVOS DE LA TRE

Imágenes racional-emotivas

Con ellas se intenta imaginar algunas de las peores cosas que podrían ocurrir y cuáles sentimientos y conductas serían los más adecuados ante cada circunstancia, por ejemplo.

Se sugiere hacer estos ejercicios varias veces al día, durante algunos días, dependiendo del caso.

Ejercicios de ataque a la vergüenza o ejercicios de riesgo

Éstos ejercicios son muy variados y su objetivo principal es actuar en contra de la pena (vergüenza). Por ejemplo, se pueden escoger algunas acciones simples (preguntar a desconocidos, hablar en voz alta, etc.) y obligar a hacerlas ante público.

Role-playing

Ésta técnica también es conocida como “modelamiento”. En ella, se representan diversas situaciones y juntos, terapeuta y paciente representan los comportamientos funcionales a los que se puede recurrir en diversas circunstancias.

Grupos de socialización

Cuando es necesario, en la TRE se trabaja en grupo, dándole al paciente un espacio adecuado para trabajar sobre sus deficiencias en habilidades de socialización.

Autorevelaciones forzadas

La TRE afirma que las personas se perturban no sólo por sus ideas, pensamientos, actitudes y filosofías, sino también por perseverar, fuerte y vehementemente, en sus creencias perturbadoras. Aquí se enseña cómo inventar autorrevelaciones racionales y a repetírselas, tantas veces como haga falta, hasta que empiece a sentirlas propias y a convencerse de su verdad.

Auto-diálogo forzado

Aquí se trata de mantener un diálogo forzado consigo mismo y grabarlo en cinta. Se graba, por ejemplo, una iB y se debate; después, se escucha la cinta y se comprueba si los argumentos utilizados son buenos, así como el poder de los que mantienen las iB.

Autoaceptación incondicional

Con ésta técnica se enseña al paciente la manera de aceptarse completamente sí mismo bajo cualquier circunstancia y a valorar únicamente sus actos, pero nunca a él mismo en su totalidad, su *self*⁸⁸ o su existencia.

MÉTODOS CONDUCTUALES DE LA TRE

Tareas activas

En la TRE, desde el principio de la terapia es común utilizar tareas activas a realizar fuera de las sesiones. Estas incluyen escritos (automonitoreos o autorregistros, autobiografías, etc.), salidas de casa y demás ejercicios conductuales.

⁸⁸ Persona, Yo.

Refuerzos y Castigos

En la TRE se enseña a los pacientes a reforzarse en sus logros y sus pensamientos racionales y a reprenderse de manera funcional por sus fallos en sus responsabilidades y sus pensamientos irracionales.

Entrenamiento en habilidades

Ésta técnica incluye otras más. Dependiendo de las carencias o limitaciones, puede significar: entrenamiento en aserción, en relaciones sociales y en habilidades de comunicación.

TÉCNICAS EVITADAS EN LA TRE

Por todo lo dicho hasta ahora, parece claro que la TRE es una forma multimodal de terapia que aboga por el uso de técnicas emotivas, cognitivas y conductuales. Sin embargo, el elegir una u otra técnica es algo que está sujeto a la teoría de la TRE, y por ello, hay algunas que se evitan o que se utilizan en raras ocasiones⁸⁹:

- Técnicas que hacen a la gente más dependiente (excesiva cordialidad y “apapacho”).
- Técnicas que animan a la gente a ser más crédula y sugestionable (algunas terapias meramente sugestivas).
- Técnicas que dan grandes rodeos o son ineficaces (animar a la gente a que dé grandes explicaciones de sus experiencias activadoras en “A”).
- Métodos que hacen sentirse mejor en el corto plazo más que en el largo plazo (algunas técnicas experienciales como la expresión total de un sentimiento en forma dramática y catártica).
- Técnicas que distraen a los clientes de trabajar en sus filosofías irracionales (yoga, métodos de relajación, etc.) Sin embargo, éstos métodos pueden ser utilizados **junto con** la refutación cognitiva para producir un cambio filosófico.
- Métodos que pueden reforzar inconscientemente la filosofía de baja tolerancia a la frustración (desensibilización gradual).
- Técnicas que incluyen una filosofía anticientífica (curación por la fe, misticismo).
- Técnicas que intentan cambiar los acontecimientos activadores (A) antes que B, o que no enseñan a los pacientes cómo cambiar sus creencias irracionales (B).

⁸⁹ Ellis, ob. Cit. Nota 62.

7. METODOLOGÍA

7.1. OBJETIVOS

1. Identificar las ideas irracionales que presenta la mujer.
2. Identificar los tipos de conflictos que presenta.
3. Intervenir para propiciar el cambio adecuado de las ideas irracionales que determinan su situación conflictiva por ideas racionales a través de la Terapia Racional Emotiva.
 - 3.1. Propiciar la búsqueda de soluciones para su conflicto, enfrentando racionalmente su situación.
 - 3.2. Promover la búsqueda de una actividad propia, personal e independiente del núcleo familiar que estimule y corrobore su potencial creativo.
 - 3.3. Evaluar los resultados de la intervención por medio del Cuestionario Clínico Diagnóstico del Síndrome Depresivo y del análisis del reporte verbal de las participantes.

7.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Utilizando individualmente la Terapia Racional Emotiva, con mujeres que viven con su cónyuge y presentan síntomas de dependencia /depresión, estas preguntas son:

1. ¿Cuáles son las principales ideas irracionales que manejan estas mujeres acerca de su condición femenina?
2. ¿Cuáles son los principales conflictos que presentan?, ¿pueden explicarse por estas ideas irracionales?
3. ¿Se puede lograr el cambio adecuado para la producción de una forma de afrontar su situación y sus conflictos de manera más racional?
4. ¿Se puede “entrenar” la habilidad en la búsqueda de soluciones para su conflicto?
5. ¿Se puede promover o lograr el interés de la mujer en una actividad independiente del hogar, como área de desenvolvimiento personal?
6. ¿En qué medida esta área creada asegura o garantiza la mejora en su situación?

7.3. JUSTIFICACIÓN

Dentro del sistema familiar tradicional, la mujer juega un rol primordial frente al cónyuge y los hijos. Es quien, normalmente, organiza y administra la casa, cría, cuida y alimenta a los vástagos; quien sirve y apoya a la pareja, que es el abastecedor. Si la mujer comienza a comportarse de manera disfuncional como respuesta a ésta situación y presenta conductas de dependencia, depresión o ansiedad, afecta directa y negativamente al sistema familiar. A consecuencia de éste comportamiento pueden presentarse situaciones como: problemas con el cónyuge, descuido de los hijos, de sí misma y de sus responsabilidades, lo que conlleva a

intensificar su problemática. Es necesario considerar la situación de la mujer dentro de su casa, identificar la causa de su problemática, guiarla hacia el cambio adecuado para la mejora de su situación y propiciar un desarrollo más integral de ella misma, para una mejor interacción con los demás.

7.4. DEFINICIÓN DE VARIABLES

V.I. Intervención individual con la Terapia Racional Emotiva.

- Análisis Racional Emotivo de su situación y filosofía de vida.
- Entrenamiento para la disminución de la ansiedad.
- Reorganización de actividades.
- Resolución de problemas.

V.D. Depresión.

V.D. Ideas irracionales.

CONCEPTUAL

VARIABLES DE DIFERENCIAS INDIVIDUALES O DE INCLUSIÓN A LA INVESTIGACIÓN

Mujeres dependientes

“Mujer que sirve a uno o es subalterno de una autoridad”.⁹⁰

“Estado de subordinación que produce la desigualdad social. Sujeción, sometimiento a algo o alguien. Estar bajo el dominio o la protección de algo o alguien”.⁹¹

“Estar subordinado; producirse o ser causado por otro; estar o quedar al arbitrio de una voluntad”.⁹²

“Apoyo en otras personas para la formación de opiniones o ideas. Estado en que recibe ayuda de otra, en especial, ayuda económica, y que en consecuencia está, en parte, bajo el «control» de esa persona”.⁹³

Problemas en pareja/familia

Mujeres que, a causa de sus ideas de impotencia e indefensión, dejan de responder adecuadamente a sus responsabilidades y necesidades, lo que las lleva a una situación conflictiva con ellas mismas, con el cónyuge y con los hijos por las respuestas negativas generadas. Entendiéndose por problemas: discusiones frecuentes, maltrato moral o físico por parte del cónyuge hacia ellas, o de ellas hacia los hijos.

VARIABLES DEPENDIENTES

Mujeres deprimidas

“Afligida, apesadumbrada, desgraciada, adolorida”.⁹⁴

⁹⁰ Diccionario Enciclopédico Larousse. Colombia, 1998.

⁹¹ Diccionario Enciclopédico Grijalbo. España, 1990.

⁹² Diccionario de la Lengua Española Durvan. España, 1988.

⁹³ Diccionario de las Ciencias de la Conducta. Wolman, B. Trillas. México, 1984

“Tristeza profunda e inmotivada, que inhibe todas las funciones psíquicas”.⁹⁵

“Sentimiento de impotencia, desesperanza, ineficacia y tristeza”.⁹⁶

“La etiqueta *depresión* se aplica a los individuos pasivos que creen no poder hacer nada para aliviar su sufrimiento y que se vuelven deprimidos cuando pierden una fuente importante de apoyo, el caso perfecto para aplicar el modelo de *indefensión aprendida*. Sus síntomas serían: disminución de la iniciación de respuestas voluntarias, disposición cognitiva negativa, curso temporal, agresión disminuida, pérdida de apetito y cambios fisiológicos”.⁹⁷

Ideas Irracionales

Hipótesis antiempíricas, absolutistas, ilógicas, perfeccionistas, dogmáticas, rígidas y no comprobables de que las cosas *deben* o *tienen* que ser distintas de las formas en que indudablemente son. Se expresan por la forma: “tengo que”, “debo”, “debería”, “estoy obligado a”. Estas creencias provocan emociones negativas como culpa, depresión, inutilidad o rabia, que interfieren en la persecución y obtención de metas. (Véase Ellis, 1980. p. 32).

OPERACIONAL

VARIABLES DE DIFERENCIAS INDIVIDUALES O DE INCLUSIÓN A LA INVESTIGACIÓN.

Mujeres dependientes

La dependencia en las mujeres se establecerá a través de los criterios de la entrevista estructurada, cuando éstas:

- Dependen económicamente del cónyuge.
- Dependen del cónyuge para tomar decisiones con respecto a su familia, a su propia actividad y al manejo de sí mismas.
- Se vean determinadas en general por la actitud del cónyuge con respecto a su éxito o su fracaso, su bondad o maldad.
- Atribuyan un irracional determinismo a la “suerte” o al “destino”, lo que indica que han depositado la responsabilidad de sí mismas en un agente externo, que se referirá como *Pensamiento Mágico*: “El individuo cree que sus pensamientos, palabras o acciones pueden o podrían de algún modo, provocar o prevenir un determinado acontecimiento, en abierta oposición a las leyes normales de causas y efectos”.⁹⁸
- No se encuentren participando dentro o fuera del hogar en alguna actividad independiente de los otros miembros del sistema.

Problemas en pareja/familia

Los problemas se establecerán cuando la mujer reporte:

- Síntomas depresivos y/o ansiosos.

⁹⁴ Ob. Cit. 1990.

⁹⁵ Op. Cit. 1998.

⁹⁶ Op. Cit. supra. 1984.

⁹⁷ *Indefensión*, Seligman. Debate. España, 1995.

⁹⁸ DSM-IV, 1995. *Glosario*.

- Síntomas de abandono de sus responsabilidades dentro del sistema: descuido de los hijos, de los quehaceres domésticos, etc.
- Descuido de sí misma: personal y/o moral.
- Discusiones frecuentes dentro del sistema familiar.
- Maltrato moral o físico por parte del cónyuge o de ella hacia los hijos.
- Ineficacia propia para la resolución de sus conflictos familiares.

VARIABLES DEPENDIENTES

Depresión

Esta variable será medida con el Cuestionario Clínico Diagnóstico del Síndrome Depresivo, del Dr. Guillermo Calderón Narváez. Según la cantidad e intensidad de los síntomas presentados, el cuestionario define el grado de depresión en que se encuentra la mujer.

Ideas Irracionales

Esta variable será evaluada a partir de la clasificación de creencias de Ellis⁹⁹, en la que determina la racionalidad o irracionalidad según la forma de observación, inferencia o evaluación de la realidad que se hace en ellas. Ellis sugiere básicamente éstos tipos de creencias: Evaluaciones Preferenciales Positivas (EPP), Evaluaciones de Obligación Positivas (EOP), Evaluaciones Preferenciales Negativas (EPN) y Evaluaciones de Obligación Negativas (EON). Las evaluaciones consideradas “racionales” por Ellis son las preferenciales, y las de obligación son catalogadas como “irracionales”. Según la estructura de las verbalizaciones de la mujer, se definirá el núcleo racional o irracional.

7.5. HIPÓTESIS

Hi1

Los principales conflictos que presentan las mujeres pueden explicarse por las ideas irracionales que reportan.

Hi2

Por medio de la intervención con la Terapia Racional Emotiva individual se puede lograr un cambio en las mujeres encaminado a la producción de una forma de afrontar su situación y sus conflictos de manera más racional.

Hi3

Por medio de la intervención con la Terapia Racional Emotiva individual se puede lograr, en las mujeres, el interés en una actividad independiente del hogar como área de desenvolvimiento personal.

Hi4

Esta área de desenvolvimiento personal creada, garantiza, en gran medida, la mejora de su situación conflictiva.

⁹⁹ Véase en el capítulo 5 de éste estudio, el inciso 5.5 ABC de la Terapia Racional Emotiva, “Creencias”.

7.6. TIPO DE ESTUDIO

Transversal/Descriptivo: se reportarán las características de las mujeres, de la intervención y de los resultados observados. El análisis será Intrasujeto (Individual).

7.7. MÉTODO

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Fue diseño de un solo caso ó intrasujeto. (N=1)

En el diseño de un solo caso, las inferencias se hacen usualmente a partir de los efectos de la intervención en comparación con las diferentes condiciones presentadas al mismo sujeto a lo largo del tiempo.¹⁰⁰

MUESTREO

El muestreo de las mujeres fue *no probabilístico*, establecido por *cuotas*; seleccionándolas según todos los criterios de inclusión hasta sumar 5 el número de mujeres.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se requirieron cinco mujeres, con las siguientes características:

- Mujeres de 20 a 45 años.
- Que vivan con el cónyuge.
- Con hijos.
- Sin trabajo o actividad formal independiente del hogar.
- Con conductas de dependencia/depresión. (Definidos en el rubro de Definición Operacional).
- Con problemas de pareja/familia. (Definidos en el rubro de Definición Operacional).

ESCENARIO

El espacio en el que se trabajó fue el Consultorio de Psicología de la Clínica "CRECE", Clínica de Rehabilitación Conductual para el Enfermo Crónico de la Consulta Externa del Hospital General de México.

MATERIALES

- 2 sillas.
- Hojas blancas.
- Plumas.
- Hojas de registro o automonitoreo.

¹⁰⁰ Kazdin, 1998.

INSTRUMENTOS

- “Cuestionario Clínico Diagnóstico del Síndrome Depresivo” del Dr. Guillermo Calderón Narváez. Este cuestionario fue publicado por primera vez en la *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 1992, vol. 30, num. 5/6 p.p. 377-380). El análisis de la Validez y la Confiabilidad del Cuestionario, se realizó en la Universidad Intercontinental, bajo la dirección del Dr. Calderón. *Arch Neurocién* vol. 1, no. 1, p.p.11-15, México, 1996. (Ver anexo).

El cuestionario consta de 20 preguntas acerca de un grupo de síntomas característicos de la ansiedad y la depresión. La persona debe contestar a éstas, señalando la opción (el grado) en que los síntomas se presentan: NO, POCO, REGULAR y MUCHO. Al finalizar, el cuestionario nos brinda una aproximación acerca de la situación emocional de la persona. Calificación del cuestionario: las preguntas contestadas en la 1ª columna (NO), se multiplican por 1; las contestadas en la 2ª columna (POCO), se multiplican por 2; las preguntas contestadas en la 3ª columna (REGULAR), se multiplican por 3 y las contestadas en la 4ª columna (MUCHO), se multiplican por 4. Se suman los resultados de las multiplicaciones, obteniendo un Puntaje Crudo, del cual se encuentra el equivalente en la tabla de “Puntaje Equivalente”. En esta tabla, se encuentran 4 clasificaciones del grado de depresión; de 20 a 35 puntos, equivale a NORMAL; de 36 a 45 nos indica la presencia de REACCIÓN DE ANSIEDAD o DEPRESIÓN INCIPIENTE; de 46 a 65, nos indica DEPRESIÓN MEDIA, y de 66 a 80 puntos, equivale a DEPRESIÓN SEVERA (Ver anexo).

- Entrevista estructurada. (Ver anexo).

7.8. PROCEDIMIENTO

I. SELECCIÓN. Se seleccionaron cinco mujeres que acudieron (o fueron remitidas) al servicio de Psicología de la Consulta Externa del Hospital General de México, que cubrían las características mencionadas. Por medio de una entrevista estructurada que contiene las preguntas necesarias para identificar los tópicos a tratar, se evaluó si las mujeres cumplían o no con los requisitos.

II. APLICACIÓN DE CUESTIONARIO. Después de la entrevista, si era seleccionada, se le aplicaba por vez primera el Cuestionario Clínico Diagnóstico del Síndrome Depresivo, con la finalidad de evaluar su estado emocional antes de la intervención.

III. INTERVENCIÓN. Se inició entonces, la aplicación del programa:

1. Análisis de la situación actual (autorregistros):

1.1. Se identifica el ambiente en que vive y el rol que desempeña.

Las características propias; elementos intelectuales, habilidades de afrontamiento, áreas libres de conflicto, redes sociales.

1.2. Se identifican los tipos de problemas.

La mujer habla de su problemática, (realiza autorregistros descriptivos de su situación), señala los principales conflictos que padece y los ordena jerárquicamente, según el grado de daño psicológico y el impacto familiar que representen.

1.3. Se identifican las principales ideas o creencias irracionales.

En este punto, el objetivo es descubrir las creencias que se tienen acerca de las causas de los problemas que se viven; es decir, la forma de “verlos”, justificarlos, de explicarlos. La paciente expone las ideas que tiene acerca de los determinantes de su situación, y se valora lo irracional de cada creencia y el aspecto racional que en su lugar sería más conveniente.

1.4. Se identifican los sentimientos de “indefensión” e “impotencia” (dependencia/ depresión). Se evalúa la presencia de tales sentimientos, dependiendo de la explicación que cada mujer dé a su problemática; se señala la conexión existente entre estos sentimientos y las ideas irracionales que reportan.

1.5. Recuento general del aprendizaje recibido (escritos).

Este ejercicio se realiza a fin de identificar las experiencias más representativas para cada una y el impacto que tuvo en ellas, al igual que su respuesta o reacción ante el evento, para tener un antecedente respecto de sus habilidades de afrontamiento.

2. Análisis Racional Emotivo de su situación y su filosofía de vida.

2.1. Análisis de los pensamientos irracionales.

Se evalúan las ideas irracionales de estas mujeres con el fin de apegarlas más a la realidad y permitir a la mujer, modificando las ideas de indefensión e impotencia, buscar una mejor situación para ellas mismas. En este punto se aplica el esquema ABC completo a la paciente: se identifican los Acontecimientos desencadenantes, las Creencias ante éstos y las Consecuencias de ésta diada; se promueve la Discusión de las creencias irracionales y se evalúan posteriormente los Efectos de dicha discusión.

3. Entrenamiento para la disminución de la ansiedad.

3.1. Se entrena a la mujer en ejercicios de relajación.

–A través de la respiración. El entrenamiento básico al respecto, tiene la siguiente estructura: Inhala despacio-Detén el aire-Exhala despacio. Repite.

–Tensión–Distensión de músculos. Al mismo tiempo que el ejercicio anterior, se le pide que Tense el músculo progresivamente, en tanto inhala despacio. Mantenga la tensión y detenga el aire. Disminuya progresivamente la tensión mientras exhala despacio. Este ejercicio se basa en las técnicas de relajación de Jacobson.

La lista de los músculos a tensar inicia con las manos, brazos, cuello, cara, espalda, estómago, vientre, glúteos, piernas, pies. A través de las diferentes sesiones se irán sugiriendo los órganos a tensar, de forma acumulativa, resultando al final de la intervención el entrenamiento en relajación del cuerpo completo.

3.2. Se les sugiere caminar diariamente durante 30 minutos, para propiciar también con esto la relajación. Se les sugiere caminar, en soledad o acompañadas, en el momento del día que decidan o que les sea posible.

3.3. Se les propone una dieta lo más sana posible y se promueven hábitos de alimentación adecuados.

No fumar, no tomar café, no tomar refresco, aumentar el consumo de frutas y verduras y el consumo de líquidos y agua natural.

4. Reorganización de actividades.

4.1. Búsqueda de alternativas.

Se propiciará que la mujer, dependiendo de sus posibilidades y elementos sociales con que cuenta, reorganice sus actividades y sus horarios, con el objeto de que destine tiempo para sí misma, de tal manera que cumpla con sus responsabilidades dentro del sistema familiar sin olvidarse de sus propias necesidades y así, más satisfecha, responder favorablemente a su entorno. En éste punto se requerirá la participación de los otros integrantes del sistema familiar para facilitar una nueva organización: compartir quehaceres, etc.

4.2. Introducción de una actividad independiente del sistema familiar.

De acuerdo con su interés personal, y después de haber reorganizado sus horarios y actividades, se propiciará la búsqueda e inicio de una actividad que represente un área de desenvolvimiento personal de la mujer. Esta área dependerá de los intereses, gustos y preferencias de cada una, al igual que del nivel de apoyo, empatía y posibilidades del sistema familiar ante el proyecto de la mujer.

5. Resolución de problemas.

5.1. En este punto se enseña a la paciente un esquema sencillo, pero muy útil, para la resolución de problemas. Este se utiliza durante todo el proceso (tiene una estructura parecida al ABC de Ellis) y es el siguiente:

- Identificación del problema.
- Planteamiento de soluciones.
- Análisis de posibles consecuencias (positivas y negativas) de las soluciones planteadas.
- Aplicación de la solución elegida.
- Discusión de resultados.

Al entender éste esquema, se facilita su aplicación en momentos posteriores a la intervención.

IV. SEGUNDA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO. Se aplicó por segunda vez el Cuestionario Clínico Diagnóstico del Síndrome Depresivo, para evaluar la situación emocional de la mujer posterior a la intervención, y poderla comparar con los resultados obtenidos en la primera aplicación.

8. RESULTADOS

Al final de la intervención se realizó un análisis **individual**, comparando la situación de la mujer, previa al tratamiento, con los cambios obtenidos a través del proceso.

A continuación se presentan las fichas de identificación de cada una de las participantes en el estudio con los datos más significativos, sus puntuaciones en el Cuestionario Clínico Diagnóstico del Síndrome Depresivo previa y posterior a la intervención, y la tabla descriptiva de los avances sobre la base de los autorregistros de las mujeres, presentándose en la 1ª columna el número de la sesión terapéutica; en la 2ª columna, la Situación (o acontecimiento); en la 3ª columna el Reporte verbal de la mujer; y en la 4ª columna la clasificación de Síntomas (letras normales), clasificación de Creencias racionales o irracionales (iniciales en mayúsculas) y tipo de Técnica utilizada (cursivas) o mejoría observada en algún aspecto de la problemática.

Posteriormente, se responden las preguntas planteadas en ésta investigación en base a la información recabada a lo largo del proceso.

8.1. MUJER 1

Teresa P. F. 45 años. Esposo: 47 años. Viven juntos desde hace 21 años. Tienen tres hijos de: 19, 15 y nueve años. El esposo de Teresa es alcohólico activo desde antes de vivir con él: consume alcohol 1 ó 2 veces por semana sin llegar a dormir a casa.

Entrevista: Teresa se presenta a consulta refiriendo problemas en la interacción con sus hijos; éstos no la obedecen (“no me pelan”) y generalmente discute con ellos. Menciona también que la relación con su esposo es mala y agresiva: “toma mucho”, “no convive con nosotros”; pelean con frecuencia. En sus propias palabras: “estoy casi siempre triste, irritable. En casa siempre hay gritos, groserías y agresiones”.

En la 1ª aplicación del Cuestionario Clínico Diagnóstico del Síndrome Depresivo (CCDS), Teresa obtuvo **41** puntos, lo que equivale a: **REACCION DE ANSIEDAD O DEPRESIÓN INCIPIENTE.**

A continuación se presenta la **Tabla 1**, en ella se observan las principales situaciones problemáticas de la paciente, sus ideas y las diversas intervenciones terapéuticas, con los consecuentes resultados.

Tabla 1

Ses	ACONTECIMIENTO	REPORTE VERBAL DE CREENCIA-EMOCIÓN	CLASIFICACIÓN E INTERVENCIÓN
1.	a. Relación con hijos. b. Relación con esposo.	a. "No me pelan; les llamo la atención y se salen; no les gusta su casa". b. "Todo bien mientras él no esté; regaña y humilla".	a. Sensación de impotencia. EON ¹⁰¹ b. EON
2.	a. Situación en casa. b. Relación con esposo.	a. "Todo me molesta". b. "Me da miedo, es muy agresivo; discutimos; lo confronto mucho".	a. Irritabilidad b. Miedo. EON
3.	a. Relación con esposo. b. Hijos, "siempre en casa de la tía".	a. "Resentida; hemos vivido muy mal, todo fue a la fuerza". b. "Preocupación, son muy malcriados. Los regaña: no me pelan".	a. Tristeza b. Irritabilidad, Sensación de impotencia. EON
4.	a. Casa. Discusiones entre padre-hijos. b. Hijos, pelean. c. Inicia ventas de objetos de piel.	a. "El quiere arreglar en un año lo que hizo en 10 años; defendiendo a mis hijos". b. "Impotencia, enojo; les grito majaderías, ellos como si nada". c. "Me distraerá; así mejor me salgo de la casa".	a. Irritabilidad, tristeza. EON b. Sensación de impotencia, Irritabilidad. EON c. <i>Búsqueda de alternativas EPP.</i>
5.	a. Reunión familiar. b. Hijo pide de comer. c. Sale con su esposo. d. Invita a caminar a su esposo, él no acepta. e. Sale a caminar.	a. "Piden ayuda y no dan". b. "Molestia, coraje y luego culpa; me habla golpeado, lo atiendo". c. "Coraje, enojo y hasta miedo; es muy grosero y prepotente". d. "Coraje, frustración; no digo nada y me voy". e. "Tranquilidad, pero pienso que quisiera matarlo por mentiroso".	a. Irritabilidad. EON b. Irritabilidad, Culpa. EON c. Irritabilidad, Miedo. EON d. Irritabilidad, <i>Búsqueda de alternativas.</i> e. <i>Ejercicio.</i> EON
6.	a. Hermana viaja y no la invita. b. Ve jugar a su hija menor. c. Con hijos hace cena. d. Camina diario	a. "Enojo, envidia; debo reflexionar, dejar de envidiar". b. "Ansiedad, me debo dar mi terapeada antes, no es serio". c. "Tranquila, cooperan, empiezan a ser ellos mismos". d. "Soy menos enojona".	a. Irritabilidad, <i>Búsqueda de alternativas.</i> EOP b. <i>Ansiedad, Búsqueda de alternativas.</i> EOP c. <i>Búsqueda de alternativas.</i> EPP d. <i>Ejercicio.</i>
7.	a. Relación con esposo. b. Esposo-alcohol. c. Por beber no fue a trabajar. d. Ventas.	a. "Frustración; no respeta decisiones, debe respetar los tiempos de descanso". b. "Me ridiculiza; todo es buen pretexto para beber; es muy violento". c. "Coraje; la bebida lo aloca cada día más". d. "Tranquila, me distrae salir a vender, cobrar, etc."	a. Irritabilidad. EON. b. Vergüenza, Irritabilidad. EON c. EPN d. <i>Actividad.</i> EPP

¹⁰¹ EON: Evaluación de Obligación Negativa; EOP: Evaluación de Obligación Positiva; EPN: Evaluación Preferencial Negativa; EPP: Evaluación Preferencial Positiva.

Ses	ACONTECIMIENTO	REPORTE VERBAL DE CREENCIA-EMOCIÓN	CLASIFICACIÓN E INTERVENCIÓN
8.	a. Hermana viaja, le ayuda a empacar. b. Sale con esposo e hijos. c. Pide opinión al esposo (cor-te de pelo). d. Camina, ej. de relajación.	a. "Aceptación: me siento útil, no sentí esa envidia que a veces me entra". b. "Tranquila; no lo contradigo. Poniendo de mi parte todo funciona". c. "Tranquila: él se interesa. El trata de hacer lo posible, vamos juntos". d. "Relajada".	a. EPP b. EOP c. EPP d. <i>Ejercicio y Relajación.</i>
9.	a. Situación en casa. b. Con esposo. c. "Me acusa de que no quiero darle de comer".	a. "Aunque cansada, hago quehaceres; me considero responsable". b. "Tranquila a pesar de sus comentarios sarcásticos. Sigo con lo que había decidido". c. "Me molesta, pero no le contesto; se va pasando el coraje haciendo el ejercicio de relajación".	a. EPP b. <i>Toma de decisiones.</i> EPN c. <i>Búsqueda de alternativas.</i> <i>Ejercicio.</i> <i>Relajación.</i> EPN
10.	a. Recibe quejas del hijo mayor. b. La invitan a salir, fue con hijo menor.	a. "No lo supe educar, es enojoso; pero por eso vengo, para ayudarme y ayudarles". b. "Mi marido no quiso ir. Hice lo que quería hacer".	a. Culpa, Autorresponsabilidad. EPN b. <i>Toma de decisiones.</i> EPP.
11.	a. Llega a casa después de horas. b. Pasea (circo) con hijo menor. c. Visita a hermana.	a. "Esperaba reproches, me tranquilice, no sucedió así". b. "Divertida, todo estuvo tranquilo. Pagué con mi dinero". c. "Participo sin pena; todo estuvo muy tranquilo".	a. EPN b. EPP c. EPP
12.	a. En casa con hijos, ellos ayudan. b. En casa, llegó esposo tomado. c. Fin de semana, "piden comida de la calle".	a. "Me siento tranquila; hice mi quehacer y no hubo ningún problema". b. "Todo muy tranquilo. Todo está bien; es su problema, el que sufre es él". c. "Siento que me consintió; no hice de comer ni de cenar".	a. <i>Cambio Positivo en relación con hijos.</i> EPP b. EON c. <i>Cambio Positivo en relación con esposo.</i> EPP
13.	a. Hijo mayor falta a la escuela. b. Fin de semana, esposo toma. c. Juega dominó con sus hijos. d. Con esposo comenta conducta del mayor.	a. "Molestia; me calmo... preguntar sí, no regañar". b. "Nos invita a comer; todo tranquilo, muy tranquilos". c. "Hemos estado muy tranquilos". d. "Como jugando, bien".	a. <i>Búsqueda de alternativas.</i> EPN b. EPP c. EPP d. <i>Cambio Positivo en relación con esposo.</i> EPP
14.	a. Hijos mayores no llegan a la escuela. b. Esposo toma y no llega. Hijo mayor se enoja porque quedaron de hablar al llegar. c. Esposo llega hasta la tarde del día siguiente.	a. "Los castigué, hicieron todo el quehacer". Esposo apoya. b. "Me molestó. Mi hijo me dijo que siempre era lo mismo, que no le importaba nada". c. "La verdad, yo no estuve preocupada, llegó muy <i>sedita</i> con todos".	a. EPP b. Irritabilidad. EPN c. <i>Autocuidado.</i> <i>Búsqueda de alternativas.</i> EPN
15.	a. Pasa el día en la calle, no hace la comida, esposo "furioso". b. Esposo enojado, no pide de comer.	a. "Ya ni me molesta, le hago comida rápida y santo remedio". b. "Yo me siento tranquila; me alcanza más el tiempo para muchas cosas".	a. <i>Búsqueda de alternativas.</i> EPP b. <i>Búsqueda de alternativas.</i> EPP

En la 2ª aplicación del CCDSD, Teresa obtuvo 35 puntos, que equivale a: *NORMAL*.

1. ¿Cuáles son las principales ideas irracionales que presenta ésta mujer acerca de su condición femenina?

Principalmente presenta ideas irracionales de impotencia e ineficacia ante el “caos” familiar en el que vive: sensación de no ser atendida o respetada por los hijos y el marido, por ejemplo, en afirmaciones suyas como: “no me pelan, no me hacen caso” (véase sesión 1.a., 3.b. y 4.b. de la Tabla 1); poca participación del esposo en las necesidades y demandas emocionales de ella y los hijos (véase sesiones 4.a. y 14.b.). Ideas irracionales en la valoración del esposo: desmedida atribución de responsabilidad a él y de su comportamiento como origen del conflicto y, a su vez, hipervigilancia y dependencia emocional ante éste (sesiones 1.b. y 5.e.).

Actitud rígida y susceptibilidad exagerada ante la conducta de sus hijos; angustia ante la poca atención que recibe de éstos y ante la posibilidad de ser descrita como madre o esposa poco atenta o descuidada con los suyos (sesiones 1., 3. y 4.).

2. ¿Cuáles son los principales conflictos que presenta?

Principalmente presenta angustia que se traduce en diversas manifestaciones de irritabilidad y hostilidad, obteniendo como resultado frecuentes discusiones familiares (gritos, ofensas, groserías), y distanciamiento entre los miembros. La comunicación y relación entre los integrantes es superficial, caracterizándose por terminar “siempre” en discusiones (véase sesión 4.a. y b., Tabla 1). Presenta hipervigilancia hacia los hijos y descuida sus propias necesidades.

Frustración y tristeza ante la idea de haber hecho mal las cosas (“hemos vivido muy mal, todo fue a la fuerza”, sesión 3.a.), haber fallado como esposa y madre.

¿Pueden explicarse por estas ideas irracionales?

Sin duda es determinante en Teresa sus ideas irracionales de “necesidad absoluta de los otros” ante su sensación de impotencia y los síntomas mencionados; sin embargo, en su caso se presenta otro factor importante que interactúa y alimenta su actitud: el esposo presenta antecedentes importantes de alcoholismo activo y los hábitos que, con frecuencia, esto implica; es decir, desatender responsabilidades, no cumplir compromisos, gastar en alcohol el dinero destinado a otros gastos, faltar a casa, sostener frecuentemente relaciones amorosas con otras mujeres, etc. Ejemplos de ésta problemática pueden observarse en la sesión 7.a., b. y c. de la Tabla 1.

Teresa manifiesta mala comunicación y pocos vínculos con el esposo desde el inicio de la relación. Habla de “resentimiento” hacia él continuamente (véase sesiones 3.a., 5.c., d. y e. y 7.a., b. y c. de la Tabla 1).

3. ¿Se puede lograr el cambio adecuado para la producción de una forma de afrontar su situación y sus conflictos de manera más racional?

Sí. Con el empleo de la Terapia Racional Emotiva, Teresa consiguió reevaluar su situación y modificar algunos conceptos; en especial, con respecto a sus hijos y, gracias a ello, lograr una forma diferente de comunicación e interrelación (véase sesiones 12.a. y 13.a. y c. en Tabla 1).

Con respecto al esposo, ya se mencionó que Teresa presenta una importante hostilidad y resentimiento. Este aspecto influyó mucho en su nivel de mejoría; siendo un factor complejo y desfavorable para el proceso, merece un tratamiento específico.

Se puede observar que a través del proceso las Evaluaciones de Obligación Positivas y Negativas (EOP y EON), fueron cediendo lugar a Evaluaciones Preferenciales Positivas y Negativas (EPP y EPN), lo que equivale a un cambio racional en sus creencias, según la clasificación de Ellis.

En cuanto a la calificación del Cuestionario Clínico Diagnóstico del Síndrome Depresivo (CCDSD), obtuvimos 41 (Reacción de Ansiedad) en la primera aplicación; después de la intervención se logró un puntaje de 35 (Normal), lo que equivale a una disminución de la sintomatología.

4. ¿Se puede “entrenar” para lograr la habilidad en la búsqueda real de soluciones para su conflicto?

Teresa, a través de ir reevaluando su papel, tomó conciencia de aspectos favorables en su situación y acciones que podía emprender para la mejora de ciertos aspectos que la mantenían “paralizada” por considerarlos irresolubles. Cuando comenzó a buscar alternativas, tomar decisiones y emprender una actividad, ella disminuyó su depresión y manifestó una posición más conciliadora que conflictiva.

En este caso, el ejercicio físico representó gran ayuda en el proceso de disminución de la ansiedad e irritabilidad con que Teresa inició el tratamiento, según información obtenida de la propia paciente. En la tabla se refiere a éste como *Ejercicio*.

5. ¿Se puede promover o lograr el interés de la mujer en una actividad independiente del hogar, como área de desenvolvimiento personal?

Sí. Cuando Teresa empezó a sentir una disminución de su ansiedad y su aprehensión, decidió empezar a trabajar vendiendo objetos de piel, actividad que le permitió salir de casa, relacionarse con gente y tener un ingreso propio, situaciones que apoyaron su mejora y el avance del proceso. En la tabla se le menciona como *Actividad*.

6. Esta área creada, ¿en qué medida mejora su situación?

En términos generales, a Teresa le abrió un espacio satisfactorio de actividad y nuevas posibilidades de interacción; pues, por ejemplo, el percibir un ingreso le permitió salir de casa (paseos, etc.) sin el consentimiento o “permiso” obligatorio del esposo (sesión 10.b.); y, asimismo, modificar su actitud exigente ante él; y, sobre todo, le proporcionó una sensación de ser trabajadora, productiva y responsable, que se observa en las sesiones 7.d. y 11.b. de Tabla 1.

8.2. MUJER 2

Edilberta L. R. 41 años. Esposo: 45 años. Viven juntos desde hace 20 años. Tienen tres hijos de: 19, 12 y siete años.

Entrevista: En el primer encuentro, Edilberta menciona que la relación con su esposo es muy distante: “mala y fría relación con mi esposo”, que conviven poco, no platican y cuando lo hacen, terminan discutiendo. Con sus hijos se lleva bien, pero frecuentemente le asaltan temores acerca de ellos, por ejemplo, de que algo les suceda. En concreto, los síntomas que refiere son: “Miedos (al transporte, a salir a la calle), sudoración, dolores musculares, zumbido de oídos, sensaciones «raras» en la cabeza”.

En la 1ª aplicación del CCDSD, Edilberta obtuvo **46** puntos, que equivale a: **DEPRESIÓN MEDIA**.

A continuación se presenta la **Tabla 2**, en ella se presentan las principales situaciones conflictivas descritas por Edilberta, con las creencias fundamentales y las diversas técnicas de intervención terapéutica.

Tabla 2

Ses	ACONTECIMIENTO	REPORTE VERBAL DE CREENCIA-EMOCIÓN	CLASIFICACIÓN E INTERVENCIÓN
1	a. Sola en casa. b. Exigencias irracionales con hijos. c. Relación distante y fría con esposo. d. Preocupación constante por los hijos. e. Miedo al transporte, a la calle.	a. “Yo no tengo nada que hacer, triste, ¿qué me pasa?”. b. “Angustia, tristeza. Presiono a mi hijo: debe ser responsable”. c. “Desesperación, coraje. Intento olvidar, ignorarlo”. d. “Les pido que no salgan, me quedo haciendo corajes”. e. “Algo sale de mi cabeza; disminuye al llegar a casa”.	a. Tristeza, Pesimismo. EON ¹⁰² b. Tristeza, Perfeccionismo. EON c. Irritabilidad, EON d. Irritabilidad. EON e. Miedo irracional.

¹⁰² EON: Evaluación de Obligación Negativa; EOP: Evaluación de Obligación Positiva; EPN: Evaluación Preferencial Negativa; EPP: Evaluación Preferencial Positiva.

Ses	ACONTECIMIENTO	REPORTE VERBAL DE CREENCIA-EMOCIÓN	CLASIFICACIÓN E INTERVENCIÓN
2.	<ul style="list-style-type: none"> a. Indiferencia del esposo. b. Vigila y participa con los hijos. c. Transporte. d. Visita a sus padres. 	<ul style="list-style-type: none"> a. "Ansiedad. Ni caso me hace". b. "Tranquilidad al estar con ellos. Me acerco a ellos". c. "Miedo, baja si llego a casa". d. "Alegria, flojera, preocupaciones momentaneas. Muy a gusto, estimulada". 	<ul style="list-style-type: none"> a. EON b. Dependencia emocional. EPP c. Miedo irracional. d. Inicia globoflexia (adornos hechos de globos). <i>Actividad. EPP</i>
3.	<ul style="list-style-type: none"> a. Con hijos. b. Transporte, calle. c. En casa de sus padres. d. En casa, escucha radio. 	<ul style="list-style-type: none"> a. "Tranquilidad, preocupaciones pasajeras: gozo mis hijos aunque no me ayuden". b. "Disminuye el temor: siento seguridad en mí, mayor confianza: voy a distraerme". c. "Alegria, disfruto, estamos todos reunidos". d. "Paz, tranquilidad, descanso: vivir sin prisa... dedicarme más tiempo". 	<ul style="list-style-type: none"> a. Preocupaciones, Dependencia emocional. EPP. b. Disminuye el miedo, <i>Búsqueda de alternativas. EPP</i> c. EPP d. <i>Búsqueda de alternativas, Relajación. EPP</i>
4.	<ul style="list-style-type: none"> a. Acude a la lectura de cartas (cartomancia). b. En casa. c. Sale de casa, sola. 	<ul style="list-style-type: none"> a. "Angustia: ¿por qué actúa así mi esposo?, las cartas no resultan". b. "Pienso en mi cambio: paz, alegría. Me estimula sentirme mejor". c. "Tranquilidad, voy despacio, disfruto lo que hago". 	<ul style="list-style-type: none"> a. Pensamiento mágico. EON b. EPP c. <i>Ejercicio. EPP</i>
5.	<ul style="list-style-type: none"> a. Planea con esposo. Discuten por desacuerdos. b. En casa, hace ejercicio de relajación. c. Transporte. d. Habla de sexualidad con sus hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> a. "Gusto, luego frustración". b. "Me siento muy bien". c. "Seguridad, tranquilidad, confianza, sin ese miedo de subir a la combi". d. "Sentí que me entendieron, razonaron y no se molestaron. Les inspiré confianza". 	<ul style="list-style-type: none"> a. EPN b. <i>Relajación. EPP</i> c. Disminuye el miedo. EPP d. EPP
6.	<ul style="list-style-type: none"> a. Va a una fiesta con su esposo. b. Sola en casa. c. Invita a su esposo con sus padres. d. Continúa con globoflexia. e. Sale a caminar. f. Planean arreglar la casa. g. Esposo accede a visita a padres. 	<ul style="list-style-type: none"> a. "Contenta, pero triste por que me ignora; aguanto por no hacerlo quedar mal". b. "Tranquila, imagino adomar eventos, ser creativa". c. "No me contesta; no le voy a estar rogando; voy sola muy a gusto". d. "Mucha tranquilidad, me despeja". e. "Me relaja la tensión". f. "Mucha emoción; es buen momento para estar juntos". g. "Contenta, regresamos juntos. Bien". 	<ul style="list-style-type: none"> a. Baja tolerancia a la frustración, Dependencia emocional. EPN b. Planea, Busca crear. EPP c. <i>Búsqueda de alternativas, Toma de decisiones. EPN</i> d. <i>Búsqueda de alternativas</i> e. <i>Ejercicio, Relajación.</i> f. <i>Cambio Positivo en relación con esposo. EPP</i> g. <i>Cambio Positivo en relación con esposo. EPP</i>

Ses	ACONTECIMIENTO	REPORTE VERBAL DE CREENCIA-EMOCIÓN	CLASIFICACIÓN E INTERVENCIÓN
7.	<ul style="list-style-type: none"> a. En casa, haciendo quehaceres. b. Con padres. c. Haciendo ejercicio. d. Con hijos. e. En la calle. 	<ul style="list-style-type: none"> a. "Tranquila; disfruto hacer cosas para mi familia". b. "Gozo a mis padres y hermanos". c. "Tranquila, mientras hago ejercicio, organizo mis ideas". d. "Mucho gusto al pensar que pasaron año; quisiera trabajar en vacaciones". e. "El simple hecho de salir de mi casa me hace sentir bien". 	<ul style="list-style-type: none"> a. EPP b. EPP c. <i>Ejercicio</i>. EPP d. <i>Satisfacción, Planea, Búsqueda de alternativas</i>. EPP e. EPP
8.	<ul style="list-style-type: none"> a. Se cita con un vecino. b. Esposo se va de vacaciones con los hijos. c. Visita varios días a padres. d. Estudio colposcópico (infección vaginal). 	<ul style="list-style-type: none"> a. "Miedo, preocupación, no es mi tipo y no quiero reencontrarme con él, aunque no tengo amigos para salir a distraerme". b. "Muy bien, liberada". c. "Gusto, satisfacción; sé que estaré bien". d. "Satisfacción, estuvo muy bien ir". 	<ul style="list-style-type: none"> a. <i>Toma de decisiones</i>. EPN b. <i>Interés por sí misma</i>. EPP c. <i>Búsqueda de alternativas</i>. EPP d. <i>Interés por sí misma, (Autocuidado)</i>. EPP
9.	<ul style="list-style-type: none"> a. Con esposo e hijos, viaja. b. Relación con esposo. c. Regresan a México. 	<ul style="list-style-type: none"> a. "A gusto, relajada, tranquila: hace ocho años no tenía unos días así". b. "Participa y nos acompaña, aunque serio, contenta". c. "Contenta, desempaco y limpio a gusto". 	<ul style="list-style-type: none"> a. EPP b. <i>Cambio Positivo en relación con esposo</i>. EPP c. EPP
10.	<ul style="list-style-type: none"> a. En casa, hace ejercicio. b. En la calle. c. Hijos salen, ella sola. d. Se informa acerca de la preparatoria abierta. 	<ul style="list-style-type: none"> a. "Me relaja tanto el ejercicio, que yo sola me motivo a hacerlo". b. "Tranquila, sin ningún miedo". c. "Me siento sola y un poco triste, pero yo no tengo derecho a retenerlos". d. "Fui con gusto; ya no estaba, pero seguiré buscando". 	<ul style="list-style-type: none"> a. <i>Ejercicio, Autocuidado</i>. EPP b. <i>Ausencia de miedo</i>. c. <i>Mayor tolerancia a la frustración</i>. EPN d. <i>Búsqueda de alternativas</i>. EPP
11.	<ul style="list-style-type: none"> a. Con esposo e hijo menor va al <i>foot ball</i>. b. Piensa en sus hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> a. "Mientras la clase de <i>foot ball</i>, estamos juntos, estoy contenta". b. "Quiero algo para mí, los hijos se van". 	<ul style="list-style-type: none"> a. <i>Relación familiar satisfactoria</i>. b. <i>Búsqueda de alternativas, Autorresponsabilidad</i>. EPP

En la 2ª aplicación del CCDS, Edilberta obtuvo 27 puntos, que equivale a: **NORMAL**.

1. ¿Cuáles son las principales ideas irracionales que maneja esta mujer acerca de su condición femenina?

Edilberta, manifestaba ideas irracionales de indefensión; miedo irracional a estar sola en el "exterior" (fuera de casa), especialmente en el transporte, con la creencia de que cualquier persona o situación podían causarle daño (véanse sesiones 1.e. y 2.c. de la Tabla 2); ésta idea se extendía hasta las hijas, pues tenía un miedo irracional constante a que algo o alguien las dañara estando fuera de casa (sesiones 1.b., d. y 3.a. de la Tabla 2).

Ideas absolutistas ante el comportamiento del esposo, considerado por ella como “frío y apático”; a su vez, ella presenta una exagerada necesidad de la atención y apoyo (dependencia emocional) por parte de éste, situación que facilitaba su susceptibilidad en la evaluación de su conducta (se observa en sesiones 1.c. y 2.a. de la Tabla 2); en una ocasión, por ejemplo, recurre a la lectura de cartas para “entender” la indiferencia de su esposo, sesión 4.a. Este aspecto, se menciona como Pensamiento mágico.

En estas condiciones presentaba también, ideas inflexibles acerca del orden, la limpieza y la responsabilidad.

2. ¿Cuáles son los principales conflictos que presenta?

Síntomas importantes de angustia; miedos irracionales principalmente, situación que le dificultaba la realización de tareas fuera de casa. Dentro de ella, los quehaceres domésticos se le complicaban con una sensación de preocupación constante y temor, aunque no dejaba de hacerlos.

La relación con su esposo era “mala y fría”; lo que, en la práctica, representaba discusiones y agresiones verbales frecuentes, poca o nula interacción cotidiana e indiferencia de él ante ella, lo que intensificaba su dependencia emocional (por falta de “apoyo y atención”) y frustración ante el débil contacto con el cónyuge.

La actitud inflexible ante la conducta “correcta” de ella y los otros, la necesidad de ser responsable, limpia y formal la mantenía preocupada constantemente y en una actitud hostil.

¿Pueden explicarse por estas ideas irracionales?

Sí. Con respecto a las ideas irracionales de impotencia se encuentran como causantes del temor y la angustia; y esa idea se retroalimentaba con otra idea irracional, expresada como: «necesito el apoyo constante para funcionar», o «necesito estar acompañada»; pensamientos que acrecentaban su temor, pues la realidad no satisfacía sus demandas como ella esperaba.

En la relación con el cónyuge, por una parte, ciertas actitudes de él demostraban indiferencia o frialdad ante la conflictiva (en ninguna ocasión la acompañó a citas con médicos, por ejemplo) y, por otra parte, Edilberta aceptó que se mostraba “hipervigilante” del marido y que demandaba su atención absoluta; condiciones que surgían de posiciones irracionales como “debe atenderme y ayudarme absolutamente en todo lo que me suceda o haga, y si no lo hace, no le intereso” (sesión 6.a.).

Igualmente, su actitud exigente ante el comportamiento de los hijos emerge de ideas irracionales acerca del “deber” y lo “correcto”; demostrándose, en la práctica, que obedecían a criterios absolutistas e irreales (sesión a l.b.).

3. ¿Se puede lograr el cambio adecuado para la producción de una forma de afrontar su situación y sus conflictos de manera más racional?

Sí. A medida que Edilberta fue aprendiendo a organizar y modificar sus ideas de una forma más racional, pudo ir reincorporando (en realidad muy rápidamente en comparación con los otros casos) ideas de capacidad y eficiencia, y con ello, cambiando la imagen de sí misma y de sus necesidades; así, pudo reestructurar sus expectativas y demandas. Podemos observar en cuanto a la disminución de su miedo las sesiones 5.c. y 3.b. En relación a su esposo, se nota el cambio en la sesión 6.c.; y en cuanto a sus hijos, en la 10.c.

En términos de la TRE, a través del proceso, Edilberta fue cambiando por preferenciales (EPP y EPN) sus originales evaluaciones de obligación (EOP y EON).

En cuanto a la calificación del Cuestionario (CCDSD), observamos un cambio de 46 (Depresión Media) antes de la intervención; y 27 (Normal) al final del tratamiento, datos que corroboran la mejoría en su situación.

4. ¿Se puede “entrenar” para lograr la habilidad en la búsqueda real de soluciones para su conflicto?

Sí. Con el cambio en su autopercepción y su descubrimiento de otras capacidades y habilidades en ella, Edilberta pudo solucionar su conflictiva con soltura de manera muy satisfactoria y con una actitud positiva.

5. ¿Se puede promover o lograr el interés de la mujer en una actividad independiente del hogar, como área de desenvolvimiento personal?

Sí. Especialmente en el caso de Edilberta, la actividad se presentó desde el principio como “inminente”, pues desde el comienzo manifestó su deseo y necesidad de actividades fuera del hogar; por lo cual, rápidamente las buscó y se estableció en ellas; generándole esto, situaciones agradables y satisfacción de sus demandas (sesión 6.b. y d. de la Tabla 2).

6. Esta área creada, ¿en qué medida mejora su situación?

Como ya se mencionó, la actividad fuera de la casa representó, para Edilberta el elemento principal de mejora, todo el proceso se encaminó en esa dirección; además, al tener tiempo y espacio para ella misma, disminuyó su actitud demandante ante el esposo y, claramente, él se esforzó por acercarse más al grupo familiar, situación que se puede observar, por ejemplo en las sesiones 5.a., 6.g., 9.a. y 11.a. de la Tabla 2.

8.3. MUJER 3

Claudia G. S. 24 años. Esposo 33 años. Seis años de casados. Tiene tres hijos de: siete, cinco y un años. Claudia tuvo una relación anterior a ésta cuando tenía 17 años, en la cual procreó a su pimer hijo. Poco después se separa de su primer pareja (por maltrato físico) y

él "se roba" a su hijo, sin permitir a Claudia volver a saber del niño. Posteriormente, ésta paciente se relaciona con su actual compañero que es un alcohólico *jurado*, con el cual se encuentra de nuevo en una situación de maltrato.

Entrevista: En la entrevista Claudia manifiesta estar triste "desde hace mucho tiempo", "no ser feliz", y refiere un gran aislamiento social: por diversos actos suyos, su familia está enojada con ella y tiene pocas redes sociales. En concreto, la sintomatología que menciona es: "Golpes y ofensas de parte de mi esposo, y maltrato a mis hijos (a veces les pego) discusiones frecuentes con él; resentimiento, irritabilidad, tensión; huidas de casa; relación con un amante" desde la primera vez que se fue de su casa.

En la 1ª aplicación del CCDS, Claudia obtuvo un puntaje de 60, que equivale a: **DEPRESION MEDIA.**

A continuación se presenta la **Tabla 3**, en ella se detallan las principales situaciones conflictivas, las creencias de Claudia acerca de ellas y la intervención profesional.

Tabla 3

Ses	ACONTECIMIENTO	REPORTE VERBAL DE CREENCIA-EMOCIÓN	CLASIFICACIÓN E INTERVENCIÓN
1.	a. Esposo ebrio la golpea. b. Se fue de casa con amante, regresó de nuevo. c. Habla con amante. d. Relación con hijos.	a. "Desesperación, miedo". Se fue de casa. b. "Desesperación, tristeza, no soy feliz". c. "Tristeza, confusión, No sé por qué estoy con mi esposo". d. "Irritabilidad, angustia, enojo; les grito y a veces les pego".	a. Maltrato físico y emocional de esposo a mujer. b. Depresión. EON ¹⁰³ c. EON d. Maltrato físico y emocional de madre a hijos.
2.	a. Donde vive, la casa de la familia del esposo. b. Con esposo, busca casa en renta. c. La suegra está enferma y su esposo está "triste".	a. "Tristeza, me critican, me prohíben cosas, no me hablan". b. "Tristeza, me siento mal; no deberían pedir tanto dinero". c. "Me necesita, sólo pedí que siga cumpliendo la promesa que le hizo a Dios" (está <i>jurado</i>).	a. Irritabilidad, Presión social. EPN b. <i>Baja tolerancia a la frustración.</i> EON c. Pensamiento mágico. EOP
3.	a. Reunión familiar con parientes de ella. b. "Peleo con mi hijo y le pegué" c. Otro hermano no le habla por irse de casa. d. "Hago ejercicio".	a. "Ya me habla mi hermano, feliz; ojalá que siempre estemos así, conviviendo". b. "No me pude contener; pienso que me debo contener". c. "Ojalá me perdone y olvide lo que he hecho; me duele mucho, no quiero ser mala". d. "Se me calman los nervios".	a. Dependencia emocional, Presión social. EOP b. Maltrato físico a hijo. EON c. Culpa, Dependencia emocional. EOP d. <i>Ejercicio y Relajación.</i>

¹⁰³ EON: Evaluación de Obligación Negativa; EOP: Evaluación de Obligación Positiva; EPN: Evaluación Preferencial Negativa; EPP: Evaluación Preferencial Positiva.

Ses	ACONTECIMIENTO	REPORTE VERBAL DE CREENCIA-EMOCIÓN	CLASIFICACIÓN E INTERVENCIÓN
4.	a. Esposo aprehensivo y "celoso." b. Hijo "se pone rebelde, me contestó." c. Amante, "se emborracha porque le fallé." d. Planean "agrandar casa, por mi hijo." e. Piensa en el amante.	a. "Me molesto por cualquier cosa; me hostiga". b. "Ganas de pegarte; hablé con él, no le pegué porque lo quiero". c. "Él tomó por mi culpa". d. "Culpa: ver que mi hijo sea así; quiero ayudar a mi hijo con su miedo". e. "Tristeza, culpa: hago mal. Me pongo a llorar".	a. Irritabilidad. EOP b. Irritabilidad. EPN c. Culpa. EON d. Culpa, <i>Búsqueda de alternativas</i> . EOP e. Culpa. EON
5.	a. Comienza el albañil el arreglo de la casa. b. Habla por teléfono con el amante. c. Esposo la regaña delante de la gente.	a. "Felicidad porque era lo que quería. Él es así cuando se lo propone". b. "Me siento feliz cuando le hablo; me gustó mucho, todavía piensa en mí". c. "Me sentí muy mal; le dije que él es el que se ve mal".	a. Sobregeneralización, <i>Búsqueda de alternativas</i> . EOP b. Dependencia emocional. EOP c. Irritabilidad. EPN
6.	a. En casa. b. Esposo, no cumple compromiso por ayudar a otro. c. Hostilidad de la familia política. d. Sale con hijos y amiga.	a. "Se ve más bonita con el cambio, me gusta más mi casa". b. "Muy molesta: ya tenía un compromiso conmigo; le dije que no lo hiciera porque yo perdía". c. "Ya no me lastiman sus desaires". d. "Al regresar esposo no se molestó, platicamos y luego cenamos; a gusto, me gusta vivir aquí".	a. <i>Búsqueda de alternativas</i> . EPP b. Irritabilidad. EPN c. EPN d. <i>Toma decisiones</i> . EPP
7.	a. En la calle, el esposo se enoja. b. En casa, con familia política. c. Convivencia en la escuela de hijos.	a. "Molesta: pienso que era una tontería. Me calmé y resolvimos sin hacer drama". b. "No me importan, la única opinión que cuenta es la de él". c. "Emoción, los niños se la pasaron bien; comimos y platicamos todas las mamás".	a. Irritabilidad, <i>Búsqueda de alternativas</i> . EPN b. EPP c. EPP
8.	a. Va con su hijo por "Frutsi" para vender." b. En casa, su hijo "vende más". c. Va al doctor por dolor de cabeza.	a. "Mi hijo iba muy emocionado, yo también; yo quiero hacer algo, ojalá lo logre; si no, buscaré otra solución". b. "Emoción, lo felicito; pienso vender más cosas". c. "Me siento estresada y me aguanto; si les digo que me siento mal, me dicen que «me hago»".	a. <i>Actividad, Búsqueda de alternativas</i> . EPP b. EPP c. Irritabilidad, Presión social. EPN
9.	a. Con el esposo, va a una fiesta. b. Esposo, no le cumple un plan. c. Sale con hijos.	a. "Nos la pasamos bien; una sola se hace su destino". b. "Coraje; le dije que si no me iba a apoyar, para que voy al psicólogo". c. "Felicidad. Pienso en las ventas; si valgo, aunque no tenga estudios".	a. <i>Autorresponsabilidad</i> . EOP b. Irritabilidad, Dependencia emocional. EPN c. <i>Autoaceptación, Búsqueda de alternativas</i> . EPP
10.	a. Esposo, desde que vende no le da dinero. b. Vende elotes los fines de semana. c. Piensa en terminar la secundaria.	a. "Pienso que tiene razón, pero que no opine si no me da". b. "Felicidad. La ganancia es mayor y me gusta". c. "Emoción". Va a lugares INEA (Instituto Nacional para la Educación de los Adultos).	a. Irritabilidad. EPN b. <i>Actividad</i> . EPP c. <i>Toma de decisiones, Búsqueda de alternativas</i> . EPP

Ses	ACONTECIMIENTO	REPORTE VERBAL DE CREENCIA-EMOCIÓN	CLASIFICACIÓN E INTERVENCIÓN
11.	a. Le propone plan al esposo, el no acepta. b. Proponen una excursión familiar. c. Amante "ha estado tomando mucho".	a. "Mucho coraje, se lo dije; terminamos yendo". b. "Tristeza. Me gustaría que sólo fuéramos la familia sola". c. "Me levanta el ánimo; tengo que fingir con mi esposo, no lo amo".	a. Irritabilidad. EOP b. EOP c. Dependencia emocional. EOP
12.	a. Sale a vender. b. Fueron a una excursión. c. Le presta sus ganancias al esposo.	a. "Contenta, emocionada; me gusta platicar con la gente". b. "Nos divertimos. Vi muchachos, él no dijo nada. Que sienta lo que yo siento". c. "Me siento muy triste; él es así, no me da y si me quiere quitar".	a. <i>Actividad</i> . EPP b. EON c. Irritabilidad, Tristeza. EON
13.	a. Esposo promete un plan y no lo cumple. b. Hace ejercicio. c. Piensa en sus ventas. d. Esposo no acepta que ella estudie.	a. "Segura de mí, le dije, yo si voy y le dejé al bebé. Me fui, si no quiere ir, se tendrá que acostumar". b. "Me tranquiliza". c. "Va muy bien". d. "Mucho coraje; que no piense que voy a hacer siempre lo que quiere; me fui a inscribir".	a. Irritabilidad, <i>Toma de decisiones</i> . EPP b. <i>Ejercicio</i> . c. <i>Actividad</i> . d. Irritabilidad. EON

En la 2ª aplicación del CCDSD, Claudia obtuvo **41**, lo que equivale a: **REACCION DE ANSIEDAD O DEP. INCIPIENTE**

1. ¿Cuáles son las principales ideas irracionales que maneja esta mujer acerca de su condición femenina?

El caso de Claudia se caracteriza principalmente por la presencia de ideas de impotencia e incapacidad (es inadecuado plantear sus ideas como puramente irracionales, dadas las circunstancias en las que ha vivido y que se mencionarán más adelante); alta vulnerabilidad ante el medio y dependencia emocional. Las ideas de impotencia e ineficacia son evidentes en su gran dificultad para tomar decisiones ante su problemática cotidiana; necesitando, generalmente, el apoyo moral de alguien (en este punto es importante señalar la presencia de una relación extraconyugal); la susceptibilidad ante la opinión del medio y la preocupación (culpa) por el rechazo (en frecuentes ocasiones manifiesta el convencimiento de ser "mala"), se pueden observar frases con éste contenido en las sesiones 3.c. y 4.e. También es evidente su incapacidad para "defenderse" ante los daños concretos a que está expuesta, mostrándose "indefensa" ante el daño "incontrolable".

2. ¿Cuáles son los principales conflictos que presenta?

El caso de Claudia presenta factores negativos (acontecimientos desafortunados reales) que determinan en alto grado su conflictiva. En primer lugar, una historia de abandonos y daños emocionales importantes; (abandono de los padres -Claudia quedó al cuidado de sus hermanos a la edad de tres años, siendo la menor de siete hijos-; "secuestro" de su primer hijo por su primer pareja, maltrato físico y verbal); un siguiente factor influyente es la

relación actual con el esposo, un alcohólico *jurado*, el cual la maltrata (física y emocionalmente) con frecuencia, lo que podemos ver en las sesiones 1.a., 4.a. y 5.c. de la Tabla 3. Esto, aunado a que Claudia vive en la casa de la familia del esposo, donde es criticada y rechazada; por ejemplo, clasificada en la Tabla 3 como Presión Social, podemos observarla en la sesión 2.a. y 8.c.

En cuanto a sus redes sociales, con respecto a sus padres y hermanos, el apoyo es limitado, y en ocasiones nulo, con respecto a su conflictiva; ejemplo de esto se observa en la sesión 3.c.

Bajo estas adversas condiciones, Claudia corrobora sus ideas de impotencia (indefensión) y presenta crisis en dos formas particulares: por un lado, tensión, irritabilidad y resentimiento que descarga maltratando a sus hijos (golpes, gritos; sesiones 1.d. y 3.b.), peleando con el esposo y las diversas gentes del medio, en sesión Claudia comenta frecuentes discusiones con su suegro y su cuñado. Por otra parte, depresión, bajo la forma de desesperanza¹⁰⁴, sensación de incontrolabilidad ante el daño y alto grado de dependencia emocional, sobre todo hacia una figura masculina que, espera, la “salvará” de su sufrimiento; circunstancia que facilita la búsqueda y mantenimiento de su relación con el amante, con la correspondiente convicción de ser “incapaz” de “salir adelante” si está sola, por sus características de dependencia.

Con respecto al amante, no solo muestra hacia él una alta dependencia emocional, (sesiones 1.c. y 5.b.), sino también ansiedad y sentimientos de culpa: sesión 4.c. y e.

¿Pueden explicarse por éstas ideas irracionales?

Como ya se señaló, las condiciones de Claudia, al presentarse de formas negativas tan diversas, facilitan el establecimiento de ideas de impotencia; pero, por otra parte es evidente que el mantenimiento de éstas ideas la imposibilitan para buscar una mejora. Claudia está convencida de que no puede hacer algo para estar mejor, así que no lo hace, o si lo intenta, lo hace de la manera menos conveniente, arriesgándose a recibir más daño. Es en éste sentido útil mencionar, que cuando se va de casa, lo hace a un lugar fácilmente accesible al esposo del que “huye”; las primeras dos ocasiones en que lo hizo, se fue al mismo lugar y con la misma persona.

Es importante hacer mención de la tendencia de Claudia a manifestar pensamientos mágicos acerca de la esperanza de que Dios la ayude a resolver su conflictiva y la apoye en su sensación de impotencia. (Ver sesión 2.c.).

¹⁰⁴ Ob. Cit. Nota 13.

3. ¿Se puede lograr el cambio adecuado para la producción de una forma de afrontar su situación y sus conflictos de manera más racional?

A través del análisis racional, Claudia logró modificar su concepción en algunas áreas, especialmente en su sensación de incapacidad e impotencia en su situación familiar; comenzó a tomar decisiones (véase sesiones 10.c. y 13.a. de la Tabla 3), mejoró, en parte, la calidad de otras relaciones interpersonales; y obtuvo una clara disminución de su tristeza e irritabilidad. Sin embargo, el cambio no fue suficiente; se requeriría de mayor tiempo y un tratamiento especial dirigido a cada una de sus áreas de conflicto.

Con respecto al tipo de evaluaciones que hacía frente a su situación, en la tercera columna de la Tabla 3 se puede observar, por ejemplo, que pudo comenzar a plantearlas de una manera preferencial en lugar de la forma de obligación como originalmente lo hacía (sesiones 6., 7. y 8.).

Desdichadamente, sus áreas de conflicto son vastas y el ambiente en que vive poco propicio para resolverlas; aún así, la disminución de síntomas es evidente, según lo que muestran las calificaciones obtenidas en el CCDSD, siendo 60 (Depresión Media) el primer resultado y 41 (Reacción de Ansiedad) el resultado de la segunda aplicación.

4. ¿Se puede “entrenar” para lograr la habilidad en la búsqueda real de soluciones para su conflicto?

A partir de la disminución en los sentimientos de ineficacia, Claudia pudo comenzar a tomar decisiones y actuar más convenientemente para ella y sus hijos. A pesar de ello, la relación con el esposo la mantuvo insatisfecha y necesitaría una intervención especial, al igual que su relación extramarital, situación que, como ya se mencionó, requeriría más tiempo y otro programa de intervención.

5. ¿Se puede promover o lograr el interés de la mujer en una actividad independiente del hogar, como área de desenvolvimiento personal?

Esta mujer manifestó, desde el comienzo, interés en desarrollar alguna actividad y, en la medida de sus posibilidades, la inició, véanse sesiones 8.a., b. y 10.b. en la Tabla 3. En este punto, también el cónyuge representó el mayor obstáculo; pues no sólo no apoyó, sino que dificultaba la participación de Claudia; ejemplo de esto se observa en las sesiones 10.a. y 12.c. En las últimas sesiones era claro el interés de Claudia con una actitud más segura y convencida de abarcar un nivel superior de actividad: estudiar, lo que se observa en la sesión 10.c.

Claudia no volvió después de la 14ª sesión. Después de una violenta discusión con su esposo, en la que fue golpeada, Claudia se fue de su casa interrumpiendo también el tratamiento. Esta noticia fue proporcionada por el esposo, el cual no tenía datos acerca de ella desde hacía una semana.

8.4. MUJER 4

Silvia B.R. 39 años. Esposo 54 años; 18 años de vivir juntos. Tienen tres hijos de 18, 14 y siete años.

Entrevista: En el primer encuentro, Silvia refiere la presencia de depresión desde hace poco más de un año, siendo el principal conflicto el sentirse “inútil” e “incapaz” ante el cuidado que requieren sus hijos y su familia, y la sensación intensa de estar en peligro (de enfermedad especialmente). La relación con su esposo la mantiene “enojada y resentida” con él, menciona que es apático y que no participa ni en casa ni en la relación con los hijos. Los síntomas concretos que refiere, son: “Miedos (a perder el control, a enfermarse, a morir), angustia, tristeza, desesperación, insomnio. Mi esposo es frío y apático”.

En la 1ª aplicación del CCDSD, Silvia obtuvo 63 puntos, lo que en la clasificación equivale a: **DEPRESIÓN MEDIA**.

A continuación se presenta la **Tabla 4**, la que nos muestra los sucesos conflictivos en la vida de Silvia, sus creencias ante ellas y las intervenciones terapéuticas.

Tabla 4

Ses	ACONTECIMIENTO	REPORTE VERBAL DE CREENCIA-EMOCIÓN	CLASIFICACIÓN E INTERVENCIÓN
1.	<p>a. Se levanta tarde en la mañana.</p> <p>b. “Me dormí toda la tarde en la recámara”.</p> <p>c. “De noche, a la hora de irme a dormir”.</p>	<p>a. “Preocupada, apurada; no debe faltar la niña. La llevo rápido a la escuela. Me regreso y me vuelvo a acostar”.</p> <p>b. “Pienso que algo pasa dentro de mi cuerpo, me despierto muy asustada. Ya no me puedo dormir”.</p> <p>c. “Miedo porque no me da sueño. No lo puedo controlar”.</p>	<p>a. Incumplimiento de responsabilidades. EOP¹⁰⁵</p> <p>b. Miedo a enfermarse, Hipersomnía. EON</p> <p>c. Miedo. EON</p>
2.	<p>a. Va a boda (misa).</p> <p>b. Regreso a casa, se duerme.</p> <p>c. En domingo va a misa.</p> <p>d. “Estoy llorando y mi hija pequeña pregunta por qué”.</p> <p>e. En casa de su hermana.</p> <p>f. Duerme hasta la tarde del día siguiente.</p>	<p>a. “Me empiezo a sentir mal. Pienso en mis hijos, que sería de ellos si yo no viviera”.</p> <p>b. “Despierto muy asustada. Pido a Dios, me falta fuerza para seguir adelante”.</p> <p>c. “Me siento mal, mucho miedo, cansada; pido a Dios, lloro desesperada”.</p> <p>d. “Miedo, tristeza. Le digo que me duele el estómago”.</p> <p>e. “Miedo, sensación de vómito. Me pongo a rezar.”</p> <p>f. “Me siento mal, no levanté a mis hijos para la escuela. Nos volvemos a acostar todos”.</p>	<p>a. Temor, Ideas de muerte. EON</p> <p>b. Hipersomnía, Pensamiento mágico. EON</p> <p>c. Temor, Pensamiento mágico. EON</p> <p>d. Tristeza. EON</p> <p>e. Miedo, Pensamiento mágico. EON</p> <p>f. Incumplimiento de responsabilidades, Hipersomnía. EON</p>

¹⁰⁵EON: Evaluación de Obligación Negativa; EOP: Evaluación de Obligación Positiva; EPN: Evaluación Preferencial Negativa; EPP: Evaluación Preferencial Positiva.

Ses	ACONTECIMIENTO	REPORTE VERBAL DE CREENCIA-EMOCIÓN	CLASIFICACIÓN E INTERVENCIÓN
3.	<p>a. "Despierto temprano y llevo a mis hijos a la escuela".</p> <p>b. Despierta tarde y sólo lleva a la pequeña.</p> <p>c. Se levanta tarde, va al centro.</p> <p>d. Lleva a pequeña a la escuela, después desayuna.</p> <p>e. "Pienso en mi esposo".</p>	<p>a. "Contenta de lograrlo, aproveché el sentirme un poco mejor, hice quehacer".</p> <p>b. "Me siento mal; traté de hacer lo que me faltaba".</p> <p>c. "Ahí me empiezo a sentir mal, debo esforzarme. Regreso, duermo y luego lavo ropa".</p> <p>d. "Tristeza, tengo la solución en mis manos y no sé cómo. Lo que hago es llorar".</p> <p>e. "Tristeza, miedo. Quisiera que fuera más interesado en mí".</p>	<p>a. <i>Búsqueda de alternativas</i>. EPP</p> <p>b. Hipersomnia, <i>Búsqueda de alternativas</i>. EPN</p> <p>c. Temor, Hipersomnia, <i>Búsqueda de alternativas</i>. EOP</p> <p>d. Tristeza. EOP</p> <p>e. Tristeza, Dependencia emocional. EPP</p>
4.	<p>a. En la escuela de la hija, platica con el maestro.</p> <p>b. Se levanta con dolor de estómago, toma purga.</p> <p>c. Se levanta y hace quehaceres.</p> <p>d. "Pienso en hacer un negocio". (Costura de ropa).</p>	<p>a. "Siento que lo que me pasa sólo está en mi cabeza. Necesito cambiar algo en mi mente".</p> <p>b. "Mucha tristeza, estuve llorando. Trato de esforzarme y me pongo a trapear".</p> <p>c. "Angustia, pero aguanto y pongo música. Lo hago, porque mis hijos me necesitan".</p> <p>d. "Siempre me ha gustado el negocio. Sueño con tener un negocio".</p>	<p>a. <i>Búsqueda de alternativas</i>. EPP</p> <p>b. Tristeza, <i>Búsqueda de alternativas</i>. EPP</p> <p>c. <i>Búsqueda de alternativas</i>. EOP</p> <p>d. <i>Planea</i>. EPP.</p>
5.	<p>a. Planea reincorporarse a la cosura.</p> <p>b. Recuerda momentos difíciles con esposo.</p> <p>c. Inicia ejercicios de relajación y caminata.</p> <p>d. Piensa en su esposo.</p>	<p>a. "Siempre me gustaron las ventas. Pienso que sí podría, siempre tuve mucho valor".</p> <p>b. "Los enfrenté siempre sola, sin él. Pienso que soy una persona fuerte".</p> <p>c. "Nerviosa y luego, más tranquila".</p> <p>d. "Frustración; no me hace caso, no es un compañero apoyador".</p>	<p>a. <i>Planea</i>. EOP</p> <p>b. <i>Búsqueda de alternativas</i>. EOP</p> <p>c. <i>Ejercicio, Relajación</i>. EPP</p> <p>d. Dependencia emocional. EPN</p>
6.	<p>a. "Siento trabadas las quijadas".</p> <p>b. Dolor de pies. "Hago ejercicio de relajación".</p> <p>c. Despierta con dolor de estómago.</p> <p>d. "Pienso que el estómago me perjudica por la angustia".</p> <p>e. Sale al rancho.</p>	<p>a. "Trato de no hacerle caso y hago ejercicio de relajación. He logrado que no me duelan".</p> <p>b. "Miedo a que ya no me respondan. Pienso que sólo a veces me duelen y que no sería posible quedarme sin pies".</p> <p>c. "Cansancio; pienso que sólo es nervioso. Se me pasa".</p> <p>d. "No le hago caso, pienso que soy más fuerte. Siento que estoy bien, sólo es nervioso".</p> <p>e. "Dolor de pies y cabeza, angustia. El dolor se me pasa, y también la angustia; con el trabajo me distraje".</p>	<p>a. <i>Búsqueda de alternativas, Relajación</i>. EPN</p> <p>b. EPN</p> <p>c. EPN</p> <p>d. EPN</p> <p>e. <i>Búsqueda de alternativas</i>. EPN</p>

Ses	ACONTECIMIENTO	REPORTE VERBAL DE CREENCIA-EMOCIÓN	CLASIFICACIÓN E INTERVENCIÓN
7.	a. Se levanta. b. Platica con hijos. c. Piensa en logros. d. Dolor de cabeza.	a. Angustia, dolor de cabeza y estomago. Tomo la pastilla y «respiré» terminé más tranquila con el quehacer”. b. “Siento que la pesadilla se está pasando. Se acercan a mí, me dan ánimo y apoyo”. c. “Me siento tranquila, he aprendido a estar sola”. Disfruto la música y a mis hijos”. d. “Pienso que soy fuerte y valiente. Creo que debo cuidar de mí misma”.	a. <i>Búsqueda de alternativas, Relajación.</i> EPN b. <i>Interacción positiva con hijos.</i> EPP c. EPP d. <i>Autocuidado.</i> EOP
8.	a. Recordando. b. Dolor de cabeza. c. Al despertar.	a. “Siento que el pasado lo estoy sepultando. Pienso en lo valiosos que son mis hijos, tranquila”. b. “Pienso que sólo es psicológico. Digo yo misma: ya basta de llorar”. c. “Me siento mal y con dolores. Va pasando, confío en que va a pasar”.	a. EPP b. <i>Búsqueda de alternativas.</i> EOP c. EPP
9.	a. Se levanta. b. Está trabajando (limpia oficinas). c. En casa, teme recaída.	a. “Mucha tranquilidad. He tenido muchas cosas buenas que no he sabido valorar”. b. “Satisfecha, a veces ansiosa. Estamos pagando muchas deudas”. c. “Angustia, lloro. No puedo caer de nuevo”.	a. EPP b. <i>Actividad.</i> EPP c. <i>Ansiedad.</i> EON
10.	a. En casa, hago ejercicio. b. Compra cosas a los hijos.	a. “Totalmente tranquila. Haciendo un balance, soy una mujer muy fuerte”. b. “Satisfacción. He logrado vencer el miedo y le doy más a mis hijos”.	a. <i>Relajación.</i> EPP b. <i>Satisfacción.</i> EPP
11.	a. “Sigo trabajando”. b. Planea negocio.	a. “Tranquila. Sólo quiero no tener deudas y pongo el negocio”. b. Entusiasmo. “Mi hijo me apoya, dejaré el trabajo y volveré a coser; quiero poder estar con mis hijos”.	a. <i>Planea, Actividad.</i> EPP b. <i>Planea.</i> EPP

2ª aplicación del CCDS= 31 **NORMAL**.

1. ¿Cuáles son las principales ideas irracionales que maneja ésta mujer acerca de su condición femenina?

Presenta primordialmente ideas irracionales de enfermedad (ver sesiones 1.b.,6. Y 7.a.) y muerte (se observa en sesión 2.a.); hipervigilancia ante las sensaciones corporales, lo que se observa en las sesiones 1.b., 6.e. y 7.a. de la Tabla 4.

Ideas irracionales de impotencia e ineficacia, sintiéndose constantemente inepta, desvalida y abandonada ante los “riesgos” cotidianos.

Ideas absolutistas acerca de la apatía e indiferencia del esposo hacia ella; sesiones 3.e. y 5.b. y d.

2. ¿Cuáles son los principales conflictos que presenta?

Ante las ideas obsesivas de riesgo de enfermedad y muerte, su principal conflicto es una constante preocupación y angustia ante cualquier signo de desajuste por leve que sea; lo cual implica un deterioro físico y moral y un gasto de tiempo y esfuerzo importantes, mismos que problematizan su conducta cotidiana, al grado de anular su participación y afectar claramente a los hijos, incumpliendo con sus responsabilidades; sesiones 1.a., 2.f. y 3.d. Consecuentemente, aparece una sensación de culpabilidad, al percatarse del daño causado a los otros, lo que acrecienta su ansiedad (véanse sesiones 2.d. y 4.c.).

¿Pueden explicarse por éstas ideas irracionales?

El miedo y la angustia ante la enfermedad y la muerte sí son irracionales; ya que, en realidad, Silvia no sufre padecimiento físico alguno, ni hay factores que apoyen el riesgo de muerte repentina.

La idea de impotencia también es irracional; pues, como lo muestra su historia y los resultados de la intervención, es completamente capaz de participar e interrelacionarse favorablemente.

Es importante señalar la recurrente actitud religiosa (pensamiento mágico) que presenta Silvia, sobre todo al comienzo del proceso: sesión 2.b., c., y e. A través de la intervención, la manifestación de esta actitud fue decreciendo.

3. ¿Se puede lograr el cambio adecuado para la producción de una forma de afrontar su situación y sus conflictos de manera más racional?

A través del análisis racional emotivo, Silvia logró visualizar de forma diferente su situación, evaluó con menos pesimismo su condición y sus problemas, disminuyó considerablemente su angustia y, más relajada, pudo buscar soluciones y alternativas accesibles.

En términos de Ellis, Silvia pudo ir transformando sus creencias de obligación (EOP y EON) en evaluaciones preferenciales (EPP y EPN). Se puede observar el inicio de este cambio a partir de la sesión 3.

En cuanto a las calificaciones del Cuestionario Clínico, corroboran el decremento de la depresión y ansiedad; al inicio el puntaje es de 63 (Depresión Media) y, al finalizar el tratamiento, el puntaje que se obtiene en la 2ª aplicación es de 31 (Normal),

4. ¿Se puede “entrenar” para lograr la habilidad en la búsqueda real de soluciones para su conflicto?

Sí. Con la disminución de la angustia y de la sensación de incapacidad, al reestructurar su visión e ideas, Silvia pudo participar, activa y favorablemente, en la mejora de su situación. En éste caso, el entrenamiento en relajación (respiración y tensión-distensión de músculos) representó una herramienta muy útil en el curso del proceso angustiante, como ejemplo, véanse sesiones 5.c. y 6.a., b. y 7.a.

5. ¿Se puede promover o lograr el interés de la mujer en una actividad independiente del hogar, como área de desenvolvimiento personal?

En éste caso, la búsqueda de una actividad se vio recompensada y, por lo tanto, favorecida por dos razones principalmente: remuneración económica (aspecto clave en la mejora dadas las carencias económicas en las que se encuentra su grupo familiar); véase sesión 9.b., y una participación “externa” activa, lo que proporcionaba una sensación de logro y satisfacción, como se observa en la sesión 10.b.; corroborando con ello que tenía la capacidad de modificar sus condiciones de vida.

6. Esta área creada, ¿en qué medida asegura o garantiza la mejora en su situación?

Como ya se señaló, en el caso de Silvia, el encontrar y mantener una actividad remunerada parece que representó el estímulo (emocional y económico) principal en la resolución de su problemática psicológica (ver sesión 11.).

8.5. MUJER 5

Minerva V. M. 35 años. Esposo: 42 años. 18 años de casados. Tienen dos hijos de: 17 y 14 años.

Entrevista: En la entrevista Minerva refiere que desde hace unos meses se ha sentido triste sin causa evidente, gran expectación ante sus sensaciones físicas que la hacen estar continuamente preocupada por su salud. La relación con sus hijos es buena y también se lleva bien con su esposo, el cual la apoya y cuida. Minerva refiere que se siente: “Desganada, desmotivada, triste, con miedo a morir, a estar enferma; siento muchas ganas de llorar, tengo insomnio”.

En la 1ª aplicación del CCDSD, Minerva obtuvo **49** lo que equivale a: **DEPRESION MEDIA.**

A continuación se presenta la **Tabla 5**, la que nos muestra las situaciones conflictivas de Minerva, sus creencias ante éstas y la intervención terapéutica.

Tabla 5

Ses	ACONTECIMIENTO	REPORTE VERBAL DE CREENCIA-EMOCIÓN	CLASIFICACIÓN E INTERVENCIÓN
1.	<p>a. En casa, ganas de orinar</p> <p>b. Despierta con dolor en el cuerpo.</p> <p>c. Haciendo autorregistro.</p>	<p>a. “Triste; pienso que me dará diabetes. Llorando, seguí con los quehaceres”.</p> <p>b. “Dolor, desgano, cansancio: ¿por qué este dolor?. Me siento en una silla, debo seguir con el aseo, estoy muy desesperada”.</p> <p>c. Tristeza, no quiero recordar cosas”. Suspen- de el ejercicio.</p>	<p>a. Tristeza, Ideas de enfermedad. EON¹⁰⁶</p> <p>b. Ansiedad. EOP</p> <p>c. Tristeza, Miedo. EON</p>

¹⁰⁶ EON: Evaluación de Obligación Negativa; EOP: Evaluación de Obligación Positiva; EPN: Evaluación Preferencial Negativa; EPP: Evaluación Preferencial Positiva.

Ses	ACONTECIMIENTO	REPORTE VERBAL DE CREENCIA-EMOCIÓN	CLASIFICACIÓN E INTERVENCIÓN
2.	<p>a. De noche, duerme un rato, despierta.</p> <p>b. En casa, "me siento débil, me comporto como enferma."</p> <p>c. Sale con hijos y esposo.</p> <p>d. En hospital se hace Endoscopia (revisión estómago).</p> <p>e. Esposo propone visitar padres de ella.</p>	<p>a. "Dolores en todo el cuerpo. Mucho miedo. Tardo en dormir; ni profundo ni tranquilo".</p> <p>b. "Pienso en algo muy grave que me llevará a la muerte; muy triste, quiero llorar todo el tiempo".</p> <p>c. "Desorientada, cansada; siento todo ajeno a mí. No quise que mi marido me comprara nada, aunque él quería".</p> <p>d. "Mucho dolor, miedo. El Dr. dice que no es grave, se fue desinflamando y dejó de doler. Platico mucho con mi esposo, me estubo abrazando, lloré mucho y dormí muy bien".</p> <p>e. "Miedo, vergüenza, tristeza por estar enferma".</p>	<p>a. Ansiedad, Miedo. EON</p> <p>b. Ideas de enfermedad y muerte. EON</p> <p>c. Falta de interés. EON</p> <p>d. Miedo. EON</p> <p>e. Miedo, Vergüenza por enfermedad. EON</p>
3.	<p>a. Sale con la familia al cine.</p> <p>b. Se levanta, empezaron las clases.</p> <p>c. "Trato de cansarme haciendo muchas cosas".</p> <p>d. "Desperté animada".</p>	<p>a. "Ensismada, cansada, con ganas de llorar. Trato de hacer lo que normalmente hago".</p> <p>b. "Sin ganas de hacer algo, ajena, como si sólo viera lo que sucede. Hice lo que tenía que hacer; pero, en realidad, no quería hacer nada".</p> <p>c. "Fatiga, mareos, lloro. Pienso mucho en la muerte. Dolores en las rodillas, codos y ojos, no descanso".</p> <p>d. "No tan cansada. Pienso que puedo ayudar a mi esposo".</p>	<p>a. Tristeza, <i>Búsqueda de alternativas</i>. EON</p> <p>b. EPN</p> <p>c. Ansiedad, Ideas de muerte.</p> <p>d. <i>Búsqueda de alternativas</i>. EPP</p>
4.	<p>a. "Despierto mareada, pero bien".</p> <p>b. Va al ginecólogo.</p> <p>c. En casa.</p> <p>d. Va por los resultados del estudio.</p>	<p>a. "Es raro sentirme así, a pesar del mareo. Mi hija y yo hicimos el quehacer. De noche me da diarrea".</p> <p>b. "Angustia, ganas de llorar; miedo por la diarrea. La Dra. da pastillas, al pensar en necesitarlas, lloro toda la consulta".</p> <p>c. "Dolor de corazón, brazo, ojos y mareo. Miedo, angustia. Ni duermo".</p> <p>d. Nerviosa. "Los resultados salieron negativos, dormí bien".</p>	<p>a. <i>Búsqueda de alternativas</i>. EPP</p> <p>b. Baja tolerancia a la frustración, Miedo a enfermedad. EON</p> <p>c. Ansiedad. EON</p> <p>d. EPP</p>
5.	<p>a. Duermes mal, despierta cansada.</p> <p>b. Despierta tranquila; en la tarde, nerviosa.</p> <p>c. Duermes muy mal.</p> <p>d. Dolor de rodillas.</p>	<p>a. "Mareada, sin ánimo; de nuevo el dolor. Traté de estar calmada, hice bicicleta y dormí muy bien".</p> <p>b. "Mucho sueño".</p> <p>c. "Desesperación por no poder dormir. Siento un pecho más grande que otro".</p> <p>d. "Con mareo, sueño; nerviosa. Hice ejercicios de las rodillas y los de relajación. Me sentí mejor".</p>	<p>a. <i>Búsqueda de alternativas, Ejercicio</i>. EPP</p> <p>b. Hipersomnia.</p> <p>c. Ideas de enfermedad. EON</p> <p>d. Ansiedad, <i>Ejercicio, Relajación</i>. EOP</p>
6.	<p>a. Heces negras.</p> <p>b. Va al Dr. por dolor de oído.</p> <p>c. Va por el resultado de la biopsia.</p>	<p>a. "Angustia, miedo; lloro mucho. Voy al Dr. por los resultados" (Colitis crónica).</p> <p>b. "Angustia por haber bajado dos kilos. Siento nerviosismo y angustia".</p> <p>c. "Estado de ánimo muy cambiante, me siento bien y termino llorando. El Dr. dice que no es cáncer; he conseguido calmarme un poco".</p>	<p>a. Ansiedad, Ideas de enfermedad. EON</p> <p>b. Ansiedad, Ideas de enfermedad. EON</p> <p>c. EPP</p>

Ses	ACONTECIMIENTO	REPORTE VERBAL DE CREENCIA-EMOCIÓN	CLASIFICACIÓN E INTERVENCIÓN
7.	a. Duermes bien. El esposo sale a trabajar. b. Come sola con su esposo. Los hijos salen. c. Se hace estudio médico.	a. "Me siento sola, ganas de llorar. Pienso en que extraño y necesito a mi esposo; pero, aún así, soy funcional y puedo mejorar. Lloro y me tranquilizo". b. "Me puse a llorar en la comida; me siento sola. Quisiera que estuviéramos siempre juntos". c. "Muy cansada. Regresa y lloro".	a. Dependencia emocional. EPP b. Dependencia emocional. EOP c. Ideas de enfermedad. EON
8.	a. Un hijo organiza una reunión en su casa. b. Inicia una dieta para estudio médico. c. "Dormí mal, mi esposo duerme bien".	a. "Nerviosa; luego, relajada y muy contenta. Disfruté mucho; estuvimos muy divertidos, bailamos". b. "Me sentí bien. Hago ejercicio." c. "Mareada, con sueño; coraje porque el sí duerma. Trato de tener un buen día; me dormí un poco y me sentí relajada".	a. EPP b. <i>Ejercicio</i> . EPP c. Irritabilidad, <i>Búsqueda de alternativas</i> . EPN
9.	a. Va por los resultados del estudio. b. Despierta y ve el día "muy bonito". c. No duerme bien. d. Piensa en el esfuerzo.	a. "Nerviosa. La Dra. dice que no es de muerte. Lloro de alegría y agradecimiento". b. "Animada: trataré de vivir la vida como se presente. Platico con mis hijos y río mucho". c. "Nerviosa, dolor de oídos y pecho. Procuero estar calmada y no ceder a pensamientos negros". d. "Han bajado las ganas de llorar. Contenta al pensar que sigo viviendo".	a. EOP b. EPP c. Ansiedad, <i>Búsqueda de alternativas, Relajación</i> . EPN d. <i>Interés por sí misma</i> . EPP
10.	a. En casa. b. Haciendo ejercicio.	a. "De malas. De todos modos hago el quehacer". b. "Pienso en mi familia. Sienta lo que sienta, no dejo de atenderlos".	a. Irritabilidad. EPN b. EPP
11.	a. "Me levanto con ánimo". b. Despierta un poco cansada. c. En casa con hijos.	a. Un poco de dolor y mareada. Hice quehaceres y voy a un curso de trigo". b. "No quería estar sola, llanto. Hice ejercicio de relajación y me sentí mejor". c. "Muy contentos y divertidos. Platicamos y me hicieron reír mucho".	a. <i>Actividad, Búsqueda de alternativas</i> . b. Dependencia emocional, <i>Relajación</i> . EPN c. EPP
12.	a. No duerme bien. b. Despierta bien, animada.	a. "Mareada y con sueño. Aún así, hago todo y luego descanso". b. "Cuando tengo algo que hacer para mí, me siento mejor. Comenzaré corte y confección".	a. EPP b. <i>Búsqueda de alternativas, Planea</i> . EPP

2ª aplicación del CCDS= 36 **NORMAL**.

1. ¿Cuáles son las principales ideas irracionales que maneja esta mujer acerca de su condición femenina?

Principalmente, ideas de enfermedad y muerte. Constantemente refería peligro de muerte ante cualquier síntoma físico por pequeño que fuese; situación que promueve ansiedad sobre ansiedad. Véase sesiones 1.a., 2.b., 3.c., 4.b., c., 5.c. y 6.b. de la Tabla 5.

Ideas irracionales de inutilidad e ineficacia. Era recurrente la manifestación de angustia e irritabilidad ante las tareas, exigencias domésticas y las responsabilidades con su familia lo que se observa en las sesiones 1.a., b., 3.b. y 10.a.

Ideas irracionales de impotencia e indefensión¹⁰⁷ ante los peligros circundantes. Se mostraba temerosa, con la sensación de necesitar la presencia del esposo y los hijos (dependencia emocional) para lograr su bienestar. Véanse al respecto las sesiones 7.a. y b., y 11.b. de la Tabla 5.

Igualmente, muy sensible ante el medio, es decir, la crítica y la presión social. Angustia ante la posibilidad de ser catalogada como enferma y desmejorada o descuidada en su persona y con respecto a los suyos, claramente observable en la sesión 2.e.

2. ¿Cuáles son los principales conflictos que presenta?

Primordialmente, presenta síntomas físicos de angustia y depresión. Vigilancia obsesiva de éstos, sin que signifique el abandono de las tareas diarias; pero si, dificultándose el ejercicio de ellas.

Incomodidad por su conducta (depresión y angustia) ante los miembros de la familia. Temor a hacerles daño con su enfermedad o no desempeñar favorablemente el papel de madre y esposa.

¿Pueden explicarse por éstas ideas irracionales?

En su mayoría, estos conflictos sí pueden explicarse por las ideas irracionales que presentan. Por ejemplo, quedó demostrado que las variadas sensaciones físicas eran producidas o acrecentadas por ideas inflexibles o no realistas: “no debo estar enferma”, “debo dormir bien siempre”, etc.

Su temor de ser ineficaz o dañina ante su familia encuentra, también, su causa en ideas irracionales; ya que, objetivamente, cumplía de forma adecuada con sus tareas y en diversas ocasiones el grupo familiar le demostró afecto y apoyo.

3. ¿Se puede lograr el cambio adecuado para la producción de una forma de afrontar su situación y sus conflictos de forma más racional?

A través del análisis racional emotivo se logró guiar a ésta mujer hacia un cambio de actitud emocional ante su situación e introducir en su pensamiento elementos que le permitieron una visión más racional de su posición.

Se puede observar el inicio del cambio a una evaluación de su situación de forma más racional a partir de la sesión 3, en que comienzan a aparecer evaluaciones preferenciales (EPP y EPN) en lugar de las de obligación (EOP y EON).

¹⁰⁷ Ver Seligman, Nota 13.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario Clínico, se observa un decremento en ansiedad y depresión, pues la primera aplicación arroja un puntaje de 49 (Depresión Media) y la 2ª aplicación del Cuestionario, después de la intervención, resultó con una puntuación de 36 (Normal).

4. ¿Se puede entrenar para lograr la habilidad en la búsqueda real de soluciones para su conflicto?

Sí. A partir de que Minerva detectó los causales de su sensación, ésta fue decreciendo y le permitió observar sus herramientas y posibilidades; con lo cual, adquirió una postura psicológica más favorable para plantearse soluciones ante sus conflictos.

5. ¿Se puede promover o lograr el interés de la mujer en una actividad independiente del hogar como área de desenvolvimiento personal?

Sí. Sin embargo, esta posibilidad se presentó, en este caso, como el resultado final del proceso; estando grandemente determinada por la actitud derrotista y desesperanzada de Minerva, actitud que la acompañó la mayor parte del proceso. En este caso, el grupo familiar mantuvo una actitud de apoyo, por lo cual el inicio de la actividad se dio en el momento en que Minerva lo decidió.

6. Esta área creada, ¿en qué medida asegura o garantiza la mejora de su situación?

Como ya se mencionó, la actividad no representó en sí misma un elemento de mejoría, pues no se desarrolló durante la intervención. Sin embargo, la idea de una actividad se fue conformando a través de ésta. Minerva fue interesándose poco a poco por el desarrollo de otras actividades, se observa por ejemplo en la sesión 11.a.; y al final del tratamiento manifestó el interés en iniciar un oficio en forma, como se identifica en la sesión 12.b.

8.6. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A partir de los resultados obtenidos con estas cinco mujeres, se infiere que los principales conflictos que presentan se pueden explicar por las ideas irracionales que reportan, corroborándose con ello la primera hipótesis de trabajo (Hi1). Se constató en cuatro de ellas (mujeres 1,2,4 y 5), que eran sus creencias e ideas alteradas, más que la realidad, las que principalmente determinaban su conflictiva, ya que no se encontró información que corroborara sus ideas. En términos generales, los conflictos manifestados eran promovidos por pensamientos y sentimientos de ineficacia, impotencia y desamparo (necesidad absoluta de otros); mismos, que carecían de fundamento real, pues su capacidad y habilidades eran evidentes y fácilmente demostrables.

Por otra parte, en la situación que presenta la mujer tres, se pueden observar claramente aspectos que determinan en alto grado su conflictiva, pues representan hechos concretos y

reales que promueven el inicio y mantenimiento del sentimiento de desamparo (incontrolabilidad del daño) que caracteriza su condición; acontecimientos cruciales para la concepción de su capacidad y valía personal. Alimentándose con estos sucesos, aparecen sentimientos de ineficacia e impotencia que representan el recrudecimiento de su situación, al percibirse incapacitada para mejorar o cambiar en alguna medida sus condiciones. A partir de éste nivel, los pensamientos adquieren un fundamento irracional y facilitan la generación de malestar y conflicto.

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede concluir que con la intervención de la Terapia Racional Emotiva individual, sí se puede lograr el cambio en las mujeres para producir una forma de afrontar su situación de manera más racional, tal como se planteó en la segunda hipótesis de trabajo (Hi2). A través del análisis y reestructuración de la forma de pensamiento se logró transformar su ideología irracional y absolutista (evaluaciones de Obligación: EON y EOP), claramente negativa y disfuncional, en un pensamiento más apegado a la realidad (evaluaciones Preferenciales: EPN y EPP); una mayor disposición a buscar alternativas de respuesta y conducta, así como una actitud más flexible ante su problemática. También fue posible estimular su capacidad para resolver diversos aspectos de su condición; además les permitió cambiar, paulatinamente, la forma en que se concebían a sí mismas, modificando con esto su autoestima y autoconcepto.

Fue posible estimular el interés en una actividad fuera del ámbito doméstico con la intervención racional emotiva, comprobando con éstos datos, la tercera hipótesis de trabajo (Hi3). Con excepción de la mujer cinco, en la que su intención de participar en la actividad que se sugería, nació a lo largo del proceso, el interés en una actividad propia fuera del hogar estaba presente en todos los casos desde el inicio de la intervención; sin embargo su realización se veía impedida por diversas conflictivas domésticas (quehaceres, horarios), por la actitud de los miembros de la familia y por pensamientos y sentimientos propios de la paciente, ante su deseo de participar más en el exterior. En la gran mayoría de estas áreas, el empleo de la Terapia Racional Emotiva resultó ser una vía de análisis y resolución que permitió a las mujeres hacer las modificaciones propicias para realizar planes y actividades propias e individuales.

Con los resultados obtenidos, se deduce que esta área creada de actividad independiente del hogar mejora, en gran medida, la situación de la mujer, como se planteó en la cuarta hipótesis de trabajo (Hi4). Dado que la actividad que iniciaron implica tiempo de dedicación, salida al exterior con cierta frecuencia, la creación de nuevas relaciones interpersonales, la puesta en práctica de habilidades y herramientas y, usualmente, remuneración económica, los beneficios de esta área son altamente positivos en cuanto al cambio buscado; confirma, de diversas formas, su capacidad y habilidades y les permite modificar sus condiciones, abrirse espacios propios y la posibilidad de establecer nuevos vínculos sociales. Asimismo, permitió relajar las tensiones, a la vez que fortalecer los

vínculos familiares, pues la mujer se encontraba más satisfecha con su participación en el núcleo familiar.

Cuando la mujer es capaz de reestructurar su imagen y sus valores, sus pensamientos y emociones, se habilita para transformar sus condiciones y puede, entonces, modificar su entorno para establecer una nueva relación y formas de participación en su medio: “me distrae salir, cobrar” (mujer uno); “quiero hacer algo para mí, los hijos se van” (mujer dos).

Después de la identificación de creencias en “B”, se discutieron en “D” (debate), según términos del ABC de Ellis. Este fue el proceso principal a través del cual se evaluaron los núcleos irracionales presentados por las mujeres y se promovieron las nuevas ideas con tendencias preferenciales, racionales, que permitieron una visión más realista de la situación y la creación de nuevas formas de respuesta; esto último es referido en las tablas de cada una de las pacientes, como *Búsqueda de Alternativas*.

Sin embargo, la intervención con la TRE se acompañó de otras técnicas que a su lado favorecieron la mejoría de las mujeres:

- Ejercicio físico. Este ejercicio (caminata) ayudó a disminuir la tensión. En las tablas se menciona como *Ejercicio*.
- Ejercicio de relajación. Se mostró a cada una la forma en que podían relajar sus músculos y disminuir su angustia a través de una pequeña rutina de respiración profunda. Se sugirió que de 5 a 10 minutos antes de dormir y al despertar, relajaran su cuerpo recostadas o sentadas, para iniciar y cerrar el día con menos tensión. Igualmente se les sugirió el ejercicio de distensión a lo largo del día en los momentos en que así lo requirieran. En las tablas se le refiere como *Relajación*.
- Se aconsejó la visita al médico en los casos en que fuera necesario, por ejemplo a la práctica de estudios como el papanicolau, mastografía, colposcopia. En ocasiones también para conseguir una prueba médica que nos sirviera para ratificar o rectificar el origen de los síntomas presentados, estudios como endoscopia; al igual que se instó a visitar al médico para apoyar el proceso con medicamentos analgésicos o vitaminas, medición de la presión, etc.
- Se sugirió también la visita a centros o instituciones especializadas en distintos aspectos de su interés o necesidad, como son: centros de educación para adultos, centros de recreación y deportivos, casas culturales, oficinas del DIF, etc.
- Como elemento de apoyo, se sugirió en todas ellas la lectura del libro “*¿Es difícil ser mujer?*” de Lara¹⁰⁸, ya que contiene los tópicos tratados en este trabajo expuestos de manera clara y accesible, y brinda información básica acerca de la depresión, sus causas y síntomas en la mujer. El libro presenta como una condición clave para el desarrollo de depresión, el rol de ama de casa. Es importante mencionar que en este

¹⁰⁸ Ob. Cit. Nota 55.

aspecto todas las mujeres se sintieron identificadas. Se mostraron igualmente interesadas en conocer acerca de otros aspectos mencionados en el libro como situaciones depresógenas, tales como una historia infantil con carencias emocionales (especialmente la mujer 3, Claudia), problemas en la relación de pareja (las mujeres 1, 2, 3, y 4), menopausia (mujeres 1 y 2), alcoholismo en la pareja (mujeres 1 y 3).

- Con el fin de ampliar la información de las mujeres acerca de la depresión, ansiedad, la teoría básica de la TRE, y otros tópicos como sexualidad en la pareja, cómo hablar de sexualidad a los hijos, SIDA, violencia intrafamiliar, etc., se utilizaron diversos textos que contienen éstas temáticas, los cuales son: *Terapia Racional Emotiva* de Ellis¹⁰⁹; el libro de *Depresión* de Calderón¹¹⁰; *Trastornos de angustia* de Ayuso¹¹¹; *Menopausia sin ansiedad* de Greenwood, 1993; *La pareja* de Tordjam¹¹²; *Ciencias naturales y desarrollo humano*, sexto grado, publicado por la SEP, y las revistas de la Secretaría de Desarrollo Social *La perspectiva de género* y *Ley de asistencia y prevención de la violencia familiar y reglamento*. En las sesiones se leía junto con ellas párrafos que brindaran información actual y de calidad, del tema tratado en cada ocasión. La lectura de éstos diferentes temas fue una actividad muy favorable para el mayor entendimiento de la conflictiva integral de la mujer y un apoyo para la búsqueda de soluciones. Cabe mencionar que la desinformación fue un elemento común en todas ellas, que se traducía en miedos acrecentados y prejuicios. Dar información fue una necesidad que se presentó en todas las sesiones. Este aspecto nos confirma la situación de aislamiento social y descuido en que viven las mujeres amas de casa, con las carencias que ésta situación implica.

¹⁰⁹ Ob. Cit. Nota 62.

¹¹⁰ Ob. Cit. Notas 31 y 32.

¹¹¹ Ob. Cit. Nota 36.

¹¹² Ob. Cit. Nota 50.

9. DISCUSION

- Helmer-* ¡Oh! es irritante, vas a traicionar los deberes más sagrados.
Nora- ¿Qué consideras tú como deberes más sagrados?
Helmer- ¿Necesito decírtelo?, ¿no son los deberes hacia tu marido y tus hijos?
Nora- Tengo otros tan sagrados como éstos.
Helmer- No los tienes. ¿Cuáles?
Nora- Los deberes conmigo misma.
Helmer- Ante todo eres esposa y madre.
Nora- No lo creo así. Ante todo soy ser humano, con igual derecho que tú,
o por lo menos debo intentar serlo.

Enrique Ibsen. "Casa de muñecas" (Fragmento).¹¹³

El rol femenino, la cualidad y calidad de la participación de la mujer en su entorno en nuestra cultura aparece dirigido, principalmente, hacia la atención y cuidado de los otros; una especie de elemento de sostén de la estructura familiar y, por ende, social. Esto significa que se ha delimitado la participación de la mujer al ámbito de lo privado (del microsistema); pues es dentro del grupo familiar, que la mujer tiene su papel y su posición "adecuada", tradicional. Es en este ámbito, en el que la mujer desempeña las tareas del cuidado de los demás, de su alimentación, servicio doméstico y crianza. En el hogar, la mujer es llamada "ama de casa", "reina del hogar"; además, a lo largo de su historia personal se fomenta esta imagen como modelo femenino de vida; y las niñas, en su gran mayoría, crecen con el anhelo de "hacer una familia" y cuidar de ella. La intención es que, en su momento, se convierta una trabajadora del hogar y una cuidadora. Se promueven, con este mismo objeto, características supuestamente femeninas; especialmente una actitud dependiente de los otros, generalmente del esposo. En el caso de la mujer dos, es posible observarlo: "contenta, pero triste porque me ignora, ¿por qué actúa así?". Se le educa para ser esposa y madre y se le inhibe para el desarrollo en otras áreas, infundiéndole, si lo hace, el temor de no cumplir con el papel esperado, el reservado para ella. Desafortunadamente, pese a que, como "guardiana del hogar", realiza un trabajo extenuante y valioso, las circunstancias favorecen su aislamiento y poco desarrollo en otras áreas importantes de su potencialidad. Al depositar el sentido de sus vidas en el desarrollo de los otros, descuidan el desarrollo de sí mismas y van adquiriendo, gran parte de ellas, a través del tiempo, la sensación (o sentimiento) de ineficacia; potenciada, posiblemente, con el sentimiento de frustración: "no sé por qué estoy con mi esposo, no soy feliz" (mujer tres). Situación que desencadena una serie de crisis depresivas/ansiosas, bajo la forma de síntomas emocionales y físicos desagradables y desgastantes que representan una situación riesgosa para sí misma

¹¹³ *Dramas*. Ibsen, E. Ed. Porrúa. México, 1988.

y para el grupo familiar del que está al frente: “me siento mal, triste y cansada, no levanté a mis hijos para la escuela” (mujer cuatro).

La depresión y la ansiedad que pueden surgir como parte de esta cadena de acontecimientos en la vida de la mujer, están vinculadas a varios factores circunstanciales: de los cuales, pueden nombrarse: las fluctuaciones en los niveles hormonales (menstruación, postparto, menopausia)¹¹⁴; las situaciones en las que realmente existan rasgos o elementos negativos (inadecuadas relaciones familiares, violencia, maltrato emocional y físico, alcoholismo) que promueven la sensación de malestar y desamparo; las situaciones en que se establece, principalmente, una visión catastrófica con pensamientos básicamente irracionales, los que desencadenan fácilmente la sintomatología disfuncional.

La percepción integral de los hechos está influida de manera determinante por el sistema de creencias que actúan como filtros a través de los cuales se asimila la realidad; el impacto emocional de los acontecimientos será ocasionado, salvo en casos realmente desastrosos, por los pensamientos o ideas que lo anteceden; cuando éstas son básicamente irracionales, ocasionan un impacto emotivo irracional que tendrá un efecto negativo; en tanto que, si tiende a apegarse a lo real, con una visión menos absolutista y rígida se produce un efecto emotivo o conductual racional más adecuado y funcional.

A través del análisis y la discusión (cuestionamiento y confrontación) de las creencias y la forma de pensamiento, incorporando ideas de tipo preferencial (EP) en lugar de absolutistas (EO), se logra formar en las pacientes, una visión más orientada a corroborarla en la realidad, y no fundada en creencias rígidas y dogmáticas; promoviendo aspectos fundamentales acerca de la salud psicológica (interés por sí mismas, autocuidado, responsabilidad –en primer lugar, de sí misma-, interés social, flexibilidad, etc.), en lugar de actitudes disfuncionales que solamente intensifican la problemática e inhiben la acción, pues “es importante que cumpla su función de hacer persistir la especie, pero no a costa de su propia salud, de su propio bienestar y de su propio deterioro”.¹¹⁵

Es cierto que la presión del medio y la cultura que nos rodea nos moldean y delimitan nuestro campo de acción, bombardeándonos con información acerca de lo que se espera de nosotros y de lo que “se debe” hacer o ser; pero es también cierto que existe en nosotros la capacidad de elegir la forma en que vivimos y planeamos hacerlo, así como las consecuencias de nuestra elección: “una sola se hace su destino” (mujer tres). “Es necesario que la mujer descubra la gran responsabilidad que tiene de romper con éste círculo vicioso puesto que a ella le toca destruir el ideal de gran sufridora que se le ha inculcado, para

¹¹⁴Ob. Cit. Nota 55, p.36.

¹¹⁵ Ob. Cit. Nota 26, p.72.

exigir en cambio el respeto de todos y llevar a la práctica el ejercicio de sus derechos de mujer y de ser humano”¹¹⁶.

El trabajo o actividad de la mujer fuera del hogar representa una puerta de entrada al mundo exterior, al ámbito público, el macrosistema, el que, por otra parte, la cultura y los valores existentes, determinan es el campo de acción de los hombres y, hacia el cual son orientados.

La realidad confirma en diversas formas que los sistemas micro y macro no son más que distintos campos de acción que suponen diversos tipos de desarrollo personal, independientemente del género de quien los ocupe; que las tareas domésticas pueden ser realizadas por el sistema completo, por todos sus miembros, y no sólo por el elemento “ama de casa”; que tiene necesidades no satisfechas, dada su situación de vivir para los otros y que, además, tiene capacidades y habilidades subestimadas. Por otra parte, las tareas o espacios extradomésticos no son exclusivos del “jefe de familia”. Es importante entender que los criterios a través de los cuales se han establecido los roles femenino y masculino, necesitan un reajuste fundamentado en la realidad, orientados por los rasgos y características concretas de los hombres y las mujeres, con sus consecuentes necesidades y no en dogmas culturales disfuncionales. “Cuando se cuestionó por qué cierto trabajo era considerado «propio» para una mujer o para un hombre, y se constató que no había relación entre las características físicas de los sexos y los trabajos a realizar (pues igual existen hombres débiles que mujeres fuertes) se tuvo que aceptar la arbitrariedad de la supuestamente «natural» división del trabajo. Las variaciones entre lo considerado femenino y masculino demuestran que, a excepción de lo relativo a la maternidad, se trata de construcciones culturales”.¹¹⁷

El problema no es solamente la presión a ocupar cierto papel o rol dentro de la familia y el grupo social; lo grave es, como se ha mencionado con frecuencia en éste trabajo, que para hacerlo se educa y condiciona a las personas para la búsqueda de determinados estereotipos e ideales de conducta de ser “hombre” y ser “mujer”; si no se cumple con ese papel tal como se espera, pues se produce en ellos tal frustración e insatisfacción que desencadenan, en ocasiones, crisis y situaciones de conflicto que dificultan el desarrollo y el desempeño en la vida diaria. Esta presión se ejerce sobre todos los miembros de un sistema; la condición social del hombre está también impregnada de exigencias y presiones que lo pueden orillar al desarrollo de depresión u otras expresiones de conflicto. En ellos, ésta, sin embargo, tiene una manifestación diferente, se traduce generalmente en irritabilidad y violencia. Si concebimos la familia como un sistema interdependiente e interinfluyente, podemos observar, aunque indirectamente con cierta claridad, que los compañeros de las mujeres

¹¹⁶ Ob. Cit. Nota 41, p.30.

¹¹⁷ Ob. Cit. Nota 25, p.58.

atendidas presentan, la mayoría, rasgos importantes de disfuncionalidad y problemas en relación familiar; dos de ellos problemas severos de alcoholismo y uno especialmente violento. La depresión y la ansiedad no es un problema de la mujer, es la consecuencia de un conflicto que comparte todo el sistema familiar.

Las relaciones interpersonales, particularmente en la familia, son fuente de afecto, cuidado y seguridad; también representan la vía principal a través de la cual aprendemos a vincularnos con los otros y a buscar la realización de nuestras expectativas e intereses; son ellas las que nos indican la forma en que podemos desempeñarnos a lo largo de la vida, la manera de enfrentar y resolver nuestros conflictos, nuestra capacidad de tomar decisiones y arriesgarnos en favor de nuestros intereses y deseos. Sin embargo, las relaciones familiares también pueden representar la vía principal en el desarrollo y mantenimiento de conflictos emocionales. Si la ideología predominante es la de obligar a una mujer a comportarse según la tradición y el deber, ésta crecerá con débiles herramientas y capacidades para su propio desarrollo personal, ya que fundamentalmente se espera que se sacrifique ante las necesidades de los otros; esta carencia en el desarrollo de su propia personalidad, indica también que muy probablemente su desempeño dentro de su grupo familiar sea poco favorable, pues para ofrecer es imprescindible poseer eso que se pretende dar; por ejemplo, difícilmente responderá adecuadamente a las necesidades de otros si las suyas propias están insatisfechas. De la misma forma, si la filosofía del grupo es la de formar hombres insensibles, duros y violentos, activos solo fuera del hogar, con una participación nula dentro de casa y escasa manifestación emocional, éstos no tardarán en presentar sus propios conflictos, que emergen de la imposibilidad de desarrollar su personalidad de forma íntegra; con todo esto, los vínculos afectivos que se desarrollan entre los dos géneros, estarán llenos de resentimientos y miedos, y el desarrollo de ambos estará bloqueado por este cúmulo de ideas, algunas de ellas francamente disfuncionales.

La participación activa de ambos géneros, es la vía óptima para el desarrollo de sus propios intereses y sus capacidades; con la debida organización y sensibilidad, se puede ser empático con las necesidades de cada uno de los miembros de un sistema familiar (hijas, hijos, madre y padre). La calidad de vida de cada uno de nosotros está influida por la calidad de vida de las personas que nos rodean, y el esfuerzo que cada uno realice tendrá un efecto en la situación de los demás. El bienestar de un sistema depende de todos y cada uno de los elementos.

10. CONCLUSIONES

La situación del ama de casa contiene elementos que en sí mismos pueden ser considerados depresógenos; por una parte está obligada (por sus propios valores -ideas, creencias y expectativas- y los del medio que la circunda) a desempeñar cierto tipo de papel o rol social que implica el sacrificio de su propio desarrollo en pro del bienestar y cuidado de los otros: sus actividades están dirigidas principalmente hacia ese objetivo. Por otra parte, el trabajar dentro de casa, en condiciones de aislamiento social y pocos vínculos con el exterior, con el paso del tiempo provocan un estado de soledad e insatisfacción tal que puede desembocar en una crisis depresiva y/o ansiosa. Estas sensaciones influyen a su vez en la creación de cierta forma de pensar invadida de creencias irracionales, que intensifican la problemática y aumentan la conflictiva, por provocar la inhabilidad en la resolución de problemas y una actitud desesperanzada que no busca alternativas.

Cuando la mujer adquiere una forma de pensamiento disfuncional que la conflictúa, se puede intervenir con la Terapia Racional Emotiva para encontrar vías de solución y mejorar su calidad de vida. Los resultados obtenidos en éste estudio, corroboran la tesis de que la TRE es una forma de intervención que ayuda a obtener éstos objetivos. Muy importante es también que la mujer participe en actividades para y por sí misma. Se ha observado también, con base en los datos arrojados por esta investigación, los grandes beneficios de la actividad propia en el sentido de enriquecer la participación de la mujer y colaborar en el aumento de su autoestima y la sensación de satisfacción. En éste sentido, es necesario señalar que hay elementos clave que pueden favorecer u obstaculizar este proceso. A continuación se mencionan algunos de ellos, que pudieron evidenciarse en esta ocasión:

- ❖ La historia personal de la mujer. Si dentro de su experiencia de vida hay condiciones favorables básicas como necesidades afectivas elementales satisfechas, redes sociales accesibles y confiables y un ambiente básicamente propicio para su desarrollo, el incorporar nuevas formas de pensamiento y actitudes ante las circunstancias se efectúa de manera más natural y con menos dificultad, que cuando en su experiencia de vida se encuentran numerosas o importantes carencias afectivas, o interacciones familiares básicamente disfuncionales, pues estas condiciones favorecen la temprana aparición de conflictos emocionales y su recrudecimiento a lo largo de la vida; con lo cual, el cambio ideológico y conductual se torna más difícil.
- ❖ La actitud del cónyuge. Una posición interesada y sensible de éstos, que implica una relación cálida –confiada y empática– y una comunicación a niveles favorables, significará un apoyo fundamental en bien del proceso; sin embargo, si su actitud es indiferente o francamente hostil, su participación se tornará en un elemento muy negativo para el proceso, al grado de sabotear, posiblemente, los logros que se van

obteniendo; al respecto podemos recordar el caso de Claudia y su relación conyugal. Debemos percatarnos, sin embargo, de que una actitud negativa de su parte, nos sugiere otra manera de manifestar su propia conflictiva. Por ejemplo, no por el hecho de ser más violento o agresivo, se puede pensar que está satisfecho con su situación, más bien sugiere síntomas de una problemática personal.

- ❖ El grado de flexibilidad y empatía del grupo familiar con las necesidades del elemento en conflicto. Como ya se mencionó, la participación del sistema completo es fundamental para la mejora terapéutica de la mujer, esto implica, a su vez, disposición hacia el esfuerzo por el bien común. Cuando se logra el interés de los otros miembros en participar en la familia de una nueva forma, se facilita la modificación de la estructura familiar en la búsqueda de la mejoría en las condiciones de vida.
- ❖ Los intereses y expectativas de las mujeres. En gran medida el nivel de éstos es el que determinará los alcances y limitaciones del cambio. Los planes y proyectos también están en general estrechamente vinculados con la situación económica de la mujer, con experiencias previas en el ámbito público, con los gustos y preferencias personales y con las redes sociales de las que se dispongan.
- ❖ Las características personales definen la cualidad y calidad de la participación de la mujer. Algunas de ellas son: los elementos intelectuales, las habilidades sociales y de afrontamiento. Otros aspectos necesarios a considerar por los cambios hormonales que representan y la sintomatología asociada, son: la presencia o ausencia del Síndrome Premenstrual, etapas en que llega la menopausia, casos de histerectomía, etc. Es también muy importante observar los rasgos y actitudes característicos de las mujeres; tendencia a pensamiento mágico, tendencia a la culpa, manifestación de agresividad y violencia, etc.

MODELO DE INTERVENCIÓN

Los resultados arrojados por la intervención, demuestran que la terapéutica aplicada es eficaz; sin embargo, se presentaron algunas situaciones que obstaculizaron el proyecto y obligaron a hacer algunas modificaciones al original con el fin de optimizar, en lo posible, la aplicación:

- ❖ El propósito original era atender mujeres de manera grupal con el fin de que el contacto con otras mujeres con experiencias similares sirviera de reflejo y apoyo para cada una; los lineamientos teóricos y las pautas de intervención eran los mismos. La selección de la muestra requerida se complicó (en términos de tiempo), el grupo no lograba completarse, así que se inició la aplicación de la terapéutica de forma individual. Un trabajo grupal bajo éstos términos sería muy productivo, pues implicaría aspectos benéficos con los que no cuenta la terapia individual, la contención

psicológica que supone un grupo, por ejemplo. Es importante señalar que el solo hecho de saber por los libros y durante las sesiones, que la depresión es una enfermedad (no su “culpa”, ni una situación que ellas busquen, ni una problemática que se resuelve “echándole ganas”), y que muchas personas la padecen, fue un elemento clave para disminuir la angustia.

- ❖ Por otro lado, ya que se planeó en un principio la terapéutica grupal, se requería una muestra de 10 mujeres (contemplando deserciones durante el proceso, se esperaba un grupo de 7 a 8 mujeres). En el proyecto trabajado, la muestra fue de cinco mujeres. El realizar la intervención en una población mayor, seguramente proporcionaría datos más abundantes en cuanto a la vivencia cotidiana de la depresión y la angustia en la mujer. Conocer con más profundidad y cercanía la situación de las personas en conflicto, aporta la posibilidad de entenderlas y ayudarles a encontrar opciones que resuelvan su problemática y eleven su calidad de vida. La muestra atendida en esta ocasión es pequeña, seguramente muchos otros aspectos fundamentales en la conflictiva y su resolución no fueron señalados; el atender a una muestra mayor implicaría una mayor cantidad de datos.
- ❖ Otro aspecto que se modificó fue el rango de edad de las mujeres que proponía abordar el estudio. Originalmente se planteó un intervalo de 20 a 40 años de edad. Fue necesario ampliar el rango al encontrar que las mujeres entre 35 y 45 años particularmente, se encuentran en “mayor” riesgo de desarrollar el síndrome depresivo por circunstancias como el tener hijos adolescentes que se empiezan a desligar de la familia, por ejemplo, factores que contribuyen a la formación de síntomas disfuncionales, pues la mujer siente que su participación para con sus hijos deja de ser necesaria, se siente “menos útil”. Ya se ha mencionado éste síndrome bajo el nombre de “nido vacío”.
- ❖ En cuanto al programa de terapia utilizado, es importante señalar que en algunos casos en que se presentaban tópicos ajenos a los planteamientos originales de la intervención, como en los de alcoholismo en la pareja, problemas en la sexualidad, violencia, las pautas del procedimiento resultaron insuficientes para su resolución. Sería recomendable ampliar el programa, contemplando estos factores que implican un desajuste en la interacción familiar y causan problemas específicos importantes.
- ❖ La necesidad de ampliar los tiempos de intervención es otro factor relevante. En razón de las sesiones de tratamiento requeridas, así como de las de seguimiento, es recomendable ampliar el número de sesiones en los casos en que lo requieran, dado el nivel de conflictiva; también sería muy productivo tener acceso a otras formas de terapia para apoyar el proceso (terapia de pareja, por ejemplo). En esta ocasión, circunstancias ambientales y personales de las mujeres, determinaron la suspensión del

tratamiento en momentos no dispuestos (un caso) y la imposibilidad de establecer sesiones de seguimiento para corroborar la mejora.

- ❖ Finalmente, se recomienda la formulación de un programa con estas características, pero cambiando la población femenina por masculina. Esto representaría la posibilidad de obtener una visión más integral de las características y problemáticas comunes en la vida familiar; pues el “jefe de familia” también vive presiones sociales y culturales en cuanto a su participación, se le fomentan características, “propias de su sexo”, que también contienen núcleos irracionales, exigencias e ideas dogmáticas.

En el desarrollo del presente estudio se consideró la idea de que a través de una intervención psicológica como la que implica la TRE, era posible mejorar las condiciones anímicas y emocionales de las mujeres que presentaban conflictos psicológicos.

En el curso del programa se confirmó esa primera idea, sin embargo, como puede observarse, se hicieron evidentes diversos aspectos importantes en la conflictiva, que la terapia utilizada, por sí sola, no era capaz de controlar, dado que, en general, pone énfasis en la interpretación de la realidad, haciendo a un lado otras situaciones determinantes.

Uno de estos aspectos, por ejemplo, es el enorme impacto que representa la cultura en la formación de expectativas de vida. Dado que en esta ocasión la población intervenida fue femenina, se pudo observar, por ejemplo, su adscripción a una ideología de abnegación, indefensión e impotencia, acompañadas con actitudes y acciones consecuentes con éstas. Esta ideología, asumida como “natural” por las mujeres formadas en ella desde sus primeros años de vida, constituye el marco de actuación de su vida ulterior en la cual reproduce las conductas y actitudes que son aceptadas como “femeninas” por la sociedad. Este proceso y éstas prácticas que he descrito como Rol de Género, en sí mismas, favorecen la presencia de sintomatologías asociadas a la depresión y a la ansiedad, que bajo circunstancias familiares y personales específicas se harán concordantes con el cuadro propiamente clínico de la depresión. Tal es el caso de las amas de casa, a quienes por su condición he caracterizado como dependientes-deprimidas.

Otro elemento que me pareció fundamental es la importancia de tomar en cuenta las bases orgánicas en la producción de conflictos emocionales; fue muy importante la intervención médica con fármacos en los casos en que la mujer se encontraba con niveles hormonales alterados, por ejemplo, en la menopausia, y también es recomendable auxiliarse de fármacos en las situaciones en que la depresión o ansiedad sean graves o alteren profundamente a la mujer.

Igualmente importante en el curso de la intervención fue la atención del contexto familiar, ya que, como se ha mencionado, la conflictiva de la mujer afecta al grupo familiar en su totalidad. La familia será un elemento clave en la evolución de una intervención terapéutica

de este tipo; a lo largo del programa se hizo evidente que una actitud favorable propiciará la mejoría, en contraste con una actitud negativa.

En el contexto familiar, de particular importancia es el papel jugado por la pareja, el varón, dado que el desempeño tradicional masculino se articula con el femenino y obstaculiza la favorable evolución terapéutica. En los casos en que la asunción de éstos roles es menos rígida y, por lo tanto, más comprensiva con las necesidades de la mujer, favorece un curso terapéutico con mejor pronóstico.

Así vemos que las condiciones socioculturales, las condiciones de salud y orgánicas de las pacientes, así como las relaciones de género y la composición y dinámica del grupo familiar, son otros tantos elementos a considerar para una apropiada intervención psicológica.

De igual modo, en el campo de lo teórico, es importante señalar que puse en juego, además de la TRE, otras concepciones, posturas y abordajes de los problemas aquí tratados, encontrando que la riqueza y amplitud de las posibilidades, de las herramientas terapéuticas permite un tratamiento más abarcante.

Es necesario subrayar la importancia de intervenir en forma verdaderamente integral en problemas como éstos; con esto me refiero a la necesidad de aplicar un programa psicológico eficaz, junto con herramientas que aborden otras necesidades de los pacientes. En este caso fue definitiva la ayuda de la actividad física, el entrenamiento en relajación, la revisión y discusión de diferentes temáticas afines al programa desarrollado, la orientación acerca de instituciones especializadas y centros de servicios (médicos, de apoyo a personas maltratadas, aspectos legales, de actividades recreativas, deportivas, de educación y de capacitación para búsqueda de empleos).

Es de vital importancia señalar que en el presente estudio se abordó tan solo una parte de la problemática social de género; la condición femenina. Es urgente el abordaje de la situación masculina; el verdadero desarrollo y crecimiento de hombres y mujeres supone el conocimiento de ambos, así como de la reestructuración de los planteamientos y valores que definen su comportamiento y papel social. No se podrá entender íntegramente la problemática familiar y social con el sólo estudio de una parte de la humanidad. Es claro que la posición social de la mujer influye en la posición social del hombre, y viceversa. Los vicios y carencias culturales, las deformaciones afectivas y las relaciones incomprensivas y distantes, nos afectan a hombres y mujeres al mismo nivel, aunque la manifestación del sufrimiento sea diferente.

Entender las diferencias y satisfacer las necesidades de cada uno permitirá un crecimiento integral: intelectual, afectivo y conductual del sistema familiar y, a través de ello, de nuestra sociedad.

11. ANEXO

CUESTIONARIO CLÍNICO DIAGNOSTICO DEL SINDROME DEPRESIVO (CCDS).
Dr. Guillermo Calderón Narváez.

NOMBRE:

ESTADO CIVIL:

OCUPACIÓN:

PREGUNTAS	No	Si		
		Poco	regular	mucho
1. ¿Se siente triste o afligida?				
2. ¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3. ¿Duerme mal de noche?				
4. ¿En la mañana se siente peor?				
5. ¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6. ¿Le ha disminuido o aumentado el apetito?				
7. ¿Se siente obsesiva o repetitiva?				
8. ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9. ¿Considera que su rendimiento es menor?				
10. ¿Siente presión en el pecho?				
11. ¿Se siente nerviosa, angustiada o ansiosa?				
12. ¿Se siente cansada o decaída?				
13. ¿Se siente pesimista, siente que las cosas le van a salir mal?				
14. ¿Le duele con frecuencia la cabeza?				
15. ¿Está más irritable o enojona que antes?				
16. ¿Se siente insegura, con falta de confianza en usted misma?				
17. ¿Siente que es menos útil a su familia?				
18. ¿Siente miedo de algunas cosas?				
19. ¿Siente deseos de morir?				
20. ¿Se siente apática, sin interés en las cosas?				

CALIFICACIÓN

Preguntas contestadas en la primera columna (NO) X1=

Preguntas contestadas en la 2ª columna (POCO) X2=

Preguntas contestadas en la 3ª columna (REGULAR) X3=

Preguntas contestadas en la 4ª columna (MUCHO) X4=

TOTAL =

PUNTAJE EQUIVALENTE A:

20 a 35 NORMAL

36 a 45 REACCIÓN DE ANSIEDAD O DEPRESIÓN INCIPIENTE

46 a 65 DEPRESIÓN MEDIA

66 a 80 DEPRESIÓN SEVERA.

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

FECHA:

NOMBRE:

EDAD Y FECHA DE NAC.:

EDO. CIVIL.:

HIJOS:

DOMICILIO:

TELEFONO:

ESCOLARIDAD:

OCUPACION:

OCUPACION DEL CONYUGE:

MOTIVO DE CONSULTA:

ANTECEDENTES DE SALUD:

RUTINA DIARIA:

RELACION CON EL CONYUGE

RELACION CON LOS HIJOS

SINTOMAS QUE PRESENTA:

PRESENCIA

AUSENCIA

Llanto o ganas de llorar recurrentes
descuido de tareas domésticas
descuido del arreglo personal
desesperación
sentimientos de impotencia, ineficacia
baja autoestima
hostilidad
irritabilidad
resentimiento
miedos
preocupaciones (sudoración, palpitaciones)
obsesiones
tensión muscular (dolor: cabeza, espalda, nuca)
cansancio injustificado
aumento o disminución del sueño
aumento o disminución del apetito
disminución del interés sexual
consumo de tabaco
consumo de alcohol
compulsiones
perfeccionismo
falta de decisión
ineficacia para la resolución de problemas
discusiones frecuentes con pareja o hijos
agresiones verbales frecuentes
maltrato físico

COMENTARIOS

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Albert Ellis Institute. <http://www.REBT.org/>.
2. Arch Neurocién (Mex). Vol. 1 No. 1:11-15, 1996. @INNN, 1996.
3. Armanda Alegría, J. *Emancipación femenina en el subdesarrollo*. Ed. Diana, México, 1982.
4. Ayuso, J.L. *Trastornos de Angustia*. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie Salud, 2000, España, 1988.
5. Bardwick, J. *Psicología de la mujer*. Alianza Editorial, España, 1980.
6. Beauvoir de, S. *El segundo sexo*. Siglo XX. Buenos Aires, 1968.
7. Beck, A.T. *Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad*. Ed. Paidós, Barcelona, 1995.
8. Beck, A. T. *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Biblioteca de Psicología, España, 1983.
9. *Biblia de Jerusalén*. Ed. Porrúa. Madrid, 1975.
10. Bischof, L. *Interpretación de la Teorías de la Personalidad*. Biblioteca Técnica de Psicología, México, 1983.
11. Burín, M. y Dio Bleichmar, E. *Género, Psicoanálisis y Subjetividad*. Ed. Paidós, Argentina, 1996.
12. Burín, M., Moncarz, E. Y Velázquez, S. *El malestar de las mujeres*. Paidós. Buenos Aires, 1990.
13. Calderón Narváez, G. *Depresión, Sufrimiento y Liberación. Diagnóstico, Pronóstico y Tratamiento*. Ed. Edamex, México, 1997.
14. Calderón Narváez, G. *Esa agonía llamada locura*. Historia de la Psiquiatría. Ed. Edamex, México, 1996.
15. Calderón Narváez, G. *Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento*. Ed. Trillas, México, 1990.
16. *Ciencias Naturales y Desarrollo Humano*. Secretaría de Educación Pública. México, 1999.
17. De la Fuente R., et al. *Salud Mental en México*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. FCE, México, 1997.

38. Lara, M. A. *La depresión en las mujeres*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Trabajo presentado en el Seminario Nacional de la Federación Mexicana de Universitarias: Mujer y Salud. Septiembre, 1998.
39. Lara, M. A. *Inventario de Masculinidad y Femenidad*. (IMAFE). El Manual Moderno. México, 1993.
40. Lara, Acevedo y Pego. *¿Es difícil ser mujer?. Una guía sobre depresión*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1996.
41. Larousse. *Diccionario Enciclopédico*. Ed. Larousse, Bogotá, 1998.
42. *Ley de asistencia y prevención de la violencia familiar y reglamento*. Secretaría de Desarrollo Social. Equidad y Desarrollo. México, 1999.
43. Mahoney y Freeman. *Cognición y Psicoterapia*. Ed. Paidós, Barcelona, 1988.
44. McKay, M. y Davis, M. *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Ediciones Roca, México, 1988.
45. Miller, J. B. *Hacia una nueva psicología de la mujer*. Ed. Paidós, México, 1987.
46. O'Connor, J. y Seymour, J. *Introducción a La Programación Neurolingüística*. Ed. Urano, Barcelona, 1995.
47. Oliver, C. *Los hijos de Yocasta*. Ed. FCE. México, 1984.
48. Organización Mundial de la Salud. División de Salud Familiar y Reproductiva. *Violencia contra la mujer*. Washington D.C., junio 1998.
49. Paz, O. *Sor Juana Inés de la Cruz o Las Trampas de la fe*. Ed. Seix Barral, México, 1999.
50. Péchadre, L. y Roudy, Y. *El éxito de la mujer*. Ed. Circuito de lectores, Bogotá, 1981.
51. Pérez-Gil, Ramírez Rodríguez, Ravelo Blancas (comps.). *Género y Salud Femenina. Experiencias de Investigación en México*. Univ. de Guadalajara, CIESAS, INN. México, 1995.
52. Ramírez Esparza, N. F. *Aplicación de la Terapia Cognitiva de Beck en pacientes Depresivos*. (Tesis) Facultad de Psicología, UNAM, México, 1999.
53. Ramos Lira L., Romero Mendoza M., Jiménez E. *Violencia Doméstica y Maltrato Emocional. Consideraciones sobre el daño psicológico*. Revista del Organó Informativo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad del Colegio de México. Año II, Núm. 6-7. Mayo-diciembre, 1995.

54. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. VOL. 30, NUM. 5/6, 377-380, 1992.
55. Satir, V. *Psicoterapia familiar conjunta*. Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1986.
56. Seligman, M. *Indefensión*. En la depresión, el desarrollo y la muerte. Ed. Debate, Barcelona, 1991.
57. Tordjman, G. *La pareja*. Realidades, problemas y perspectivas de la vida en común. Ed. Grijalbo, México, 1989.
58. Wolman B. B. *Diccionario de las Ciencias de la Conducta*. Ed. Trillas, México, 1984.