

4  
24 870125

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## ESCUELA DE PSICOLOGIA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN GRUPO  
DE PACIENTES DEPRESIVOS HOSPITALIZADOS EN EL  
SANATORIO SAN JUAN DE DIOS

## TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

ELBA DOMINGA CASANOVA OZUNA

GUADALAJARA, JAL.

1989



## **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 está 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.

## I N D I C E

### CAPITULO I

#### "INTRODUCCION GENERAL"

1.1 Establecimiento de objetivos.....	4
1.2 Definición de términos claves.....	4
1.3 Información previa general.....	5
1.3.1 Antecedentes teóricos.....	5
1.3.2 Estudios realizados.....	7
1.4 Limitaciones del estudio.....	15

### CAPITULO II

#### "REVISION DE LA LITERATURA"

II.1 Antecedentes históricos de la depresión.....	16
II.2 Teorías de la depresión.....	20
II.2.1 Teoría bioquímica de la depresión.....	20
II.2.2 Teoría genética de la depresión.....	23
II.2.3 Teorías psicológicas de la depresión.....	24
II.3 La depresión.....	30
II.3.1 Clasificación de la depresión.....	32
II.3.2 Formas clínicas de la depresión.....	33
II.4 Clasificación de los trastornos afectivos de acuerdo al DSM-III.....	39
II.4.1 Trastornos afectivos mayores.....	39
II.4.2 Otros trastornos afectivos específicos.....	42
II.5 Escalas para medir la depresión.....	44
II.5.1 Escala de Hamilton.....	44

11.5.2 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).....	45
11.5.3 Escala de Zung.....	45
11.5.4 El Inventario de Beck.....	49
11.6 Formas de tratamiento de la depresión	
11.6.1 Tratamiento farmacológico.....	51
11.6.2 La psicoterapia.....	52

### CAPITULO III

#### "LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL"

III.1 ¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual?.....	59
III.1.1 Características de la terapia cognitivo conductual....	60
III.1.2 El modelo cognitivo de la depresión.....	61
III.1.3 El papel de las emociones en la terapia cognitiva.....	62
III.2 Estructura de la sesión terapéutica	
III.2.1 Pautas específicas para el terapeuta.....	63
III.2.2 Estructura formal de la terapia cognitiva.....	65
III.2.3 Entrevista inicial.....	66
III.3 Técnicas cognitivas.....	69
III.4 Técnicas conductuales.....	73
III.5 Inclusión de tareas para realizar fuera de la terapia.....	75
III.5.1 Asignación de tareas.....	75
III.5.2 Detección de reacciones inadecuadas a las tareas.....	76
III.5.3 Elaboración de los programas de actividades.....	76
III.6 Terapia cognitiva de grupo para pacientes depresivos.....	77
III.6.1 Consideraciones.....	78
III.6.2 Aspectos formales.....	79
III.6.3 Estructura de las sesiones terapéuticas de grupo.....	81

## CAPITULO IV

### "METODOLOGIA"

IV.1	El problema.....	83
IV.2	Objetivos.....	84
IV.3	Diseño experimental.....	84
IV.4	Hipótesis de investigación.....	84
IV.5	Variables.....	85
IV.6	Instrumentos.....	86
IV.7	Población y Muestra.....	86
IV.8	Escenario.....	67
IV.9	Procedimiento.....	67
IV.10	Técnicas de análisis.....	88

## CAPITULO V

### "ANALISIS DE DATOS Y RESULTADOS"

V.1	Análisis estadístico.....	92
V.2	Resultados.....	98

## CAPITULO VI

### "CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS"

VI.1	Conclusiones.....	100
VI.2	Comentarios.....	103
VI.3	Sugerencias.....	106

## CAPITULO VII

### "ANEXOS"

Anexo 1.....	108
--------------	-----

<b>Anexo 2</b> .....	<b>146</b>
<b>Anexo 3</b> .....	<b>160</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>165</b>

CAPITULO I

## CAPITULO I

### INTRODUCCION GENERAL

En la actualidad, el incremento de la depresión, su tendencia a alterar impulsos instintivos básicos y su efecto bloqueador de necesidades biológicas como el hambre, el sueño y el apetito sexual, han hecho que un gran número de investigadores sumen sus esfuerzos a fin de conocer mejor este problema.

Aunque la depresión no es una enfermedad grave, sino en contadas -- ocasiones, suele causar grandes sufrimientos al paciente; su efecto negativo en las relaciones familiares y sociales, su influencia en la desvalorización de la propia personalidad y el enorme contraste entre la imagen que el paciente deprimido tiene de sí mismo y la realidad, ha hecho que se le considere como la enfermedad de las contradicciones.

La depresión, es un problema de hace siglos, que se ha incrementado notablemente en los últimos años. Muchos expertos consideran que de cien a doscientos millones de seres humanos padecen hoy en día de depresión, quizás como un resultado de cambios ambientales y sociales que el ser humano no ha podido superar, pese a su gran capacidad de adaptación psicológica. (5)

Aún cuando el uso del término depresión se remonta a un cuarto de siglo, siendo por lo tanto contemporáneo del advenimiento de la psicofarmacología, el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía. Sorano 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, irritabilidad y, en ocasiones, jovialidad. (5)

Durante la edad media filósofos destacados como Santo Tomás de Aquino sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias

astrales. A principios del Siglo XIX, Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto, y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio; como causas posibles de la melancolía señaló, en primer lugar, las psicológicas, por ejemplo: el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares, y en segundo las físicas, como la amenorrea y el purpúrio, por ejemplo. (5)

En 1947, W.H. Auden escribió un poema titulado "La Edad de la Ansiedad", y en él se refería al síndrome que estaba incrementándose en la población mundial en la época. A mediados de los 60, una serie de artículos científicos empezaron a señalar que la ansiedad estaba siendo sustituida por la depresión y por la desesperanza como estados emocionales predominantes en el hombre. (8)

Cada día es mayor el número de personas con diagnóstico de depresión; en Estados Unidos los intentos de suicidio se han incrementado en forma alarmante, especialmente entre los jóvenes, y aún más entre las mujeres menores de 30 años. En los últimos años la importancia de la depresión se ha destacado de tal forma, que se considera no solo como el problema más frecuente en el campo de la salud mental, sino aún como el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad según la opinión de -- Nathan Kline. (20)

Según la Organización Mundial de la Salud, se calcula que en el mundo hay por lo menos cien millones de personas que sufren alguna forma clínica reconocible de depresión; que relacionados con ellos existen otros -- tres tantos que son afectados y sufren por ella. En Estados Unidos es la segunda causa de hospitalización después de la esquizofrenia, pero se estima que entre no hospitalizados es cinco veces mayor que la esquizofrenia; en Alemania Federal se ha calculado que 38 ciudadanos se suicidan -- diariamente como consecuencia de la depresión (20).

A fin de aportar datos para conocer el perfil epidemiológico de la depresión en México, el Dr. Calderón con otro grupo de profesionales, llevó a cabo una investigación acerca de la prevalencia de la depresión en la población general. Para ello, se seleccionó una comunidad del Distrito Federal debido a que esta afección tiene mayor evidencia cuantitativa en las áreas urbanas. (7)

La cantidad de encuestas realizadas fue de 928 que corresponde a un 15.66% de la población general de esa comunidad, lo cual ya es representativo. Los resultados generales obtenidos fueron los siguientes:

- Existe una prevalencia de 11.63% de depresiones medias y un 2.47% de depresiones severas; siendo un total de 14.11% de enfermos deprimidos en la población general.
- En relación entre depresión y sexo, se encontró que 11.81% correspondió al sexo masculino y un 15.1% al femenino; corroborándose el predominio de depresión en mujeres como ya se ha señalado en otras investigaciones.
- En relación con la edad se encontró un aumento importante de la presentación del cuadro depresivo en personas mayores de 60 años (27.8%), seguida de cerca por el grupo de 55 a 59 años (25.5%).
- Respecto a la depresión y estado civil se encontró que un 30.7% correspondía a los viudos, siendo evidente la prevalencia en este grupo. El número de personas que vivían en unión libre fue muy reducido por lo que no se pudieron obtener conclusiones definitivas para este grupo.
- En relación con el ingreso económico, la tasa mayor que fue del 19.4% correspondió a personas con ingresos de \$5,000.00 a \$9,000.00 pesos mensuales (1981).
- De acuerdo a la escolaridad se encontró una mayor incidencia de depresión en sujetos de baja escolaridad, correspondiendo un 40% a personas que nunca habían asistido a la escuela y un 38.2% a los que solo habían estudiado primaria incompleta, contra 6.8% de los que tenían carrera universitaria completa.
- En relación entre depresión y ocupación, se encontró que la tasa mayor de deprimidos corresponde a personas ocupadas en oficios, o sea, en las personas de ingresos menores dentro de la muestra, y la otra fue de un

Contemplando esta situación, a lo largo de este trabajo se expondrá un modelo de ayuda para al paciente deprimido, no como una solución "única", ya que hay diversos caminos para abordar el problema, sin embargo, se intenta que la terapia que para esta investigación se aborda, ayude - al paciente a manejar y controlar mejor sus episodios depresivos, facilitándose de métodos y tareas específicas.

#### 1.1.- ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS.

El presente trabajo intenta cubrir los siguientes objetivos:

- 1.- Disminuir la intensidad de la depresión a través de la utilización del modelo de terapia "Cognitivo-Conductual".
- 2.- Probar la utilidad de la terapia "Cognitivo-Conductual" en un grupo de pacientes depresivos mexicanos hospitalizados.

#### 1.2.- DEFINICION DE TERMINOS CLAVE.

Depresión: Estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable, que puede ser normal ó patológica. En un sentido patológico, la depresión designa una disposición psíquica de desesperación y un abrumador sentimiento de insuficiencia y de baja. (18)

En psiquiatría es un estado patológico caracterizado por alteraciones del estado de ánimo, tales como tristeza y soledad, por disminución de la autoestima asociada a autodespreciación, por inhibición (y a veces -- agitación) psicomotriz, por aislamiento de los contactos interpersonales y a veces por un deseo de morir y por síntomas vegetativos tales como insomnio y anorexia. (11).

Cognición: Término empleado para designar todos los procesos que implican la acción de conocer. Se inicia dándose cuenta de los objetos en la percepción y se extiende a toda clase de razonamientos. (9)

Cognoscitivo: Se refiere a los procesos comprendidos en el conocimiento. Referente al intelecto. (18)

Conducta: Nombre genérico para todos los tipos de reacción muscular o -

glandular del organismo frente al estímulo.

Porciones de reacciones orgánicas susceptibles de observación. Comportamiento del individuo. (9)

Terapia: Rama de la ciencia médica que se ocupa del tratamiento ó aplicación de remedios para curar, aliviar ó evitar las enfermedades. (18)

Psicoterapia: Tratamiento de trastornos por métodos psicológicos. (9)

T C C: Terapia Cognitivo-Conductual. "Cognitiva" se refiere a los pensamientos. "Conductual" se refiere a las acciones.

Es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas como la depresión, ansiedad, fobias, etc. Se basa en el supuesto teórico de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. (3)

### 1.3.- INFORMACION PREVIA GENERAL.

#### 1.3.1 ANTECEDENTES TEORICOS.

A partir del desarrollo de la psicología se ha escrito mucho sobre la depresión, pero solo hasta finales de la década de los 60's se intentó estudiar estos trastornos en base a modelos que cuentan con apoyo experimental. La depresión es un fenómeno que tiene manifestaciones en diferentes niveles: cognitivo-verbal, autónomo-fisiológico y motor-conductual. A nivel cognitivo-verbal el depresivo se caracteriza por una actitud negativa hacia sí mismo (autoacusaciones y autocríticas exacerbadas), hacia el medio ambiente y hacia el futuro. Como consecuencia su sistema motivacional es casi nulo ó se encuentra disminuido y verbaliza frecuentemente tristeza, ansiedad y coraje. Fisiológicamente el depresivo manifiesta problemas de constipación, insomnio, falta de apetito, problemas sexuales, fatigabilidad y disminución de peso. En el área conductual manifiesta inactividad, aislamiento social, lentitud, fisonomía melancólica y susceptibilidad a las lágrimas. (20)

Como este estudio se enfocará al nivel cognitivo y conductual, se mencionarán específicamente los modelos orientados a estos niveles.

Beck y colaboradores han sido los que han desarrollado un modelo cognitivo específico de la depresión. Lo han desarrollado de la observación clínica y de la comprobación experimental.

Beck define la depresión en base a las características en 5 áreas:

- 1.- Emocional: incluye estado emocional de rechazo, tristeza, ansiedad, - culpa y coraje.
- 2.- Cognitiva: incluye una actitud negativa hacia sí mismo, hacia el medio ambiente y hacia el futuro.
- 3.- Motivacional: no existe aliciente para emprender planes, actividades, etc.
- 4.- Vegetativa: problemas gastrointestinales, taquicardia, tensión muscular, insomnio, problemas sexuales.
- 5.- Motora: implica lentitud corporal, motora, verbal, etc. (20).

El modelo considera que las anteriores reacciones están determinadas por la forma que el sujeto percibe y estructura sus experiencias. Los signos son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos que implican básicamente la tríada cognitiva: a) visión negativa de sí mismo, - b) tendencias a interpretar sus experiencias actuales en forma negativa y c) visión negativa sobre el futuro. (3)

El contenido de los patrones cognitivos característicos del pensar - depresivo, se manifiestan por las actitudes y conversaciones autodevaluativas del paciente depresivo.

Sus pensamientos suelen tener las siguientes características: 1) Inferencia arbitraria. Formular conclusiones de premisas ilógicas. 2) Abstracción selectiva. Se fija en detalles para juzgar toda su experiencia. 3) Sobregeneralización. Elaborar conclusiones generales en base a una sola experiencia. 4) Magnificación y minimización. Supervaloración o infravaloración de sus defectos y capacidades. 5) Personalización. El depresivo tiende a encadenar sin fundamento, eventos independientes a su persona. 6) Dicotomización absolutista del pensamiento, expresado en la tendencia del depre

sivo en reconocer solo categorías opuestas; por ejemplo bueno-malo, sano-pecador, etc. (20)

Las características formales del pensar depresivo de acuerdo a Beck son las siguientes: 1) Designación inexacta; como designar hechos sin tino; 2) Automatismo, es decir, se presentan sin conciencia de la persona; 3) Involuntariedad, pues se presentan aún cuando la persona no lo desea; 4) Plausibilidad ó aceptabilidad, pues la persona les atribuye credibilidad; 5) Perseveración, ya que son recurrentes y muy persistentes. (3)

De acuerdo con Beck, el depresivo ha tenido a lo largo de su desarrollo determinadas experiencias negativas que le han quedado fijadas en forma de esquemas cognitivos. Los esquemas cognitivos son estructuras que llevan a la percepción, codificación y evaluación selectiva de estímulos. Una vez fijada la experiencia traumática en forma de esquemas, ésta permanece parcialmente inactivada pero llega a ser energizada por situaciones evocadoras o desencadenantes. De este modo los diferentes esquemas de un individuo determinarán la forma como estructurará las diferentes experiencias. (20)

Un depresivo tenderá a mayores distorsiones a medida que su depresión se agrava ya que sus esquemas idiosincráticos son más frecuentemente activados y evocados por un rango de estímulos medioambientales. A su vez las distorsiones de la realidad lo llevan a la formulación de un mayor número de falsos pensamientos y a la impulsividad de descubrir sus propias interpretaciones erróneas. Esto se convierte en un círculo vicioso y la organización cognitiva depresiva puede ser tal que el individuo se independiza de la estimulación medioambiental y se vuelve irresponsivo a sus cambios.

### 1.3.2 ESTUDIOS REALIZADOS.

Beck y colaboradores han realizado varios estudios empíricos para fundamentar su teoría. Punto de partida para sus estudios fué la hipótesis psicoanalítica de que las "tendencias masoquistas" comprobables en --

depresivos están fundamentadas en sus necesidades de sufrimiento que es interpretable como una agresión internamente dirigida. Para rebatir esta hipótesis llevaron a cabo varios estudios; uno de ellos se hizo con depresivos y no depresivos separados en dos grupos cada uno, recibieron éxito y fracaso cada uno, manipulados por una tarea. Se mostró que depresivos y no depresivos se sintieron más satisfechos que aquellos sin éxito manipulado; solo hubo una diferencia: los depresivos en el grupo de éxito mostraron más altas expectativas que los otros sujetos. Ya que los depresivos reaccionaron totalmente positivos ante el éxito, Beck considera que es una prueba contra la teoría psicoanalítica, pues según esta teoría era de esperarse que los depresivos interpretaran cada éxito como fracaso. (2)

En otros estudios (Beck y Lester, 1973. Minkot, Bergaman y Beck, -- 1973 y 1976) realizados entre 254 personas que habían cometido intento de suicidio, se comprobó que de 5 factores, aquellos que representaban los elementos cognitivos (deseos de suicidio, pesimismo, sentimientos de pérdida y pérdida de esperanza) explicaban la mayor parte de la varianza. También se demostró una alta correlación entre intento de suicidio y depresión; y aún más, entre intento de suicidio y desesperanza.

La efectividad de la terapia cognitiva de Beck ha sido demostrada mediante reportes de casos y estudios análogos tanto con depresivos voluntarios como con pacientes clínicos deprimidos. Rush, Khatami y Beck trataron a tres pacientes con una depresión crónica, los cuales habían recibido ya sin éxito terapia medicamentosa y electroconvulsiva; emplearon técnicas cognitivas y conductuales. Los pacientes fueron evaluados mediante la escala de depresión de Hamilton, la de Beck y la escala visual análoga de Atiken. Al final del tratamiento cognitivo y conductual los tres pacientes mostraron una recuperación significativa, tanto en las escalas como en los protocolos diarios. Después de un año de seguimiento mostraron aún menos síntomas depresivos y un mejor estado de ánimo. (2)

También se han hecho estudios comparativos. Se comparó a un grupo -

de depresivos (n=19) tratados con terapia cognitiva, con un grupo de depresivos (n=22) tratados con medicamento (imipramina). Los sujetos fueron evaluados mediante la escala de Beck y Hamilton. Después de 12 semanas de tratamiento se mostró que ambos grupos lograron una reversión significativa de los síntomas. Sin embargo, en ambas escalas y en la consideración de la sintomatología general se comprobó que la terapia cognitiva fue significativamente superior a la medicamentosa. Este estudio fue muy criticado por sus fallas metodológicas en su diseño, por Mark en 1978.

Además de estos estudios, en la monografía de Beck y colaboradores se dedica un capítulo para la revisión de estudios de terapia cognitiva en depresivos.

En cuanto a los modelos conductuales, se asume que para explicar el desarrollo y mantenimiento de los trastornos depresivos hay que entender el patrón de interacción del depresivo con su medio ambiente. Dentro de estos modelos se encuentran el de Lewinshon, Bandura, Wolpe, entre - - - otros (20).

Lewinshon considera que la baja tasa de reforzamientos positivos -- contingente a las respuestas del depresivo son las responsables de las manifestaciones depresivas como baja tasa de conductas, manifestaciones cognitivas y somáticas. (20)

Lewinshon construyó tres hipótesis en las cuales ha fundamentado toda su investigación:

- 1) El número de reforzadores contingentes es menor en depresivos que en no depresivos. Para ello se fundamentó en el siguiente estudio: investigó tres grupos, uno de sujetos normales, uno de depresivos y un tercio de pacientes psiquiátricos. En la selección y evaluación utilizó el MMPI y un programa de eventos placenteros (320 actividades placenteras) para que el sujeto respondiera en una escala de tres puntos, qué tan frecuente y placentera fue la actividad. Los resultados confirmaron la hipótesis ya que los depresivos mostraron una menor frecuencia

de actividades y la cantidad de reforzadores fué más pequeña que la de los otros grupos.

- 2) El comienzo de la depresión varía con una disminución de los reforzadores positivos y la mejora con un aumento de los reforzadores positivos. Para comprobar la hipótesis se eligieron tres grupos de sujetos al igual que en el estudio anterior, y en base a la escala Byme, al MMPI y a la entrevista estructurada de Grinker. Se le dió a cada sujeto el programa de eventos placenteros para que evaluara cada reactivo en una escala de 5 puntos. De los 160 reactivos que cada uno evaluó como placenteros, se les pidió que indicaran diariamente a que actividad se habían dedicado. Adicionalmente se les hizo una tasación del estado de ánimo mediante una lista de adjetivos depresivos. Nuevamente se confirmó la hipótesis; hubo una correlación entre el grado de actividad y el estado de ánimo en el mismo día.
- 3) La intensidad de la depresión varía con el número de reforzadores positivos contingentes.

El modelo de Bandura asume que personas deprimidas se proporcionan a sí mismas una baja tasa de reforzamientos y una alta tasa de castigos - en forma intraverbal, lo cual les hace caer en depresión. Esto puede deberse a varias razones: a) los niveles de ejecución esperados por el sujeto son muy elevados y por tanto son muy difíciles de alcanzar conductualmente; b) no se considera objetivamente la dificultad de la tarea; no se evalúa objetivamente la tarea en relación a las capacidades personales; y d) el sujeto ya espera ser competente en la tarea (falsas expectativas).

Wolpe asume que existen tres tipos de depresión: normal, endógena y neurótica. La depresión normal ocurre en circunstancias normales como fracaso, pérdida o privación y suele ser una depresión justificada por la realidad y generalmente de corto plazo. La depresión endógena es provocada por agentes biológicos y desaparece como una función de la remisión de procesos biológicos relevantes. La depresión neurótica consiste básicamente en una reacción habitual persistente y desadaptada, adquirida por el aprendizaje en situaciones generadoras de ansiedad, es decir, es una reac

ción neurótica condicionada por ansiedad.

Wolpe menciona varias evidencias experimentales para demostrar que la depresión reactiva es una función de la ansiedad. Por ejemplo, McCarron (1973) no encontró diferencias en medidas psicofisiológicas entre depresivos y personas con problemas de ansiedad. También Suárez y colaboradores encontraron que la respuesta electrodérmica de depresivos, reactivos ante el stress, incrementaba en dirección a la ansiedad.

Como apoyo a su teoría, Wolpe hace una revisión de 25 casos de depresión neurótica, tratados básicamente descondicionando la ansiedad asociada. En 22 de ellos desapareció totalmente la depresión, en 2 no hubo mejoría y uno estuvo sujeto a una depresión recurrente, pero en menor intensidad que la inicial. En estos tres últimos casos tampoco fue posible descondicionar la ansiedad. El seguimiento se llevó a cabo por 6 meses y no hubieron recaídas (20).

De los modelos conductuales anteriores se han derivado varias técnicas de tratamiento para el manejo de depresiones. Entre ellas figuran: uso de la atención contingente del terapeuta, implantación de tareas graduadas, identificación del estado de ánimo y aumento de actividades; detección y entrenamiento de conductas alternativas a la depresión por medio de la técnica de solución de problemas, entre otras.

#### Estudios con Sujetos Depresivos Voluntarios.

Varios estudios con diseño de investigación controlados han evaluado la eficacia relativa de los procedimientos cognitivos y conductuales, aislados y en combinación.

Taylor y Marshal (1977) hicieron una comparación controlada entre distintos grupos de tratamiento: modificación cognitiva y conductual y un grupo en lista de espera. Taylor observó que los sujetos de los grupos de tratamiento mostraron una mejoría significativa, en comparación con los sujetos control en lista de espera. Además el tratamiento combi-

nado fué superior tanto al tratamiento cognitivo como al conductual.(2)

Gloe (1975) comparó un tratamiento de modificación cognitiva combinado con una "experiencia de grupo positiva", un tratamiento de modificación cognitiva, un tratamiento de "experiencia de grupo positiva" y un grupo control en lista de espera. Empleando la modalidad de terapia de grupo con 10 estudiantes deprimidos voluntarios en cada grupo, se encontró que el tratamiento combinado era claramente superior a los demás. (20)

#### Estudios con Pacientes Depresivos Clínicos.

Shaw (1975, 1977) realizó unos trabajos que aumentaron la confianza en la aplicación de los procedimientos cognitivos a nuestras clínicas. - El tratamiento se aplicó a estudiantes deprimidos que habían solicitado ayuda al servicio de salud de la Universidad; los sujetos fueron evaluados con métodos psicométricos independientemente por dos psicólogos. Se empleó el formato de terapia de grupo tratando un terapeuta a 8 sujetos dentro de cada grupo. Se encontró que la terapia cognitiva era más eficaz que la terapia conductual, que la terapia no directiva y que un grupo control en lista de espera. Los procedimientos conductuales y no directivos fueron significativamente más eficaces que la ausencia de tratamiento. (20)

Morris (1975) comparó un "programa didáctico cognitivo conductual", una "terapia orientada al insight" y grupo de control en lista de espera. Encontró que el tratamiento cognitivo-conductual era igualmente efectivo en un período de tres semanas que en uno de seis, cuando el número de sesiones permanecía constante. Este resultado es importante, ya que una de las características sobresalientes del enfoque cognitivo es que - pueden conseguirse cambios significativos durante un período de intervención limitado. (20)

En la Universidad de Pennsylvania se llevó a cabo un estudio piloto hecho por Rush, Beck, Kovacs y Hollon en 1977; para evaluar la eficacia

relativa de la terapia cognitiva y de los fármacos antidepressivos. Este estudio se ha ampliado a 44 pacientes depresivos externos, diagnosticados con neurosis depresiva, según el DSM-III. Sus historiales y puntuaciones en el MMPI indicaban un grado considerable de psicopatología.

Todos ellos presentaban una depresión moderada e intensa al comienzo del tratamiento, según el inventario de depresión de Beck, la evaluación a cargo de un observador y la evaluación del terapeuta. El 75% de los pacientes fueron asignados aleatoriamente al grupo de terapia cognitiva individual ó al de farmacoterapia, para 12 semanas de tratamiento. La terapia psicológica consistió en 2 sesiones semanales de una hora de duración de terapia cognitiva, con un máximo de 20 visitas. La terapia farmacológica por otro lado, consistió en no menos de 100 ni más de 250 mg. por día de imipramina; ésta se prescribía en sesiones semanales de 20 minutos durante un máximo de 12 semanas.

Ambos grupos de tratamiento eran equivalentes con respecto a características demográficas, historia anterior, tratamientos previos e intensidad media de la depresión al comienzo del tratamiento. De los 19 pacientes asignados al grupo de terapia cognitiva, 18 completaron el tratamiento en un período medio de 11 semanas. De los 25 asignados al grupo de farmacoterapia, 17 completaron el tratamiento en el mismo período de tiempo.

Al finalizar el tratamiento activo, ambos grupos mostraron una reducción significativa de la sintomatología depresiva en el autoinforme, la evaluación del observador y la evaluación del terapeuta. De los pacientes que recibieron terapia cognitiva, un 78.9% mostró una notable mejoría a la remisión completa al final del tratamiento, en tanto que solamente un 20% de los pacientes que habían recibido farmacoterapia mostró una respuesta de magnitud similar.

La tasa de abandonos durante el tratamiento fue significativamente mayor en el grupo de farmacoterapia que en el de terapia cognitiva. Los

datos de un seguimiento de seis meses indicaron que la mejoría se mantenía en ambos grupos. Un número significativamente mayor de los pacientes del grupo de farmacoterapia volvieron a solicitar el tratamiento durante el período de seguimiento de 3 a 6 semanas. (20)

El seguimiento de los pacientes que habían completado el tratamiento mostró que ambos grupos seguían manteniendo la mejoría 12 meses después de finalizar el tratamiento. Sin embargo, el grupo de terapia cognitiva autoevaluó sus propios síntomas como menores de lo que lo hizo el grupo de farmacoterapia. Además este último grupo mostró una tasa de recaídas acumulativa de doble magnitud que el grupo de terapia cognitiva.

Este es el primer estudio controlado que muestra la superioridad de una intervención psicológica o conductual sobre la farmacoterapia en pacientes con depresión moderada severa en régimen externo.

El estudio que realizó el Dr. Brian Shaw sugiere que la terapia cognitiva puede ser efectiva en el tratamiento de pacientes depresivos hospitalizados. Los pacientes fueron seleccionados a partir de dos fuentes: a) pacientes depresivos hospitalizados en la sala de Endocrinología que fueron asignados al tratamiento de terapia cognitiva, ya que el procedimiento de investigación excluía el empleo de fármacos; y b) pacientes depresivos que se habían mostrado refractarios a la medicación antidepresiva. Participaron seis mujeres y cinco hombres y a todos se les diagnosticó depresión primaria. (2)

La puntuación media en el Inventario de Beck fue de 29.8; cuando se les dio de alta, la puntuación media en el Inventario de Beck era de 8.1. Diez de los once pacientes mostraron una notable mejoría. En el momento de darles de alta las puntuaciones de los que habían mejorado se situaban en el rango de normalidad en el caso de tres pacientes, dentro del rango medio en el caso de cinco pacientes y dentro del rango moderado en el caso de los dos restantes. En los seguimientos de 4 y 6 semanas la puntuación media en el Inventario de Depresión de Beck fue de 13.5, -

es decir, la mejoría se mantenía. (2)

#### 1.4.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

El estudio se limitará a corroborar la eficacia que tiene la terapia para provocar cambios en la intensidad de la depresión, en una pequeña muestra de 20 pacientes con depresión mayor ó con un trastorno -- distímico; que sean mexicanos y se encuentren hospitalizados, que no presenten brote psicótico en el momento de su tratamiento, que oscilen entre los 20 y 45 años de edad, con un nivel escolar mínimo de secundaria y que presenten una intensidad de depresión media ó severa de acuerdo al parámetro de las escalas; es decir, superior a 46 en el cuestionario -- clínico y arriba de un puntaje de 8 en el Inventario de Beck.

Otra limitante es que no se controlará el tipo de medicamento utilizado para ambos grupos.

**CAPITULO II**

## CAPITULO II

### REVISION DE LA LITERATURA

#### II.1.- ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DEPRESION.

Desde épocas antiguas el hombre ha intentado investigar el porqué - de los cambios en el estado afectivo. Hipócrates (S.IV a.c.) nos habló - del "humor negro ó amarillo", como causante del temperamento melancólico; en esto podemos encontrar uno de los primeros antecedentes de la explicación bioquímica de la depresión.

En la biblia se mencionan dos casos de enfermedad mental en los que interviene la depresión; los de los reyes Saúl y Nabucodonosor. Saúl en - su juventud tenía un comportamiento ya un tanto anormal; en la madurez, - su conducta se caracterizó por falta de dominio de los impulsos, suspicacia casi paranoide y extrema irritabilidad. Terminó suicidándose, con lo que demostró la gravedad de su caso. En nuestros días Saúl hubiese sido - diagnosticado como un maniaco-depresivo. (5)

Nabucodonosor no presentaba grandes variaciones en su estado de ánimo; solo padeció de depresiones intensas, que se caracterizaban por irritabilidad anormal y periodos en que creía verse convertido en un animal - salvaje.

En la Roma antigua, las creencias en los espíritus animados y en las intervenciones divinas fué sustituida gradualmente por las concepciones - naturalistas de Hipócrates. Aunque Asclépiades, la primera figura importante, rechazó la teoría humoral de Hipócrates, defendiendo vigorosamente el diagnóstico naturalista y el tratamiento humano. Tanto Asclépiades como Celso, introdujeron el concepto de psicoterapia en Roma. En el Siglo - I a.c. Asclépiades recomendó los estímulos intelectuales, la música agradable y la formación de buenas relaciones emocionales como medios para - aliviar las depresiones. Aretéo de Capodocia en el Siglo I d.c. describió

el tratamiento de ciertas clases de melancolía, que alternaban con ciclos de manifestaciones maniacas; él se refería a las psicosis maniaco-depresivas. Menos de un siglo después, Sorano consideró la melancolía como un exceso de bilis negra y recomendó el teatro a sus enfermos como medida terapéutica; se sugería a los sujetos deprimidos que participaran en comedias, mientras que a los maniacos se les instaba a actuar en tragedias. (5)

En la Edad Media tras la muerte de Galeno y la caída del Imperio Romano, las ideas de Hipócrates permanecieron sumergidas durante siglos. En la era negra del año 1000, la superstición, la demonología y el exorcismo volvieron a renacer con fuerza para ser elaboradas con mayor intensidad a través de la hechicería y la brujería.

El fundador de la escuela de medicina de Salerno, Constantino el Africano, se hizo famoso a fines de la Edad Media por sus descripciones de los estados depresivos. Sostuvo la teoría de que una cantidad excesiva de bilis, por disfunción de la economía orgánica, era la causa de la melancolía, señalando los siguientes síntomas como característicos: miedo a lo desconocido, remordimiento religioso excesivo y ansiedad. Así mismo, afirmaba que eran de un buen pronóstico las afecciones en las que no predominaba un estado excesivo de retraimiento y los casos agudos. (5)

La creencia en influencias espirituales como causa de la depresión cesó a fines de 1630, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado: "Anatomía de la Melancolía", que facilitó la identificación de los estados depresivos hasta que en 1883 Emil Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz, llamada posteriormente esquizofrenia. (8)

Siguiendo a Kraepelin, a principios del Siglo XX, vino la identificación precisa de los cuadros depresivos. En 1896 Kraepelin acuñó el término de "psicosis maniaco-depresiva" en la que incluía todo el campo de las llamadas demencias periódicas y circulares, la manía, una gran parte de los estados morbosos designados con el nombre de melancolía, y también -- ciertos casos de "locura". Después amplió el término, con el fin de in--

cluir todos los casos de "excesos afectivos". Se basaba en gran parte en su clasificación etiológica de enfermedades exógenas: causadas por toxinas bacterianas, químicas o de otro orden; y enfermedades endógenas: causadas a su parecer por trastornos degenerativos hereditarios. Propuso -- que la psicosis maniaco-depresiva era una enfermedad endógena, independiente de las influencias externas. (8)

Lange, en 1928, trabajó sobre la dicotomía que proponía Kraepelin, propuso que, además de la enfermedad endógena ó maniaco-depresiva y de -- las depresiones exógenas, podían existir formas mixtas, con componentes dominantes exógenos ó endógenos.

Gillespie, en 1929, estudió a un grupo de pacientes deprimidos y propuso tres grados de depresión: reactiva, autónoma e involutiva. El principal factor diferenciador consistía en la reactividad; o sea, los pacientes reactivos ofrecían respuestas emocionales a los cambios de ambiente; mientras que los pacientes autónomos mostraban una carencia total de capacidad de reacción. (5)

A partir de 1940 aumentó la confusión cuando el empleo de terapia -- con electrochoque, condujo en la práctica a clasificar a los pacientes según respondieron o no a este género de tratamiento, cambiando así el concepto de depresión endógena; se decía que los pacientes con depresión endógena respondían más favorablemente a la terapia por electrochoque que -- los pacientes con depresión reactiva. Entonces se sugirió que si la depresión endógena respondía mejor a este tipo de terapia se seguía en el acerto, que la depresión endógena era un trastorno orgánico y la depresión -- exógena un trastorno psíquico. Como parte integrante del intento de mejorar los sistemas de clasificación de los pacientes depresivos, se inició una creciente tendencia a adoptar un enfoque sintomático. (11)

Van Piagg en 1965 describió la depresión vital de la siguiente manera: se presenta sin razón aparente, no está motivada, es incomprensible y en apariencia absurda. Comprenderá además de los sentimientos emocionales

de la depresión, síntomas de retardo aunado a un decaimiento general, tanto de la capacidad intelectual, como de la capacidad física, dificultad para pensar, sentimientos de indiferencia, pérdida de apetito, disminución de la emocionalidad, sueño penoso y sentimiento de fatiga. (5)

Ferris en 1966 hizo notar que podía establecer significativa distinción entre las enfermedades depresivas periódicas bipolares y unipolares. La depresión unipolar se refiere a individuos que han sufrido varios episodios depresivos, pero nunca maníacos. Afirmó además que las diferencias no podían explicarse basándose tan solo en la gravedad de la enfermedad, y sostuvo que las dos clases de depresión eran de hecho, enfermedades distintas.

La historia de la depresión en nuestro continente llega a través de pruebas evidentes, como son el encuentro de esculturas en cerámica, las cuales prueban que los habitantes precolombinos de mesoamérica, podían reconocer los profundos cambios por los que pasan las personas deprimidas. Dichas esculturas son un testimonio de lo que sus desconocidos autores podían comunicar y expresar respecto a los estados de la mente, capacidad que aparece después en el arte de otros sitios.

Parece ser que los habitantes precolombinos podían reconocer entre otras patologías, la depresión y la distinguían según las crónicas de los misioneros españoles del Siglo XVI, en dos tipos: Tlahuilolocayotl ó agitada, y la Xolopiyotl ó retardada. Aparentemente se interesaban en prevenir la depresión postparto, ya que, de acuerdo con Sahagún en su "Historia General de las Cosas Nuevas de la Nueva España", la comadrona practicaba lo que podría ser la psicoterapia de apoyo. Esto nos permite darnos cuenta que las manifestaciones de enfermedad mental no pasaban desapercibidas por los habitantes de mesoamérica, mucho antes de la llegada de los españoles (5).

## 11.2.- TEORIAS DE LA DEPRESION.

### 11.2.1. TEORIA BIOQUIMICA DE LA DEPRESION.

En la actualidad se entiende que las interconexiones celulares, al igual que otros sistemas cerebrales, están hechas de eventos electromagnéticos que tienen lugar en las uniones sinápticas entre célula y célula. La más popular de las hipótesis acerca de la variabilidad del afecto se refiere a supuestos niveles de concentración de catecolaminas en la unión sináptica, en el espacio intercelular y en el sitio receptor postsináptico. Es así como se piensa que se lleva a cabo la transmisión de un impulso nervioso de neuronas activadas a través de la unión sináptica a otras células nerviosas por descarga de la amina biogénica en la hendidura sináptica en donde se une momentáneamente al receptor postsináptico.

Son muchos los compuestos que sirven de neurotransmisores en el cerebro humano: las catecolaminas (dopamina, adrenalina y noradrenalina), indolaminas (serotonina), ácido aminobutírico y acetilcolina, son tan solo unos cuantos. La concentración de estas sustancias varía en los diferentes núcleos principales del encéfalo.

Por observaciones recientes se han podido establecer importantes hipótesis sobre la patofisiología de las enfermedades afectivas. Sabemos en la actualidad que de un 10% a un 15% de los enfermos que reciben tratamiento con reserpina por padecer hipertensión arterial, presentan un estado depresivo difícil de distinguir de la depresión que se presenta en la psicosis maníaco-depresiva (Muller, J. y colaboradores, 1955; - - Achor, R. y colaboradores, 1955). Esta observación originó dos hipótesis: 1) de las catecolaminas y 2) de las indolaminas, relacionada con la biosíntesis de la serotonina. (8)

La hipótesis de las catecolaminas sostiene que la depresión es causada por una disminución de la norepinefrina y que la manía es provocada

por un aumento de la norepinefrina. Apoyan sólidamente esta hipótesis -- los siguientes hechos:

Se sabe que los antidepresivos inhibidores de la monoaminooxidasa -- (MAO), elevan el nivel de catecolaminas al cerebro y que los derivados imidodibenzilicos potencializan la acción de la norepinefrina, probablemente inhibiendo la recaptación normal de esta catecolamina. Tanto los derivados imidodibenzilicos --por ejemplo la imiprimina-- , como los MAO, --por ejemplo la iproniazida-- , disminuyen la excreción del ácido-vanilil-mandélico (VMA), el metabolismo mayor de la norepinefrina.

Apoyan la hipótesis de las indolaminas lo siguiente:

El estudio de los cerebros de los suicidas demostraron una disminución de la concentración de 5-hidroxitriptamina (serotonina) en los especímenes recogidos dos ó tres días después de la muerte de los enfermos --deprimidos, en comparación con los controles (Shaw, DM y colaboradores, 1967). (B)

De particular interés son los estudios realizados en relación con la concentración del ácido 5-hidroxiindol acético (metabolismo de la serotonina) en el líquido cefalorraquídeo, ya que se ha encontrado disminuido tanto en los enfermos deprimidos, como en los que padecen manía. Además, cuando la depresión mejora, no aumenta su cantidad en el líquido; --por lo que parece ser un factor predisponente. Sin embargo, si se asocia el triptófano al tratamiento con inhibidores de monoaminooxidasa, el tratamiento suele ser mejor que cuando se emplean inhibidores en forma aislada. Lo cual parece indicar que si se aumenta el contenido de serotonina, mejora la depresión más rápidamente. Es decir, el triptófano tiene --un efecto potenciador de los inhibidores de la monoaminooxidasa en el tratamiento de la depresión. (B)

Tagliamonte y colaboradores han demostrado recientemente que las sales de litio, los inhibidores de monoaminooxidasa, así como los elec-

trochoques, elevan el contenido de triptófano del cerebro, y por lo tanto, favorecen la síntesis de serotonina, ya que esta depende del contenido de triptófano. Las sales de litio tienen un efecto de gran importancia en el curso de los trastornos afectivos. Se ha encontrado que el litio aumenta la síntesis de serotonina en un 20%, mismo grado de deficiencia de serotonina que ha sido descrito en los enfermos depresivos.

Actualmente se puede concluir que tanto la hipótesis de las catecolaminas, que sostiene que la psicosis maniaco-depresiva es causada por alteraciones de la norepinefrina, como la hipótesis de las indolaminas, relacionadas con la biosíntesis de la serotonina, tienen argumentos de importancia en los que se puede apoyar. Sin embargo, lo que es innegable es que en la enfermedad existe un severo trastorno bioquímico, tanto del metabolismo de la norepinefrina como del de la serotonina. Es probable que otras alteraciones bioquímicas sean de importancia en la enfermedad (8).

### 11.2.2. TEORIA GENETICA DE LA DEPRESION.

La depresión está también en función de la herencia; siendo necesario dar la importancia que requiere al hecho de llevar un registro familiar de los pacientes que padecen de depresión.

Si uno de los progenitores tiene depresión grave muy cercana a la psicosis, existe del 10% al 15% de probabilidades de que el hijo sufra también de depresión severa. Si el afectado fuera un hermano de éste, el riesgo empírico sería aproximadamente de la misma magnitud. En el caso de que ambos progenitores fueran depresivos graves, los descendientes de éstos -- afrontarían un 50% de probabilidades de padecer el síndrome depresivo.

El riesgo entre parientes como tíos ó abuelos es de 3% a 4%; esta proporción no es significativamente más alta que la correspondiente a la de la población general que es de 2% a 3%. (5)

Estudios realizados entre gemelos univitelinos, han mostrado que poseen la misma herencia genética, y como consecuencia, ambos desarrollarán toda enfermedad que dependa de un mecanismo genético dominante. En un estudio con 38 gemelos, entre los que uno de cada par padecía un trastorno -- afectivo endógeno, Slater, en 1953, encontró que existía un 57% de proporción de concordancia entre los gemelos idénticos y un 29% en los bivitelinos.

La incidencia de la enfermedad maniaco-depresiva en la población general, oscila entre el .36 y el 2.5% según estudios realizados en países como Noruega, Dinamarca, Suecia, Inglaterra e Islandia, en donde casi invariablymente se ven afectados más mujeres que hombres. La incidencia es más elevada si se tienen en consideración todas las dolencias afectivas que engloban a los pacientes con diagnóstico de enfermedad maniaco-depresiva, de presión reactiva ó neurótica, privación, etc. (8)

Respecto a las incidencias en familiares de pacientes con trastornos afectivos, Winokur y Pitts encontraron que en 336 pacientes, era de 22.9%

y en los padres del 13.6%. Zerbín y Rudin señalaron que la incidencia de enfermedad maniaco-depresiva en padres, hermanos e hijos, era del 11.7%, 12.3% y 16% respectivamente. Es evidente que se observa un mayor número de enfermedades afectivas en las familias de pacientes con trastornos de la afectividad, que en la población general. (5)

Existen datos que indican que no solo existe la posibilidad de heredar el síndrome depresivo, sino también la forma de tratamiento. Investigaciones realizadas, demuestran que si un enfermo deprimido responde positivamente al tratamiento con medicamentos antidepresivos tricíclicos o con inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), miembros de su familia - - mostrarán también la tendencia a responder favorablemente a este tratamiento. (8)

Existen datos que apoyan la existencia de un factor genético en los trastornos afectivos. El paso siguiente es demostrar que tal factor genético está presente, y proceder en la búsqueda de modos concretos de - - transmisión, que pueden ser asociados a enfermedades específicas, dado - que la expresión de trastornos afectivos incluye enfermos muy heterogéneos y que en dicho grupo se observa más de una enfermedad común (5).

### 11.2.3. TEORIAS PSICOLOGICAS DE LA DEPRESION.

La corriente dinamista trata de dar una explicación del estado de ánimo depresivo en base al estudio de los procesos inconscientes derivados de las etapas del desarrollo psicosexual (oral, anal, fálica, latente y genital).

En el psicoanálisis de Freud existen tres conceptos claves para su teoría de la depresión:

a) Oralidad; en el estadio oral la madre establece una íntima relación - con el niño, siendo esta relación placentera. Si esta etapa no es superada, el niño desarrollará en el futuro una dependencia afectiva, buscando

constantemente alguien que satisfaga esas necesidades, por lo tanto se verá expuesto a un mayor número de situaciones frustrantes que lo harán vulnerable a la depresión.

b) Narcisismo; en las etapas del desarrollo psicosexual, el niño internaliza su entorno a través de las experiencias específicas de cada estadio; cuando estos son gratificados adecuadamente, el niño logra una imagen adecuada de sí mismo y de sus figuras parentales, de lo contrario, el niño crecerá con tendencias narcisistas y además tenderá a idealizar a los padres. El hecho de no ver satisfechas sus necesidades narcisistas y no alcanzar las figuras ideales, lo harán propenso a la depresión.

c) Agresión; el sujeto que no es capaz de canalizar en forma adecuada su agresión, entrará en un conflicto entre sus impulsos agresivos y el superego, movilizándose la culpa y como consecuencia se verá sujeto a la depresión. (5)

Freud dice que la tristeza es un estado de ánimo normal que pasa a ser patológico cuando la duración y el dominio del afecto depresivo en el organismo va más allá de la lógica relación entre la causa desencadenante y el estado del sujeto. Enfatizó en el hecho de que el dolor del luto se limita a la pérdida de un objeto externo, mientras que en el estado depresivo patológico, la persona pierde aportaciones internas narcisistas como son: amor, afecto, cuidado, etc.

Los sujetos dependientes son más propensos a la depresión ante la pérdida de agentes satisfactorios; sin embargo, Freud habla de personas que tienden a la depresión y adoptan una imagen pseudo independiente y de seguridad en sí mismos como defensa, ya que tuvieron una privación primitiva grave y temen depender de otras figuras y verse privados de ellas en el futuro.

Melanie Klein, en 1948, propone una base psicodinámica para explicar la depresión. Decía que la base de ésta se forma en el primer año de vida. Afirmaba que todos los niños atraviesan por un estado evolutivo al cual -

nombró "actitud" depresiva, que se caracteriza como una fase de tristeza, temor y culpa. Decía que el niño ante la carencia de amor se siente frustrado y se irrita contra la madre, desarrollando fantasías agresivas hacia la misma; es entonces cuando el niño llega a temer que esas fantasías destruyan realmente a la madre y despliega entonces sentimientos de ansiedad y culpa. Además en este período el niño no tiene muy diferenciado su yo del mundo externo y este temor de destruir a su madre se transforma en parte en temor a destruirse a sí mismo. (11)

Sandor Rado nos dice que cuando una persona es incapaz de dominar su realidad, esto le provoca miedo y rabia impotente. Esta rabia y miedo van más allá de la capacidad consciente del individuo para controlarlos, entonces se produce una regresión en la que el individuo trata de obtener ayuda, a nivel inconsciente, de una figura ideal que considera superior. Entonces inicia un juego de autocastigo que incluye la autodevaluación, los sentimientos de culpa, el estado de malestar general y de esta manera trata de aparecer como una criatura que implora el perdón pensando de una forma mágica; ésta figura le ayudará a resolver su inadaptación. (5)

Eduardo Bibring expone que la depresión es producto de un conflicto entre las aspiraciones narcisistas del yo y la consciencia de devalidez del yo, para cumplir dichas expectativas. Decía que todas las personas tienen las siguientes metas:

- El deseo de ser valioso, amado y apreciado.
- El deseo de ser fuerte y tener seguridad.
- El deseo de ser bueno y amable. (5)

Abraham, en 1911, explicaba que el deprimido siente hostilidad hacia la persona perdida (real ó simbólica) además atribuye deficiencias y debilidades a la misma, por lo general en forma inconsciente. Esta hostilidad y devaluación en vez de dirigirlas hacia la persona perdida las dirige hacia él mismo, cayendo así en un estado depresivo. (5)

Sir Aubrey Lewis, en 1936, expuso su teoría en la que sostiene que -

la depresión ayuda a sustraerse de una situación nociva. Si la relación con el medio ambiente causa conflicto, la persona se deprime y de esta manera pone una barrera entre la sociedad y el yo, y se ve protegido de estos contactos.

El mérito del psicoanálisis es el haber buscado una conexión entre la psicopatología y el desarrollo de la personalidad. Sin embargo, la génesis de la depresión va más allá de estas explicaciones, debiendo tomar en cuenta las teorías bioquímicas y sociológicas de la misma (5).

#### Psicodinámica de la depresión.

Otros autores como Bellak Small, opinan que: "con mucha frecuencia los pacientes deprimidos, cuando niños, tuvieron la sensación de que se les engañó o se les desilusionó y que esto se los hizo una persona amada, ante lo cual reaccionaron con depresión. Estos pacientes estarán propensos, posteriormente, a volver a reaccionar con depresión cuando ocurra -- una constelación dinámica similar a la decepción y desilusión" (4).

Una autoestima disminuida y/o una desilusión, pueden conducir a una sobreinversión narcisista del self. Es como si la persona herida se diera cuenta de que en nadie puede confiar y prefiere centrarse en ella misma.

En la constelación depresiva, es característicamente típico un super yo severo; debido a que por lo general, al desengaño, al sentimiento de decepción, a la disminución de autoestima y a la retirada narcisista, los acompañan una gran cantidad de ira o de agresión; ira por la decepción, por el desengaño, por la pérdida de amor. La ira y la agresión que se generan así, no suelen ser aceptables por el superyo del paciente y por lo tanto se contiene como intraagresión. El paciente siente una gran cantidad de hostilidad, pero no puede expresarla en dirección al objeto ó a la situación que la ha provocado y por lo tanto propende a dirigirla en contra de sí mismo. (4)

Cuando la muerte ó separación conducen a la pérdida de un ser querido, la representación mental emocionalmente cargada de la persona perdida sigue constituyendo una parte permanente del yo. Este mecanismo se designa como introyección, en tanto que la identificación es un proceso menos global y más sutil, en el que el individuo modifica su autoimagen de acuerdo con la imagen de la persona importante a la que perdió, pero no lo hace más que en determinadas áreas seleccionadas. Estas dos defensas sirven para retener el objeto perdido, al menos en términos de la vida psicológica del paciente.

La introyección se ilustra vivamente cuando el enojo de la persona deprimida hacia su objeto de afecto perdido continúa después de que dicho objeto ha sido introyectado. Se habla de "introyectos del ego" cuando el paciente se ataca a sí mismo, con acusaciones que tienen poca relación con sus propias faltas, pero que se refieren manifiestamente a las faltas de la persona perdida. La introyección del superyo se pone de manifiesto cuando la voz y la manera de la autocrítica del paciente pueden retrasarse hasta críticas que habían sido expresadas por la persona querida perdida, pero se originan ahora, en el superyo del paciente. (4)

El paciente deprimido siente que carece de valor y tiende a culparse a sí mismo de sus dificultades. Busca ayuda de más y podrá experimentar enojo y resentimiento si no la obtiene. Si utiliza la proyección para protegerse a sí mismo de su dolorosa autocondena, siente no solo que los demás dejan de ayudarle, sino también son causa de sus dificultades. La proyección va acompañada de transiciones de la tristeza al enojo, de la demanda de ayuda a la expectativa de persecución. La autoestimación disminuida del paciente se cambia en grandeza cuando siente que ha de ser muy importante para que se la seleccione para tales transiciones. (2)

La conducta masoquista puede presentar gran ganancia secundaria para el depresivo, la gente suele compadecer al miserable y desafortunado y el paciente podrá extraer satisfacción de esta simpatía de los demás. El masoquismo puede servir como defensa contra la depresión, o si esto es efectivamente así, el paciente podrá enorgullecerse realmente de su estado.

Esto va acompañado con frecuencia de la negativa del papel del propio paciente en sus dificultades y su proyección hacia el mundo exterior, añadiendo así un componente paranoide al cuadro masoquista. (4)

#### Dinámica del desarrollo de la Depresión.

El paciente deprimido proviene con frecuencia de una familia con una historia de depresión, y sus altas aspiraciones, la imagen mediocre de sí mismo, han sido transmitidos a menudo de una generación a otra.

La muerte ó separación de un progenitor tempranamente, en la vida del paciente, constituye un rasgo común en la historia. El paciente no solo sufre de la separación y la pérdida, sino que también vive con el progenitor superviviente un período de congoja y separación.

Los orígenes de los patrones depresivos se dejan retrasar hasta el -- primer año de vida. El bebé es el centro de su propio universo psicológico. Se ve a sí mismo controlando su medio ambiente, en aquel estado primitivo de narcisismo omnipotente. Sin embargo, aún así, los progenitores tratan de satisfacer todas sus necesidades lo más rápido posible, manteniendo así su estado narcisístico; la frustración es inevitable cuando algo no funciona como se espera. La realidad le obliga a modificar su cuadro inicial del mundo y aceptar su desamparo y su dependencia de los demás. De adulto todo golpe a su autoestima desencadena una reacción depresiva, recreando los -- sentimientos del bebé, que se da cuenta que necesita a su madre y descubre que ella no está allí. (5)

Sobre las teorías cognitivas y conductuales de la depresión no se hace referencia en este apartado ya que han sido mencionadas anteriormente -- en el capítulo primero, donde se da la información previa de las teorías -- que sirvieron de base para la terapia cognitiva-conductual de la depre---sión.

### 11.3.- LA DEPRESION.

La depresión es uno de los síndromes que con mucha frecuencia padece la humanidad. La primera parte de este siglo fué considerada como la época de la angustia y la segunda va siendo considerada como la época de la melancolía.

La depresión puede definirse como un síndrome que se caracteriza por los siguientes síntomas primarios:

- a) Humor esencialmente depresivo, el enfermo se siente triste, deprimido; en ocasiones abrumado por la tristeza y la desesperanza. Es frecuente que tenga ideas de acabar con su vida, tiene falta de esperanza en el futuro y acentuado pesimismo, puede mostrarse angustiado ó indiferente, llora fácilmente, se siente solo y ha perdido el interés y el entusiasmo.
- b) Dificultad para pensar (inhibición de la ideación). La ideación es pobre, inhibida, la indecisión domina el pensamiento y provoca ansiedad. Son frecuentes los pensamientos de tipo obsesivos egocéntricos. Los enfermos se quejan de dificultad para concentrarse, no pueden retener la vista, oído ó leído.
- c) Retardo psicomotor. La iniciativa se encuentra inhibida, los enfermos ejecutan los movimientos con lentitud, se cansan fácilmente, muchas veces dejan de trabajar, hablan en voz lenta, en ocasiones con monosílabos. Algunas veces presentan agitación psicomotriz.
- d) Trastornos somáticos. Son diversos, pero los principales son dos: trastornos del sueño y trastornos del apetito. Los enfermos tienen dificultad para conciliar el sueño, despiertan temprano, en ocasiones despiertan a las pocas horas de haberse dormido y tienen gran dificultad para conciliar el sueño otra vez. El apetito se altera, generalmente se pierde; la inapetencia le lleva al enfermo a una notable pérdida de peso. En ocasiones puede haber bulimia y gran aumento de peso. (8)

Son también frecuentes las cefaleas, trastornos reumatoideos, dolores

en los miembros, las articulaciones, la nuca, taquicardia, trastornos respiratorios, sensación de ahogo y opresión, trastornos digestivos, sequedad en la boca, trastornos menstruales, pérdida de la libido, impotencia. Por lo general, los enfermos indican que la mañana es el peor momento de la jornada, que todo les cuesta trabajo, que han perdido el interés y se sienten indecisos, han perdido la ambición y desean morir (8).

Las ideas delirantes, cuando se presentan, están subordinadas al humor del paciente.

Kraepelin (1921), según la severidad del cuadro depresivo, describió los siguientes grupos:

1. Melancolía simple, caracterizada por tristeza profunda, fobias, sentimientos de culpa, insomnio, pérdida de peso, inapetencia, etc.
2. Forma estuporosa, en la que las actividades físicas y mental están reducidas al mínimo; el enfermo tiene dificultad para captar lo que se le dice ó pregunta; la expresión facial es fija, la mirada no traduce ninguna reacción intelectual ni afectiva. Prevalece la resistencia a tomar alimentos, su cuerpo lo mantiene encorvado e inmóvil, frente arrugada, mirada fija y hacia abajo. Actividad psicomotora muy retardada ó ausente. Cuando el paciente habla, externa autodesprecio ó ideas de muerte.
3. Melancolía gravis, en la que el enfermo se encuentra alucinado, presenta ideas de pecado; en ocasiones tiene ideas delirantes de persecución. Los trastornos somáticos son graves y generalmente se acompañan de ideas hipocondríacas.
4. Melancolía paranoide, se caracteriza por alucinaciones auditivas ó ideas delirantes de persecución. Los enfermos se sienten vigilados; se quejan de perjuicios morales. Sus pensamientos y sentimientos son tenebrosos, sombríos, francamente depresivos.
5. Melancolía fantástica, caracterizada por numerosas ideas delirantes de tipo hipocondríaco, la conciencia se encuentra alterada.
6. Melancolía con delirio, en esta forma la conciencia por lo general está gravemente alterada. El enfermo experimenta numerosas y terroríficas alucinaciones, puede estar mudo e inaccesible, y al igual que en la for

ma anterior, el tratamiento debe ser inmediato para evitar una evolución desastrosa que termine en la muerte. (8)

### 11.3.1 CLASIFICACION DE LA DEPRESION.

Especialistas de la American Psychiatric Association, en un empeño por conocer el diagnóstico, el pronóstico y así realizar un mejor tratamiento de la depresión, la han clasificado en:

#### a) ENDOGENA Y REACTIVA.

La depresión endógena es aquella provocada por cambios intrínsecos, probablemente por un cambio metabólico, mientras que la reactiva se supone que es el resultado del fracaso en la adecuación psicológica a una da silución precipitante. Está relacionada a una causa específica (5).

#### b) NEUROTICA Y PSICOTICA.

Las depresiones neuróticas se caracterizan generalmente por un esta do afectivo desagradable; es desencadenado por un factor externo que su- nadamente a una estructura neurótica de la personalidad, producen un es- tado depresivo, cuya duración va más allá que el estado de pesar normal, ocasionado por un suceso adverso en la vida de un sujeto.

La depresión psicótica generalmente es consecuencia de un factor en dógeno de tipo bioquímico. Este tipo de depresión es más severo, tiende a exigir hospitalización. El término de depresión psicótica no implica - la presencia de una psicosis definida por un defecto en la percepción de la realidad, sino que se refiere más bien al grado de deterioro funcio- nal de un individuo (5).

Muchos clínicos utilizan la distinción psicótica-neurótica, basando su juicio en la presencia ó ausencia de pensamientos psicóticos, como de lirios de pobreza, persecución, etc.

### 11.3.2. FORMAS CLINICAS DE LA DEPRESION.

El síndrome depresivo puede tener diversas modalidades:

a) **DEPRESION NEUROTICA O NEUROSIS DEPRESIVA:** La neurosis depresiva es un trastorno de ánimo caracterizado por una disminución de energía, -- una reducción de la autoestima, trastornos del apetito y del sueño y una gran variedad de síntomas como son: grandes necesidades de dependencia, -- sentimientos de culpa ó de insuficiencia, fatiga, disminución del interés, dificultad en la concentración y una variedad de afecciones somáticas; -- causada por la pérdida de un ser querido, de bienes materiales ó tensión grave y prolongada por un conflicto sin resolver. El inicio es súbito, relacionado con la pérdida, ó es gradual durante mucho tiempo; la intensidad es leve ó moderada; su duración sin tratamiento puede persistir de 3 a 12 meses, mejora con el tiempo, pero puede volverse crónica.

En general esta neurosis se diferencia de una reacción psicótica depresiva, por un menor grado de regresión. El neurótico depresivo sufre solo una alteración limitada de la valoración de la realidad y del funcionamiento interpersonal.

Se consideran factores causales predisponentes a este padecimiento, una aceptación y afecto insuficientes por parte de los padres, excesiva desvalorización paterna, excesivas frustraciones experimentadas prematuramente y una sensación de ineficiencia en las primeras actividades sociales y educativas de la persona. La pérdida de uno de los padres en la infancia se considera como un factor predisponente a la depresión.

Durante la infancia y después de ella, la autoestima de una persona puede afectarse por experiencias como la enfermedad, desfiguraciones físicas, poco atractivo personal y realizaciones pobres en actividades sociales y educativas de la persona. (8)

b) **PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA:** Es una psicosis caracterizada por cur

sar en fases entre las cuales la persona generalmente se restablece y tiene un buen funcionamiento social. La fase de manía se caracteriza por alteración primaria del talante, exaltación, alegría, inestabilidad del humor, logorrea, mayor actividad mental y corporal; mientras que en la fase depresiva el humor se encuentra gravemente deprimido, hay un retardo e inhibición mental y motora.

La enfermedad puede presentarse antes de los 15 años de edad y después de los 70; aunque lo frecuente es que ocurra entre los 20 y 30 años.

Entre los factores preponderantes de la psicosis maniaco-depresiva se han encontrado los siguientes:

- 1) Hereditarios; la psicosis maniaco-depresiva es más frecuente entre los parientes de maniaco-depresivos.
- 2) Factores bioquímicos; se cree que la enfermedad es provocada por un trastorno bioquímico, tanto del metabolismo de la norepinefrina como de la serotonina. Otros han descrito alteraciones electrolíticas; un aumento del 50% de sodio residual durante la fase depresiva y aumento hasta de 200% en la fase maniaca.

Esta entidad nosológica incluye tres tipos:

Enfermedad maniaco-depresiva tipo maniaco.- Existe una tríada clásica de síntomas:

- Estado de ánimo eufórico pero inestable
- Palabras abundantes y rápidas
- Aumento de la actividad motora

El maniaco habla con facilidad, persuasivamente, de manera festiva, interminablemente. Es animado, está activo continuamente y no parece cansarse nunca. En su etapa más aguda pierde el decoro y la discreción.

Enfermedad maniaco-depresiva tipo depresiva.- Este tipo de patología se -

caracteriza por una triada de síntomas:

- Estado de ánimo deprimido
- Dificultad del pensamiento
- Retardo psicomotor

El paciente parece afligido y triste, todo lo que dice y hace le representa un esfuerzo. Su expresión es triste, está fatigado, cada movimiento es dolorosamente lento, habla en voz baja. Muestra una gran autodevaluación y pesimismo. Tiene poco apetito, su sueño es inquieto y se despierta a primeras horas de la mañana.

Enfermedad maniaco-depresiva tipo circular.- El paciente pasa de la depresión a la manía y vuelve otra vez a la depresión sin que se interpongan -- periodos libres. Puede producirse un ciclo completo en un período de solo 48 horas, o con tan poca frecuencia como una vez en varios meses. (8)

c) LA MELANCOLIA INVOLUTIVA: Es una psicosis caracterizada por depresión intensa, que se presenta por primera vez después de los 40 años, es decir, en la edad de involución ó climaterio. El proceso mental y la acción se tornan lentos y se observa autoacusación y despecho. Se acompaña de angustia; son frecuentes las ideas paranoides, agitación, delirios de pobreza, ideas de desgracia inminente, sentimientos de culpa, molestias somáticas, insomnio grave, trastornos perceptivos como ilusiones auditivas e interpretaciones erróneas y tendencias al suicidio.

Se ha tratado de encontrar relación entre los cambios hormonales propios de esta edad y la etiología de este padecimiento, no obstante, algunos autores como Kaplan opinan que la secreción endócrina y las alteraciones vegetativas y metabólicas no provocan por sí solas la aparición de la melancolía involutiva. La menopausia, con los sentimientos que produce la pérdida de la menstruación en la mujer, tiene muchas implicaciones culturales. El fenómeno se asocia con la pérdida de la capacidad de engendrar y una amenaza de pérdida del encanto personal, el deseo sexual y el atractivo físico. Los hombres equiparan la falta de potencia con la pérdida de la

virilidad, el entusiasmo de la juventud y los mejores atributos de la masculinidad.

Algunos tipos de personalidad pramórbida tienen una predisposición a desarrollar un cuadro de melancolía involutiva; estas son: la personalidad obsesivo compulsiva, la personalidad pasivo dependiente y la pasivo agresiva. (8)

d) REACCION DEPRESIVA PSICOTICA: Se presenta en sujetos cuya historia revela una personalidad básicamente adaptada, que ante una situación de gran atres y experiencias personales cruelmente frustrantes, responde con sentimientos de culpa, remordimiento, ó bien pérdida de la autoestima.

Se caracteriza por: frecuente ocurrencia de factores precipitantes, antecedentes de conflicto, angustia intensa; ideas delirantes típicamente paranoides, sentimientos de culpa, ideas de pobreza, desprecio de sí mismo, ideas de devaloración. Se diferencia de la psicosis maniaco-depresiva por la falta de antecedentes de depresiones repetidas ó de cambios ciclotímicos bruscos del estado de ánimo; son provocadas por el stress afectivo, tal como la pérdida de un ser querido, ser víctima de un grave desengaño ó tener una intensa frustración. (8)

e) DEPRESIONES SECUNDARIAS A TRASTORNOS SOMATICOS: En algunos casos, la depresión parece ser una manifestación del trastorno fisiológico causado por una enfermedad orgánica, o por agentes tóxicos. En otros, la depresión parece ser una reacción psicológica ante el hecho de padecer una enfermedad aguda ó crónica; es decir, la enfermedad es un factor precipitante inespecífico. En uno u otro caso, los síntomas depresivos no se diferencian de los que se observan en las depresiones primarias.

Dichas afecciones pueden ser agudas; síndromes cerebrales agudos, como los relacionadas con el alcohol, las drogas, los traumatismos craneales; ó síndromes cerebrales crónicos como la arterioesclerosis cere--

bral, la demencia senil, la neurosífilis, la esclerosis múltiple, la desnutrición y diversos síndromes por deficiencia vitamínica.

Otros tipos de enfermedades somáticas generalizadas son:

- a) Enfermedades infecciosas, especialmente hepatitis infecciosa, neumonía atípica, fiebre reumática y tuberculosis.
- b) Enfermedades psicósomáticas como: colitis ulcerosa, asma, neurodermatitis.
- c) Las anemias.
- d) Padecimientos malignos.
- e) Trastornos endócrinos.

f) **DEPRESION PSICOTICA POSTPARTO:** La depresión es frecuente en la madre después del parto; siendo poco común que esta adquiera una dimensión psicótica, ya que la incidencia de la psicosis depresiva postparto es solamente de uno a dos, por mil partos.

El cuadro clínico se caracteriza por depresión, delirios, alucinaciones que frecuentemente comprenden voces que ordenan matar al niño. La conducta hacia el hijo demuestra extremos de evasión a excesiva solicitud ansiosa. Se cree que la causa de este padecimiento son aspectos tanto orgánicos como psicológicos, ya que el nacimiento de un hijo constituye claramente para la madre un stress físico. El parto es también un stress psicológico importante, principalmente en mujeres inmaduras emocionalmente (8).

**g) OTROS TIPOS DE DEPRESION:**

**DEPRESION EN LA VEJEZ:** Son frecuentes las depresiones en la senectud, y en muchas ocasiones están enmascaradas. La sintomatología que presenta es: sensación de fracaso personal con poco amor propio, pérdida de confianza en sí mismo, ingestión de bebidas alcohólicas.

En general se manifiesta por humor esencialmente depresivo, difícil-

tad para pensar, retardo psicomotor, en ocasiones angustia intensa, agitación, llanto, cefaleas, pérdida del apetito y trastornos del sueño. La depresión es frecuente en la vejez porque con la edad disminuye progresivamente la capacidad de vivencias placenteras (comida, sexualidad, actividad corporal). Por otro lado, aumenta la inseguridad (5).

**DEPRESION ANSIOSA:** El paciente vive un cierto futuro anticipadamente como cargado de peligros; cuando lo que existe es ansiedad propiamente dicha, el mismo sujeto quiere tomar parte de la resolución de ese temor que se le avecina.

Esta síntesis de pasado-futuro produce una inquietud expectante que al persistir, si no se aplica un tratamiento adecuado, el enfermo puede acabar en una situación de perplejidad evidente. Aquí, cuando la dosis de ansiedad es marcada, el enfermo quisiera devorar el tiempo, recorrerlo para comprobar lo que este le va a traer. (5)

**DEPRESION INHIBIDA:** El refugio en el pasado adquiere aspectos extremos, íntimamente enlazados con la dificultad para tomar parte activa en la vida comunicativa y de relación con el entorno; se cierra a todo lo que significa futuro. A estos pacientes es difícil estimularles para que realicen algún tipo de labor, por mínima que sea, para entretenerse.

La inhibición protege de los fuertes impulsos agresivos que prosperan en su interior (5).

**DEPRESION PARANOIDE:** En ésta, junto al descenso del estado de ánimo, se forman los productos delirantes que brotan directamente de él. El paranoide vive el futuro en demasía y lo vive lleno de expectante temor ante la posibilidad de descubrir de golpe ó mediante razonamientos (juicios delirantes) nuevos motivos que le confirmen esas creencias patológicas en las que se ve envuelto.

Hay un subtipo de depresión paranoide, la situativa, en la que se -

viven momentos presentes llenos de humillación ó de injusticia. Por otra parte, otro subtipo es la proyectiva, que se caracteriza porque los sentimientos de culpa se externalizan y se ven acorralados y sin capacidad de sintonizar en el ambiente; proyección quiere decir en tales casos la canalización hacia el exterior de la culpa. (5)

**DEPRESION ENMASCARADA:** En esta forma, muchos pacientes cuyo problema principal es la depresión, se quejan de innumerables síntomas que semejan una enfermedad física, como son: cefaleas, dolor abdominal, perturbaciones gastrointestinales, etc. En los estudios médicos que se realizan, dichos pacientes no revelan base física para estos síntomas, sino do los mismos provocados por una depresión enmascarada (5).

#### 11.4.- CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS DE ACUERDO AL DSM-III.

Según la clasificación del DSM-III publicada en la primera reimpression en Enero de 1984, los trastornos afectivos difieren de otras clasificaciones que se basan en distinciones como neurótico vs. psicótico ó endógeno vs. reactivo.

En esta clasificación los trastornos afectivos se dividen en: trastornos afectivos mayores en los que hay un síndrome afectivo completo, - en otros trastornos afectivos específicos, con un síndrome afectivo parcial de al menos dos años de duración; y por último en trastornos afectivos atípicos que incluyen aquellos trastornos afectivos que no pueden ser clasificados en las dos anteriores categorías. (10)

En el siguiente punto se mencionarán solamente los criterios diagnósticos de los trastornos que fueron analizados en esta investigación.

##### 11.4.1. TRASTORNOS AFECTIVOS MAYORES. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR.

A. Estado de ánimo disfórico ó pérdida de interés ó placer por todas ó -

casi todas las actividades ó pasatiempos habituales. El estado de ánimo disfórico se caracteriza por los siguientes síntomas: depresión, --tristeza, melancolía, desesperanza, apatía, falta de iniciativa e irri--tabilidad. La alteración del estado de ánimo puede ser predominante ó relativamente persistente, aunque no siempre es el síntoma llamativo.

B. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas han estado presentes ca si diariamente, durante dos semanas como mínimo:

- 1) Poco apetito ó pérdida significativa de peso (sin estar bajo dieta) ó aumento de apetito con ganancia significativa de peso;
- 2) Insomnio o hipersomnía;
- 3) Agitación o entecimiento psicomotor;
- 4) Pérdida de interés ó placer en las actividades habituales ó disminu--ción de la motivación sexual fuera de los periodos delirantes ó alu--cinatorios;
- 5) Pérdida de energía, fatiga;
- 6) Sentimiento de inutilidad, autoreproche ó de culpa excesiva o ina--propia (puede ser delirante);
- 7) Quejas o pruebas de disminución de la capacidad de concentración ó pensamiento, tales como entecimiento del pensamiento ó indeci--sión no acompañada de incoherencia ó pérdida notable de la capaci--dad asociativa;
- 8) Pensamientos repetitivos de muerte, ideación suicida, deseos de es--tar muerto ó intento de suicidio.

C. Cuando no está presente el síndrome afectivo (criterios A y B) es de--cir, antes de que se haya desarrollado ó después de haber remitido, --ninguno de los siguientes síntomas domina el cuadro clínico:

- 1) Preocupación por ideas delirantes ó alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo;
- 2) Conducta extraña.

D. No hay sobrenañada una esquizofrenia, ni un trastorno esquizofrenifor--me, ni un trastorno paranoide.

E. Todo ello, no es debido a ningún otro trastorno mental, ni al duelo no complicado.

CRITERIOS PARA LA SUBCLASIFICACION DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR EN EL QUINTO DIGITO.

6: EN REMISION. Deberá utilizarse para los sujetos que han cumplido con anterioridad todos los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor completo, pero que en la actualidad están libres de síntomas o presentan solo algunos síntomas del trastorno sin cumplir todos los criterios.

4: CON SINTOMAS PSICOTICOS. Deberá utilizarse cuando hay un gran deterioro, evidenciado a través de los tests, así como cuando hay ideas delirantes o alucinaciones, o estupor depresivo (el sujeto no responde a los estímulos o está mudo). Cuando sea posible se especificará si los síntomas psicóticos son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo.

SINTOMAS PSICOTICOS CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ANIMO.

Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido está completamente de acuerdo con los temas de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo, o merecimiento de castigo; estupor depresivo (el sujeto permanece mudo o no responde a los estímulos).

SINTOMAS PSICOTICOS NO CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ANIMO.

Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no comprende temas de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o de merecimiento de castigo. Se incluyen síntomas tales como ideas delirantes de persecución; inserción del pensamiento, difusión del pensamiento, e ideas delirantes de control cuyo contenido no tiene relación aparente con los temas reseñados más arriba.

3: CON MELANCOLIA.

- A. Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades.
- B. Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros.

C. Tres de los siguientes síntomas:

- a) Una inconfundible cualidad de estado de ánimo deprimido; es decir, se percibe el estado de ánimo como una clase de sentimiento inconfundible del que se experimenta después de una muerte ó de una pérdida de relación amorosa;
- b) La depresión suele ser más intensa por la mañana;
- c) Despertar temprano por la mañana (dos horas antes de la hora habitual, como mínimo);
- d) Notable enlentecimiento ó agitación psicomotriz;
- e) Anorexia significativa ó pérdida de peso;
- f) Sentimientos de culpa inapropiados y excesivos.

2: SIN MELANCOLIA.

0: SIN ESPECIFICAR. (10)

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNOS AFECTIVOS MAYORES.

TRASTORNO BIPOLAR.

296.6x Trastorno bipolar mixto.

- A. Episodio actual (ó el más reciente) comprende el cuadro sintomatológico completo de los episodios tanto depresivos como maníacos entremezclados, ó alternado rápidamente en pocos días.
- B. Los síntomas depresivos predominan y duran todo el día.

11.4.2. OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS ESPECIFICOS.

300.40 Trastorno Distímico (ó neurosis depresiva).

- A. Durante los dos últimos años el sujeto ha presentado por mucho ó todo el tiempo síntomas característicos del síndrome depresivo, pero no con la suficiente gravedad y duración como para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor.
- B. Las manifestaciones del síndrome depresivo pueden ser relativamente --

- persistentes ó estar separadas por periodos de estado de ánimo normal que duran de unos días a pocas semanas, pero no más de unos meses.
- C. Durante los periodos depresivos hay un llamativo estado de ánimo de-  
presivo (triste, melancólico, abatido, baja), ó una notable pérdida -  
de interés ó placer en todas ó casi todas las actividades y pasatiem-  
pos habituales.
- D. Durante los periodos depresivos están presentes, como mínimo, tres de  
los siguientes síntomas:
- 1) insomnio ó hipersomnía;
  - 2) bajo nivel de energía ó cansancio crónico;
  - 3) sentimientos de incapacidad, pérdida de la autoestima, autolamenta-  
ciones ó desaprobación;
  - 4) disminución de la efectividad o productividad en la escuela, traba-  
jo o en la casa;
  - 5) disminución de la atención, concentración o capacidad para pensar -  
con claridad;
  - 6) retraimiento social;
  - 7) pérdida de interés o de disfrute de las actividades placenteras;
  - 8) irritabilidad o cólera excesiva;
  - 9) incapacidad para responder con placer a los elogios o refuerzos;
  - 10) menos activo ó hablador de lo habitual, ó sensación de lentitud ó -  
inquietud;
  - 11) actitud pesimista hacia el futuro, tumiación negativa de aconteci-  
mientos pasados ó sentimientos de lástima hacia uno mismo;
  - 12) llanto ó sollozo;
  - 13) pensamiento repetitivo de muerte ó suicidio.
- E. Ausencia de síntomas psicóticos, tales como ideas delirantes, alucina-  
ciones, incoherencia, ó pérdida de la capacidad asociativa.
- F. Si el trastorno se sobrepone a un trastorno mental preexistente, como  
un trastorno obsesivo compulsivo o la dependencia de alcohol, el esta-  
do de ánimo deprimido puede diferenciarse con claridad del estado de -  
ánimo habitual del sujeto en virtud de su intensidad, ó su efecto so-  
bre la actividad (10).

## 11.5.- ESCALAS PARA MEDIR LA DEPRESION.

Las primeras escalas de evaluación prácticas, aparecieron junto con el advenimiento de la psicofarmacología y la aplicación de estas escalas seguramente fué estimulada por la necesidad de tener un método preciso para valorar los resultados terapéuticos de estas drogas.

Es preciso tener en cuenta que el mejor cuestionario ó la más elaborada escala de evaluación no puede suplir jamás a un buen estudio clínico efectuado; es por eso que las escalas deben considerarse como un elemento de ayuda para el diagnóstico y también como un medio para valorar en forma sencilla la evolución del cuadro psicopatológico ante un tratamiento determinado.

Las escalas que actualmente se utilizan para medir la depresión son las siguientes:

### 11.5.1.- ESCALA DE HAMILTON:

La escala de Hamilton se experimentó en pacientes a los que se les había dictaminado un diagnóstico de "trastornos afectivos de tipo depresivo". La fidelidad con relación al promedio de las estimaciones de la escala, según varios estudios, resultó ser de 0.875.

La escala consta de 17 variables; algunas se definen como categorías de interés creciente; otras, por términos equivalentes. La forma en que se cuantifica el registro incluye cuatro variables adicionales: Variación diurna, despersonalización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos; dando un total de 21 reactivos. Las variables se miden con una escala de 5 ó 3 puntos. Cuando la cuantificación es difícil, no se establece una distinción entre frecuencia e intensidad de los síntomas y elementos al hacer su valoración.

## II.5.2. INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (M.M.P.I.):

Consta de 550 preguntas en forma de afirmaciones positivas y negativas que corresponden a muchos aspectos de la personalidad, incluyendo la salud general, funciones fisiológicas en particular, hábitos, familia, - actitudes sexuales, religión, actitudes políticas y muchos ítems psicopatológicos importantes para el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico.

Consta de nueve escalas psicopatológicas: hipocondría, depresión, - histeria, desviación psicopática, masculinidad, feminidad, paranoia, psicostenia y manía; además de cuatro escalas de validez cuyo objeto es señalar el grado de confianza que se puede tener para hacer inferencias sobre la personalidad basándose en el perfil de la prueba.

La escala 2(D), fué como se denominó la de depresión, es caracterizada a menudo como la escala del "estado de ánimo", ya que por medio de ella es posible encontrar estados emocionales momentáneos y transitorios. Fué diseñada para medir el "grado de depresión"; cuadro psicológico que expresa baja moral, sentimientos de desesperanza y tristeza; la escala - varía de acuerdo con la forma en que fluctúan esos estados de ánimo. Esta escala de depresión consta de 60 reactivos de los cuales 20 deben ser respondidos como ciertos y 40 como falsos.

Las escalas utilizadas a continuación fueron utilizadas para esta - investigación, por tal motivo se hablará en forma más amplia de ellas:

### II.5.3. ESCALA DE ZUNG:

En 1964, Zung y Durham realizaron una investigación en enfermos con depresión y en 1965 publicaron los resultados; en el proyecto debían --- correlacionar la presencia ó severidad del trastorno depresivo con otros parámetros, así como la facilidad para despertar del sueño y los cambios que se lograban con el tratamiento. Con esto se dieron cuenta de que las escalas que había para medir la depresión en ese entonces eran inadecuadas, ya que por su extensión requerían de mucho tiempo para ser aplica--

das y además no eran autoaplicables, por lo que los resultados podrían ser alterados por la interpretación personal del entrevistador. (21)

De esta forma Zung y Durham elaboraron una escala para medir la depresión que tuviera los siguientes requisitos:

Que fuera aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión.

Que incluyera los síntomas más representativos.

Que fuera breve y sencilla.

De aplicación más cuantitativa.

Que fuera autoaplicable por el enfermo a fin de recabar su respuesta directa.

Como primer paso elaboraron una lista de síntomas que pudieran ser considerados como característicos de la depresión; y después de revisar varios estudios hechos por otros autores concluyeron que estos síntomas deberían abarcar: alteraciones del afecto, equivalentes fisiológicas y psicológicas. Una vez que definieron estas áreas, se elaboraron 20 reactivos que se referían a las mismas, planteando 10 en sentido positivo y 10 en sentido negativo, para evitar que el paciente pudiera presentar una tendencia en el estudio. (21)

Los enunciados de la escala están redactados en un lenguaje común, aunque el orden de los mismos no coincide con las áreas correspondientes. Para la cuantificación de los síntomas se plantearon cuatro categorías en la presentación del mismo, estas son: muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente, calificando con un valor de 1, 2, 3 y 4 en orden variable, según si la pregunta estaba formulada en sentido positivo ó negativo. Para la aplicación se le da al paciente la lista de oraciones y se le pide que ponga una marca en el recuadro más aplicable a su caso en el momento de hacer la prueba (5).

La escala está planteada de tal manera que un índice bajo señala poca ó ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de signifi-

cación clínica.

Los reactivos de que consta esta prueba son:

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1.- Me siento abatido y melancólico                     | Muy pocas veces           |
|   | Algunas veces             |
|   | La mayor parte del tiempo |
|   | Continuamente             |
| 2.- En la mañana me siento mejor                        |                           |
| 3.- Tengo accesos de llanto ó deseos de llorar          |                           |
| 4.- Me cuesta trabajo dormirme en la noche              |                           |
| 5.- Como igual que antes solía hacerlo                  |                           |
| 6.- Todavía disfruto de las relaciones sexuales         |                           |
| 7.- Noto que estoy perdiendo peso                       |                           |
| 8.- Tengo molestias de constipación                     |                           |
| 9.- El corazón me late más aprisa                       |                           |
| 10.- Me canso sin hacer nada                            |                           |
| 11.- Tengo la mente tan clara como antes                |                           |
| 12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro    |                           |
| 13.- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto |                           |
| 14.- Tengo esperanza en el futuro                       |                           |
| 15.- Estoy más irritable de lo usual                    |                           |
| 16.- Me resulta fácil tomar decisiones                  |                           |
| 17.- Siento que soy útil y necesario                    |                           |
| 18.- Mi vida tiene bastante interés                     |                           |
| 19.- Creo que le haría un favor a los demás muriéndome  |                           |
| 20.- Todavía disfruto con las mismas cosas              |                           |

Esta escala es sencilla y fácil de aplicar, sin embargo tiene algunas características que no corresponden a este medio; por lo que el Dr. Guillermo Calderón Narvaez hizo una modificación de esta escala de Zung y formuló un cuestionario clínico para el diagnóstico del síndrome depresivo. Los motivos fueron los siguientes: (7)

+ La escala de Zung está diseñada para ser autoaplicada y en México mu-

- chas preguntas no son entendidas por el paciente.
- + No existe un NO categórico en Zung, por lo que algunas preguntas se dejan sin contestar.
  - + El recurso utilizado por Zung para presentar la mitad de las declaraciones en sentido negativo, con el objeto de evitar discernir una tendencia, confunde al paciente, sobre todo de bajo nivel cultural, contestando con frecuencia lo contrario de lo que en realidad se le pregunta.
  - + Algunas preguntas se superponen en Zung, por ejemplo: "Como igual que antes solía hacerlo" y "Noto que estoy perdiendo peso", consecuencia lógica de lo anterior.
  - + En México la constipación no es un síntoma depresivo (reactivo 8 de -- Zung).
  - + Faltan en la escala tres síntomas muy frecuentes del Síndrome Depresivo en México: ideas obsesivas, disminución de la concentración y cefaleas.
  - + Se plantean preguntas poco comprensibles para la gente de este medio, como: "Tengo la mente más clara que antes", "Me resulta fácil hacer -- las cosas que acostumbro", "Mi vida tiene poco interés" y "Todavía dig fruto con las mismas cosas".
  - + El reactivo 6, "Todavía disfruto de las relaciones sexuales" no es con testado por muchas personas que no las tienen. En el cuestionario hecho por el Dr. Calderón se plantea con un enfoque más amplio: "¿Ha dig minuído su interés sexual?" que puede referirse a otros aspectos no -- precisamente relacionados con lo que en nuestro medio la gente entiende por relación sexual.
  - + El reactivo 4, "Me cuesta trabajo dormirme en la noche" se refiere al insomnio temprano. En el cuestionario se sustituye por la pregunta -- "¿Duerme mal de noche?" de connotación más amplia, sobre todo en México, donde predomina el problema de insomnio tardío.
  - + El reactivo 13, "Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto" -- se refiere Zung a la "agitación psicomotora", que suele presentarse en la angustia ó en otros cuadros psiquiátricos. En el cuestionario se -- plantea de forma más amplia: "¿Se siente nervioso, angustiado ó ansioso?"

+ Los reactivos 9, 14, 16, 17 y 19 se formulan en términos más accesibles para este medio.

En el cuestionario clínico al igual que en la escala de Zung, las -- respuestas se califican del 1 al 4 según su intensidad, pudiendo obtener un puntaje mínimo de 20 y máximo de 80. De acuerdo con los estudios hechos por el Dr. Calderón, los resultados obtenidos se agrupan de la siguiente manera:

- a) 20 a 35 puntos corresponden a personas normales
- b) 36 a 45 puntos en estados de ansiedad que pueden presentarse por la so la visita al médico
- c) 46 a 65 indican la presencia de un síndrome depresivo de mediana intensidad
- d) 66 a 80 corresponde a un cuadro depresivo severo

De tal forma, para esta investigación se utilizó el cuestionario clínico elaborado por el Dr. Calderón, ya que los pacientes que forman la -- muestra son mexicanos.

#### 11.5.4. EL INVENTARIO DE BECK:

Un año después de que se publicó la escala de Hamilton, Aaron T. Beck dió a conocer su inventario para medir la depresión. Este inventario fue -- elaborado para ser administrado por un entrevistador, de tal manera que se le entrega un cuestionario al paciente y otro es leído en voz alta por el entrevistador. Se le pide al paciente que indique cual de las declaraciones que vienen en cada reactivo define mejor cómo se siente en el instante al contestar el cuestionario; en ningún momento debe de sugerirse la respuesta y si el paciente indica que hay dos ó más afirmaciones que corresponden a la manera como se siente, deberá registrarse el número más alto. El puntaje de depresión es la suma de las respuestas de la 1 a la 21. (3)

El inventario consta de 21 categorías de síntomas, cada una de ellas es una manifestación de depresión. Valores numéricos del 0 al 3 cuantifi-

can esta posibilidad (5).

Los reactivos son los siguientes:

- |                            |                                   |
|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Tristeza                | 12. Separación social             |
| 2. Pesimismo               | 13. Indecisión                    |
| 3. Sensación de fracaso    | 14. Cambios en la imagen corporal |
| 4. Insatisfacción          | 15. Retardo laboral               |
| 5. Culpa                   | 16. Insomnio                      |
| 6. Expectativas de castigo | 17. Fatigabilidad                 |
| 7. Autodesagrado           | 18. Anorexia                      |
| 8. Autoacusaciones         | 19. Pérdida de peso               |
| 9. Ideas suicidas          | 20. Preocupación somática         |
| 10. Llanto                 | 21. Pérdida de la libido          |
| 11. Irritabilidad          |                                   |

Forma breve de la Escala de Beck:

Consiste en 13 ítems, tomados de la escala original de 21 ítems. Se ha desarrollado para medir la profundidad de la depresión, así como para la detección rápida de pacientes deprimidos.

Esta versión se correlaciona 0.96 con la versión de 21 ítems y -- 0.61 con la evaluación clínica de la depresión (5).

Trece áreas:

Tristeza	Aislamiento social
Pesimismo	Indecisión
Sentimiento de fracaso	Cambio en la estimación propia
Descontento	Dificultad para trabajar
Culpa	Agotamiento
Aversión a sí mismo	Anorexia
Perjuicio de sí mismo	

De acuerdo al exámen de Beck, un puntaje de 0 a 4 indica que no se trata de depresión ó que el caso es muy benigno; 4 a 7 sugiere una depresión leve; 8 a 15 identifica a una depresión de carácter moderado; puntos por encima de 16 permiten descubrir a una persona con una afección muy aguda.

## II.6.- FORMAS DE TRATAMIENTO DE LA DEPRESION.

Existen diferentes tipos de terapia para la depresión: una es la verbal y la administra un terapeuta especializado; otra es una amplia gama de drogas ó fármacos antidepresivos, que suelen darse acompañados a la terapia verbal; y otra es la terapia electroconvulsiva ó los tratamientos con electrochoque.

### II.6.1. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

Los medicamentos antidepresivos se dividen en tres grandes grupos: los tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y los tetracíclicos (7).

#### Antidepresivos Tricíclicos.

Los mecanismos de acción de estos antidepresivos aún son hipotéticos en el hombre. La imipramina bloquea preferentemente la recaptación presináptica de las catecolaminas y la clorimipramina inhibe la recaptación de la serotonina; por lo tanto en sus mecanismos de acción resultan sostenibles las hipótesis de las catecolaminas y la serotonina.

Los productos más conocidos de este grupo de antidepresivos tricíclicos son: Imipramina, Desmetilimipramina ó Desimipramina, Amitriptilina, Nortriptilina, Clorimipramina, Trimipramina y Butriptilina. (7)

### Antidepresivos Inhibidores de la Mononitrooxidadasa (IMAO).

Estos antidepresivos aumentan directamente la concentración de las catecolaminas al inhibir la enzima responsable de su degradación. Su eliminación es mucho más larga que los tricíclicos, por lo que puede tardar hasta 10 días en eliminarse. Los efectos colaterales pueden ser: hipotensión ortostática, la cual se manifiesta por vértigos y mareos e insomnio.

Los medicamentos más conocidos del grupo IMAO son: Fenelcina e Isocarboxacida. (7)

### Antidepresivos Tetracíclicos.

Este grupo de antidepresivos aún es nuevo, en México su actividad no ha superado a la de los tricíclicos; en los casos en que existan contraindicaciones para utilizar los tricíclicos o se presenten efectos secundarios molestos, deben utilizarse estos nuevos antidepresivos: Maprotilina, Nomifensin, Mianserina y Trazodona.

Otros medicamentos como el carbonato de litio puede ser útil en algunas depresiones, pero es difícil su manejo.

El litio puede servir como antidepresivo para algunos pacientes, especialmente para los que presentan una historia de manía personal y familiar. (7)

### 11.6.2. LA PSICOTERAPIA.

Existen diferentes técnicas terapéuticas para el tratamiento de las enfermedades mentales, siendo requisito indispensable para elegir la más apropiada, tomar en cuenta las características de la patología, así como del que la padece.

En el caso de la depresión cuyos síntomas predominantes son tristeza, autodesagrado, sentimientos de culpa, etc., no es aconsejable realizar técnicas de enfrentamiento, ya que esto podría exacerbar los síntomas depresivos.

El objetivo principal de la psicoterapia deberá ser la reducción de la sintomatología, y una vez logrado esto, se utilizarán diferentes técnicas, dependiendo del caso en particular del paciente.

Las técnicas mayormente utilizadas son las siguientes:

- 1) Tratar de reforzar la negación, la proyección, formación reactiva, ó cualquiera de las defensas que sean más eficaces para proteger al paciente de sus sentimientos dolorosos y se ofrece así mismo, como sustituto del objeto de afecto perdido por el paciente, proporcionando una satisfacción de transferencia, que reemplaza la frustración de realidad (13).

El paciente deprimido se siente desesperanzado y tendrá poca motivación para el tratamiento. Cuando el paciente se vea en un futuro en el que no esté deprimido, se habrá empezado a establecer la alianza inicial.

- 2) El segundo principio del tratamiento, consiste en la protección del paciente frente al atentado contra sí mismo. Inicialmente el papel del terapeuta está en identificar la conducta que el paciente está utilizando en su contra, y servirse de su autoridad para prevenir que el paciente se cause algún daño grave ó irreparable. Más adelante brindarle la comprensión del significado de su masoquismo e interpretar sus orígenes psicodinámicos. (13)
- 3) El tercer principio, implica reducir los sentimientos de culpabilidad del paciente; aquí el terapeuta se dirige a los aspectos expliatorios de la conducta del paciente. (13)

El sufrimiento de la enfermedad depresiva se asocia con la esperanza inconsciente de que seguirá el perdón. La culpabilidad consciente se

relaciona con más frecuencia con los efectos secundarios de la depresión.

#### A.- EL PSICOANALISIS.

Los psicoanalistas que analizan a pacientes con trastornos depresivos, se centran como en todo tratamiento psicoanalítico, en los conflictos evolutivos; tampoco varía la técnica, ya provenga la depresión de una fijación simbiótica de la madre ó de un conflicto narcisista con fluctuaciones acentuadas de la autoestima.

Debido a que los síntomas depresivos, sean psíquicos ó somáticos, -- pueden ser de gravedad variable y aportar indicaciones pronósticas diversas; es frecuente que se introduzcan casi siempre de modo intuitivo, parámetros ó variaciones en el análisis del paciente deprimido. El procedimiento de la psicoterapia analítica consiste en buscar la pérdida, llevar al paciente a la situación real y expresarla.

La psicoterapia psicoanalítica, persigue como objetivo la resolución de los episodios periódicos y conseguir un cambio en los conflictos de la personalidad subyacente, que es la que proporciona la base para la aparición de la enfermedad. Los principios básicos generales de esta psicoterapia para el paciente deprimido requieren de varias aclaraciones:

+ El deprimido presupone ser repudiado por lo que le será necesario saber que el terapeuta lo acepta. Esta aceptación debe captarse como existente a pesar de la creencia del paciente en su desmerecimiento.

+ El terapeuta debe evitar una liberación demasiado rápida de la irritación y agresión reprimida, que podría romper la relación terapéutica y su administrar la energía necesaria para un intento suicida.

+ Los depresivos originan a menudo sentimientos de frustración e impotencia en terapeutas. El especialista debe hacer esfuerzos por reconocerlos y tratarlos, para no mostrar la agresividad.

+ Al depresivo se le debe suministrar dosis de apoyo y confianza, pero en una proporción adecuada, para evitar la exageración del apoyo y el desarrollo de una dependencia indebida (5).

El psicoanálisis es una terapia muy útil para un gran número de padecimientos mentales; sin embargo "la depresión no es el campo más adecuado para el psicoanálisis, por lo que debe reservarse para otro tipo de problemas" (Depresión, Calderón, Pag. 226) (7).

Lo anterior es debido a que el psicoanálisis es un procedimiento largo y costoso; que no sacaría en un tiempo corto al paciente de su crisis; cosa que es muy importante en el manejo de la depresión, ya que se requiere de una intervención rápida del terapeuta para solucionar el estado depresivo del paciente, sobre todo en los casos de intento suicida.

#### B. - PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA.

En muchas circunstancias la psicoterapia de urgencia es más rápidamente eficaz que los antidepresivos aunque puede ser combinada con un tratamiento a base de fármacos. Para la psicoterapia breve de la depresión se debe tomar en cuenta 10 factores específicos y el orden de rango que tengan estos factores en el paciente individual (5).

Los factores son: (4)

##### 1) Problemas en la regulación de la autoestima:

Deberá tratarse explorando antecedentes del paciente respecto a su autoestima ó falta de ella, explotando agravios recientes a la autoestima, teniendo cuidado para tratar al paciente con dignidad, abordando la agresión en contra del yo, examinando en detalle la naturaleza de los ideales del yo, el nivel de aspiración y la intensidad de las defensas, haciendo cualquier interpretación de transferencia que parezca adecuada para este problema.

##### 2) Un superyo severo:

Deberá ser tratado entendiendo primeramente qué componentes hacen necesario desviar la agresión en contra del yo, incluyendo una exploración de la formación del yo. Induciendo catarsis para alentar al paciente a expresar sus sentimientos y señalando la negación de los mismos; exami-

nando cualquier tipo de proyecciones dentro de la situación transfe--  
rencial.

3) Intraagresión:

Debe manejarse estudiando antecedentes y eventos actuales para enten-  
der quien ha sido el principal objeto de agresión en el pasado y quien  
en la actualidad. Haciendo consciente al paciente de que los objetos -  
contemporáneos que causaron su trauma actual han sido distorsionados -  
en forma aperceptiva por sus experiencias pasadas.

Hacer consciente al paciente de que la agresión también puede estar di-  
rígida contra otra parte del mismo yo.

4) Sentimiento de pérdida:

Examinar los antecedentes, provocando eventos relacionados a una pérdi-  
da y ayudar al paciente a obtener "insight", trabajando lo actual en -  
relación a traumas pasados. Examinar también la naturaleza de las rel-  
aciones objetales que facilitan un sentimiento de desilusión debido a -  
las demandas pasivo-dependientes. Prestar atención a las necesidades -  
de amor, principalmente en la situación transferencial.

5) Sentimientos de desilusión:

Debe ser tratada estudiando eventos previos relacionados al sentimien-  
to de desilusión por objetos de amor. Examinando el evento precipitan-  
to que produjo la depresión y estableciendo denominadores comunes en-  
tre las experiencias tempranas de decepción y los sentimientos de -  
igual naturaleza. Se deberá también abordar el enojo en contra del ob-  
jeto de amor desilusionante.

6) Sentimientos de decepción:

Se tratará examinando primeramente antecedentes para buscar episodios  
tempranos de decepción y trabajando con los rasgos paranoides provoca-  
dos por el sentimiento de haber sido engañados.

7) Hambre de estímulos:

Debe ser tratada examinando los antecedentes del paciente para buscar -  
evidencias de la necesidad de suministros orales y otros estímulos y -  
la reacción depresiva cuando no son accesibles.

Adoptar un concepto amplio de las necesidades orales que incluye tam-  
bién las necesidades generales de amor y de estímulos.

8) **Narcisismo:**

Los pacientes depresivos padecen más narcisismos secundarios; sus necesidades narcisistas están relacionadas con la oralidad y el hambre de estímulos. Deberá tratarse examinando los intentos del paciente -- por regular la entrada de estímulos de todas clases. Si los depresivos tienen experiencias emocionales frías, su autoestima se decremента en forma catastrófica, y su necesidad de nutrientes narcisistas externos se incrementa. Presentando especial atención a la educación y la planeación de la vida del paciente, a la necesidad excesiva de ser amado y de tener otras gratificaciones narcisistas.

9) **Negación:**

Debe ser tratado examinando los antecedentes, buscando ocurrencias -- previas de negación y si fueron seguidas por depresiones; estableciendo continuidad donde no la hay se puede señalar el afecto negado; y -- utilizando catarsis mediata y directa.

10) **Relaciones objetales:**

Debe tratarse examinando los antecedentes para observar la naturaleza de las relaciones, referirse constantemente a la relación transferencial que puede darse en la psicoterapia breve. Se debe tratar con los problemas dinámicos para un efecto terapéutico rápido.

Otros aspectos que se deben tomar en cuenta para una psicoterapia -- con enfermos depresivos son:

DIRECCION DE LA ENTREVISTA. Mackinnon opina que la entrevista del paciente depresivo requiere participación activa del entrevistador; no basta -- ayudar al paciente a ayudarse a sí mismo, ya que el propio carácter de la enfermedad hace que sea pesimista acerca del resultado del tratamiento, -- convirtiéndolo en un objeto pasivo y no en un colaborador activo. El terapeuta necesita adoptar determinadas decisiones estratégicas acerca de cómo conducir la terapia (13).

ENTREVISTA CON LA FAMILIA. El terapeuta debe tener interés en obtener información de la familia, en modificar la conducta que ésta tenga hacia el paciente, como parte del tratamiento y en explotar la acción recíproca --

entre el paciente y su familia. Es frecuente que la familia proporcione información importante sobre los precipitantes ó de las tensiones en la vida del paciente y que éste ha negado. (13)

TRANSFERENCIA. El paciente deprimido en respuesta a sus sentimientos de desamparo, desarrolla una relación de adhesión y dependencia, con la esperanza de que el terapeuta tenga el poder mágico omnipotente de efectuar una curación. Trata de obtener una atención afectuosa gracias a su sufrimiento, adulando al terapeuta u obligándolo a que lo ayude, poniéndose abiertamente enfurecido si no lo logra. Esta mezcla de dependencia y enojo caracteriza la transferencia. (13)

CONTRATRANSFERENCIA. La persona deprimida provoca fuertes sentimientos en quienes tienen contacto estrecho con ella. Un estilo paternalista ó exageradamente protector constituye la manifestación más frecuente de - contratrtransferencia; otro patrón de contratrtransferencia con los pacientes deprimidos implica los sentimientos de culpabilidad y enojo del terapeuta, que podrán constituir una respuesta a sus sentimientos de - desamparo, en presencia de las exigencias abrumadoras del paciente. Otras manifestaciones de contratrtransferencia serían el aburrimiento y - la impaciencia, que se experimentan comunmente al tratar a pacientes deprimidos. Esta sirve de defensa contra los sentimientos ocultos de deprisión, culpa ó enojo del terapeuta, y tiene lugar por regla general después de varias sesiones. (13)

#### C. - TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL.

Es otra forma de tratamiento para la depresión y de la cual se hablará en el siguiente capítulo, debido a que esta terapia fué la que se utilizó en la investigación que aquí se expone.

CAPITULO 111

## CAPITULO III

### LA TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL

#### III.1.- ¿QUE ES LA TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL?

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas; por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc. Se basa en el supuesto teórico de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes ó supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores (3).

Las técnicas terapéuticas están encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente consideraba insuperables, mediante la re-evaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta ayudará al paciente a pensar y actuar de forma más realista y adaptativa.

El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en enseñar al paciente a:

- 1) Controlar los pensamientos automáticos negativos.
- 2) Identificar la relación entre cognición, efecto y conducta.
- 3) Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- 4) Sustituir este tipo de cogniciones por interpretaciones más realistas.
- 5) Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que predisponen al individuo a distorsionar sus experiencias.

Los técnicos conductuales se emplean con los pacientes depresivos más graves, no solo para modificar la conducta, sino también para eliminar cogniciones asociadas a conductas específicas. Entre el material relacionado con las técnicas conductuales se encuentra un cuestionario de actividades semanales, en el que el paciente debe registrar sus actividades cada hora y la asignación de tareas graduales que le ayuden a emprender una tarea que él considera difícil   imposible de realizar.

### III.1.1. CARACTERISTICAS DE LA TERAPIA COGNITIVA.

La terapia cognitiva difiere de la terapia convencional por dos aspectos importantes: en la estructura formal de las sesiones y en los tipos de problemas en que se centra. (2)

\* La terapia cognitiva se encuentra en continua actividad e interactúa intencionadamente con el paciente. Debido a que el paciente depresivo suele estar, al principio, confundido, preocupado   distraido, el terapeuta debe valerse de una cierta inventiva para estimular al paciente a participar activamente en las distintas operaciones terapéuticas, -- además de ayudarlo previamente a organizar su personalidad y su conducta.

\* A diferencia de la terapia psicoanalítica, se centra en problemas -- "aquí y ahora"; el objetivo principal es revisar los pensamientos y -- sentimientos del paciente durante la sesión y entre las sesiones, no -- interpreta factores inconscientes, ni explora la época de la infancia, a menos que pueda clarificar algunos hechos actuales.

\* La estrategia general de la terapia cognitiva se puede diferenciar -- del resto de las escuelas de terapia por su énfasis en la investiga-- c n empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supues-- tos o automáticos del paciente.

### III.1.2. EL MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESION.

El modelo cognitivo de la depresión surge a partir de observaciones clínicas y de investigaciones experimentales realizadas por Beck.

Este modelo postula tres conceptos específicos para explicar la depresión: (3)

#### 1) Concepto de la Triada Cognitiva.

Consiste en tres patrones cognitivos principales que llevan al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático.

El primer componente se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo; el individuo se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poco valor y debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que a causa de estos defectos es un inútil y carece de valor, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y la felicidad.

El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo de interpretar sus experiencias de una manera negativa; le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables con el entorno, en términos de relaciones de derrota ó frustración.

El tercer componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro; el paciente espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus experiencias son de fracaso.

#### 2) Organización Estructural del Pensamiento Depresivo.

Este segundo componente es el que se refiere al modelo de esquemas. Se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. En la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados; en las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con cierta objetividad; en los estados depresivos más graves, el paciente está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede tener demasiada dificultad para concentrarse en estímulos externos ó emprender actividades mentales voluntarias.

### 3) Errores en el Procesamiento de la Información.

a) Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye.

b) Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación.

c) Generalización excesiva: Proceso de elaborar una regla general a partir de uno ó varios hechos aislados y aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas, como a situaciones que no tienen ninguna conexión.

d) Maximización y minimización: Se refleja en los errores cometidos al evaluar la significación ó magnitud de un evento.

e) Personalización: Tendencia del individuo de atribuirse a sí mismo fenómenos externos sin que exista una base para hacer la conexión.

f) Pensamiento absolutista: Tendencia a clasificar todas las experiencias según dos categorías opuestas, por ejemplo: bueno ó malo, sucio ó limpio, etc. El paciente depresivo se inclina por seleccionar categorías negativas. (20)

### III.1.3. EL PAPEL DE LAS EMOCIONES EN LA TERAPIA COGNITIVA.

La finalidad de la terapia cognitiva consiste en (mitigar) las alteraciones emocionales y otros síntomas de la depresión; los medios que --

utiliza son las interpretaciones erróneas del paciente, en su conducta -- contraproducente y en sus actitudes inadecuadas. (3)

El terapeuta debe estar alerta y prestar mucha atención a las ocasiones en que se intensifican las emociones negativas del paciente. Debe ser capaz de empatizar con las experiencias emocionales dolorosas del paciente, así como de identificar las cogniciones inadecuadas y los límites entre pensamientos negativos y sentimientos negativos.

Se deberá hacer un análisis junto con el paciente acerca de la distinción semántica entre pensamiento y sentimientos, además el terapeuta -- evaluará la capacidad del paciente para detectar e identificar sus sentimientos.

La eficacia de la relación terapéutica depende en gran medida de la capacidad que tenga el paciente para experimentar y expresar sus sentimientos durante la sesión terapéutica. La vergüenza del paciente respecto a sus sentimientos incluye una serie de actitudes emocionalizadas como -- son: la disminución de la capacidad de expresar amor ó inclusive experimentarlo; su irritación especialmente hacia quienes son importantes para él y su continua ansiedad.

El llanto sin inhibiciones parece tener propiedades terapéuticas intrínsecas; los efectos de la terapia se ven intensificados cuando el paciente experimenta la sensación de tener un lugar donde expresarse libremente sin ser juzgado; sin embargo hay pacientes que reaccionan mal después de haber llorado, principalmente los hombres pueden considerar el llanto como signo de debilidad. (3)

### III.2.- ESTRUCTURA DE LA SESION TERAPEUTICA.

#### III.2.1. PAUTAS ESPECIFICAS PARA EL TERAPEUTA.

Además de las características deseables en el terapeuta como lo son

la aceptación, la empatía y la autenticidad, existen pautas específicas -- para el terapeuta dentro de la terapia cognitiva que debe tener muy en -- cuenta: (3)

a) Conocer el "Paradigma Personal" del paciente.

La visión que el depresivo tiene de su mundo, sus ideas y creencias negativas le parecen razonables, aún cuando sean inverosímiles para el -- terapeuta. En cuanto el terapeuta comienza a investigar las razones por las que el paciente mantiene estas ideas, se suelen descubrir dos fuen--tes de datos: en primer lugar, el paciente presenta su visión de determi--nados eventos pasados que él piensa apoyan sus ideas negativas. En segun--do lugar, puede interpretar uno ó más eventos actuales de modo que apo--yen dichas ideas. La terapia se centra más bien en los eventos actuales, donde el paciente puede reunir datos recientes y registrar sus interpre--taciones acerca de dichos eventos.

b) Evitar "Etiquetar" al paciente y hacer juicios de valor.

El terapeuta debe ver al paciente como una persona que tiene proble--mas específicos ó que mantiene creencias irracionales, nunca como una -- persona irracional ó que tiene un carácter anormal.

c) Evitar la conducta contraproducente a "Deseos Inconscientes".

El terapeuta jamás debe explicar al paciente su conducta contrapro--ductiva. Cuando se enfrenta a los pacientes depresivos con una interpre--tación motivacional de su conducta, ellos suelen utilizar este "insight" para confirmar su visión negativa de sí mismos como "malos" ó "indignos" sintiéndose así más deprimidos.

d) Ajustar el Nivel de Actividad y Estructurarlo según las necesida--des del paciente.

El terapeuta cognitivo es más activo y toma la iniciativa con más -- frecuencia que el terapeuta tradicional; lleva al paciente a discutir -- aquellas áreas que se han fijado como objetivo. Actúa como experimenta--dor, como guía, como un educador, tiende a dirigir la conversación y la

atención del paciente hacia los objetivos específicos. Además ajusta su nivel de actividad de acuerdo a las necesidades que tenga el paciente.

e) Emplear las preguntas como instrumento terapéutico.

El empleo de las preguntas tiene diversos objetivos como son: obtener datos biográficos, formarse una idea general de la naturaleza del problema psicológico del paciente, obtener una visión de la forma de vida del paciente, evaluar los mecanismos y habilidades de que dispone el paciente para manejar diversas situaciones, su tolerancia al stress y su nivel de funcionamiento, su capacidad para la introspección y la objetividad consigo mismo.

Ayudan también a provocar la toma de decisiones, a animar al paciente a examinar las consecuencias de su conducta desadaptativa, evaluar la importancia de una conducta más adaptativa, determinar el significado que el paciente atribuye a una circunstancia, inducir al paciente a examinar los criterios que definen su autoestima negativa.

f) Emplear el método de hacer preguntas, en lugar de discutir ó sermonear.

Es importante hacer que el paciente exprese lo que él piensa, en lugar de decirle lo que el terapeuta cree que está pensando.

g) Emplear el humor con prudencia y sensatez.

Resulta especialmente útil cuando es espontáneo, cuando permite al paciente observar con objetividad sus pensamientos ó ideas y cuando se presenta de tal modo que el paciente no piense que lo están despreciando ó ridiculizando.

### III.2.2. ESTRUCTURA FORMAL DE LA TERAPIA COGNITIVA.

El primer paso consiste en preparar al paciente para la terapia cognitiva, debe comprender la naturaleza y el fundamento teórico del tratamiento cognitivo, además debe prepararse para enfrentar las fluctuaciones que se dan en el nivel de intensidad de la depresión a lo largo del trata

miento. A partir de las primeras sesiones el terapeuta debe presentar el plan general de la terapia, así como exponer la definición y algunos ejemplos de cogniciones ó "pensamientos automáticos". (3)

Los principales objetivos de la terapia cognitiva son eliminar los síntomas del síndrome depresivo y prevenir las recaídas; entrenando al paciente a aprender a identificar sus pensamientos erróneos y su conducta inadecuada, además de ayudarlo a cambiar los patrones cognitivos que producen estas ideas y conductas desadaptativas. (3)

El terapeuta elaborará un plan y proporcionará al paciente los instrumentos necesarios; ambos proponen temas determinados para la agenda de cada sesión; la agenda depende de varios factores, de ellos es la fase en que se encuentre la terapia y los progresos que vaya haciendo el paciente; un segundo factor es el referente a los problemas que más perturban al paciente en ese momento; un tercer factor consiste en la intensidad de la depresión. Los asuntos que queden pendientes al final de una sesión se incluyen en la agenda siguiente.

Es conveniente que al comienzo de cada sesión el terapeuta busque retroalimentación de lo que se vió en la última sesión y de las tareas que se realizaron. Hacer síntesis ó resúmenes en algún momento de la sesión resulta de gran utilidad para el terapeuta; es conveniente pedir también al paciente que haga un resumen breve sobre lo que cree que el terapeuta intentó comunicarle.

### III.2.3. ENTREVISTA INICIAL.

La terapia comienza desde el primer contacto con el paciente. El establecimiento de la relación, la obtención de información relevante y la aplicación de técnicas cognitivas específicas pueden quedar determinadas ya desde la entrevista inicial.

Una entrevista bien llevada proporciona información relevante sobre -

el diagnóstico del paciente, su historia, su situación actual, los problemas psicológicos, su actitud ante el tratamiento y su motivación para el mismo; además de ofrecer al paciente cierta objetividad en relación con su problema concreto, siendo esta objetividad bastante alentadora. Los cuestionarios proporcionan información sobre los síntomas; uno de los instrumentos más útiles es el Inventario de Depresión de Beck, que no solo proporciona una evaluación rápida de la gravedad del problema, sino que también suele poner de manifiesto ciertos síntomas que exigen una intervención rápida como lo sería las ideas de suicidio. Por otro lado, los diferentes ítems del Inventario proporcionan información sobre los pensamientos negativos del individuo, lo cual constituye una guía hacia los problemas principales del paciente. (3)

Es importante que durante la primera sesión se haga una exploración del estado mental del paciente para ver si es un paciente psicótico o no lo es, si existen posibles trastornos orgánicos, tales como lesión cerebral, deficiencia mental, etc. De igual modo, es imprescindible que se determine si se trata de un paciente suicida.

#### OBJETIVOS TERAPEUTICOS DE LA ENTREVISTA INICIAL.

Uno de los objetivos terapéuticos es conseguir al menos una cierta mejora de los síntomas, ya que esto incrementa el rapport, la colaboración terapéutica y la confianza en la efectividad de la terapia.

Otro punto sería seleccionar los "síntomas objetivo". Un síntoma objetivo puede identificarse como cualquiera de los componentes de la depresión que conlleva sufrimiento o algún tipo de incapacidad funcional; estos pueden clasificarse en las siguientes categorías:

- a) Síntomas afectivos: tristeza, pérdida de la gratificación, apatía, pérdida de sentimientos y afecto por otras personas, pérdida de la alegría.
- b) Síntomas motivacionales: deseos de escapar, de evitar "problemas"

por lo general por la vía del suicidio.

c) Síntomas cognitivos: dificultad para concentrarse, problemas de atención, de memoria.

d) Síntomas conductuales: pasividad, evitación o huida del contacto con otras personas, lentitud, agitación.

e) Síntomas fisiológicos o vegetativos: alteraciones del sueño, del apetito, etc (3).

El terapeuta en colaboración con el paciente determinarán los "síntomas objetivo" por los que comenzarán a trabajar, basándose principalmente en: ¿cuáles son los más problemáticos para el paciente? y ¿cuáles son los más susceptibles de intervención terapéutica?

Cuando se trata de una depresión más leve, la terapia suele centrarse en los problemas externos que tengan relación con el comienzo o mantenimiento de la depresión.

Al final de la entrevista es importante hacer un feedback recíproco para determinar si el terapeuta entiende el problema del paciente y si el paciente comprende lo que el terapeuta le dice.

Beck señala seis objetivos que el terapeuta debe tratar de lograr en las primeras sesiones:

- 1) Recoger información y llegar a una comprensión de los problemas del paciente.
- 2) Determinar prioridades terapéuticas.
- 3) Seleccionar objetivos que pueden ser alcanzados por el paciente.
- 4) Ayudar al paciente a comprender la relación existente entre pensamiento y emoción.
- 5) Familiarizar al paciente con el tipo de terapia que se va a emplear.
- 6) Explicar la importancia de las tareas a realizar fuera de la sesión terapéutica (12).

### III.3.- TÉCNICAS COGNITIVAS.

Las técnicas cognitivas, deben aplicarse lo antes posible en el tratamiento de pacientes suicidas; se dirigen a proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente. Técnicas como las de hacer preguntas, identificar pensamientos ilógicos, determinar las reglas en base a las cuales el paciente organiza la realidad, etc., se emplean para ayudar tanto al terapeuta como al paciente a entender la interpretación que éste último hace de la realidad. (12)

La investigación de los pensamientos del paciente se basa en dos premisas; primera, que los pacientes depresivos piensan de un modo idiosincrático y segunda, que su manera de interpretar los acontecimientos contribuye al mantenimiento de la depresión.

Las técnicas que pueden ser utilizadas dentro de esta terapia son - las siguientes: (3)

#### a) Identificación de pensamientos automáticos:

La etapa más importante de la terapia cognitiva es el entrenamiento del paciente para observar y registrar sus cogniciones. El terapeuta entrena al paciente a identificar las cogniciones inadecuadas y distorsionadas.

La cognición es "un pensamiento ó imagen de la que no puede no ser consciente, a no ser que le preste atención" (3). Las cogniciones típicas en la depresión suelen denominarse "pensamientos automáticos", los cuales forman parte de un determinado patrón de pensamiento.

Un primer procedimiento para demostrar la presencia de las cogniciones consiste en preguntar al paciente por sus pensamientos inmediatamente anteriores a la primera cita. Cuando mejor se identifican las cogniciones es inmediatamente después de que hayan tenido lugar; un segundo método consiste en que el paciente reserve un cierto periodo de tiempo, para recordar los acontecimientos del día y las cogniciones asociadas.

das con cada uno de ellos; un tercer método para concretar las cogniciones consiste en identificar las situaciones ambientales que tengan relación con la depresión del paciente. Otra alternativa es que el terapeuta enfrente al paciente con una de las situaciones ambientales perturbadas con objeto de activar e identificar las cogniciones depresivas.

b) Identificar distorsiones en pensamientos automáticos:

Esta identificación se puede realizar a través del reconocimiento de los errores que se dan en el pensamiento:

1. Pensamiento de "todo ó nada": cuando se ven las cosas como si fueran completamente buenas ó completamente malas. Tomando un pensamiento muy determinista ante una situación, pero siempre en polos opuestos.

2. Tomar un ejemplo de algo negativo como si todo fuera a resultar mal: el depresivo ve solo un evento negativo como una constante derrota que nunca fuera a terminar.

3. Filtro mental: se refiere a cuando el individuo toma un solo evento negativo y se fija exclusivamente en él, de tal forma que todo lo demás lo ve negativo.

4. Descontando lo positivo: cuando no se toma en cuenta las cosas positivas que suceden y solo se ve lo negativo.

5. Saltando a conclusiones erróneas: cuando se toman conclusiones antes de tiempo y solo se ve el lado negativo de las cosas.

6. Haciendo las cosas más ó menos grandes de lo que realmente son: cuando el individuo hace que sus errores parezcan más grandes de lo que realmente son; al mismo tiempo, también hace que las cosas buenas que le suceden parezcan menos importantes de lo que realmente son.

7. Tomando los sentimientos muy seriamente: pensando en los sentimientos son la única realidad.

8. Deberes: cuando se busca la motivación con deberes, es decir, con lo que el individuo cree que la gente debe de hacer ó decir.

9. Etiquetándose a sí mismo: se refiere a que el individuo a causa de haber cometido un error, empieza a pensar que es un perdedor y se adjudica etiquetas como por ejemplo: "inútil", "tonto", "cobarde", etc.

10. Culpándose a sí mismo; cuando el individuo se culpabiliza constantemente de cosas negativas que suceden a su alrededor y de las que no tiene ningún control sobre ellas.

c) Examinar y someter a una prueba de realidad las imágenes y los pensamientos automáticos:

El terapeuta hace que el paciente someta sus ideas a pruebas de realidad para suscitar una descripción y un análisis más correcto de como son las cosas. La base ó evidencia de cada pensamiento debe someterse a una prueba de realidad, aplicando las pautas que emplean las personas no depresivas a la hora de emitir un juicio.

Lo esencial de la prueba de realidad es que permite al individuo -- corregir sus distorsiones. El análisis del significado y de las actitudes pone de manifiesto la naturaleza irracional y contraproducente de -- las actitudes.

El terapeuta puede valerse de distintas técnicas cognitivas para evaluar y validar las conclusiones del paciente. Modificar las respuestas negativas del paciente depresivo es esencial porque provocan la experiencia de sentimientos negativos intensos y desvían la atención del paciente de los problemas reales. Dos técnicas dirigidas a incrementar la objetividad del paciente son:

1. Técnicas de retribución: se emplean cuando el paciente atribuye, de forma poco realista, las consecuencias negativas a una deficiencia -- personal, como la falta de capacidad ó esfuerzo. Terapeuta y paciente re -- visarán los acontecimientos importantes y aplicarán la lógica a la información que se tiene con el fin de atribuir la responsabilidad a quien -- verdaderamente le corresponde. Esta técnica resulta muy útil, especialmente con los pacientes que tienen tendencia a culpabilizarse y/o atribuirse la responsabilidad de cualquier circunstancia adversa.

2. Búsqueda de soluciones alternativas; esta técnica se refiere a -- la investigación activa de otras interpretaciones ó soluciones a los problemas del paciente. Definiendo cuidadosamente sus dificultades, el paciente puede llegar espontáneamente a soluciones de problemas que antes consideraba irresolubles; con una comprensión de los problemas basada en

la realidad, las opciones que anteriormente habían sido descartadas pueden ahora considerarse prácticas y útiles.

La "búsqueda de soluciones" suele producir cambios en los efectos del paciente depresivo; el reconocimiento súbito de que su situación puede no ser tan "desesperada" es lo que explica dichos cambios.

#### d) Registro de pensamientos inadecuados:

Anotar las cogniciones y las respuestas en columnas paralelas es un modo de comenzar a examinar, evaluar y modificar las cogniciones. Este procedimiento consiste en enseñar al paciente a discriminar con más precisión sus emociones y sirve para asegurarse de que el paciente anota -- los pensamientos que resultan extraños.

El objetivo principal del terapeuta es ayudar al paciente a elaborar respuestas racionales a sus cogniciones negativas, otro objetivo es el de incrementar la objetividad del paciente respecto a sus cogniciones; demostrar la relación entre cogniciones negativas, sentimientos desagradables y conductas inadecuadas; y lo que es más importante, distinguir entre una interpretación realista de los acontecimientos y una interpretación distorsionada.

#### e) Práctica cognitiva:

La "práctica cognitiva" es una técnica que consiste en pedirle al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Este procedimiento obliga al paciente a prestar atención a los detalles esenciales de las actividades que lleva a cabo, a la vez contrarresta su tendencia a divagar. Además, al practicar la secuencia de pasos de una actividad, el paciente dispondrá de un sistema preprogramado para realizarla.

Otro objetivo de la práctica cognitiva consiste en identificar posibles "obstáculos" ya sea cognitivos, conductuales o ambientales que impidieran la realización de una tarea. El plan principal del terapeuta será identificar y desarrollar soluciones para tales problemas antes de que den lugar a una experiencia de fracaso no deseada.

f) El "role-playing" (juego de roles):

Implica la adopción de un papel por parte del terapeuta, del paciente ó de ambos y la interacción social basada en el papel asignado; también puede emplearse para mostrarle al paciente un punto de vista alternativo ó para explicar los factores que interfieran con la expresión adecuada de las emociones.

El role-playing puede utilizarse de forma paralela para elicitar -- una respuesta de "autocomprensión" por parte del paciente. El terapeuta puede asumir el papel del paciente para intentar cambiar las cogniciones de este por otras más comprensivas.

III.4.- TECNICAS CONDUCTUALES.

El objetivo de estas técnicas es lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente que produzcan una mejoría en su ejecución. Los métodos conductuales pueden considerarse como una serie de pequeños experimentos dirigidos a probar la validez de las hipótesis ó ideas del paciente acerca de sí mismo.

Las técnicas conductuales más utilizadas dentro de esta terapia son: (3)

a) Programación de Actividades: Emplear el programa de actividades sirve para contrarrestar la escasa motivación del paciente, su iniciativa y su preocupación en torno a las ideas depresivas. Es probable que la técnica de planificar el tiempo del paciente hora tras hora lo mantenga ocupado e impida que regrese a su estado de inmovilidad; además proporciona al paciente y al terapeuta datos concretos en que basar las evaluaciones realistas de la capacidad funcional del paciente.

Terapeuta y paciente determinan actividades específicas, comprometiéndose al paciente a registrar sus pensamientos y sentimientos mientras está realizando cada tarea. La planificación de actividades en colaboración con el paciente puede ser un paso importante para demostrarle -- que es capaz de controlar su tiempo, además de que proporciona un feed--

back objetivo referente a los logros del paciente.

b) Técnicas de Dominio y Agrado: Algunos pacientes realizan actividades que les proporcionan un escaso nivel de satisfacción ó agrado; este hecho suele ser consecuencia de un intento de abordar actividades que no les aportaban satisfacción ni siquiera antes del episodio depresivo; el predominio de cogniciones negativas que anulan toda posible sensación de agrado, ó la falta de atención hacia las sensaciones de agrado.

Cuando el paciente realiza varias actividades es conveniente que -- anote el grado de Dominio (D) y de Agrado (A) asociado a cada una de -- ellas. El término de dominio se refiere al sentido de logro obtenido al realizar una tarea determinada; el agrado se refiere a los sentimientos de placer, diversión ó alegría derivados de una actividad. El dominio y el agrado pueden evaluarse en una escala de 5 puntos, donde 0 representaría la ausencia de dominio ó agrado y 5 el máximo de dominio ó agrado (3).

El paciente debe interpretar el dominio como un paso hacia adelante aunque no haya experimentado agrado. La programación de actividades y la evaluación de cada una de ellas en la dimensión del dominio y agrado proporciona datos para identificar y corregir las distorsiones cognitivas.

c) Asignación de tareas graduales: Las características principales de la asignación de tareas graduales son:

- 1) Definición del problema.
- 2) Formulación de un proyecto. Asignación de una serie de tareas ordenadas de más simples a más complejas.
- 3) Observación inmediata y directa por parte del paciente de su éxito al conseguir un determinado objetivo. El feed-back continuo -- proporciona al paciente nueva información sobre sus capacidades funcionales.
- 4) Eliminación de las dudas del paciente, de sus reacciones y de la minimización de sus logros.
- 5) Estimular al paciente para que evalúe de forma realista.
- 6) Énfasis en el hecho de que el paciente alcanza el objetivo gra--

cias a su propio esfuerzo y a sus capacidades.

7) Asignar tareas nuevas y más complejas en colaboración con el paciente.

El terapeuta debe tener cuidado de fijar unos objetivos modestos para evitar que el paciente se desanime y se dé por vencido a causa del pensamiento automático.

### III.5.- INCLUSION DE TAREAS PARA REALIZAR FUERA DE LA TERAPIA.

En la terapia cognitiva las tareas a realizar fuera de la sesión terapéutica constituyen un importante vehículo para obtener datos que ayuden a refutar muchos de los pensamientos y creencias negativos.

Se anima al paciente a considerar las tareas como un componente integral y vital del tratamiento. Las tareas sirven para reforzar e implementar los aspectos educativos de la terapia cognitiva. El terapeuta debe indagar sobre la actitud del paciente hacia la ejecución de tareas y expondrá las razones para llevarlas a cabo y dará instrucciones específicas para su realización. (3)

#### III.5.1. ASIGNACION DE LAS TAREAS.

Todas las tareas deben adecuarse al paciente individual; las tareas más simples son preferibles para los pacientes más deprimidos, ya que es importante que el paciente experimente cada tarea realizada como un éxito relativo. Cada tarea se revisa al principio de la terapia y las nuevas tareas se asignan al final de la misma; es importante examinar los pensamientos que generan cada tarea en el paciente.

Existen varios modos de ayudar a los pacientes a llevar a cabo las tareas; sin embargo, la mejor ayuda son aquellas que los pacientes desarrollan por sí solos. Hay procedimientos de autocontrol que el paciente

puede emplear para animarse a realizar las tareas. Si el trabajo consiste en escribir algo, el paciente puede elegir una hora del día y un lugar de terminado para realizar la tarea. Otra estrategia consiste en eliminar todo aquello que pueda distraer al paciente de su tarea. Para estimular la realización de las tareas, los pacientes pueden emplear reforzamientos conductuales externos; así mismo pueden emplear técnicas aversivas como dejar de ver un programa de televisión, levantarse temprano, etc. (3)

### III.5.2. DETECCION DE REACCIONES INADECUADAS A LAS TAREAS.

Es posible que algunos pacientes fracasen en la realización de las tareas debido a ciertas actitudes negativas subyacentes a los fuertes deseos de evitar la actividad. Estas actitudes se ponen de manifiesto en los pensamientos contraproducentes al cumplimiento de las tareas. Algunos ejemplos de estas actitudes son: que algunos pacientes piensen que por "naturalidad" no saben llevar registros escritos; que sus problemas son demasiado complicados o demasiado arraigados para ser resueltos a través de tareas sencillas o que afirmen que en ocasiones anteriores las tareas no les han sido de utilidad. (3)

### III.5.3. ELABORACION DE LOS PROGRAMAS DE ACTIVIDADES.

La elaboración de un programa de actividades constituye una parte importante en las primeras sesiones de terapia cognitiva; existen algunas reglas generales para asignar los programas de actividades:

- 1) El paciente deberá registrar lo que hace durante cada hora.
- 2) El programa de actividades se emplea para planificar la actividad de los pacientes.
- 3) La planificación se hace con cierta flexibilidad; es decir, deberán hacerse planes alternativos por si sucede algún imprevisto.
- 4) Los pacientes pueden valerse de auto-instrucciones escritas o introspectivas para emprender y realizar determinadas actividades.

5) Las actividades deben estar relacionadas con la rutina habitual del paciente.

6) El paciente debe registrar las actividades sin especificar demasiado cada una de ellas, pero a la vez sin ser excesivamente general.

Es importante pedir al paciente que seleccione actividades potencialmente agradables a partir de una lista diseñada especialmente con este propósito; de igual forma es importante programar actividades que incrementen la sensación de dominio. El dominio es el resultado de emprender una actividad constructiva ó creativa que le resulte difícil al paciente en el momento actual, ó bien una actividad que no desea llevar a cabo ó para la cual no está motivado.

Los registros escritos de las actividades ayudan al paciente a examinar sus pensamientos y sentimientos con mayor objetividad, además facilitan el recuerdo de los acontecimientos importantes. El registro diario de pensamientos distorsionados es una parte integral de la terapia, ya que ayuda al paciente a aprender a autocontrolar los efectos, a identificar las emociones correctamente y a detectar los pensamientos automáticos y su relación con las emociones.

La participación del paciente en el diseño de tareas va aumentando conforme avanza el tratamiento; el objetivo final es que el paciente diseñe por sí mismo y lleve a cabo las tareas con el fin de que el propio paciente moldee su propia conducta. (3)

### 111.6.- TERAPIA COGNITIVA DE GRUPO PARA PACIENTES DEPRESIVOS.

A lo largo de este capítulo se ha venido hablando de la práctica de la terapia cognitiva en el tratamiento individual de la depresión; este apartado se centrará en la explicación de las ventajas e inconvenientes, así como los pasos para llevar a cabo una terapia cognitiva de grupo.

### 111.6.1. CONSIDERACIONES.

Trabajar con grupos homogéneos de pacientes deprimidos es un modo -- eficaz de salvar obstáculos tales como: la intensidad del problema, las -- autocomparaciones negativas y los fenómenos de grupo no deseados. Se reco -- mienda el empleo de grupos homogéneos tanto para pacientes depresivos co -- mo para pacientes suicidas.

Trabajar con pacientes deprimidos en un contexto de grupo da entrada a la posibilidad de elicitar en el paciente una serie de inferencias nega -- tivas que no tendrían porqué salir a la luz necesariamente en las sesio -- nes de terapia individual. Estas inferencias negativas pueden ser perjudi -- ciales ó beneficiosas para la terapia, según como sean manejadas por el -- terapeuta.

Las dificultades que pueden surgir en el curso de la terapia cogniti -- va de grupo con pacientes deprimidos tienen su origen en tres fuentes: (3)

#### a) Autocomparaciones negativas:

Los pensamientos automáticos negativos son más frecuentes en el mar -- co de la terapia de grupo; los pacientes tienen delante a otros pacientes y las conductas de estos, con las cuales pueden compararse; ante esta si -- tuación algunos pacientes quedan fuera de la atención del terapeuta, per -- maneciendo en silencio rumiando ideas negativas. Si esta tendencia recibe atención puede convertirse en un beneficio para la terapia.

Las autocomparaciones negativas de un paciente con otros miembros -- del grupo pueden proporcionar valiosas oportunidades de intervención tera -- péutica. Si no reciben atención, pueden arruinar el avance del tratamien -- to; si por el contrario, se detectan, proporcionan la oportunidad de cam -- bio que nunca surgiría en el curso del tratamiento individual.

#### b) Efectos negativos sobre otros miembros del grupo:

En la terapia cognitiva de grupo, el hecho de centrarse en el proce --

so por el cual las interpretaciones negativas y las distorsiones sistemáticas se combinan para hacer que situaciones problemáticas parezcan irresolubles puede, con la ayuda de otros miembros del grupo, prevenir o impedir una corriente afectiva negativa y "contagiosa", la cual es atribuible a la aceptación incondicional de las evaluaciones pesimistas del paciente depresivo por parte del grupo.

c) Distorsiones "universales" vs. distorsiones personales:

El depresivo suele considerar que la identificación de los errores - en las cogniciones de otros pacientes y la evaluación de los pensamientos resulta más fácil que la identificación y evaluación de sus propias cogniciones.

La identificación y evaluación de las distorsiones cognitivas de - otros individuos por parte del paciente parece facilitar la identificación y evaluación de su propio conjunto de cogniciones idiosincráticas.

III.6.2. ASPECTOS FORMALES.

Entre los objetivos fundamentales de la terapia de grupo figura el - examen y la modificación del sistema de creencias desadaptativo y de las formas inadecuadas de procesar la información de los pacientes. Entre las técnicas básicas se encuentran las asignaciones conductuales, el entrenamiento en el autocontrol sistemático de las cogniciones, estados de ánimo y el entrenamiento en estrategias encaminadas a identificar y modificar - el sistema de cogniciones distorsionadas. Se hace uso de distintas tareas para realizar fuera de la sesión, incluyendo los programas de actividades, el registro de cogniciones y los esfuerzos por modificar éstas. (3)

Durante las sesiones de grupo, la atención se centra principalmente en los problemas de varios de los miembros. Las sesiones cognitivas suelen seguir la pauta de que cada paciente selecciona un problema sobre el cual centrarse y a continuación se establece un turno entre los pacientes para hacer comentarios al respecto.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

La terapia de grupo conlleva la decisión de comenzar con un grupo de pacientes y al mismo tiempo ir admitiendo nuevos miembros a medida que -- van llegando. La introducción de nuevos miembros puede suavizarse siguiendo algunas estrategias como la de orientar al paciente en una sesión preparatoria, en la cual se le proporciona una visión general de la terapia cognitiva y un entrenamiento inicial. Otros miembros más adelantados del grupo pueden participar en este proceso orientador, explicando los fundamentos del modelo cognitivo y proporcionando ejemplos de pensamientos automáticos negativos. (3)

La participación de varios terapeutas, cuando sea posible, ofrece varias ventajas. Cuando hay dos terapeutas, uno puede dedicarse activamente a un problema, mientras que el otro atiende a las reacciones de los otros miembros del grupo; otro aspecto que se debe considerar es el hecho de -- que los pacientes hacen mucho material escrito y es necesario la revisión de cada uno de ellos.

Los grupos deben estar compuestos de manera homogénea; sin embargo, los pacientes con profundas tendencias suicidas pueden constituir excepciones en este sentido, pero no porque el tratamiento de grupo no vaya a surtir efecto, sino porque estos pacientes necesitan más tiempo y atención de lo que permite la situación de grupo. Una medida que a veces se toma para satisfacer las necesidades de algunos pacientes consiste en llevar a cabo sesiones individuales paralelas a las sesiones de grupo. El tamaño del grupo puede ser de 4 a 8 pacientes llevados por dos terapeutas. Las consideraciones que deben tenerse en cuenta a la hora de formar un -- grupo son: la gravedad del problema y la experiencia que los distintos pacientes pueden aportar con respecto a terapias anteriores. La duración -- adecuada de las sesiones oscila entre una hora y media y dos horas. (3)

Una vez que el paciente ha comenzado a participar en la terapia de -- grupo, pueden ser necesarias algunas sesiones individuales esporádicas de bido a que algunos pacientes pueden necesitar la atención adicional que -- ofrecen las sesiones individuales.

### III.6.3. ESTRUCTURA DE LAS SESIONES TERAPEUTICAS DE GRUPO.

#### A) Entrevistas preparatorias:

Antes de entrar en un grupo de terapia, un paciente depresivo puede sentirse especialmente atemorizado y es necesario discutir estos temores u otros similares ó relacionados, a través de las entrevistas preparatorias. (3)

#### B) Secuencia de procedimientos técnicos:

1. Evaluar el síndrome de la depresión: El Inventario de Depresión - de Beck proporciona una medida de autoinforme concreta y bien válida del síndrome depresivo.

2. Establecer la agenda: Al comienzo de cada sesión se debe fijar -- una agenda flexible; pero que permita a los pacientes y al terapeuta centrarse en áreas de discusión concretas.

Cuando un grupo está en sus comienzos es conveniente indicar con claridad las áreas que deben discutirse en la primera sesión; como por ejemplo, la estructura general de las sesiones, las normas de grupo, los objetivos y expectativas individuales y una discusión general sobre la terapia cognitiva.

Una agenda bien estructurada facilita la espontaneidad y la participación de los pacientes.

3. Establecer las normas: Durante la sesión inicial, es conveniente discutir una serie de normas básicas y suscitar el acuerdo de todos los miembros.

La principal norma es la de que cada paciente respete el derecho de la intimidad de los demás.

4. Evaluar las expectativas y reacciones ante las sesiones anteriores: Al comienzo de las sesiones puede resultar útil preguntar a cada paciente como espera que sea la terapia y que espera que ocurra en las sesiones posteriores. La respuesta a estas preguntas puede proporcionar indicios sobre posibles expectativas poco realistas que tengan los pacientes.

5. Presentación inicial de los problemas individuales: En la primera sesión para cada paciente es deseable ofrecerle la oportunidad de discutir los problemas que le hicieron acudir a la terapia.

6. Presentar la teoría y las técnicas cognitivas: La terapia cognitiva hace algunas afirmaciones explícitas acerca de la naturaleza de la relación entre los eventos, las ideas y los sentimientos y conductas que le siguen. Suele ser conveniente hacer una presentación explícita de la teoría cognitiva enlazando con los ejemplos que surjan en la presentación de los problemas por parte de los pacientes.

7. Asignación de tareas para realizar fuera de la sesión terapéutica: Al final de cada sesión los pacientes deben tener asignadas las tareas a realizar antes de la sesión siguiente; se deberán asignar nuevas tareas solo cuando se dominen las anteriores.

Es de gran importancia que el terapeuta revise las tareas que fueron asignadas en la sesión anterior; el hecho de que el terapeuta no atienda al trabajo realizado por los pacientes destruye rápidamente la motivación para continuar aplicando las distintas técnicas. (3)

#### Maniobras terapéuticas típicas:

- a) Aprovechar las interrupciones que hagan algunos pacientes, referentes a lo que otro miembro habla.
- b) Emplear a los miembros del grupo como coterapeutas cuando sea necesario.

Lo expuesto en este capítulo da un panorama general de la utilidad que pueda tener esta terapia en el manejo de paciente depresivos, tomando en cuenta las consideraciones que plantea el enfoque cognitivo conductual.

CAPITULO 1 V

## CAPITULO IV

### METODOLOGIA

#### IV.1.- EL PROBLEMA.

Debido a que con mucha frecuencia en la práctica del psicólogo clínico llegan pacientes con trastornos depresivos, surgió el interés de poder proporcionarles a estos pacientes una terapia grupal con un enfoque concreto hacia el manejo de la depresión que fuera activa y que además - la permitiera al paciente trabajar él mismo en su tratamiento por medio de tareas específicas.

Se consideró que la terapia cognitivo-conductual podría ser de utilidad ya que le ayuda al paciente a reconocer la conexión que existe entre sus pensamientos, sentimientos y acciones y cómo estos tres aspectos influyen en el estado de ánimo; además de que le proporciona las herramientas necesarias, por medio de tareas, para que maneje de una forma más -- adecuada esos episodios depresivos.

A partir de esto surgieron las siguientes preguntas:

¿Es funcional la terapia cognitivo-conductual en pacientes que se encuentran hospitalizados?

¿Provoca la terapia cognitivo-conductual cambios significativos en la intensidad de la depresión?

Se consideró el programa de terapia cognitiva-conductual y se hicieron algunas modificaciones a fin de que las tareas que proporciona la terapia pudieran ser realizadas dentro del medio hospitalario y así dar -- respuesta a las preguntas anteriormente planteadas y sugerir reformas si así lo requiere.

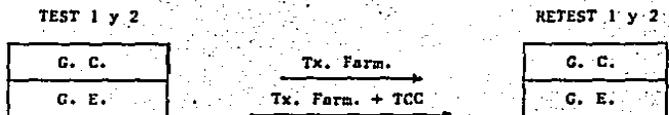
#### IV.2.- OBJETIVOS.

- Determinar mediante las Escalas de Depresión de Calderón y el inventario de Beck, si hubo alguna disminución en la intensidad de la depresión después de haber recibido terapia cognitivo-conductual.
- Probar la utilidad de la terapia cognitivo-conductual mediante la comparación de los resultados del grupo que recibió terapia cognitivo-conductual y el grupo que no la recibió.

#### IV.3.- DISEÑO EXPERIMENTAL.

Se realizó un diseño pretest-posttest con un grupo control y un grupo experimental.

El grupo control fue evaluado antes de recibir tratamiento farmacológico y después del mismo. De igual forma se evaluó el grupo experimental antes y después de recibir tratamiento farmacológico y la terapia cognitivo-conductual.



#### IV.4.- HIPOTESIS DE INVESTIGACION.

##### Grupo Control:

Formado por 20 sujetos con un diagnóstico de depresión mayor ó un trastorno distímico, que recibieron exclusivamente tratamiento farmacológico.

##### Grupo Experimental:

Formado también por 20 sujetos con depresión mayor ó un trastorno

distímico y que recibieron terapia cognitivo-conductual aunado a un tratamiento farmacológico.

### HIPOTESIS 1

#### Grupo Experimental.

Ho = "No existe cambio en la intensidad de la depresión después de recibir tratamiento farmacológico mas terapia cognitivo-conductual".

Ha = "Existe cambio en la intensidad de la depresión después de recibir tratamiento farmacológico mas terapia cognitivo-conductual".

### HIPOTESIS 2

#### Entre Grupo Control y Grupo Experimental.

Ho = "No existe diferencia significativa en la intensidad de la depresión entre el grupo control y el grupo experimental antes de haber recibido sus respectivos tratamientos".

Ha = "Existe diferencia significativa en la intensidad de la depresión entre el grupo control y el grupo experimental antes de haber recibido sus respectivos tratamientos".

### HIPOTESIS 3

#### Entre Grupo Control y Grupo Experimental.

Ho = "No existe diferencia significativa en la intensidad de la depresión entre el grupo control y el grupo experimental después de haber recibido sus respectivos tratamientos".

Ha = "Existe diferencia significativa en la intensidad de la depresión entre el grupo control y el grupo experimental después de haber recibido sus respectivos tratamientos".

#### IV.5.- VARIABLES.

Variable Independiente: Terapia Cognitivo-Conductual

Variable Dependiente: Intensidad de la depresión.

Variabes a controlar: Diagnóstico de depresión mayor ó trastorno distímico, edad entre 20 y 45 años, nivel escolar mínimo de secundaria, puntaje superior a 46 en el cuestionario clínico y de 8 en el inventario de Beck. Además la ausencia de rasgos psicóticos.

#### IV.6.- INSTRUMENTOS.

Los instrumentos que se utilizaron para medir la intensidad de la depresión en ambos grupos fueron:

- El cuestionario clínico para el diagnóstico del síndrome depresivo del Dr. Guillermo Calderón, y
- El inventario de Beck.

#### IV.7.- POBLACION Y MUESTRA.

La población fué tomada del Hospital San Juan de Dios; las unidades de análisis fueron pacientes de ambos sexos que reunieron las características siguientes:

- Que tengan un diagnóstico de depresión mayor ó un trastorno distímico - de acuerdo a los criterios del DSM-III.
- Que no presenten brote psicótico en el momento de su tratamiento.
- Que oscilen entre los 20 y 45 años de edad.
- Que tengan un nivel escolar mínimo de secundaria.
- Que obtengan un puntaje superior a 46 en el cuestionario clínico del Dr. Calderón y arriba de 8 en el inventario de Beck. Es decir, solo se tomaron depresiones de carácter moderado y depresiones severas.

El tipo de muestreo fué por cuotas, es decir, se tomaron solo pacientes que cayeron dentro de la categoría descrita anteriormente.

El tamaño de la muestra fué en función de todos los pacientes que ingresaron al Hospital en un período de seis meses, reuniendo los requisitos anteriormente mencionados. El número de la muestra fué de 20 pacientes para el grupo experimental y 20 pacientes para el grupo control.

#### IV.8.- ESCENARIO.

Las sesiones de tratamiento en base a la terapia cognitivo-conductual para el manejo de la depresión se realizaban diariamente en un aula que reunía las condiciones físicas y ambientales necesarias para un adecuado clima de trabajo; es decir, se contaba con buena iluminación, adecuada ventilación, espacio suficiente para el mobiliario, que consistió en una mesa larga rodeada de 10 sillas aproximadamente y una pared donde se colocaba el material.

#### IV.9.- PROCEDIMIENTO.

En esta investigación se evaluaron dos aspectos, a fin de aclarar la utilidad de la terapia cognitivo-conductual en un grupo de pacientes depresivos hospitalizados.

- 1) Para evaluar si hubo una disminución en la intensidad de la depresión:
  - Se aplicó la escala de depresión del Dr. Calderón y el Inventario de Beck antes del tratamiento y al finalizar el mismo; se compararon -- los resultados pre y post tratamiento.
- 2) Para probar la utilidad de la terapia cognitivo-conductual:
  - Se formaron dos grupos: un grupo experimental que recibió terapia - cognitivo-conductual mas tratamiento farmacológico y un grupo control que recibió solo tratamiento farmacológico.
  - Se evaluaron ambos grupos con las mismas escalas, antes del tratamiento y después del mismo y se obtuvieron los puntajes de cada grupo.
  - Por último, mediante una prueba estadística, se compararon los resultados globales del grupo experimental y el grupo control para ve

rificar si la terapia cognitivo-conductual tuvo mayor influencia en la disminución de los síntomas depresivos.

#### IV.10.- TECNICA DE ANALISIS.

Para poder comprobar las hipótesis de investigación se basó el análisis en técnicas estadísticas. Antes de iniciar con el análisis estadístico, se tradujeron las hipótesis de investigación en hipótesis estadísticas.

#### HIPOTESIS ESTADISTICAS.

$$1) H_0 : \mu_{B_1} = \mu_{B_{II}}$$

$$H_a : \mu_{B_1} > \mu_{B_{II}}$$

$$2) H_0 : \mu_{A_1} = \mu_{B_1}$$

$$H_a : \mu_{A_1} \neq \mu_{B_1}$$

$$3) H_0 : \mu_{A_{II}} = \mu_{B_{II}}$$

$$H_a : \mu_{A_{II}} \neq \mu_{B_{II}}$$

En donde:

$\mu$  = promedio de la intensidad de la depresión

A = grupo control

B = grupo experimental

I = test

II = retest

Estas hipótesis se aplicaron de la misma forma para los dos test: el cuestionario clínico y el inventario de Beck.

Las técnicas estadísticas que se seleccionaron para el análisis de las hipótesis estadísticas son las siguientes:

1. Diferencia de medias en grupos dependientes menores de 30 sujetos. - Se utilizó el estadístico t.

Fórmula

4.1

$$t_c = \frac{\bar{D}}{S_{\bar{D}}/\sqrt{n}}$$

$$S_{\bar{D}} = \sqrt{\frac{\sum D^2 - (\sum D)^2/n}{n-1}}$$

$$\bar{D} = \frac{\sum D}{n}$$

- D = diferencia de datos apareados test-retest de un mismo grupo
- $\sum D$  = sumatoria de la diferencia de datos
- $\bar{D}$  = media de la diferencia de datos
- $S_{\bar{D}}$  = desviación standard de las diferencias de datos apareados
- t = estadístico t.
- $\sum D^2$  = sumatoria de las diferencias al cuadrado
- $(\sum D)^2$  = el cuadrado de la sumatoria de las diferencias

2. Diferencia de medias en grupos independientes menores de 30 sujetos. Se utilizó el estadístico t.

Fórmula

4.2

$$T_c = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2 - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1) S_1^2 + (n_2 - 2) S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}} \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 n_2}}}$$

- $\bar{X}_1$  = media muestral del grupo control test ó retest
- $\bar{X}_2$  = media muestral del grupo experimental test ó retest
- $\mu_1$  = media poblacional del grupo control
- $\mu_2$  = media poblacional del grupo experimental

$S_1^2$  = varianza grupo control

$S_2^2$  = varianza grupo experimental

$n_1$  = número de sujetos del grupo control

$n_2$  = número de sujetos del grupo experimental

### 3. Nivel de significancia.

El nivel de significancia que se seleccionó para todos los contrastes fue de 0.05 ( $\alpha = 0.05$ ) para la comprobación de las hipótesis.

**CAPITULO V**

## CAPITULO V

### ANALISIS DE DATOS Y RESULTADOS

Este capítulo contiene los resultados obtenidos al realizar las diferentes pruebas estadísticas, así como algunos ejemplos representativos de cada una de las operaciones realizadas.

Se exponen algunas tablas a fin de dar una información más rápida de los resultados, acompañándose cada una de ellas con las correspondientes operaciones efectuadas.

V.1.- ANALISIS ESTADISTICO.

PROCEDIMIENTO.

1. Una vez aplicados los test antes y después de sus respectivos grupos, se calificaron y se elaboró una table con las calificaciones en bruto. Ver tabla 5.1.

RESULTADOS

SU JE TOS	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
	TEST 1		TEST 2		TEST 1		TEST 2	
	TEST	RETEST	TEST	RETEST	TEST	RETEST	TEST	RETEST
1	52	26	17	7	68	30	29	5
2	67	33	32	4	57	31	15	3
3	57	26	8	0	57	46	38	5
4	50	23	25	6	64	44	36	10
5	51	33	17	5	71	40	30	8
6	48	37	34	6	67	24	36	4
7	67	33	28	5	66	33	27	5
8	46	25	16	7	61	33	26	4
9	67	35	24	4	67	31	32	12
10	47	21	10	3	68	30	33	7
11	70	20	38	1	55	31	19	3
12	66	33	32	4	47	34	26	8
13	74	24	27	2	65	54	33	17
14	68	23	26	2	66	44	29	13
15	63	23	31	3	65	38	31	6
16	68	32	30	6	71	51	32	9
17	71	25	21	3	72	39	35	5
18	62	27	24	4	75	44	33	8
19	55	31	24	5	68	40	25	15
20	72	25	33	2	79	31	39	13

TABLA 5.1 Resultados en bruto del grupo experimental y de control en el test y retest.

Test 1: Cuestionario clínico para el diagnóstico del síndrome depresivo.

Test 2: Inventario de Beck

2. Por cada uno de los grupos y en cada test -cuestionario clínico e Inventario de Beck- (test-retest) y por cada aplicación se obtuvo la media y la varianza. Los resultados son los siguientes:

GRUPO CONTROL TEST 1		GRUPO EXPERIMENTAL TEST 1	
ANTES	$\bar{x}_{A_{11}} = 65.45$	$\bar{x}_{B_{11}} = 61.05$	
DESPUES	$\bar{x}_{A_{12}} = 37.90$	$\bar{x}_{B_{12}} = 27.25$	
ANTES	$s^2_{A_{11}} = 53.62$	$s^2_{B_{11}} = 86.89$	
DESPUES	$s^2_{A_{12}} = 63.77$	$s^2_{B_{12}} = 21.25$	
GRUPO CONTROL TEST 2		GRUPO EXPERIMENTAL TEST 2	
ANTES	$\bar{x}_{A_{21}} = 30.20$	$\bar{x}_{B_{21}} = 24.85$	
DESPUES	$\bar{x}_{A_{22}} = 8.00$	$\bar{x}_{B_{22}} = 3.95$	
ANTES	$s^2_{A_{21}} = 36.37$	$s^2_{B_{21}} = 64.66$	
DESPUES	$s^2_{A_{22}} = 17.05$	$s^2_{B_{22}} = 3.83$	

TABLA 5.2 Medias y varianzas del grupo control y el grupo experimental en los test 1 y 2, antes y después del tratamiento.

3. Comprobación de las hipótesis estadísticas.

Hipótesis 1: es una comparación de medias en muestras dependien--

tes, por lo que se utilizó la siguiente fórmula:  $t_c = \frac{\bar{D}}{SE/\sqrt{n}}$

Ejemplo: Grupo Experimental. Puntajes en bruto del test 1. Ver tabla 5.3

SUJETOS	ANTES	DESPUES	D	D <sup>2</sup>
1	52	26	26	676
2	67	33	34	1156
3	57	26	31	961
4	50	23	27	729
5	51	33	18	324
6	48	27	21	441
7	67	33	34	1156
8	46	25	21	441
9	67	35	32	1024
10	47	21	26	676
11	70	20	50	2500
12	66	33	33	1089
13	74	24	50	2500
14	68	23	45	2025
15	63	23	40	1600
16	68	32	36	1296
17	71	25	46	2116
18	62	27	35	1225
19	55	31	24	576
20	72	25	47	2209

$$\sum D = 676 \quad \sum D^2 = 24720$$

$$(\sum D)^2 = 456976$$

$$\bar{D} = \frac{\sum D}{n} = \frac{676}{20} = 33.8$$

TABLA 5.3 Diferencia de datos apareados test-retest de un mismo grupo.

El resultado de la tabla anterior se sustituye en la fórmula 4.1

$$t = \frac{33.8}{\frac{\sqrt{24720 - 676 / 20}}{\sqrt{20 - 1}}}$$

$$t = 15.2317 \quad g.l. = n - 1$$

De igual forma se realizó con cada uno de los grupos y cada uno de los test y los resultados se exponen a continuación.

GRUPO EXPERIMENTAL	
TEST 1	TEST 2
ANTES Y DESPUES $t = 15.2317$	ANTES Y DESPUES $t = 11.21$
GRUPO CONTROL	
TEST 1	TEST 2
ANTES Y DESPUES $t = 11.099$	ANTES Y DESPUES $t = 16.04$

TABLA 5.4 Estadístico t para grupos dependientes.

Para la comprobación de las hipótesis 2 y 3 se procedió de la siguiente manera.

Ejemplo: Grupo Control vs. Grupo Experimental en el test 1 antes del tratamiento.

Como las muestras son independientes, se utilizó la fórmula 4.2. Pasos:

- 1° Se obtuvieron los datos en bruto de cada grupo del test 1 antes del tratamiento.
- 2° Se calcularon la  $\bar{X}$  y la  $S^2$  de cada grupo. Ver tabla 5.2.
- 3° Se sustituyeron los valores correspondientes en la fórmula 4.2.

$$t_c = \frac{65.45 - 61.05}{\sqrt{\frac{(19)(53.62) + (19)(86.89)}{20 + 20 - 2}}} \sqrt{\frac{20 + 20}{(20)(20)}}$$

$$t_c = \frac{4.4}{(8.38)(.31622)} = 1.66$$

$$g.l. = n_1 + n_2 - 2$$

De esta manera se obtuvieron los resultados de ambos grupos, en ambos test, antes y después del tratamiento, exponiéndose los resultados a continuación en la tabla 5.5.

GRUPO CONTROL VS. GRUPO EXPERIMENTAL			
TEST 1		TEST 2	
ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
t = 1.66	t = 5.16	t = 2.38	t = 3.96

TABLA 5.5 Estadístico t para grupos independientes

Una vez calculada la t por medio de los datos, se escogió el parámetro de contraste t en tablas teniendo en cuenta el nivel de significancia y los grados de libertad.

Calculando los grados de libertad con la fórmula 4.1 tenemos:

$$g.l. = n - 1 = 20 - 1 = 19$$

y un nivel de significancia del 0.05 contraste de una cola:

$$T_{t_1} = T_{tablas_1} = 1.72$$

Para la hipótesis 1 la regla de decisión es:

Si  $T_c > t_c$  se acepta  $H_0$ , si no se cumple entonces

se acepta  $H_0$ .

Calculando los grados de libertad con la fórmula tenemos:

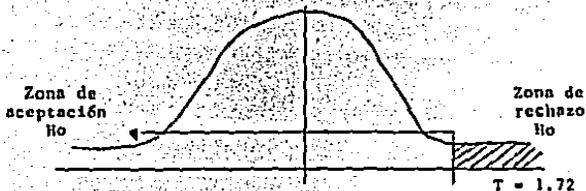
$$G.L. = n_1 + n_2 - 2 = 20 + 20 - 2 = 38$$

y con un nivel de significancia de 0.05 contraste de dos colas

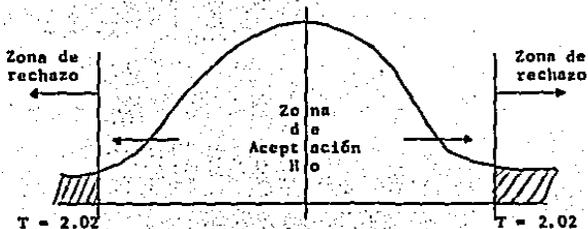
$$T_{t_2} = 2.02$$

La regla de decisión para las hipótesis 2 y 3 es la siguiente:

Si  $T_{t_2} < t_c$  se acepta  $H_0$ , si no se cumple, entonces se acepta  $H_a$



GRAFICA 5.6 Curva del estadístico t con zona de aceptación y rechazo. Hipótesis 1



GRAFICA 5.7 Curva del estadístico t con zona de aceptación y rechazo. Hipótesis 2 y 3

Síntesis de los resultados de las hipótesis estadísticas:

1)  $H_0 : \mu_{B_I} = \mu_{B_{II}}$

$H_a : \mu_{B_I} > \mu_{B_{II}}$

$T_t$   $t_c$  se acepta  $H_0$

1.72 15.23 en el test 1 se rechaza  $H_0$

1.72 11.21 en el test 2 se rechaza  $H_0$

2)  $H_0 : \mu_{A_I} = \mu_{B_I}$

$H_a : \mu_{A_I} \neq \mu_{B_I}$

$T_t$   $t_c$  se acepta  $H_0$

2.02 1.66 en el test 1 se acepta  $H_0$

2.02 2.38 en el test 2 se rechaza  $H_0$

3)  $H_0 : \mu_{A_{II}} = \mu_{B_{II}}$

$H_a : \mu_{A_{II}} \neq \mu_{B_{II}}$

$T_t$   $t_c$  se acepta  $H_0$

2.02 5.16 en el test 1 se rechaza  $H_0$

2.02 3.96 en el test 2 se rechaza  $H_0$

V.2.- RESULTADOS.

Para la Hipótesis 1.

$H_0$  = "No existe cambio en la intensidad de la depresión después de recibir tratamiento farmacológico más terapia cognitivo-conductual".

H<sub>0</sub> = "Existe cambio en la intensidad de la depresión después de recibir tratamiento farmacológico más terapia cognitivo-conductual".

Se rechaza H<sub>0</sub> en el test 1 como en el test 2, es decir, que sí existe cambio en la intensidad de la depresión en el grupo experimental después de recibir tratamiento farmacológico más terapia cognitivo-conductual.

### Para la Hipótesis 2.

H<sub>0</sub> = "No existe diferencia significativa en la intensidad de la depresión entre el grupo control y el grupo experimental antes de haber recibido sus respectivos tratamientos".

H<sub>1</sub> = "Existe diferencia significativa en la intensidad de la depresión entre el grupo control y el grupo experimental antes de haber recibido sus respectivos tratamientos".

Con el test 1 se acepta la H<sub>0</sub>, es decir, que no hay diferencia significativa en la intensidad de la depresión entre ambos grupos antes de recibir sus respectivos tratamientos.

Con el test 2 se rechaza H<sub>0</sub>, indicándonos que sí existe diferencia significativa en la intensidad de la depresión entre ambos grupos antes del tratamiento.

### Para la Hipótesis 3.

H<sub>0</sub> = "No existe diferencia significativa en la intensidad de la depresión entre el grupo control y el grupo experimental después de haber recibido sus respectivos tratamientos".

H<sub>1</sub> = "Existe diferencia significativa en la intensidad de la depresión entre el grupo control y el grupo experimental después de haber recibido sus respectivos tratamientos".

En ambos test se rechaza H<sub>0</sub> por lo que nos demuestra que sí existe diferencia significativa en la intensidad de la depresión entre ambos grupos después de haber recibido sus respectivos tratamientos.

CAPITULO VI

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

#### VI.1.- CONCLUSIONES

En el capítulo anterior se expusieron los resultados del análisis estadístico; en este apartado se analizarán dichos resultados aplicados a las hipótesis de investigación planteadas anteriormente y de esta manera reflexionar sobre las conclusiones de esta investigación.

##### HIPOTESIS 1.

"Existe cambio en la intensidad de la depresión después de recibir tratamiento farmacológico más terapia cognitivo-conductual".

Estadísticamente esta hipótesis se apoya ya que existe una disminución de la depresión después de recibir ambos tratamientos.

Ahora bien, para valorar si existían diferencias significativas en la intensidad de la depresión en ambos grupos antes y después de recibir el tratamiento farmacológico ó psicoterapéutico, se plantearon las hipótesis 2 y 3.

##### HIPOTESIS 2.

"No existe diferencia significativa en la intensidad de la depresión entre el grupo control y el grupo experimental antes de recibir sus respectivos tratamientos".

Con el test 1 (Cuestionario Clínico para el Diagnóstico del Síndrome Depresivo -modificación del Zung-) esta hipótesis se acepta, lo que nos indica que ambos grupos parten de un mismo promedio de depresión (61.05 G.E. y 65.45 G.C., Ver tabla 5.2); esto nos habla de una homogeneidad de la muestra en cuanto a la intensidad de la depresión.

Con el test 2 (Inventario de Beck) esta hipótesis se rechaza, lo que nos dice que en este test hay una diferencia entre ambos grupos antes de recibir el tratamiento. En promedio el grupo experimental parte con una ventaja, en cuanto a una menor intensidad de la depresión que el grupo control; esta ventaja es mínima pero significativa estadísticamente (28.8 vs. 30.2, ver tabla 5.2).

Esta diferencia podría atribuirse a que los diagnósticos variaron en ambos grupos; en el grupo experimental hubieron 9 sujetos con depresión mayor y 11 con trastorno distímico; y en el grupo control había 13 sujetos con depresión mayor y 7 con trastorno distímico.

### HIPOTESIS 3.

"Existe diferencia significativa en la intensidad de la depresión entre el grupo control y el grupo experimental después de haber recibido sus respectivos tratamientos".

Esta hipótesis se acepta estadísticamente en ambos test, lo cual nos permite ver que sí existió una diferencia significativa entre el grupo control y el grupo experimental después de haber recibido sus respectivos tratamientos (ver tabla 5.5.); además, esta diferencia nos habla de que en promedio el grupo experimental tuvo una disminución de la depresión más significativa que en el grupo control, lo que nos indica que la terapia cognitivo-conductual favorece a que haya una mayor mejora en la depresión que el hecho de recibir solamente tratamiento farmacológico.

Es importante mencionar que en el test 2 a pesar de haber partido con una ventaja en el grupo experimental antes del tratamiento, muestra un cambio significativamente notorio en los resultados posteriores al tratamiento, en comparación con los resultados del grupo control (ver tabla 5.2).

Lo mencionado anteriormente es atribuible a que el paciente que recibe terapia cognitivo-conductual hace más consciente los síntomas que circundan a la depresión como lo serían: los pensamientos negativos, -- destructivos e innecesarios, el aislamiento social, así como el abandono de actividades cotidianas y lo cual se maneja en los tres diferentes módulos de la terapia; además de que el paciente tiene conocimiento de las tareas y técnicas que ofrece la TCC y que le ayudan a tener un control y un manejo adecuado de su depresión.

Por ejemplo, el paciente sabe que el tener pensamientos negativos lo llevan a sentirse más deprimido y con las técnicas de la terapia se vale para desecharlos y cambiarlos por otros más funcionales que le ayuden a mejorar su estado de ánimo.

Otro aspecto es el de relacionarse poco con la gente ó bien el de llevar malas relaciones a causa de la depresión; y la terapia enseña formas en las que el paciente puede buscar relaciones más adecuadas y que le permitan cambiar su estado de ánimo depresivo. De igual forma se trabajó con las actividades cotidianas del paciente.

Con todo esto se trató de crear conciencia en el individuo de todo aquello que perjudica su estado de ánimo.

## VI.2.- COMENTARIOS.

En este punto hablaré un poco de lo que fué mi experiencia en el trabajo con pacientes depresivos y de donde surgió la idea para realizar esta investigación.

Al inicio de mi intervención como coterapeuta del grupo de trastornos afectivos pude darme cuenta de que muchas de las quejas de los pacientes era la de no tener actividades que los hicieran sentir más productivos dentro de su estancia hospitalaria vinculado al tratamiento al que eran sometidos; además, por la inactividad y el ambiente hospitalario no traban una acentuación de sus síntomas a causa de la visión negativa que tenían de sí mismos, de su medio ambiente y del futuro, lo cual los hacía menos receptivos para su tratamiento, ya que fuera de las visitas del médico, el psicólogo o la terapeuta del grupo durante la mañana, ya no había más participación del paciente. De aquí partió la idea de poder ofrecerles algo que les ayudara a cambiar todos aquellos esquemas inadecuados así como mantenerlos conductualmente ocupados en su recuperación, ya que con tareas que realizaran fuera de sus horas de terapia ellos se sentirían más productivos, por lo que se pensó en una terapia que ofreciera cambios en el área cognitivo y conductual, y la TCC fué la más indicada.

Revisando libros y apuntes que hablaran de la terapia cognitivo-conductual encontré que era importante formar grupos homogéneos (síntoma común: depresión); y además este tipo de terapia era mucho más recomendable para pacientes con diagnóstico de depresión mayor unipolar (episódica o recurrente) sin síntomas psicóticos y en trastornos distímicos, situación que me llevó a conjuntar esta muestra. En algunos casos de trastornos afectivos atípicos también era efectiva, pero en menor grado; de ahí que para la recolección de la muestra propuse como uno de los requisitos que fueran pacientes con depresión mayor (no psicóticos) o distímicos. A medida que avanzó la investigación, encontré grandes dificultades para la recolección de la muestra, lo que me llevó a tomar más tiempo para la investigación; algunas de estas dificultades fueron: ingresaban más pacientes

con depresión mayor bipolar que unipolar, algunos con características psicóticas por lo que tenía que esperar algún tiempo hasta que desaparecieran los síntomas psicóticos para ingresarlos al grupo, y algunos de ellos se iban antes de concluir sus doce sesiones. De igual forma sucedía con los pacientes con distimia, su tiempo de internamiento era más corto y algunos no concluían la terapia, de ahí que por varias ocasiones se repetían los módulos de la terapia permitiendo la entrada a nuevos miembros al inicio de cada módulo hasta juntar el número total de la muestra.

Sin embargo, a pesar de esas dificultades que hicieron más larga la investigación en tiempo, pude encontrar otras satisfacciones como fueron el ver los cambios que se daban en el paciente a medida que aprendían algo nuevo de su enfermedad y la manera de poder manejar sus síntomas. Es sorprendente darse cuenta de todos aquellos esquemas negativos y conductas inadecuadas que tiene el depresivo y que para ellos es su única realidad y más sorprendente ver cuando ellos mismos caen en la cuenta de todo aquello que les bloquea a tener un buen estado de ánimo.

Pude darme cuenta que el modelo cognitivo-conductual ofrece muchas oportunidades de recuperación rápida para el paciente depresivo ya que maneja el momento de su crisis y se le "enseña" a enfrentar episodios depresivos posteriores con todas las técnicas de intervención que tiene la terapia cognitivo-conductual y que le ayudan a que sus depresiones cada vez sean menos intensas. Quiero recalcar que es muy importante hacer conciencia al individuo de las fluctuaciones en la intensidad de los síntomas, -- así como de las recaídas, dentro del tratamiento y fuera del mismo, para evitar que se forme falsas expectativas respecto a su recuperación.

Dando una opinión muy personal, pienso que este tipo de terapia ofrece muchas ventajas dentro del medio hospitalario ya que es un modelo a corto plazo, activo tanto para el paciente como para el terapeuta, directo, orientado a problemas y con un enfoque concreto además de ser educativo; lo que permite tener intervenciones rápidas durante la estancia del paciente, que en sí es corta (no más de tres semanas).

De acuerdo a mi experiencia en el manejo de esta terapia, considero que no debe ser tomada como un modelo único de intervención en el caso de depresiones, ya que a medida que el paciente logra aclarar muchos de sus pensamientos, se hace necesaria una intervención que le ayude a analizar las raíces de sus depresiones y logre una solución más profunda. Como todos los modelos, la terapia cognitivo-conductual también tiene sus limitaciones y una de ellas es que no profundiza en lo que produjo la depresión, ni se concreta a remover la vida pasada del sujeto para encontrar una solución; solo se limita a intervenir en el momento actual de la enfermedad, disminuir la intensidad de los síntomas y fortalecer al individuo para enfrentarse más adecuadamente a depresiones posteriores.

Otra de las cosas que encontré de esta terapia es que es mucho más efectiva en aquellos pacientes que tienen un nivel educativo y cultural alto, ya que estos individuos comprendían mejor lo que era el manejo de las cogniciones y tuvieron mayor dificultad en entender aquellos que tenían un nivel escolar medio y que además se desempeñaban en tareas manuales más que intelectuales. Considero esto como otra limitación de la terapia, ya que no puede ser accesible a aquellas personas con baja escolaridad o cultura.

Creo que es muy importante para el psicólogo buscar nuevas formas de intervención en la depresión, ya que cada día hay un mayor porcentaje de depresivos en el mundo, todos en algún momento de nuestra vida nos deprimimos y a medida en que este padecimiento se acentúa y se hace clínico, es frustrante ver como el paciente se encierra en sí mismo y le es difícil tener una esperanza de recuperación, de ahí la necesidad de crear cada día nuevas formas de ayuda psicoterapéutica.

Y bien, en base a todas estas experiencias vividas, quiero proponer algunas sugerencias que puedan servir para investigaciones posteriores o bien para todas aquellas personas que se interesan en el campo de la depresión.

### VI.3.- SUGERENCIAS.

- + Dar mayor tiempo a la explicación de la relación entre el pensar, sentir y actuar, ya que la mayoría de los pacientes tienen dificultad para entender e identificar lo que son los pensamientos, sentimientos y acciones y diferenciarlos entre sí.
- + Aumentar el número de sesiones del módulo "Cómo nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo" ya que a mi parecer es donde más dificultad muestran los pacientes para entender y aceptar esta conexión.
- + Sería importante que durante el tiempo que el paciente recibe el tratamiento, los familiares también recibieran información inclusive que se les enseñara sobre el enfoque que tiene de la depresión la TCC y así comprenderían mejor la posición del paciente acerca del pensar positivo y de la relación que tienen los pensamientos, sentimientos y acciones. Además de que esto ayudaría a que los familiares cambiaran su actitud respecto al paciente, así como los pensamientos inadecuados que tengan hacia él; ya que en mi contacto con algunos familiares de los pacientes pude darme cuenta de que la mayoría de ellos se mostraban desconfiados, decepcionados e inclusive juzgaban mal la enfermedad del paciente y todos esos pensamientos los llevaban a actuar inadecuadamente con ellos.
- + La terapia cognitivo conductual puede ser aplicada en la consulta externa ya sea en forma individual ó grupal.
- + Algunas técnicas de la TCC pueden ser utilizadas en forma separada para lograr cambios en otras modalidades como por ejemplo: autoconocimiento, relaciones interpersonales, asertividad, ó bien para la identificación de pensamientos, sentimientos y acciones en otros pacientes que no necesariamente estén deprimidos, como los alcohólicos ó los esquizofrénicos por ejemplo.
- + Utilizar otros instrumentos psicométricos que puedan aclarar algunas --

de las dudas aquí planteadas por la subjetividad de la escala clínica de Beck.

- + Comparar con otro modelo de terapia como pudiera ser Gestalt, Rogeriana, con orientación psicoanalítica, etc., para valorar la efectividad del modelo cognitivo conductual sobre otras técnicas terapéuticas.
- + En mi trabajo en el hospital encontré que los pacientes se quejaban constantemente de no hacer nada y de tomar una actitud muy dependiente de su médico tratante, por tal motivo, creo que en el medio hospitalario es importante que el paciente tome una participación activa en su recuperación y por ello sugiero la inclusión de técnicas conductuales acompañadas de cualquier otro tipo de intervención, pero que en cierta manera le ayuden al paciente a mantenerse ocupado y que además esto le facilite su restablecimiento. Pueden ser técnicas como la programación de actividades, realización de tareas graduales, técnicas de dominio ó agrado, etc., ya que pude darme cuenta que a través de la modificación conductual puede lograrse una modificación cognitiva ó viceversa.
- + Crear un programa de actividades a realizar dentro del medio hospitalario, con la supervisión de personal especializado.
- + Para futuras investigaciones con esta terapia sugiero que se trabaje con una sola entidad diagnóstica en ambos grupos para que la muestra sea homogénea.
- + De igual modo propongo que se trabaje con la TCC pura, es decir, sin recibir ningún otro tratamiento adjunto como podría ser el medicamento, o bien, comparar algún grupo que reciba TCC con un grupo que reciba puro placebo ó con otro que reciba terapia medicamentosa solamente.

**CAPITULO VII**

En este capítulo se anexa el manual utilizado para la terapia cognitivo conductual, especificándose cada una de las sesiones llevadas a cabo en los tres módulos que la componen; cabe mencionar que este manual se le proporciona al paciente para que él siga junto con el terapeuta el proceso de la terapia. Cada una de las sesiones se expone en forma objetiva y de ahí se parte para llevar a cabo las diferentes técnicas cognitivas y conductuales de acuerdo a los casos que se vayan suscitando.

De igual forma en el anexo 2 se expone el material utilizado para las diferentes sesiones y los cuales se les proporcionaban al paciente en el transcurso de los módulos.

En el anexo 3 se muestran las dos escalas utilizadas en esta investigación para la medición de la depresión.

A N E X O 1

MANUAL DE TERAPIA DE GRUPO PARA EL  
TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA DEPRESION

CLINICA DE TRASTORNOS AFECTIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

COMO ENTENDEMOS LA DEPRESION

Al tipo de terapia que proporcionamos en este grupo se le llama:

"TERAPIA COGNITIVA - CONDUCTUAL"

"Cognitiva" se refiere a nuestros pensamientos.

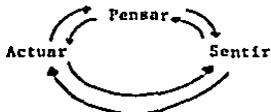
"Conductual" se refiere a nuestras acciones.

La depresión tiene que ver principalmente con nuestros sentimientos.

\*\*\*\*\*

IDENTIFICANDO CUALES PENSAMIENTOS Y ACCIONES INFLUENCIAN NUESTROS SENTI-  
MIENTOS PODEMOS APRENDER A OBTENER UN MAYOR CONTROL SOBRE NUESTROS SENTI-  
MIENTOS.

\*\*\*\*\*



Nuestro tratamiento para la depresión consiste en 12 sesiones.

Nosotros nos enfocamos en lo que ocurre en nuestra vida diaria ahora mismo.

La terapia enfoca en como controlar la depresión en forma práctica, de tal forma que el control pueda ser utilizado en el presente y en el futuro.

Las doce sesiones se dividen en tres módulos:

- De qué forma nuestros contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo.

- De qué forma nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.
- De qué forma nuestras actividades afectan nuestro estado de ánimo.

Cada módulo es de 4 sesiones.

Miembros nuevos son bienvenidos al grupo al inicio de cada módulo.

\*\*\*\*\*

En este tipo de tratamiento nosotros tratamos de enseñarle a los miembros del grupo cosas prácticas que ellos puedan utilizar en su vida diaria.

Las sesiones de grupo son útiles porque ellas:

- Proporcionan tiempo para compartir sentimientos, intereses y preocupaciones con otros miembros del grupo;
- proveen apoyo de otras personas en el grupo; y
- permiten el darse cuenta de que no estamos solos en tener problemas y pasar por tiempos difíciles en nuestra vida.

Nosotros esperamos que el efecto más importante que tenga el grupo sea - el de aprender a entender y controlar lo que afecta nuestra depresión y evitar sufrimientos innecesarios en nuestras vidas.

#### REGLAS PARA LAS SESIONES DE GRUPO:

- 1.- ¡LLEGUE A TIEMPO! No deje a los demás miembros del grupo esperando.
- 2.- ¡VENGA A DIARIO! Usted adquiere un compromiso con el grupo.
- 3.- Sea constructivo(a) con sus intervenciones:
  - evite la crítica negativa, proporcione comentarios positivos
  - ayúdense mutuamente a encontrarle el lado positivo a las cosas
  - no se presionen innecesariamente unos a otros
- 4.- Mantenga una actitud práctica. Concéntrese en soluciones y no en lo mal que parecen estar las cosas
- 5.- ¡HAGA LAS TAREAS! Si usted no practica lo que se enseña en el grupo ahora, entonces quizás nunca sabrá si los métodos le podrán ayudar a controlar sus sentimientos de depresión. Además, si usted no hace -

- la tarea, es más fácil para los otros miembros no hacerla tampoco.
- 6.- Lo que se dice en el grupo es confidencial. No repita nada afuera de lo que se dijo dentro del grupo. Sin embargo, esta bien discutir lo que usted ha aprendido acerca de la depresión con otras personas fuera del grupo.
  - 7.- Trate de ser lo más honesto(a) posible y expresarse tal y como usted es y siente.

#### SUGERENCIAS PARA LOS MIEMBROS DEL GRUPO 1

- 1.- Permita que otros conozcan cuales son sus ideas.  
Es importante lo que cada miembro del grupo tiene que decir.  
El compartir sus pensamientos y reacciones con el grupo estimulará a otros miembros a participar y les ayudará a compartir lo que están pensando.
- 2.- Haga preguntas.  
Si tiene una pregunta ó hay algo de lo que quiera saber más, pregunte.  
En este grupo no existen preguntas "tontas".  
Es probable que varios miembros del grupo quieran saber lo mismo -- que usted.
- 3.- No acapare la plática.  
Otros también quieren participar y no podrán si usted se toma mucho tiempo en expresar sus ideas.
- 4.- Ayude a otros miembros a participar.  
Si le parece que alguien quisiera decir algo, pero no lo ha hecho, - alíntelo(a) a que participe. Especialmente los miembros que son - - callados pueden necesitar su apoyo para animarse a participar. Sin embargo no force a las personas a hablar.  
Un miembro no necesita hablar para estar involucrado en lo que está sucediendo en el grupo.
- 5.- Escuche atentamente a los otros miembros.  
Trate de escuchar tan atentamente de tal forma que usted sea capaz -

de repetir lo que el otro miembro dijo.

Usted no estará escuchando bien si está planeando lo que va a decir cuando tenga su oportunidad.

Trate de entender las ideas de los otros miembros y permítase estar abierto a sus ideas.

Escuche a los otros de la misma manera en la que a usted le gustaría que lo escucharan.

6.- Esté abierto al punto de vista de los otros miembros.

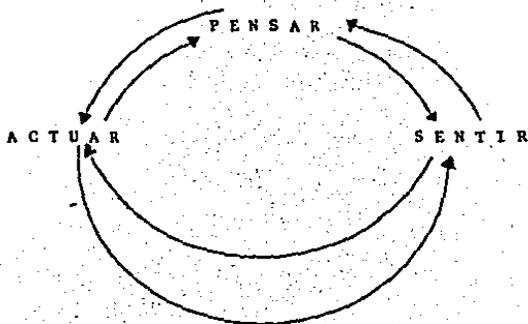
No insista en que usted está en lo correcto y todos los demás están mal.

7.- Participe en la discusión.

Si la discusión es confusa para usted, dígalo.

8.- En este grupo, está bien hablar de sus sentimientos y reacciones.

\*\*\*\*\*



NOTAS PARA EL TRATAMIENTO DE GRUPO

COMO NUESTROS PENSAMIENTOS AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ANIMO

(SESION 1 de 4)

REPASO: El propósito del tratamiento de grupo

Bienvenida a los nuevos miembros

Las sugerencias y reglas del grupo

Nuestra forma de pensar sobre la depresión y como la tratamos

1.- El propósito de esta terapia de grupo es tratar la depresión a través de la enseñanza de formas diferentes de mejor controlar nuestro estado de ánimo. Existen cuatro metas:

- Disminuir nuestros sentimientos de depresión
- Acortar el tiempo que estamos deprimidos
- Aprender formas de prevenir el deprimirse de nuevo
- Sentimos más el control de nuestras vidas

2.- El propósito de la sesión de hoy es:

- Describir la forma en que se llevarán a cabo las sesiones de tratamiento
- Presentarnos unos a otros dentro del grupo
- Aprender lo que es la depresión
- Aprender una forma útil de pensar acerca de la depresión
- Aprender como los pensamientos influyen en el como nos sentimos

3.- Presentar la forma en que se llevarán a cabo las sesiones: sugerencias y reglas para el grupo.

4.- Presentaciones. Se espera que usted comparta un poco acerca de us--

ted mismo (no acerca de sus problemas, estos los atenderemos en el grupo). Por ejemplo:

- En donde nació y creció;
- cosas acerca de su familia;
- qué tipo de trabajo ha hecho;
- cuales son sus intereses principales;
- cosas de usted que piensa sean importantes

#### 5.- Qué es la depresión?

La palabra depresión se usa de muchas formas. Depresión puede significar:

- un sentimiento que dura unos cuantos minutos;
- un estado de ánimo que dura de unas horas a unos cuantos días;
- una condición clínica que:
  - ' dura al menos dos semanas
  - ' causa un fuerte sufrimiento emocional
  - ' hace difícil que llevemos a cabo nuestros deberes diarios

Este tratamiento de grupo intenta tratar la depresión clínica.

#### 6.- Las personas que sufren de depresión clínica generalmente tienen cinco o más de los siguientes síntomas:

- Sentirse deprimido(a) ó decaído(a) casi a diario.
- No estar interesado(a) en cosas ó ser incapaz de disfrutar cosas -- que antes disfrutaba.
- Cambio de apetito y/o de peso (comer ya sea más ó menos de lo que usted acostumbraba).
- Problemas para dormir (dificultades para quedarse dormido, despertarse frecuentemente, despertarse muy temprano y no poderse dormir de nuevo).
- Cambios en la rapidez con la que usted se mueve (ya sea estar más inquieto ó moverse muy lentamente).
- Sentirse cansado(a) la mayor parte del tiempo.
- Sentirse devnluado(a) ó culpable.
- Problemas pensando, concentrándose ó tomando decisiones.

- Pensando mucho acerca de la muerte, deseando estar muerto ó pensando en herirse a usted mismo (suicidarse).

7.- ¿Para usted qué significa la depresión?

(En esta ocasión usted puede compartir sus problemas)

- ¿Qué tipo de pensamientos le pasan por su mente cuando se siente -  
deprimido ó triste?

- ¿Qué es lo que usted hace cuando se siente deprimido?

- ¿Cómo se lleva con la gente cuando está deprimido?

8.- Una forma útil de pensar acerca de la depresión

(fíjese en la hoja titulada COMO ENTENDEMOS LA DEPRESION)

9.- LOS PENSAMIENTOS AFECTAN EL ESTADO DE ANIMO: el pensar ciertos tipos de pensamientos hacen más ó menos probable que usted se deprima. Por pensamientos nos referimos a "cosas que nos decimos a nosotros mismos".

- Los pensamientos pueden tener un efecto sobre su cuerpo

- Los pensamientos pueden tener un efecto sobre sus acciones

- Los pensamientos pueden tener un efecto sobre su estado de ánimo

10.- Una buena forma de pensar en este tipo de terapia de grupo es que usted aprenda algunos métodos específicos para cambiar sus pensamientos y acciones, de tal forma que su estado de ánimo se mejorará.

#### DE LA TEORIA A LA PRACTICA

1. El termómetro del ánimo.

COMO NUESTROS PENSAMIENTOS AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ANIMO

(SESION 2 de 4)

REPASO: DEPRESION; TEORIA SOCIAL DEL APRENDIZAJE; AUTOCONTROL.

Termómetro del estado de ánimo: ¿cómo se sintió llenándolo cada hora?

¿Tuvo alguna sorpresa?

¿Porqué es importante hacer la tarea?

1.- Los pensamientos afectan nuestro estado de ánimo:

Diferentes tipos de pensamiento producen un diferente efecto en su estado de ánimo.

Algunos pensamientos aumentan la probabilidad de que usted se deprima, mientras que otros disminuyen esa posibilidad.

2.- ¿Qué son los pensamientos?

Pensamientos son ideas que nos decimos a nosotros mismos.

Nosotros estamos todo el tiempo hablándonos mentalmente, pero no todo el tiempo nos damos cuenta de ello.

Es útil pensar acerca de los pensamientos como "objetos" ("ideas") - que tienen un efecto real sobre nuestra mente y cuerpo.

3.- ¿Cómo piensan los que están deprimidos?

Inflexible:

Persona deprimida, por ejemplo piensa "tengo miedo"

Un pensamiento flexible que podría evitar sentirnos deprimidos podría ser: "a veces tengo miedo, pero también a veces soy valiente".

Enjuiciador:

Persona deprimida: "Soy un cobarde"

Pensador flexible: "Soy más miedoso que la mayoría de la gente que yo conozco"

¿Cómo piensan los que no están deprimidos?

Cambian:

Deprimido: "Yo siempre he sido y seguiré siendo un cobarde"

Flexible: "Me siento con miedo a veces en algunas situaciones"

Miran lo que hacemos, no lo que somos:

Deprimido: "Nací para sentirme mal"

Flexible: "He estado comportándome en formas que ahora me hacen sentirme deprimido"

Tienen esperanzas para el cambio:

Deprimido: "Nunca me ha ayudado nada"

Flexible: "Nada de lo que he tratado hasta ahora me ha ayudado, pero esto es nuevo y podría ser el tiempo oportuno para sentirme mejor"

4.- Aprendiendo a identificar diferentes tipos de pensamientos:

1. Pensamientos constructivos vs. pensamientos destructivos:

Los pensamientos constructivos le ayudarán a sentirse mejor y más entero. Por ejemplo, "yo puedo aprender a controlar mi vida para hacer lo que realmente quiero".

Los pensamientos destructivos lo hacen sentirse mal, por ejemplo, "no sirvo para nada", "todo me sale mal".

2. Pensamientos necesarios vs. pensamientos innecesarios:

Los pensamientos necesarios le recuerdan cosas que tiene que hacer, tales como "debo llenar el termómetro de ánimo esta noche". Los pensamientos innecesarios no cambian nada pero pueden hacernos sentir mal. Por ejemplo pensar "pronto habrá un terremoto".

3. Pensamientos positivos vs. pensamientos negativos:

Los pensamientos positivos lo hacen sentirse mejor, por ejemplo, "las cosas ahora parecen estar mal, pero al menos aquí estoy haciendo algo para cambiarlas".

Los pensamientos negativos lo hacen sentirse mal, por ejemplo, -- "no hay remedio para mi depresión".

5.- Errores en el pensamiento: Aprender a reconocerlos.

(Ver hoja de errores en el pensamiento)

1. Pensamiento de todo-o-nada
2. Mirar un simple ejemplo de algo malo como si todo fuera a resultar mal
3. Filtro mental
4. Descartar lo positivo
5. Saltar a conclusiones erróneas
6. Hacer las cosas más ó menos grandes de lo que realmente son
7. Tomando sus sentimientos muy en serio
8. Deberes
9. Etiquetándose a usted mismo
10. Culpándose a usted mismo

#### DE LA TEORIA A LA PRACTICA

1. ¿Cómo se siente cada día? Continúe llenando el termómetro del estado de ánimo.
2. Lleve un registro de sus pensamientos.  
Llene la lista de pensamientos.  
Al final del día saque la lista de pensamientos y póngale una marca a cada pensamiento que tuvo el día de hoy.  
Sume el número total de pensamientos positivos y el número total de pensamientos negativos; note la conexión que existe entre el número de cada tipo de pensamientos y su estado de ánimo.

CLINICA DE TRASTORNOS AFECTIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

ERRORES EN EL PENSAMIENTO: APRENDIENDO A RECONOCERLOS.

1.- PENSAMIENTO DE TODO-O-NADA:

Es cuando usted mira las cosas como si fueran completamente buenas ó completamente malas. Por ejemplo, si usted comete algún error haciendo alguna cosa, piensa que todo su trabajo fué inútil.

2.- HIRANDO UN EJEMPLO DE ALGO NEGATIVO COMO SI TODO FUERA A RESULTAR -- MAL:

Usted ve solo un evento como una derrota que nunca fuera a terminar. Por ejemplo: "como esta persona no me saludó, entonces nunca podré ser su amigo".

3.- FILTRO MENTAL:

Usted toma un solo evento negativo y se fija exclusivamente en él, de tal forma que todo lo demás lo ve negativo. Por ejemplo, una persona vino a consulta y dijo que había visto un pájaro muerto y eso le había hecho sentirse muy mal; sin tomar en cuenta que también había paseado por una área de árboles con hermosos colores y todo lo que vio fué el pájaro muerto.

4.- DESCONTANDO LO POSITIVO:

Usted no toma en cuenta las cosas positivas que suceden, solo ve lo negativo.

5.- SALTANDO A CONCLUSIONES ERRONEAS:

Usted toma conclusiones antes de tiempo y le ve el lado negativo a las cosas. Existen dos tipos:

Leyendo la mente: cuando usted ve que alguien está enojado, podría pensar que no le cae bien ó que está enojado con usted. Bien podría ser que esta persona tiene dificultades con ella misma.

Bolita de cristal: usted siente y predice que solo desastres ó tragg días le van a ocurrir en el futuro. Por ejemplo: "me va a dar cáncer"

6.- HACIENDO LAS COSAS MAS O MENOS GRANDES DE LO QUE REALMENTE SON:

Usted hace que sus errores parezcan más grandes de lo que realmente son.

Al mismo tiempo usted también hace que las cosas buenas que le suceden parezcan menos grandes de lo que realmente son.

7.- TOMANDO SUS SENTIMIENTOS MUY SERIAMENTE:

Piensa que sus sentimientos son la realidad, por ejemplo: "Me siento tan mal, que esto comprueba lo terrible que es vivir en este mundo".

8.- DERERES:

Usted trata de motivarse con deberes; es decir, con lo que usted cree que la gente debe de hacer ó decir. Por ejemplo, "yo debo de ser una persona mejor", "ellos deben comprenderme".

9.- ETIQUETANDOSE USTED MISMO:

Sólo porque usted comete un error, empieza a pensar que es un perdedor.

10.- CULPANDOSE A SI MISMO:

Usted se culpabiliza de cosas negativas que suceden a su alrededor y de las que no tiene ningún control sobre ellas. Por ejemplo: si le su cede algo a alguno de sus familiares ó amigos, usted siente como si fuera el culpable".

USANDO SUS PENSAMIENTOS PARA CAMBIAR SU ESTADO DE ANIMO.

(SESION 3 de 4)

REPASO: El termómetro del ánimo

El propósito del curso

Los pensamientos, acciones y sentimientos afectan uno al otro

El tipo de pensamientos que la gente deprimida tiene

¿Cuáles son algunos de los pensamientos que usted tuvo la semana pasada?

A. AUMENTANDO PENSAMIENTOS QUE PRODUCEN UN MEJOR ESTADO DE ANIMO

Formas de aumentar el número de pensamientos saludables:

1.- Aumentando en su mente el número de buenos pensamientos.

Haga la lista de los pensamientos buenos que usted tenga acerca - de usted mismo y de la vida en general.

2.- Felicítese mentalmente a usted mismo(a).

La mayoría de las cosas que hacemos no lo notan las otras personas. Por lo tanto, es importante que nosotros las reconozcamos y darnos crédito por hacerlas.

3.- ¡Pare todo lo que está haciendo!

Podemos tomar un descanso de ponernos nerviosos a nosotros mismos al darnos mentalmente un "tiempesito".

¡Tómese una pausa!

Permita relajarse su mente. Permitale a su mente tomar un respiro. Póngale atención a la habilidad natural de su cuerpo de sentirse en paz.

4.- Proyección al futuro.

Imagínese a usted mismo en el futuro, en un tiempo en el que las cosas serán mejores.

B. DISMINUYENDO LOS PENSAMIENTOS QUE NOS HACEN SENTIR MAL.

5.- Interrumpa su pensamiento.

Cuando un pensamiento está arruinando nuestro estado de ánimo, no somos capaces de identificarlo y tratar de interrumpirlo.

6.- Tiempo para preocuparse.

Programese un "tiempo para preocuparse" cada día, de tal forma -- que usted se pueda concentrar enteramente en pensamientos necesarios y dejar el resto del día libre de preocupaciones. El tiempo para preocuparse puede ser de 10 a 30 minutos de duración diariamente, no más.

7.- Fíjese de los problemas exagerándolos.

Si usted tiene un buen sentido del humor, trate de reírse de sus mismas preocupaciones, y si no, trate de todas formas de hacerlo.

8.- Considere lo peor que pueda pasar.

A menudo sucede que algunos miedos que tenemos acerca de lo que -- podría pasar nos hace sentir más deprimidos que el miedo mismo -- que nos causa el analizar las cosas que nos atemorizan y enfrentarse a las peores posibilidades o consecuencias.

C. SIENDO NUESTRO PROPIO ENTRENADOR.

Así como nosotros podemos ayudar a alguien a hacer algo difícil dándole instrucciones, también podemos ayudarnos a nosotros mismos al darnos instrucciones.

TIEMPO DE PRACTICA.

Ahora pensemos en algunos ejemplos de como usar estas ideas.

D. HABLANDOLE A SUS PENSAMIENTOS.

9.- El método A-B-C-D.

Cuando se sienta deprimido, pregúntese a usted mismo lo que está pensando, entonces trate de hablarle al pensamiento que le está molestando o hirviendo.

A es el evento Activante; es decir, lo que sucedió.

B es en inglés "Belief" (la creencia) ó el pensamiento que usted está teniendo; es decir, lo que se dice a usted mismo.

C es la consecuencia de su pensamiento; es decir, el sentimiento que usted tiene como resultado de su pensamiento.

D es la forma en que usted discute ó le habla a su pensamiento.

DE LA TEORIA A LA PRACTICA.

1. ¿Cómo se siente cada día? Continúe llenando el estado de ánimo.
2. Continúe trabajando sobre la lista de pensamientos negativos y positivos.
3. Use el método A-B-C-D para hablarle a sus pensamientos.

COMO SUS PENSAMIENTOS AFECTAN SU ESTADO DE ANIMO.

(SESION 4 de 4)

REPASO: El termómetro del ánimo

El propósito de este curso

Los pensamientos, acciones y sentimientos que nos afectan

El tipo de pensamientos que la gente deprimida tiene

¿Cuáles son algunos de los pensamientos que tuvo el día de --  
ayer?

Cambiando algunos pensamientos con el método A-B-C-D.

A. ALGUNOS PENSAMIENTOS QUE COMUNMENTE PUEDEN HACERNOS SENTIR DEPRIMIDOS

1. "Todos me deben querer"
2. "Yo debo de ser capaz de hacer las cosas bien siempre y de trabajar duro todo el tiempo para sentirme bien acerca de mí mismo"
3. "Algunas personas son malas y deben de ser castigadas"
4. "Yo debo preocuparme de las cosas malas que pueden suceder"
5. "Nunca podré ser feliz si yo no tengo a nadie que me quiera"
6. "Yo no puedo cambiar mi forma de ser, así crecí y así seré"
7. "Yo debo de sentirme triste cuando a la gente que estimo le está yendo mal"
8. "Me debo sentir mal si no hago las cosas bien"

B. MAS PRACTICA CON EL METODO A-B-C-D.

Cuando se sienta deprimido, pregúntese a usted mismo lo que está pensando. Entonces trate de hablarle al pensamiento que le está molestando.

DE LA TEORIA A LA PRACTICA.

1. ¿Cómo se siente el día de hoy? Continúe llenando el termómetro del --  
ánimo.
2. Continúe trabajando con sus pensamientos positivos y negativos.
3. Use el método A-B-C-D para hablarle a sus pensamientos.

COMO LOS CONTACTOS CON LA GENTE AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ANIMO.

(SESION 1 de 4)

- 1.- El propósito de esta terapia de grupo es de tratar la depresión a --  
través de la enseñanza de formas diferentes de controlar mejor nues-  
tro estado de ánimo. Existen cuatro metas:
  - Disminuir nuestros sentimientos de depresión
  - Acortar el tiempo que estamos deprimidos
  - Aprender formas de prevenir el deprimirse de nuevo
  - Sentirnos más en control de nuestras vidas
- 2.- El propósito de la sesión de hoy es:
  - Describir la forma en que se llevarán a cabo las sesiones de trata-  
miento
  - Presentación de unos a otros dentro del grupo
  - Aprender lo que es la depresión
  - Aprender una forma útil de pensar acerca de la depresión
  - Aprender como nuestros contactos con la gente influyen como nos  
sentimos
- 3.- Presentar la forma en que las sesiones se llevarán a cabo: sugerenc--  
cias y reglas para el grupo.
- 4.- Presentaciones. Se espera que usted comparta un poco acerca de usted  
mismo (no acerca de sus problemas) con el resto del grupo.
- 5.- ¿Qué es la depresión? (discutir lo mismo de la primera sesión acerca  
de la depresión).
- 6.- Las personas que sufren de depresión clínica generalmente tienen 5 ó  
más de los siguientes síntomas (mismos síntomas de la primera sesión)
- 7.- ¿Para usted que significa la depresión?
  - ¿Qué tipos de pensamientos le pasan por la mente cuando se siente  
deprimido?

- ¿Qué es lo que usted hace cuando se siente deprimido?
- ¿Cómo se lleva con la gente cuando está deprimido?

8.- Una forma útil de pensar acerca de la depresión. Fíjese en la hoja llamada COMO ENTENDEMOS LA DEPRESION.

9.- Cómo los contactos con la gente afectan su estado de ánimo.

La depresión fuerte está relacionada con los siguientes factores:

- a. Menos contactos con otras personas
- b. Sentirse incómodo, tímido ó enojado hacia otras personas
- c. Ser menos asertivo, es decir, no expresar lo que a uno le agrada ó desagrada
- d. Ser más sensible al sentirse ignorado, criticado ó rechazado

10.- ¿Es la depresión la causa de que las personas sean menos sociables? ó bien, ¿el ser menos sociables causa que las personas se depriman? La respuesta es que lo más probable es que la depresión y la falta de contacto con otras personas se influyen mutuamente.

11.- La importancia del APOYO SOCIAL.

El apoyo que recibimos al estar en contacto con otras personas es muy importante para nuestra salud. Los contactos que tenemos con -- nuestra familia y amigos crean una especie de red social y protectora ó "red de apoyo social".

En general, entre más fuerte sea el apoyo social que recibimos más capaces seremos para enfrentar situaciones difíciles. El sistema ó red de apoyo social se refiere a la gente que está cercana a nosotros y con la cual comparte información importante; esta gente puede ser: familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.

12.- DOS PRINCIPIOS IMPORTANTES PARA TENERLOS EN MENTE EN EL FUTURO.

- a. Si su red de apoyo social es demasiado pequeña, agrándela. Su -- red es demasiado pequeña si no tiene alguien de confianza con -- quien platicar y decirle sus cosas, ó con quien acudir si necesita ayuda.
- b. Si su red es adecuada y de buen tamaño, apréciela y trate de man tenerla sana y fuerte. No deje que disgustos ó desacuerdos cau--

sen divisiones con los que forman parte para su red.

13.- CONOCER A OTRAS PERSONAS.

Lo mejor y la forma más fácil para hacer amistades es hacer algo -- que a usted le gusta, pero en compañía de otras personas.

- Cuando usted está haciendo algo que le gusta, es más probable que esté de buen humor y así será más fácil ser amistoso con otros.
- Aunque usted no encuentre a nadie en particular a quien le gustaría conocer mejor, usted estará teniendo una actividad placentera y no la sentirá como pérdida de tiempo.
- Puesto que el enfoque principal está en la actividad que usted es tará teniendo y no en conocer a otras personas, es más probable - que usted sienta menos presión que la que sentirá si el único pro pósito fuera conocer a otras personas.
- Si se encuentra con personas que le gustaría conocer mejor, sería probable que estas fueran personas que tienen cosas en común con usted.

14.- MANTENIENDO SANA SU RED DE APOYO SOCIAL.

El contacto con otros es muy importante: ya sea por teléfono ó en - persona.

Pensamientos que pueden bloquear esto:

"Me van a rechazar", "me aceptarán solo porque son amables", "no -- querrán salir conmigo después de conocerme".

15.- MANTENIENDO BUENAS RELACIONES. Ser asertivo.

¿Cuáles son las diferencias entre ser pasivo, asertivo y agresivo?

Ser asertivo significa ser capaz de decir las cosas positivas y neg tivas sin sentirse mal. Uno no tiene que decir siempre lo que pien sa, pero es importante sentir que uno tiene esa alternativa.

DE LA TEORIA A LA PRACTICA.

1. El termómetro del ánimo.
2. Programa de actividad semanal: anote los contactos que tuvo con otros. Anote un "+" si fué positivo y un "-" si fué negativo.

COMO LOS CONTACTOS CON LA GENTE AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ANIMO.

(SESION 2 de 4)

REPASO: El propósito del grupo

Las ideas principales: los pensamientos, acciones y sentimientos se influyen unos a otros

Al aprender como tener más contactos con la gente, usted aprenderá a controlar más sus sentimientos

1.- AL TRATAR DE APRENDER COMO SENTIRSE MEJOR, EXISTEN TRES AREAS EN LAS QUE ES BUENO ENFOCARSE:

- a. Estar solos
- b. Estar con otros
- c. Sentirse bien con lo que usted hace en la vida

2.- PARA CADA UNA DE ESTAS AREAS ES IMPORTANTE PONER ATENCION A:

- a. Sus pensamientos
- b. Sus expectativas
- c. Su comportamiento
- d. Sus sentimientos

3.- ESTANDO CON OTROS.

a. Sus pensamientos

1. Pensamientos que le ayudan a sentirse cómodo con otras personas

En ocasiones, al cambiar su perspectiva, usted puede cambiar la forma en que se siente y se comporta

2. Pensamientos que le impiden hacer amigos

"¿Podría ser él (ó ella) un buen(a) amigo(a) mío(a)?" vs.

"¿Podría yo (ó quiero) ser un buen amigo(a) para él ó ella?"

b. Sus expectativas

1. ¿Qué es lo que uno puede esperar de otras personas?

2. ¿Qué es lo que otros pueden esperar de uno?

Si usted pone muy altas sus expectativas, usted se desilusionará y quizá se frustrará

Si usted pone muy bajas sus expectativas, entonces no se estará dando ni le estará dando a otros una buena oportunidad

c. Sus acciones

¿Cuál es la impresión que usted le causa a otras personas ?

- Su cara: ¿se sonríe de vez en cuando?, ¿hace contacto con los ojos?

- Su cuerpo: ¿parece que está decaído?, ¿parece estar cansado ó - rendido?

- Su arreglo personal: ¿es apropiado para la ocasión y el lugar - donde se encuentra?

- Su habla: ¿es muy lenta ó tan suave que es difícil escucharlo?

- Su conversación: ¿muestra usted interés en lo que dicen las -- otras personas ó las ignora ó critica?

- Su actitud: ¿se queja ó se lamenta demasiado?

d. Sus sentimientos

Reconozca lo que siente, diga lo que usted siente adecuadamente.

La diferencia entre ser pasivo, asertivo ó agresivo es:

Asertividad es ser capaz de compartir sentimientos positivos y negativos y sentirse cómodo haciéndolo.

Cambiando su punto de vista, puede ayudarle a ser más asertivo en lugar de ser pasivo.

4.- APRENDIENDO A SER MAS ASERTIVO.

a. Practicando su mente

- Imagine la situación como si fuera una fotografía

- Imagine la acción empezando (como si fuera una película)

- Imagine diciendo algo asertivo

- Imagine la respuesta que recibe

b. Aprenda a imitar el estilo de otras personas que a usted le gusta

c. Busque sugerencias de amigos que le den alternativas de como manejar situaciones difíciles

d. Cuando se sienta listo para ser asertivo, entonces trate de serlo

en la vida real. Observe lo que sucede.

**c. RECUERDE:**

Trate de hacer comentarios positivos y negativos (ser asertivo) y ven lo que sucede.

**DE LA TEORIA A LA PRACTICA.**

**1. Termómetro del ánimo**

**2. Programa de actividades semanales:**

Anote los contactos que tiene con otras personas

Anote un "+" si el contacto fué positivo

Anote un "-" si el contacto fué negativo

COMO EL CONTACTO CON LA GENTE AFECTA NUESTRO ESTADO DE ANIMO

(SESION 3 de 4)

REPASO: El propósito del grupo

La forma en la que usted piensa acerca de las cosas que afectan su estado de ánimo

Su estado de ánimo afecta lo que usted piensa y hace

Usted puede cambiar sus pensamientos y acciones para ayudarse - a usted mismo a sobrepasar sus sentimientos de depresión

- 1.- Cuando usted considere sus contactos con otra gente también considere:
  - a. Sus pensamientos sobre otras personas
  - b. Lo que usted hace con otras personas
  - c. Como se siente al estar con otras personas
- 2.- Sus pensamientos sobre otras personas: encuentra usted que...
  - a. ¡No puede confiar en otras personas?
  - b. ¡No se siente con ánimo de tolerar a otras personas?
  - c. ¿Se siente atemorizado de las otras personas?
  - d. ¿Las otras personas esperan mucho de usted?
- 3.- Su comportamiento alrededor de otras personas:
  - a. Considere como se presenta usted a otras personas
  - b. ¿Cómo podría ayudar a que otras personas se sientan cómodas con usted?
  - c. ¿Se comporta usted asertivamente?
- 4.- Sus pensamientos sobre otras personas:
  - a. Antes de estar con otras personas  
Para cambiar sus sentimientos sobre otras personas, decida por anticipado qué tipo de pensamientos le gustaría tener cuando esté con ellos. Igualmente, si usted quiere cambiar su comportamiento,

decida por anticipado cómo le gustaría comportarse con ellos.

**b. Después de estar con otras personas**

Aprenda de sus experiencias: después de estar con otras personas, piense acerca de los sentimientos que tuvo al estar con ellas.

¿Con qué sentimientos se quedó después de haber dejado a las - - otras personas?

¿Podría usted definir que fue lo que lo hizo sentir bien ó mal?

**5.- Use el grupo para practicar:**

1. Pensando diferente acerca de las otras personas, y
2. Comportándose diferente con otras personas

Por ejemplo, hágale preguntas a los otros miembros del grupo de las que usted tendría miedo de hacerle a otras personas, tales como:

¿Qué es lo que piensa acerca de usted?

¿Piensan ellos como usted acerca de algo en particular?

**DE LA TEORIA A LA PRACTICA**

1. Termómetro del ánimo
2. Programa de actividad semanal: anote contactos con la gente ("+" y "-")
3. Practique el pensar y comportarse de una manera diferente con alguien fuera del grupo  
Anote los problemas sobre los que quisiera un consejo del grupo.

COMO LOS CONTACTOS CON LA GENTE AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ANIMO

(SESION 4 de 4)

REPASO: El propósito del grupo

Hasta ahora hemos aprendido a pensar, comportarnos y sentir de cierta manera

En algunos momentos de nuestra vida pueden existir cosas que nos abrumen

A veces la depresión comienza durante tales momentos

Si las formas que estamos usando para lidiar con los problemas no son suficientes, entonces será útil aprender nuevas maneras de pensar y comportarse, de tal forma que sea mucho menos probable permanecer deprimidos.

- 1.- Las personas son importantes para su estado de ánimo porque: ellas le pueden...
  - a. Proporcionar experiencias satisfactorias y recompensantes
  - b. Apoyar sus valores en la vida
  - c. Proporcionar compañía y un sentido de estabilidad
  - d. Dar información acerca de usted que sea importante para usted mismo.
- 2.- No es útil pensar que algo anda mal con usted mismo o con otros cuando las relaciones no funcionan bien. Es útil considerar las siguientes preguntas:
  - ¿Usted desea las mismas cosas que la otra persona en su relación con ella?
  - ¿Son sus intereses similares?
  - ¿Son capaces de decirse uno al otro lo que piensan y sienten libremente?
- 3.- Las relaciones con otras personas valen la pena cultivarse.

Sin embargo, las relaciones nunca se acabarán de cultivar. Nada de lo que es vivo se queda estático: siempre cambia. Por otro lado, no vale la pena sufrir el dolor de comenzar una relación cuando la única forma en que la relación va a funcionar es si una o las dos personas involucradas tienen que hacer grandes cambios. Una vez que una relación se establece, entonces tiene sentido el tratar de cultivarla y mantenerla lo mejor posible.

4.- Las relaciones le pueden ayudar a mejorar su vida.

Su ambiente social le puede ayudar a ser lo que otros consideran una "buena persona".

La gente le puede ayudar a sentirse como una persona buena, valiosa y estimada.

Escoja ambientes en los que conozca otras personas que le ayudarán, no le perjudicarán.

5.- Practicando asertividad:

¿Hay algunas cosas que le gustaría preguntarles a otros miembros del grupo?

¿Hay algunas cosas que le gustaría le dijeran los miembros del grupo?

¿Hay algunas cosas sobre las que quisiera la opinión honesta del grupo y que sería difícil preguntarlas en otra parte?

6.- Una herramienta para asegurarse de que usted entiende: repetir lo -- que alguien dijo para cerciorarse si usted lo entendió bien. La forma más fácil de repetir lo que otros dijeron es con nuestras propias palabras.

Usted puede preguntarles directamente si eso es lo que ellos querían decir.

Muchas veces la gente discute cosas sobre lo que otros dijeron sin saber si eso era lo que realmente querían decir.

DE LA TEORIA A LA PRACTICA

1. El termómetro del ánimo

2. Anote como sus contactos con la gente afectan su estado de ánimo este día.

Tenga a mano algunos ejemplos de interacciones placenteras y desagradables que tuvo con alguna persona.

COMO NUESTRAS ACTIVIDADES AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ANIMO

(SESION 1 de 4)

REPASO: El propósito del tratamiento de grupo

Bienvenida a los nuevos miembros

Las sugerencias y reglas del grupo

Nuestra forma de pensar sobre la depresión y cómo lo tratamos.

- 1.- El propósito de esta terapia de grupo es tratar la depresión a través de la enseñanza de formas diferentes de mejor controlar nuestro estado de ánimo (las cuatro metas).
- 2.- El propósito de la sesión de hoy es:
  - Describir la forma en que se llevarán a cabo las sesiones
  - Presentarse unos a otros
  - Aprender lo que es la depresión
  - Aprender una forma útil de pensar acerca de lo que es la depresión
  - Aprender cómo las actividades diarias que hacemos influyen nuestro estado de ánimo.
- 3.- Presentar la forma en que las sesiones se llevarán a cabo: sugerencias y reglas.
- 4.- Presentaciones. Se espera que usted comparta un poco acerca de usted mismo (no acerca de sus problemas).
- 5.- ¿Qué es la depresión? (discutir lo mismo de cada primera sesión del módulo acerca de la depresión).
- 6.- Las personas que sufren depresión clínica generalmente tienen 5 ó más de los siguientes síntomas: (mismos síntomas de la primera sesión de cada módulo).
- 7.- Para usted que significa la depresión:

- ¿Qué tipos de pensamientos le pasan por su mente cuando se siente deprimido ó triste?
- ¿Qué es lo que usted hace cuando se siente deprimido? (cómo actúa)
- ¿Cómo se lleva con la gente cuando usted está deprimido?

8.- Una forma útil de pensar acerca de la depresión (FIJESE EN LA HOJA - DE COMO ENTENDEMOS LA DEPRESION).

9.- LAS ACTIVIDADES QUE TENEMOS AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ANIMO.

\*\*\*\*\*  
 ENTRE MENOS ACTIVIDADES AGRADABLES TENEMOS, MAS DEPRIMIDOS NOS SENTI  
 MOS.

\*\*\*\*\*

La pregunta clave es:

¿Deja usted de hacer cosas porque se siente deprimido?

6

¿Usted se deprime porque deja de hacer cosas?

La respuesta más probable es que son las dos cosas:

Entre menos cosas hace más deprimido se siente

Entre más deprimido se siente menos cosas hace

A esto se le llama círculo vicioso

- 10.- Las actividades agradables NO TIENEN QUE SER ACTIVIDADES ESPECIALES (aunque pueden serlo). Por actividades agradables nos referimos - - principalmente a actividades ordinarias.
- 11.- Algunas veces nos es difícil en cosas que nosotros consideramos - - agradables, especialmente si no las hemos hecho en mucho tiempo. Cuando estamos deprimidos, nos es más difícil recordar cosas agradables. Para ayudar a cada uno a recordarlo, usamos la lista de "ACTIVIDADES AGRADABLES".
- 12.- USTED LLEVARA UN REGISTRO DE CADA ACTIVIDAD. Póngale una marca a ca

da una de las actividades que usted haga todos los días. Si alguna de las actividades no se aplica a usted, entonces déjela en blanco ó táchela con una línea. Es probable que usted nunca haya hecho esto en su vida.

Al hacer esto, usted aprenderá algo acerca de cómo sus actividades diarias influyen su estado de ánimo.

13.- Algunos obstáculos para trabajar con actividades agradables son:

- SUS PENSAMIENTOS:

¿Qué es lo que se dice a usted mismo mientras piensa acerca de cómo las actividades agradables influyen su estado de ánimo?

¿Existen cosas que se dice a usted mismo que disminuyen la posibilidad de que pueda trabajar en sus actividades?

- GENTE:

¿Existe posibilidad de que otra gente le dificulte el trabajo en actividades agradables?

DE LA TEORIA A LA PRACTICA

1. El termómetro del estado de ánimo
2. Al final del día póngale una marca a cada una de las actividades agradables que usted hizo. Anote el número total de marcas que tuvo al final de la lista. Traigala mañana.

COMO NUESTRAS ACTIVIDADES AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ANIMO

(SESION 2 de 4)

REPASO: El propósito del grupo

Nuestras acciones influyen nuestro estado de ánimo

¿Cómo se sintió llevando el registro de sus actividades?

¿Cuántas actividades hizo en el día?

- 1.- Como es que las actividades agradables le pueden ayudar a controlar - su estado de ánimo:  
NO es suficiente con decirse a usted mismo: ¡Sientete bien!  
A menudo es más fácil cambiar las cosas que uno hace.  
Si usted cambia las cosas que hace, entonces también cambiará la forma en que se siente.
- 2.- ¿Qué son las actividades agradables?  
Son aquellas cosas que usted puede hacer que lo hacen sentirse contento y relajado.  
Las actividades agradables no necesitan ser actividades especiales, - aunque también pueden serlo. A menudo las actividades agradables son actividades ordinarias que nos hacen disfrutar (ver la puesta de sol, leer un libro, ir con un amigo, oler una flor, etc.)  
Las actividades agradables pueden ser diferentes para diferentes personas.
- 3.- Para sentirnos saludables emocionalmente es importante tener un número adecuado de actividades agradables.  
Nuestro estado de ánimo está en lo óptimo cuando nuestras actividades están bien balanceadas entre las cosas que "tenemos que hacer" y las cosas que "queremos hacer". Puesto que tenemos más control en las cosas que queremos hacer, es importante tener actividades en mente y hacerlas.

- 4.- Hacer actividades agradables sin gastar mucho dinero:  
 EJERCICIO DE GRUPO: hacer una lista de actividades agradables que uno puede hacer en el hospital y fuera de él.
- 5.- El problema de otras cosas que demandan su tiempo:  
 ¿Cómo pensar acerca de las actividades agradables y la necesidad de hacerlas?  
 Plan y programa: una forma de obtener control sobre su vida.
- 6.- ¿Cómo puede usar sus pensamientos para ayudarse a planear y disfrutar ciertas actividades?
- 7.- ¿Qué es lo que obstaculiza o le impide tener actividades agradables?
- 8.- Anticipándose a los problemas.
- 9.- Un experimento con usted mismo:  
 Parte I: hacer un contrato.  
 Parte II: llenar la hoja titulada: ¿Cómo cree usted que disfrutará -- de sus actividades agradables?  
 Lo que esperamos que usted aprenda de este experimento:  
 a. Usted no tiene que esperar hasta que sienta las energías de hacer algo para hacerlo.  
 b. Usted puede escoger algo y realmente hacerlo.  
 c. Usted puede disfrutar algunas actividades aún cuando pensó que no podría.  
 d. Usted puede influenciar su estado de ánimo con sus actividades.  
 Entre más practique esto, más control sobre su estado de ánimo obtendrá.

#### DE LA TEORIA A LA PRACTICA

1. Termómetro del ánimo
2. Actividades agradables que usted tuvo cada día (lista)
3. Haga un contrato con usted mismo
4. ¿Cuanto cree usted que disfrutará de sus actividades agradables?

COMO NUESTRAS ACTIVIDADES AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ANIMO.

(SESION 3 de 4)

REPASO: El propósito del tratamiento de grupo.

¿Cómo nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo?

¿Cómo nuestras acciones afectan nuestro estado de ánimo?

Revisión de la tarea: El termómetro del ánimo

Lista de actividades agradables

Su contrato individual

Su predicción de actividades agradables

CREANDO SU PROPIO PLAN PARA SUPERAR LA DEPRESION:

1.- Para superar la depresión:

- Póngase metas razonables
- Anote las cosas positivas que hace
- Recompénsese a usted mismo en su mente y en la vida real

2.- Poniéndose metas:

- Póngase metas claras y concretas (de tal forma que se dé cuenta - cuando las haya realizado)

\* Estar menos aburrido

\* Ser una buena madre

esposa

amiga

\* Ser un(a) buen(a) músico  
cocinero  
persona feliz

\* Ir al centro una vez por semana

\* Pasarse una hora a la semana ha-  
ciendo cosas agradables con su  
hijo, esposo o amiga

\* Pasar algunas horas por semana:  
tocando un instrumento  
cocinando

haciendo algo concreto que us-  
ted considere importante

3.- Poniendo metas realistas:

- A menudo es difícil determinar por adelantado lo que es realista y no realista.
- Lo que no es realista hoy, puede ser realista en el futuro. Sin embargo, si usted encuentra que no puede realizar la mayoría de sus metas ahora, entonces sus metas no son realistas por ahora.

4.- Divida sus metas grandes en partes pequeñas.

Asegúrese de que cada parte se pueda llevar a cabo sin demasiado esfuerzo.

5.- Cambios en nuestras vidas, a veces requieren cambios en nuestras metas:

- Las cosas que eran realistas se convierten en irrealistas
- Las cosas que eran irrealistas se convierten en realistas.
- Tal vez sea necesario aprender a:

- \*disfrutar actividades viejas en formas nuevas

- \*disfrutar nuevos intereses para reemplazar los viejos

- \*desarrollar actividades y habilidades que no había realizado antes

6.- ¿Cuáles son sus metas?

¿Cuáles son los obstáculos que le impiden realizarlas?

7.- Manejo del tiempo:

a. Haga una lista de las metas que a usted le gustaría hacer este día

b. Asignele una prioridad a cada meta:

Metas del tipo "A" tienen una prioridad mayor

Metas del tipo "B" son las que le siguen en prioridad

Metas del tipo "C" tienen la prioridad más baja

c. Distribuya cada meta del tipo "A" en el día correspondiente

¿Existe más lugar para otras metas? Si no existe más lugar entonces solo lleve a cabo las metas del tipo "A".

8.- Planeando para el futuro.

El día de hoy solo piense en metas individuales, es decir, que lo involucren solo a usted. Llene la forma de metas individuales.

9.- Hay tres tipos de metas:

**METAS A CORTO PLAZO:** Cosas que a usted le gustaría hacer pronto - -  
(próximos seis meses)

**METAS A LARGO PLAZO:** Cosas que a usted le gustaría hacer en alguna -  
ocasión en la vida.

**METAS DE LA VIDA:** Filosofía de la vida: Iqué le importa más en la  
vida?

#### DE LA TEORIA A LA PRACTICA

1. El termómetro del ánimo
2. Llene la lista de actividades
3. Su plan para el día de hoy
4. Termine su lista de metas personales

COMO NUESTRAS ACTIVIDADES AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ANIMO

(SESION 4 de 4)

REFASO: El propósito del tratamiento de grupo

Teoría: Usted puede aprender a influenciar su estado de ánimo

Práctica: Cambie lo que está bajo su control

1. Sus pensamientos

2. Sus acciones

Tarea: El termómetro del ánimo

Lista de actividades agradables

Su programa diario

Sus metas

LA DEPRESION Y EL MANEJO SALUDABLE DE LA REALIDAD

1.- Todos nosotros vivimos en dos mundos:

a. El mundo objetivo (ó el mundo de afuera)

b. El mundo subjetivo (ó lo que está dentro de nosotros)

2.- Estos dos mundos son nuestra realidad

La clave para sentirse emocionalmente saludable es:

APRENDER COMO MANEJAR ESTAS DOS PARTES DE NUESTRA REALIDAD.

3.- Nadie controla completamente estos dos mundos. Sin embargo, nosotros podemos aprender a obtener un mayor control sobre ellos.

CUANDO ESTAMOS DEPRIMIDOS SENTIMOS QUE NO TEREAMOS NINGUN CONTROL.

4.- FORMAS DE SENTIR MAS CONTROL:

a. ALTERNATIVAS. Entre más alternativas aprende a tener, mayor libertad obtendrá.

b. PENSANDO QUE LA VIDA ESTA HECHA EN PEQUEÑOS TROZOS DE TIEMPO.

\*\*\*\*\*

" EL TIEMPO ES LA MONEDA DE SU VIDA

Es la única moneda que usted tiene,

y solamente usted puede determinar como gastarla.

Tenga cuidado de no dejar que otras personas lo gasten por usted"

Carl Sandburg

\*\*\*\*\*

- 5.- Haciendo su "MUNDO DE AFUERA" más saludable para usted.  
¿Qué es lo que puede hacer ahora?  
Hablemos de sus alternativas. Hablemos de su tiempo.
- 6.- Haciendo su "MUNDO DE ADENTRO" más saludable para usted.  
¿Qué es lo que puede hacer ahora?  
Hablemos de sus alternativas y de su tiempo.
- 7.- Las actividades agradables hacen que los trozos de su tiempo se vuelvan más satisfactorios; y así también su vida se volverá más satisfactoria. Integre sus actividades agradables dentro de su plan de vida. Si esto le ayuda a salir de su depresión, las actividades también le ayudarán a volverse más saludable emocionalmente.

DE LA TEORIA A LA PRACTICA

1. El termómetro del ánimo
2. Llene la lista de actividades

A N E X O 2

MATERIAL DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

CLINICA DE TRASTORNOS AFECTIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

TERMOMETRO DEL ANIMO

DIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

HORA

E S T A D O	EL MEJOR	9	9	9	9	9	9
	BASTANTE MEJOR	8	8	8	8	8	8
D E	MEJOR	7	7	7	7	7	7
	MEJOR QUE REGULAR	6	6	6	6	6	6
A N I M O	REGULAR	5	5	5	5	5	5
	PEOR QUE REGULAR	4	4	4	4	4	4
A N I M O	PEOR	3	3	3	3	3	3
	BASTANTE PEOR	2	2	2	2	2	2
	EL PEOR	1	1	1	1	1	1

NUMERO DE  
PENSAMIENTOS

POSITIVOS \_\_\_\_\_

NEGATIVOS \_\_\_\_\_

ANOTACIONES:





DIAS:

41. No soy tan bueno(a) como otros														
42. Me siento herido(a) fácilmente														
TOTAL:														



DIAS:

19. He trabajado mucho, ahora necesito descansar																				
20. Soy considerado con otras personas																				
21. Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que quiero hacer																				
22. Me gusta la gente																				
23. Siempre encuentro la fortaleza para solucionar cualquier problema difícil																				
24. Soy una buena persona																				
25. Soy una persona sensible																				
26. Soy honesto(a)																				
27. Podría manejar la crisis tan bien como otras personas																				
28. Mis experiencias me han preparado bien para el futuro																				
29. Tengo mucha suerte																				
30. Soy muy responsable																				
31. Me interesan las otras personas																				
32. Soy inteligente																				
33. Soy atractivo(a) físicamente																				
34. No quisiera perderme tal evento																				
TOTAL:																				

CLINICA DE TRASTORNOS AFECTIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

FORMA DE TRABAJO PARA EL METODO A-B-C-D

A. EVENTO ACTIVANTE

C. CONSECUENCIA  
(como reaccionó usted)

B. BELIEF (CREENCIA) DE LO  
QUE SUCEDIO (Lo que usted  
se dijo a sí mismo  
acerca de lo que sucedió  
y que influyó su  
reacción)

D. DISCUTIR LA CREENCIA  
(Los pensamientos alternativos  
que podrían ayudarlo a reaccionar  
de una forma más adecuada)

CLINICA DE TRASTORNOS AFECTIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

PROGRAMA SEMANAL DE ACTIVIDADES

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-1							
1-2							
2-3							
3-4							
4-5							
5-6							
6-7							
7-8							
8-9							
9---							

H  
A  
B  
A  
N  
A

T  
A  
R  
D  
E







DIAS: \_\_\_\_\_

79. Leer cuentos, libros cómicos																				
80. Considerar una pregunta interesante																				
81. Hacer un trabajo voluntario																				
82. Ayudar a regar el jardín																				
83. Barrer, trapear, levantar la basura																				
84. Asistir a la consulta médica																				
85. Hacer amistad con el personal																				
86. Asistir a laborterapia																				
87. Jugar fútbol																				
88. Dibujar																				
89. Arreglar el jardín																				
TOTAL:																				

CLINICA DE TRASTORNOS AFECTIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

METAS INDIVIDUALES

METAS A CORTO PLAZO (Cosas que le gustaría hacer dentro de los próximos seis meses)

METAS A LARGO PLAZO (Cosas que le gustaría hacer en alguna ocasión en su vida)

METAS DE LA VIDA (¿Qué es lo que a usted le importa más en la vida?)

CLINICA DE TRASTORNOS AFECTIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

CONTRATO PERSONAL

YO \_\_\_\_\_ hago el siguiente contrato conmigo mismo(a):

OBJETIVO: Durante esta semana haré las siguientes actividades agradables:

RECOMPENSA:

1. Si cumplo con mi objetivo me premiaré con:
2. Me daré esta recompensa no más de dos días después de haber logrado mi objetivo.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Fecha en que logré mi objetivo: \_\_\_\_\_

Fecha en que me dí mi recompensa: \_\_\_\_\_

A N E X O 3

ESCALAS PARA MEDIR LA DEPRESION  
UTILIZADAS EN LA INVESTIGACION

CLINICA DE TRASTORNOS AFECTIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

CUESTIONARIO CLINICO PARA EL DIAGNOSTICO DEL  
SINDROME DEPRESIVO

DR. GUILLERMO CALDERON NARVAEZ

NOMBRE: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

	NO	SI		
		POCO	REGULAR	MUCHO
1. ¿Se siente triste ó afligido?				
2. ¿Llora ó 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 el apetito?				
7. ¿Se siente obsesivo ó repetitivo?				
8. ¿Ha disminuido su interés - sexual?				
9. ¿Considera que su rendimiento en el trabajo es menor?				
10. ¿Siente palpitaciones ó presión en el pecho?				
11. ¿Se siente nervioso, angustiado ó ansioso? (Solicitar que precise la molestia)				
12. ¿Se siente cansado ó decaído?				
13. ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14. ¿Le duele con frecuencia la cabeza ó la nuca?				
15. ¿Está más irritable ó enojón que antes?				



CLINICA DE TRASTORNOS AFECTIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

INVENTARIO DE BECK

INSTRUCCIONES

Este cuestionario está formado por varios grupos de aseveraciones. Por favor, lea todas las aseveraciones de cada grupo. Seguidamente, escoja la aseveración de cada grupo que mejor describa la forma en que se siente ahora, en estos instantes. Haga un círculo alrededor del número correspondiente a la aseveración que haya escogido. Si varias de las afirmaciones que aparecen en un mismo grupo son igualmente apropiadas, señale de la misma forma cada una de ellas.

NO PASE POR ALTO NINGUNA DE LAS ASEVERACIONES ANTES DE DECIDIRSE EN CADA UNO DE LOS GRUPOS.

A. (Tristeza)

- 3 Me siento tan triste ó infeliz que no puedo soportarlo
- 2 Estoy melancólico ó triste la mayor parte del tiempo y no puedo animarme
- 1 Me siento triste ó melancólico
- 0 No estoy triste

B. (Pesimismo)

- 3 Creo que la futuro no tiene remedio y que las cosas no habrán de mejorar
- 2 Me parece que del futuro no tengo nada que esperar
- 1 Me desalienta el futuro
- 0 No me siento particularmente pesimista ni descorazonado por el futuro

C. (Sentimiento de fracaso)

- 3 Creo que soy un completo fracaso como persona (padre, marido, esposa)
- 2 Al mirar mi vida pasada, veo que ha sido una cadena de fracasos
- 1 Creo que he fracasado más que el común de las gentes
- 0 No creo que yo sea un fracaso

D. (Descontento)

- 3 Estoy descontento con todo
- 2 Ya no hay nada que me satisfaga
- 1 Ya no disfruto de las cosas como solía hacerlo
- 0 No me siento particularmente descontento.

E. (Culpa)

- 3 Me siento como si fuera muy malo o no sirviera para nada
- 2 Me siento bastante culpable
- 1 Gran parte del tiempo me siento muy malo ó como si no sirviera para nada
- 0 No me siento particularmente culpable

F. (Aversión a sí mismo)

- 3 Me odio a mí mismo
- 2 Me siento molesto conmigo mismo
- 1 Estoy desilusionado de mí mismo
- 0 No estoy desilusionado de mí mismo

G. (Perjuicio de sí mismo)

- 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad
- 2 Tengo planes determinados para suicidarme
- 1 Creo que sería mejor que me muriera
- 0 No tengo ninguna idea de hacerme daño a mí mismo

H. (Aislamiento social)

- 3 He perdido todo interés en otras personas y nadie me preocupa nada
- 2 He perdido la mayor parte del interés en otras personas y es poco lo que me importan
- 1 La gente ya no me interesa tanto como antes
- 0 No he perdido mi interés en la gente

I. (Indecisión)

- 3 Ya no puedo tomar decisiones
- 2 Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
- 1 Trato de evitar tomar decisiones
- 0 Puedo tomar decisiones más o menos igual que antes

J. (Cambio en la estimación propia)

- 3 Creo que soy feo y repulsivo
- 2 Creo que mi aspecto ha sufrido cambios permanentes que hacen que no sea atractivo
- 1 Me preocupa que mi aspecto sea el de una persona vieja o no atraiga
- 0 No creo que mi aspecto sea peor que antes

K. (Dificultad para trabajar)

- 3 Me es imposible hacer ningún trabajo
- 2 Para poder hacer algo tengo que esforzarme mucho
- 1 Tengo que esforzarme más de la cuenta para poder empezar a hacer alg<sup>o</sup>
- 0 Puedo trabajar más o menos igual que antes

L. (Agotamiento)

- 3 Me agota demasiado hacer cualquier cosa
- 2 Me agota hacer cualquier cosa
- 1 Me agoto más que antes
- 0 No me agoto más de lo corriente

H. (Anorexia)

- 3 He perdido el apetito
- 2 Mi apetito es mucho más malo que antes
- 1 Mi apetito no es tan bueno como antes
- 0 Mi apetito no es peor que de costumbre

## BIBLIOGRAFIA

- (1) ANTHONY E. James Depresión y Existencia Humana  
España, Editorial Salvat, 1971
- (2) BECK, Aaron T. Dr. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión  
Editorial Merk Sharp & Dohome International, 1976
- (3) BECK, Aaron T. Dr. Terapia Cognitiva de la Depresión  
España, Editorial Desclee de Brouwer, S.A., 1983
- (4) BELLAC y Small Psicoterapia Breve y de Emergencia  
Editorial Pax México, 4a Reimpresión, 381 pags., 1983
- (5) BELTRAN Ojeda Ruth Noemí Correlación de las Escalas de Depresión de Zung, Hamilton y 2 D del MMPI antes y después de un Tratamiento Antidepresivo  
Guadalajara, Jalisco, Tesis Licenciado en Psicología U.A.G. 1983
- (6) BENKERT O. Reconocimiento del Síndrome Depresivo  
Primera Edición al Español, Editorial Originales de Hoechst, A.G. Alemania, 1981
- (7) CALDERON Narvaez Guillermo Depresión . Causas, Manifestaciones y Tratamiento  
México, Editorial Trillas, 252 pag., 1985
- (8) CASO, Agustín Fundamentos de Psiquiatría  
México, Editorial Limusa, 1140 pag., 1982
- (9) DORSCH, Friedrich Diccionario de Psicología  
Editorial Herder, 4a. Edición, España, 1981

- (10) DSM-III Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales  
Barcelona, España, Masson, 513 pags., 1983
- (11) FREEDMAN, Alfred & Kaplan, Harold I. Compendio de Psiquiatría  
España, Reimpresión 1983, Salvat Editores, S.A. 919 pags.
- (12) ITZIGSOHN, José A., Dasberg, Jaime Terapias Breves: Origen, Aplicaciones, Técnicas. Enseñanza e Investigación  
Universidad Pontificia de Salamanca, España, 1985
- (13) MACKINNON, Roger A. & Michele Robert Dr. Psiquiatría Clínica Aplicada  
México, Editorial Interamericana, 432 pags., 1983
- (14) FOLDINGER, Walter Compendio de Farmacoterapia  
Ediciones Roche
- (15) ROJAS Enrique Psicopatología de la Depresión  
Barcelona, España, Editorial Salvat, 301 pags., 1981
- (16) STURGEON, Wina Depresión: Cómo Identificarla, Cómo Curarla, Cómo Superarla  
Editorial Grijalbo, S.A., Barcelona, España, 297 - pags., 1979
- (17) URIANTE, Víctor Dr. Psicofarmacología  
Editorial Trillas, México, 1980
- (18) WARREN, Howard C. Diccionario de Psicología  
México, Fondo de Cultura Económica, 1982
- (19) WELLS, Kenneth B. Depression as a Tracer Condition for the National Study of Medical  
Care Outcomes, Background Review, Santa Mónica, Calif., -

The Rand Corporation, 1985

(20) ZERMEÑO, T. Emilio Enseñanza e Investigación en Psicología  
Vol. VIII, Universidad Iberoamericana, 1982

(21) ZUNG, William W. Dr. La Medición de la Depresión  
Folleto publicado por farmacéuticos LANESIDE, S.A., México