



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA  
MUJERES CON DEPRESIÓN**

**T E S I S  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A N :  
CORREA SOLÍS ANA LILIA  
BARCENAS BETANZOS PAULO CÉSAR**

**JURADO DE EXAMEN:**

**TUTOR: LIC. CONTRERAS RAMÍREZ EDUARDO A.  
LIC. BECERRA CASTELLANOS JULIETA  
DRA. GARCÍA MÉNDEZ MIRNA  
LIC. MERCADO MARÍN SILVIA  
LIC. REYES HERNÁNDEZ GERARDO**



MÉXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

<b>A. Resumen .....</b>	<b>3</b>
<b>B. Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>C. Capitulo 1 .....</b>	<b>8</b>
<b>Antecedentes</b>	
<b>D. Capitulo 2 .....</b>	<b>13</b>
<b>Definiciones de la depresión</b>	
<b>E. Capitulo 3 .....</b>	<b>20</b>
<b>La mujer y la depresión</b>	
<b>F. Capitulo 4.....</b>	<b>26</b>
<b>Los servicios de atención a la salud mental en México</b>	
<b>G. Capitulo 5.....</b>	<b>31</b>
<b>Tratamientos cognitivos conductuales para la mujer deprimida</b>	
<b>H. Propósito .....</b>	<b>40</b>
<b>I. Metodología .....</b>	<b>41</b>
<b>J. Resultados .....</b>	<b>47</b>
<b>K. Discusión .....</b>	<b>54</b>
<b>L. Conclusión... ..</b>	<b>56</b>
<b>M. Referencias bibliográficas .....</b>	<b>58</b>
<b>N. ANEXO.....</b>	<b>62</b>

## RESUMEN

El objetivo de ésta investigación fue Comparar la eficacia entre dos programas de intervención grupal, tomando como parámetros los niveles depresivos de las mujeres que solicitaron la atención psicológica en el Centro de Orientación a la Mujer y a la Familia “Rigoberta Menchú. El estudio se llevó a cabo con una muestra no probabilística, constituida por 64 personas, de sexo femenino, con una edad de 18 a 58 años. Se establecieron 2 grupos experimentales integrados con 32 mujeres cada uno, y que constó de 8 sesiones, el primero fue designado grupo experimental 1, al cual sólo se le impartió un programa psicoeducativo, el segundo grupo fue designado grupo experimental 2, al cual se le impartió un programa psicoeducativo y un programa de técnicas y dinámicas cognitivas-conductuales (tratamiento). Antes de iniciar la primera sesión en ambos programas, se pidió a las integrantes de cada grupo contestar voluntariamente una prueba que mide los niveles depresivos (Test de depresión de Beck), así como una Historia Clínica para conocer detalles específicos acerca de su problema. Al finalizar ambos programas, se volvió a aplicar la misma prueba. Los puntajes crudos obtenidos del Inventario de depresión de Beck (BDI), fueron codificados y procesados mediante el paquete estadístico SPSS versión 13. Lo que permitió realizar una comparación intergrupala en dos momentos diferentes mediante la prueba “t” de student. Ambos grupos presentaron una diferencia significativa entre la pre-prueba y post-prueba, el **grupos psicoeducativo** obtuvo una **t = 7.37** mientras que el **grupo cognitivo-conductual** obtuvo una **t = 5.36**. Estos resultados confirman la Ho., por lo tanto ambas intervenciones son efectivas; lo que significa que ésta postura teórica muestra un aumento positivo en la percepción e interpretación de los sujetos con respecto a sus pensamientos irracionales y desadaptados, así como una sustitución en sus procesos afectivos a través de procesos cognitivos.

## INTRODUCCION

La depresión, como muchas enfermedades, no respeta razas, edades, sexo ni posición socioeconómica, pues existen personas que “parecen tenerlo todo” y, sin embargo, sufren depresión. Los trastornos depresivos son mas frecuentes en mujeres. En ellas la depresión se relaciona de manera directa con factores sociales y culturales, como la ausencia de apoyo, la violencia de género y la discriminación. Igualmente es importante resaltar que la depresión en los hombres se da por lo general en la vejez (Diario de México, 2007).

En relación con la edad, se ha pensado tradicionalmente que el riesgo de depresión se incrementa con el tiempo de la vida de un sujeto. Sin embargo los resultados de varios estudios han mostrado una prevalecía considerablemente más alta en personas jóvenes que en ancianos, sugiriendo que en esta centuria la depresión se ha incrementado y la edad de inicio de la misma ha decrecido.

En cuanto a los trastornos afectivos mayores, éstos se manifiestan en todos los aspectos de la conducta y los episodios a menudo duran años. Por lo tanto se dice que estos trastornos tienen consecuencias adversas severas a largo plazo. La frecuencia con que se presentan y el grado de deterioro que ocasionan en los individuos, hace que tengan una alta significancia para la salud pública.

En estudios sobre el efecto que produce la depresión en mujeres trabajadoras, realizados por Weissman y Cols., se reportó que éstas presentaban menor rendimiento en casi todas las áreas de funcionamiento laboral y de pareja. En cambio, en un estudio realizado en México en 1993 se encontró que la depresión en mujeres trabajadoras se relacionó más con la tensión dentro de los lugares de trabajo y el turno en que realizaban sus actividades laborales (Ruíz, 2007).

También, los problemas de salud pueden ser evaluados de acuerdo con la tasa de incapacidad social. Entre 27% y 35% de los pacientes con depresión presentan incapacidad social grave, quiere decir que una gran proporción de estos sujetos no está en posibilidad de llevar una vida adecuada en las esferas familiar, social y laboral.

La tendencia al suicidio parece relacionada con el hecho que muchas personas con depresión ocultan sus síntomas por temor de ser consideradas simuladores, lo que les produce culpa y vergüenza. Situación que se agrava cuando en el grupo social se difunde el elemento ético de mantenerse firme ante la adversidad, aumentando los sentimientos de inutilidad y culpa entre las personas deprimidas, hasta el extremo de que el suicidio parece, en ocasiones, ser la única salida.

La depresión se desarrolla también por otras complicaciones frecuentes que presenta el individuo, como las dificultades maritales, parentales, sociales y vocacionales. La enfermedad, especialmente si se manifiesta de manera recurrente o crónica, puede causar molestias a otros individuos cercanos o pacientes (Ruiz, 2007).

Los síntomas de este padecimiento al inicio pueden ser leves o pasar inadvertidos. Se estima que casi la mitad de las personas desconocen que padecen depresión, debido a lo cual es importante que la gente se familiarice con lo que está sintiendo (Diario de México, 2007).

Cuando no se cuenta con personal especializado, el médico general en las unidades de atención primaria orienta al paciente y a su familia, refiriéndolo, en el mejor de los casos, a instituciones especializadas con la consecuente pérdida de tiempo y de recursos materiales, así como con el inevitable riesgo de que el paciente no asista a la unidad médica especializada a la que ha sido referido.

Los psicólogos, especialistas y psiquiatras de primer nivel juegan un papel muy importante en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos y, consecuentemente, en la prevención del suicidio. La incorporación de personal capacitado en materia de salud mental en las unidades de atención primaria, permite incrementar la capacidad resolutive de atención en las mismas al ofrecer una atención más rápida y oportuna, además de disminuir considerablemente los gastos en salud (Pfizer, 2007).

Según datos del Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS, 2001) existe cerca de 12.000 unidades de consulta externa en el primer nivel de atención, sin embargo, un número muy reducido cuenta con un servicio de salud mental.

El Distrito Federal concentra al 41% de los psiquiatras y psicólogos institucionales para la población abierta, únicamente 7 estados tienen suficiencia de psiquiatras (uno por 100 mil).

Los hospitales psiquiátricos dependientes de la SSA son en total 28, distribuidos en 21 entidades federativas, concentrándose en el Distrito Federal y en el Estado de México, lo cual coincide con la escasez de psiquiatras en los estados de Quintana Roo y Zacatecas. Las Instituciones de Seguridad Social cuentan con 4 hospitales, existiendo 8 más de carácter privado. Existe un Instituto Nacional de Psiquiatría y adicionalmente otros Institutos Nacionales que disponen de camas para la atención de pacientes (Pfizer, 2007).

En México, existe un antecedente de la implantación de un modelo de atención primaria para la salud mental en un centro de salud de primer nivel de atención, inspirado en los preceptos del modelo de atención primaria formulado y propuesto por la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia de Alma-Ata en 1978 (Pfizer, 2007).

La atención psicológica al enfermo deprimido es una labor que se debe agregar a los servicios del primer nivel de atención. Cuando las terapias y/o programas psicoeducativos se utilizan adecuadamente, producen una mejoría significativa en las pacientes deprimidas.

El movimiento de la terapia cognitivo-conductual se especifica por la relevancia concedida a las características psicológicas individuales en la generación de anomalías comportamentales. Esto supone un cambio importante de paradigma teórico y de la forma de trabajo de la terapia de la conducta, además de contribuir en el aspecto técnico y terapéutico del tratamiento en técnicas estándares para conductas problemas concretos.

Para Rodríguez (1989), los postulados teóricos fundamentales del movimiento de la terapia cognitivo conductual conceden relevancia a los procesos cognitivos o simbólicos en el surgimiento, mantenimiento y modificación de la conducta, es decir, la convicción de que los sujetos humanos desarrollan conductas adaptativas y desadaptativas, así como patrones afectivos, a través de procesos cognitivos. Por lo tanto, los patrones de pensamientos irracionales y desadaptados, derivados ordinariamente de una distorsionada percepción e interpretación del medio y de las exigencias que el medio impone al sujeto, serían los factores etiogénicos fundamentales de los comportamientos desadaptados. Así mismo, el objetivo terapéutico de la terapia cognitiva conductual es identificar primeramente las interpretaciones cognoscitivas distorsionadas, reemplazarlas por otras más adaptativas, y así lograr el objetivo final de modificar la conducta externa desadaptada del sujeto.

Técnicas verbales y comportamentales diversas, en las que el terapeuta y el paciente trabajan conjuntamente, tanto en conductas depresivas de niveles moderados como severos, permiten lograr hacer explícito el esquema cognitivo subyace al comportamiento depresivo, e incrementar el repertorio adaptativo del paciente.

Por lo que realizamos un estudio con dos grupos integrados por 32 mujeres que presentaron sintomatología depresiva, donde el objetivo fue **comparar** la eficacia entre dos programas de intervención grupal (programa psicoeducativo y un programa de intervención cognitivo-conductual acompañado del programa psicoeducativo) en los niveles de atención primaria y secundaria, tomando como parámetros los niveles depresivos de las mujeres que solicitaron la atención psicológica en el Centro de Orientación a la Mujer y a la Familia "Rigoberta Menchu".

En este trabajo presentamos en el capítulo 1 una breve reseña histórica de cómo la depresión se ha presentado en el individuo desde tiempos muy remotos, en el capítulo 2 algunos autores coinciden al definir a la depresión como una alteración en el estado de ánimo y que no sólo altera las emociones sino también su salud física y su entorno social, en el capítulo 3 se señala cómo se sienten las mujeres al estar deprimidas, así como la sintomatología, en el capítulo 4 se menciona los servicios de atención a la salud mental en México, y por último en el capítulo 5 se sugieren los tratamientos cognitivos-conductuales para combatir la depresión en la mujer. Finalmente, se presenta la Metodología, los resultados y conclusiones obtenidas a partir de la intervención realizada.

## B) Planteamiento del problema

¿Qué efecto tienen los programas de intervención en los niveles depresivos de las mujeres que solicitan la atención psicológica en el Centro de Orientación a la Mujer y a la Familia “Rigoberta Menchú”?

## CAPITULO UNO

### ANTECEDENTES

La depresión ha existido siempre. En el Antiguo Testamento, el Rey Saúl presentando los signos clásicos de la depresión, es afligido por un “espíritu maligno” y finalmente se suicida.

Arieti (1990) y Ehrenberg (2000) coinciden en mencionar que, Hipócrates, quien vivió en el siglo IV a. de C. formuló la primera descripción médica de la depresión, a la que llamó melancolía y cuyo origen atribuyó a un exceso de atrabilis en el cerebro. Infirió que la melancolía estaba estrechamente vinculada con la epilepsia, y la categorizó, junto con la manía, el delirio y la paranoia, como uno de los cuatro principales tipos de enfermedad psiquiátrica. Hipócrates recomendaba un equilibrio de los sistemas corporales utilizando relajación y estrategias de vida saludable componentes que todavía se usan como parte de un enfoque integral de tratamiento.

En el siglo II de nuestra era, Areteo de Cappadocia, fue quien formuló el cuadro más completo y notablemente moderno de ese desorden. Sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y que poco tenía que ver con la atrabilis, la flema o los demás humores. Areteo parece haberse anticipado diecisiete siglos a Kraepelin al asociar manía y depresión y al considerar a ambas como parte de una única entidad nosológica. Incluso puede haber sido más exacto que Kraepelin en cuanto al pronóstico, ya que observó que la enfermedad recurría a pesar de las remisiones y que la recuperación después de un episodio no aseguraba la cura (Arieti, 1974). Por último, Areteo valorizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad, informando el caso de un paciente profundamente deprimido quien llegó a recuperarse cuando se enamoró. Desafortunadamente, este prometedor estudio sobre la depresión iniciado por Areteo no fue continuado por sus sucesores inmediatos (Arieti, 1990).

En los primeros siglos de nuestra era, Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones, jovialidad (Calderón, 1990).

Galeano, también perteneciente al siglo II de nuestra era, desarrolló una teoría de enfermedad mental basada en supuestos humores, teoría que se mantuvo como doctrina hasta la Edad Media (Arieti, 1990).

Para Calderón (1990) durante la Edad Media, el filósofo destacado, Santo Tomás de Aquino sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales. Esta creencia se comenzó a abandonar en 1630, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado *Anatomía de la melancolía*, obra que facilitó en muchos la identificación de los estados depresivos.

El mismo Calderón plantea que en 1809, Haslam, boticario del Hospital Behtlem en Londres, escribió: “Los que se encuentran bajo la influencia de pasiones depresivas pueden tener diferente tipo de síntomas: semblante ansioso y con aspecto sombrío; poco dispuestos a hablar; se aíslan recluyéndose en lugares oscuros, o permanecen en cama la mayor parte del tiempo...Después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías; recuerdan sus actos inmorales, o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido... Con frecuencia se desesperan, y tratan de terminar con su existencia, que les parece aflictiva y odiosa.

Con la difusión de la evolución científica, a mediados del siglo XVIII los investigadores de psiquiatría comenzaron a considerar la enfermedad mental como causada por agentes fisiológicos, más que por posesión demoníaca. Sus hallazgos, carecían de un ordenamiento general; cada investigador de éste siglo alegaba haber descubierto un nuevo síndrome sobre la base de unos pocos pacientes. En 1851 Falret diferencio entre la melancolía ordinaria y su variedad episódica; tres años más tarde Baillarger hizo una observación similar. Falret acuñó también la expresión “folie circulaire” y describió periodos de normalidad en algunos pacientes, en contraste con la gradual pero irreversible degeneración que sufrían otros individuos. Otros de los aportes importantes de Falret fueron sus observaciones acerca del probable carácter familiar de la depresión recurrente y su mayor incidencia en las mujeres (Arieti, 1990).

Arieti (1990) y Stanley (1986) coinciden que, en 1899 Kraepelin revolucionó la psiquiatría estableciendo un sistema nosológico que hasta hoy continúa en vigor. Discriminó los elementos comunes de entre la confusión de síndromes descritos individualmente y los consolidó en tres categorías principales: demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco-depresiva. Basó sus clasificaciones tanto en la similitud de los síntomas como en el eventual desenlace de la enfermedad. Kraepelin creó una psiquiatría de resultados finales, utilizando el pronóstico como principal criterio diagnóstico. Aunque su sistema fue recibido como un adelanto valioso y su aplicación se difundió ampliamente, tuvo también sus críticos. Se alegó que en vista de las innumerables influencias (internas y externas) que se ejercen sobre todo individuo, es imposible sostener con certeza un pronóstico estrictamente determinista. En sus últimos escritos Kraepelin aceptó la validez de esta objeción y admitió que un cierto porcentaje de casos no seguía el curso prescrito.

En 1904 Meyer, en un principio había aceptado y aplicado el nuevo sistema de Kraepelin, pero con el tiempo fue dejándolo de lado por considerar que dependía demasiado del desenlace. Comenzó a tratar los desórdenes psiquiátricos dando preeminencia a la influencia de las circunstancias existenciales, más que a las condiciones estrictamente orgánicas que evolucionan independientemente de los factores ambientales. Según Meyer la enfermedad mental debía ser explicada en función de los crecientes conocimientos sobre comportamiento normal e integrada con éste, en lugar de ser vista como otra forma de enfermedad física, cuyos síntomas pueden ser considerados de manera literal y tabulados como para un inventario (Arieti, 1990).

Uno de los principales motivos de la atracción que el psicoanálisis ejerció sobre los psiquiatras fue el énfasis que puso en que la enfermedad mental no es simplemente la manifestación externa de una patología cerebral, sino de un desorden cuyos síntomas son de origen psicológico y tienen un significado.

En 1911 Abraham publicó lo que puede considerarse la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión. Abraham compara depresión con ansiedad, que también era vista como el resultado de instintos reprimidos. Formulo la siguiente diferenciación: mientras la ansiedad surge cuando la represión impide el logro de la gratificación deseada, que aún es posible, la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales. Además en la depresión la búsqueda de satisfacción libidinal está tan profundamente reprimida, que el individuo no puede sentirse amado ni capaz de amar y desespera de llegar nunca a la intimidad emocional. Por ello, Abraham merece ser recordado como el iniciador de la indagación psicoanalítica de la depresión. Escribió en una época en que la teoría psicoanalítica aún no era demasiado compleja, cuando todos los desordenes psicológicos eran concebidos como regresiones a determinados puntos de fijación libidinal. Además puso el acento en la importante participación de la ambivalencia, la repercusión de las decepciones infantiles en los vínculos amorosos y la idea de que la depresión es la recapitulación de un trauma infantil en la edad adulta. Su agudeza clínica le permitió percibir los importantes aspectos interpersonales y psicológicos de la depresión (Arieti, 1990).

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel, indicó que el pensamiento de los melancólicos, estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causas posibles de la melancolía señaló, en primer lugar, las psicológicas (el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares), y en segundo, las físicas (la amenorrea y el puerperio) (Calderón, 1990).

En 1917 para Freud, lo que el paciente hacía y decía tenía un significado, y sabiendo cómo investigarlo, esas actitudes o síntomas revelaban un sentido lógico que podía ser dilucidado. Freud fue capaz de percibir que en la depresión una persona afecta profundamente el estado mental de otra, y que la pérdida de esta persona trae como consecuencia una pérdida interna para el individuo depresivo. Reconoció así la naturaleza interpersonal del desorden y la estrecha conexión entre mantenimiento de la autoestima y mantenimiento de una buena relación. Así mismo trató de demostrar que determinados hechos de la infancia predisponen a la depresión, por lo general desengaños infligidos por personas significativas y que dan origen a una creciente ambivalencia en todos los vínculos (Arieti, 1990).

Jacobson (1954) describe al depresivo de la siguiente forma “sus representaciones de sí mismo conservan la concepción infantil de un sí-mismo indefenso que obtiene su fuerza de un objeto de amor ideal y poderoso. Trata de que la imagen de ese objeto amado se mantenga sobrecatectizada, y para conseguirlo despoja constantemente a la imagen de sí mismo de su catexia libidinal y la derrama sobre la imagen objetal. Necesita entonces reforzar nuevamente la imagen de sí mismo, haciendo refluir la libido de la imagen de su objeto amado”. Aquí describe el modo en que el paciente necesita vincularse con una persona sobrevalorizada para mantener la autoestima.

James (1981) menciona en su libro a Bibring donde éste autor afirma que la depresión es un indicador de un estado patológico intrasistémico del yo que representa la reacción de desesperanza de éste al verse confrontado con su incapacidad para lograr objetivos narcisistas significativos, inmutables e inconscientes. Bibring decía, que, en las personas predispuestas, lo que hace que la vida carezca de sentido y aminore la autoestima es la pérdida de fuerza por parte del yo en cualquier fase del desarrollo psicosexual. No contradice los hallazgos previos de Freud y otros, sino que los encuadra en un marco más amplio.

James refiere que, un pesar no debe denominarse “depresión simple”, tal como se hace a menudo, ya que no se da en él un conflicto dinámico. Y que en ese caso se trataría más bien de una frustración debida a la falta de un objeto a través del cuál y con el cual alcanzar los objetivos de uno mismo, y, al hallarse un nuevo objeto, el pesar se termina. Y que lo que se lamenta en el pesar normal no es la incapacidad, sino la falta de oportunidad para lograr los objetivos propios al verse privado de un objeto adecuado. Sólo si sobreviene un estado de desesperación en torno a esta situación, la depresión sustituye el pesar.

Arieti (1990) por su parte menciona que Le Mappian, Ey y Sommer destacaron la importancia de la distorsión temporal en la experiencia de la depresión, decían que: “hay una exagerada preocupación por hechos del pasado, que están constantemente presentes en la mente y que el individuo utiliza para torturarse con recriminaciones culposas”. Para 1967 Beck sintetizó un extenso estudio de Tellenbach basado en el análisis de las historias de ciento cuarenta pacientes melancólicos. Según Tellenbach, el mundo del depresivo está dominado por la disciplina, la escrupulosidad y una imperiosa necesidad de complacer a personas significativas; estos pacientes buscaban seguridad y evitar situaciones que les provocaran sentimientos de culpa. Cuando ya no tenían otras exigencias que imponerse, surgen las manifestaciones clínicas de la depresión (Arieti, 1990).

## CAPITULO DOS

### DEFINICIONES DE LA DEPRESIÓN

La depresión, el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia, y en general los periodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas. Para 1997, se señaló que más de 150 millones de personas en el mundo presentaban depresión y que requerían de tratamiento específico. Sólo en México se calculaba que más de 4 millones de habitantes sufrían depresión (Ruiz, 2007).

No existe definición única sobre el concepto depresión, debido a que cada autor la define de acuerdo a su postura teórica y/o profesión:

James (1981) refiere que “La depresión es una afección médica cuya identidad es singular y relativamente clara. Una serie de cambios, relacionados entre sí, que afectan el estado de ánimo, la apariencia, las acciones y el funcionamiento corporal de una persona”.

Márquez (1990) menciona que la depresión es “La falta del déficit de la energía psíquica; la energía psíquica, que estimó resulta adecuado para todos los estados de depresión. Esta energía es una fuerza que vivifica y ánima y que se produce de unas relaciones satisfactorias con el ambiente y con uno mismo. Es la fuerza que extraemos de unas relaciones gratificantes con todo lo que nos rodea, con las cosas, con las plantas, con los animales, con las personas y con el mundo espiritual”.

Quinn (2003) considera que la depresión “es una condición médica grave que afecta no sólo los sentimientos y las emociones del paciente sino también su salud, sus relaciones interpersonales, su habilidad para trabajar de manera eficiente y su capacidad para concentrarse y pensar con claridad”.

Es normal que una persona se sienta triste por la pérdida de su empleo, deje de tener interés por algunas actividades recreativas, duerma mal y disminuya su apetito. Esto puede durar una o dos semanas, pero si persisten más tiempo o las manifestaciones clínicas se acentúan, dando lugar a un conjunto de síntomas como la irritabilidad persistente, el excesivo sentimiento de culpa, la baja autoestima, la dificultad para experimentar placer, trastornos del apetito y las alteraciones en el peso e insomnio intermedio o terminal, disminución del nivel de energía y pérdida del placer vital, entonces existe el riesgo de padecer una enfermedad llamada depresión mayor.

Bleichmar (1995) especifica que “La depresión es un malestar que afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; afecta la forma en que la mujer come y duerme, el deseo sexual, la opinión de sí misma y el concepto de la vida en general”. Un trastorno depresivo no es un estado de ánimo triste, pasajero; tampoco es una señal de debilidad personal o una condición que se pueda alejar a voluntad. Las personas que sufren una depresión no pueden tan solo animarse y, de inmediato, sentirse mejor. Los síntomas pueden durar semanas, meses o años.

Por otra parte, Vallejo (1988) menciona que: “el punto central sobre el que descansa la conceptualización de la depresión, es el grado de satisfacción-insatisfacción de la persona en relación con sus distintas actividades y planes de actividad. Una persona con un balance positivo en función de la satisfacción de sus distintos ámbitos de actividad, es alguien que se siente bien emocionalmente, que tiene un nivel adecuado de autoestima y competencia, y que tiene también un razonable nivel de actividad en el sentido más amplio del término (física, social, etc.). Por el contrario, una predominancia de la insatisfacción, puede llevar a una reducción de la actividad, a una baja autoestima y a cambios emocionales y Fisiológicos negativos, en consonancia con esta situación general”.

Salin - Pascual (2003) menciona que la aparición de “episodios repetidos de depresión en mas de dos semanas de duración y que duren meses, sin eventos externos aparentes que los expliquen, a menudo es otro trastorno que denota depresión.”

Este autor caracteriza a la depresión a través de los siguientes síntomas:

Cognitivos.- En general el paciente tiene una evaluación negativa de sí mismo, del mundo y de su futuro. Estos tres aspectos explican la vivencia de este tipo de enfermos. El sujeto deprimido vive todo de una manera extremadamente negativa. Es en esta área donde un episodio de depresión mayor puede adquirir características psicopáticas (fuera de realidad, sin que exista un juicio crítico al respecto). En estos enfermos, el pensamiento negativo llega a adquirir proporciones delirantes (pensamientos absurdos e ilógicos). Otros pacientes pueden experimentar su depresión como un castigo a sus malas acciones.

Afectivos.- Es equiparado a un dolor de tipo psíquico; hay una sensibilidad excesiva para percibir eventos negativos o desagradables, en tanto que los placeres de la vida pasan inadvertidos.

Por otro lado, la insensibilidad a los acontecimientos agradables de la vida se manifiesta cuando, por ejemplo, en vacaciones o en una fiesta divertida, el paciente se siente miserable y fuera de lugar. Así mismo los intentos suicidas se correlacionan parcialmente con la intensidad de la depresión. El paciente puede tener el interés de ventilar estas ideas con su psicoterapeuta. El primer intento es el deseo de ya no seguir vivo.

Esto se manifiesta porque el individuo dice que le gustaría ya no despertar o que Dios se lo llevara. En un siguiente nivel, el sujeto deprimido ya ha estado contemplando uno o varios planes para quitarse la vida, aun cuando puede reconocer que la idea le producen miedo.

Intentos suicidas son cualquier conducta que lleve como fin implícito la autodestrucción. Un individuo deprimido, puede tener intentos suicidas pueriles (tomarse una caja de pastillas o dispararse con una pistola de municiones), pero en sí constituyen intentos suicidas, ya que el enfermo puede no conocer el impacto de estas acciones.

Motores o conductuales.- El individuo con depresión puede tener algunas de las siguientes conductas inadecuadas en esta área, las cuales pueden manifestarse como agitación, retardo psicomotor, o llegar a extremos como la seudodemencia. El enfermo puede referirse a este síntoma como sentirse bajo de energía, o como si estuviera en cámara lenta. Esto abarca los aspectos de movimientos y también la velocidad del pensamiento.

La agitación en el deprimido puede manifestarse como movimiento repetido de las extremidades, flujo del lenguaje acelerado, jalarse los cabellos, morderse las uñas, estar inquieto en la silla al ser entrevistado, entre otras cosas. Esta situación suele ser menos común que el retardo psicomotor.

Alteraciones autónomas.- El componente biológico de la depresión mayor es más evidente por la disfunción de los síntomas limbicos y diencefálicos, con un impacto directo sobre los ritmos biológicos. Estos sistemas incluyen reducción profunda del apetito, alteraciones del sueño, baja del deseo sexual y trastornos en las funciones circadianas.

Pérdida de peso.- Este es un dato clínico informado a menudo por los pacientes deprimidos, que además tiene un sustrato anatómico en el hipotálamo, y por la baja en la sensibilidad de los sentidos como el olfato y gusto, lo cual hace que al enfermo no le apetezca comer. Se considera grave una reducción de más de 5 Kg. en un mes, sin estar a dieta.

Alteraciones del sueño.- El patrón de insomnio característico del individuo deprimido es del tipo insomnio intermedio y terminal, esto es, el enfermo no tiene problemas de inicio de sueño pero se despierta muchas veces a lo largo de la noche, con dificultades para reiniciarlo (más de media hora). También es común que exista un despertar en la madrugada donde el sujeto no puede volver a dormirse nuevamente y que en la semiología psiquiátrica se denomina despertar prematuro matutino.

*Disfunción sexual.*- Se observa una disminución en el deseo sexual durante la depresión tanto en varones como en mujeres. En estas puede haber alteraciones menstruales durante la fase depresiva, y en aquellos hay disfunción eréctil.

Por su parte el DSM IV (1994) cataloga a la depresión con base a los siguientes criterios:

Criterio A1.

En algunos casos, **la tristeza** puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista (por Ejemplo, al señalar que el sujeto parece que esté a punto de llorar).

En algunos sujetos que se quejan de sentirse ansiosos ó sin sentimientos, la presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto.

Criterio A2.

Los sujetos pueden referir que «**han perdido el interés**» en actividades que antes consideraban placenteras. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual. Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer.

Criterio A3

La **alteración del sueño** asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio. Es característico el insomnio medio (por Ejemplo, despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (por Ejemplo, despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse). También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño).

Criterio A4

Los **cambios psicomotores** incluyen agitación (por Ejemplo, incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (por Ejemplo, lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo).

#### Criterio A5

Una persona puede referir una **fatiga persistente** sin hacer ejercicio físico. Incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo. Puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas. Por ejemplo, un sujeto puede quejarse de que lavarse y vestirse por la mañana es agotador y de que tarda el doble de lo normal en él.

#### Criterio A6

El **sentimiento de inutilidad o de culpa** asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o reacciones de culpa referidas a pequeños errores pasados.

Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades.

#### Criterio A7

Pueden dar la impresión de **distraerse con facilidad** o quejarse de **falta de memoria**. Quienes tienen ocupaciones laborales o estudios que representan una exigencia intelectual suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque sólo tengan problemas leves de concentración.

#### Criterio A8

Son frecuentes los **pensamientos de muerte**, la ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 o 2 min.).

Los criterios tomados del DSM IV son los más utilizados dentro del área de la Salud en México, por lo tanto, la mayoría de los psicólogos incorporados en esta área, lo utilizan para determinar los niveles y tipos de depresión de cada uno de los pacientes.

Cada uno de los autores antes mencionados define a la depresión de una forma similar, todos coinciden en el aspecto de que es un trastorno del estado de ánimo que no solo afecta los sentimientos y las emociones del paciente sino también su salud física y sus relaciones interpersonales, por ello, debe de recibir atención inmediata para no dejar que el paciente termine autodestruyéndose.

**La postura teórica que utilizamos es la propuesta por Beck y colaboradores (1978). La cual entiende al síndrome depresivo como la afectación comportamental en varias áreas: desordenes afectivos, inhibición motora, comportamiento fóbico, conductas de evitación social. Igualmente, las variables intervinientes en el síndrome serían varias: pensamiento, contingencias interiores, percepción, memoria, imaginación, constructor personales.**

**Esta postura es fácilmente comprensible, además de que resalta la importancia de las distorsiones cognitivas que percibe e interpretan las personas sobre el mundo y el futuro. Lo que quiere decir que la depresión es inducida básicamente por procesos cognitivos negativos, sin descartarse la influencia de otras variables, como la autoestima y la creencia o conocimiento de la propia valía, o los efectos respecto a uno mismo.**

## CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Existen tres tipos de depresión que existen en las pacientes deprimidas, todas ellas se caracterizan por una serie de alteraciones en el área psíquica y en la orgánica: En el área psíquica estar deprimido produce tristeza, desmoralización y pérdida de autoestima. En la orgánica da astenia, abatimiento, hipoactividad, pérdida de apetito, pérdida de peso, alteraciones del sueño, disminución de la lívido y en casos graves, incluso ideas delirantes.

### *Depresión endógena*

“Este tipo de depresión tiene una causa fundamental biológica. No existe continuidad con la historia vital de la persona, no hay motivos para estar triste o melancólico, ni existen causas externas. Estas personas tienden a encontrarse mejor por las tardes y su patología se relaciona con el cambio de estación (hay un aumento de síntomas depresivos en primavera y otoño). Frecuentemente su iniciación y su curso se asocian a ritmos biológicos. Suelen ser hereditarios.”

### *Depresión Exógena*

“Depresión fundamentalmente causada por factores ambientales externos. También se denomina depresión reactiva, pues se producen como respuesta a una pérdida, un desengaño, una tensión u otros acontecimientos externos recientes. Se supone que las depresiones sin una historia de tensión externa se deban a algún proceso biológico intrínseco o endógeno. Los factores exógenos son inespecíficos, además se dan diferencias intraindividuales según el momento evolutivo, influyendo la persistencia de los factores, la profundidad de la experiencia vivida y si son inesperados o no. Hay que mencionar la importancia de las causas experienciales y ambientales, ya que los acontecimientos de la vida se consideran significativos en el padecimiento de la depresión.”

### *Depresión somatógena*

“Este tipo de depresión es secundaria a causas físicas específicas y patologías orgánicas demostrables. También se llaman depresiones orgánicas, las causas más frecuentes son:

- Trastornos tiroideos
  - Anemias
  - Infecciones víricas
  - Lupus
  - Cáncer
  - Parkinson-Causas yatrógenas: fármacos como anticonceptivos orales, corticoides, antihipertensivos, psicolepticos y otros.”
- ([www.elrefugiocristiano.tripod.com.mx/elrefugiocristiano/index.html](http://www.elrefugiocristiano.tripod.com.mx/elrefugiocristiano/index.html),2007)

## CAPITULO TRES

### LA MUJER Y LA DEPRESIÓN

Cuando se comienza a investigar el tema de la mujer en depresión desde una perspectiva que tiene muy en cuenta, que pone atención y cuidado en escuchar sus “quejas”, los hallazgos demuestran que *lo que deprime a las mujeres son las consecuencias derivadas de la forma en que viven su feminidad.*

Las mujeres, en tanto colectivo, poseen características que las definen, características que tienen mucho más que ver con la forma en que han sido educadas a lo largo de la Historia que con la naturaleza misma de su cuerpo. Tanto la anatomía femenina como las actividades de reproducción –la maternidad– resulta necesario entenderlas indisolublemente mezcladas con la función y el valor de éstas para cada grupo social (Bleichmar, 1995).

Lo que resulta más sorprendente es que muchas mujeres se deprimen por las consecuencias que les acarrea ser “muy femeninas”, entendiendo por esto el estereotipo, lo que actualmente tiende a denominarse una “mujer tradicional”, Muchas otras, en cambio, se deprimen como consecuencia de una suerte de oposición a tal modelo, y otras, porque no terminan de encontrar uno que les guste. En resumen, las mujeres no están conformes con lo que son.

Necesitan disciplinar su mente para escuchar sus pensamientos; necesitan saber claramente cómo pensar. Las mujeres han creído –y les han hecho creer– que lo que predomina en ellas son los sentimientos, los afectos, lo emocional. Bleichmar (1995) en su libro menciona que, en los tratados de psicología describen la masculinidad como un conjunto de atributos instrumentales y la feminidad por sus cualidades emocionales. “La mujer naturaleza”, “la mujer cuerpo” o “la mujer pasión” constituyen figuras de la mitología sobre la feminidad. Pero cuantos más humanos somos los humanos, más sentimos de acuerdo a lo que pensamos, y para sentir tenemos que otorgarle algún significado a lo sentido. Las mujeres piensan que los sentimientos son centrales en sus vidas y, por tanto, sienten mucho y se definen como seres “emocionales”. Necesitan modificar sus creencias para darse cuenta de que gran parte de sus inseguridades, inhibiciones, deficiencias y faltas son causadas por ideas que operan desde el interior de sus mentes con el carácter de verdaderos dogmas que les indican –consciente o inconscientemente– cómo debe ser una mujer. Ideas que provienen de la cultura y de la familia, ideas que no han sido pensadas cuidando con esmero los intereses de la mujer.

El cambio y el rescate del agujero de la depresión son tanto una tarea como una responsabilidad que deben asumir, cada una de las mujeres.

### Diferencia entre estar triste y deprimida

Las emociones – la alegría, el entusiasmo, el buen humor- son el resultado de la forma en que se ven las cosas, una consecuencia de la significación que otorgamos a los acontecimientos. Esta ley no se aplica sólo a la alegría o a la tristeza, sino a todos los sentimientos y emociones. Para que podamos sentir algo, previamente debemos darle algún significado a lo vivido, aunque sea el más elemental: el bienestar corporal; luego, “sentimos” este bienestar. “Sentir” tiene que ver con el sistema nervioso y el cerebro, con el nivel psicológico, con el significado atribuido a las cosas, aunque creamos o digamos que sentimos con el cuerpo y que es una sensación “visceral”.

Es frecuente encontrarse con una amiga o conocida que nos dice que está deprimida y vernos ante una persona seria, grave, sombría, hasta seca. El aspecto es bien diferente de alguien presa de una emoción, que vibra en su congojo o llanto. Esta distinción es importante porque la tristeza es un sentimiento normal, adecuado y proporcional a la valoración realista de una circunstancia que implica una pérdida o un disgusto; en cambio, la depresión es una enfermedad que resulta de pensamientos distorsionados (Bleichmar, 1995).

### *Sintomatología de la mujer deprimida*

No todas las mujeres que sufren depresiones experimentan todos los síntomas. Algunas sufren unos pocos y muchas no se dan cuenta de que están seriamente deprimidas, por que a pesar de no sentirse bien, las manifestaciones del malestar adoptan una fisonomía atípica, construyendo así las *depresiones encubiertas*. Otras, se sienten literalmente abrumadas. Según Bleichmar los síntomas varían, según las personas:

*a) Estado de ánimo persistentemente triste, ansioso o “vacío”.* La cara larga y taciturna, la falta de expresividad en el rostro, los párpados caídos, la mirada perdida o distraída es la carta de presentación de la persona deprimida. En el caso de las mujeres se acompaña, de un cierto descuido en la apariencia: el pelo grasoso, falta de maquillaje, la ropa arrugada, ropa holgada...

Cuando el desanimo se acompaña de ansiedad, lo que predomina es la agitación, el nerviosismo – un tipo de actividad o de movimientos sin propósito o sin sentido. También puede aparecer una queja verbal permanente, así como la acentuación compulsiva de ciertos hábitos: cigarrillo, alcohol, comer excesivo, gastos exagerados.

b) *Sentimientos de desesperanza y pesimismo.* Se suelen describir con expresiones como “estar en el fondo de un pozo”, “no ver nada”, “la mente que se cierra”, junto con la convicción de que los problemas no tienen solución ni salida. No se presenta ninguna alternativa al estado de sufrimiento que se padece. Muchas mujeres parecen hallarse aprisionadas en una cárcel del pasado y no pueden aprovechar el presente ni siquiera como vivencia: flotan en recuerdos de experiencias desagradables

c) *Sentimientos de culpa; inutilidad e incapacidad.* Son juicios autodescalificativos: “no sirvo para nada”, “soy una inútil”, “soy una molestia para todo el mundo”, “nadie puede quererme en este estado”, o autoacusatorios: “tengo la culpa del accidente de mi hijo”, “soy capaz de construir minuciosamente mi propio desastre”...

d) *Pérdida del interés o de placer en pasatiempos y actividades que anteriormente se disfrutaban, incluyendo el sexo.* El deseo sexual desaparece, y este síntoma se constituye en una tragedia adicional para la mujer depresiva que considera que corre peligro de perder a su pareja, que no es digna de que la quieran o que puede estar obsesionada por los celos.

e) *Insomnio e hipersomnio.* Uno de los primeros síntomas de un estado depresivo suele ser el insomnio. Las mujeres que se ven afectadas habitualmente por este trastorno se desesperan ante la complicación que les supone tener que hacerse cargo del trabajo doméstico o del cuidado de los niños-tareas ineludibles- después de noches en que casi no duermen. Otras veces, puede acompañarse del síntoma opuesto: una continua somnolencia. Mejor no despertar, parece ser la convicción inconsciente, y la mente se cierra a la luz. Siempre cansadas, aburridas, bostezando todo el tiempo, dormir se convierte en el único alivio.

f) *Disminución de energía, fatiga, inhibición psicomotriz.* Voz monótona, movimientos lentos, falta de ganas para todo, “hasta para leer el periódico o ver televisión”. Muchas veces esta apatía, esta desgana para realizar las tareas habituales – “mis obligaciones de ama de casa o de madre”- fuerza a las mujeres y les permite decidirse a consultar a un profesional. Esta falta de energía, esta sensación de cansancio infinito las enfrenta con dificultades de todo orden: fracasos escolares en la adolescencia, dificultades múltiples en la crianza de niños pequeños, problemas de relación de pareja: condiciones que las sumen en una desesperación mayor, agravando el cuadro de la depresión.

g) *Inquietud, irritabilidad.* En muchas ocasiones, los sentimientos de tristeza o de desánimo no son los más relevantes; el mal humor, la irritabilidad, el “explotar por cualquier cosa” constituyen la regla y contribuyen a enmascarar la depresión. “la cara larga” es una fisonomía que contiene una mezcla de rabia contenida fastidio y tedio vital, matices todos de una depresión declarada o en periodo de incubación.

*h) Dificultades para tomar decisiones, de concentración trastornos de memoria.* Aunque las funciones cognitivas se hallan perfectamente conservadas e intactas, la persona depresiva tiene un rendimiento bajo por la apatía, la falta de interés y la hiperconcentración en sus preocupaciones; todo ello le resta eficacia intelectual. Otro problema que origina sufrimiento adicional es la indecisión que puede llegar a extremos inusitados

*i) Ideas e intentos de suicidio.* Es muy habitual oír a una mujer deprimida que su vida no tiene sentido, que se encuentra sola, que sufre demasiado y que se quiere morir. El deseo de muerte no guarda en las mujeres proporción con los suicidios cometidos, y en muchos casos se trata de una expresión de impotencia. La mujer afectada de una depresión muy severa puede planear su muerte en silencio sin comunicárselo a nadie y suele ser un suicidio efectivo. Toda idea de suicidio es un indicador de la necesidad de ayuda profesional (Bleichmar, 1995).

#### Depresiones Encubiertas

También se las denomina *depresiones enmascaradas o equivalentes de la depresión*. Las formas encubiertas pueden dar lugar a una sintomatología variada que mencionaremos a continuación:

1. *Comer compulsivo.* Si bien lo que se describe como síntoma mas frecuente es la pérdida de apetito, que en algunos casos puede ser extrema –con la sensación de que “el estomago se cierra”, que cualquier alimento molesta- , en otros casos la obesidad, el comer desenfrenadamente, está poniendo de manifiesto una forma de comienzo de la depresión. El sentimiento vago de “vacío”, de desgana, puede concretarse en la sensación física del vacío estomacal y conducir a la tentativa fallida de suprimirlo atiborrándose de comida. En las mujeres esto contribuye a profundizar su malestar, ya que la silueta se reciente y es mayor el desánimo.
2. *Problemas en la vida de pareja.* Una de las mayores preocupaciones es el fantasma de la amenaza y/o ruptura amorosa. Mucho se ha escrito sobre las mujeres que simulan una satisfacción sexual que no sienten o, por el contrario se las culpabiliza de su anorgasmia. Lo que se observa, cuando una escucha sus confesiones intimas sin condena ni censura alguna, es que muy frecuentemente, cuando tienen algún conflicto con su pareja, casi de inmediato este conflicto – sea de la índole que sea – afecta su disposición sexual. Pero las mujeres saben que la sexualidad es una clave del bienestar de la pareja, y que él se resiente, se enfada y se distancia si la vida sexual se enrarece. Por ello, se avienen a una gimnasia sexual sin el menor deseo.

3. *Problemas en las relaciones interpersonales.* Muchas mujeres con depresiones en la edad media de la vida, con serios problemas en torno a la insatisfacción que les genera el balance de sus vidas, o con dificultades al verse ya mayores y sin los atractivos de la juventud, pueden tomar como blanco de su estado de irritación y mal humor el comportamiento de sus hijos/as adolescentes. Se convierten en vigilantes que acosan día y noche todo movimiento, que critican toda iniciativa.
4. *Síntomas físicos.* Si bien las cefaleas, constipados, malas digestiones, flatulencia, insomnio, etc., son síntomas físicos que se presentan con frecuencia como acompañantes de los síntomas principales de la depresión, a veces son la única manifestación de la misma. Esto es lo que se denomina *somatizaciones*: diarreas, dolores de espalda, temblores, adormecimientos, sueño exagerado. Si no se detecta adecuadamente la causa de estas manifestaciones, se pierde el tiempo y la confianza en la medicina (Bleichmar, 1995).

Desde otras perspectivas no especifican la depresión en cuestiones de género sin embargo retoman aspectos de la personalidad depresiva, estos autores como Marijnissen, Tuinier, Sijben y Verhoeven (2002) encontraron que los pacientes con depresión puntuaban bajo en auto-dirección y alto en evitación del daño, indicando rasgos de personalidad más duraderos en los pacientes con depresión mayor. Concluyendo que el rasgo de evitación del daño es bastante cercano a la dimensión de neuroticismo previamente descrita por otros autores y reforzada por los hallazgos de Grucza, Przybeck, Spitznagel y Cloninger (2003). Estos datos dan soporte a la influencia de los factores de personalidad y al desarrollo de trastornos del ánimo, lo que permitirá ayudar a establecer estrategias de prevención e intervención frente a estos importantes trastornos clínicos.

Así el ánimo depresivo puede ser visto como un fenómeno multidimensional en el que una dimensión cuantitativa describiría la gravedad del humor depresivo y otros vectores describirían la relativa importancia de patrones específicos de síntomas que podrían denominarse dimensiones cualitativas. Al hacer una descripción histórica de la manera en que se ha abordado el tema de la personalidad depresiva, hay que recurrir a la exhaustiva revisión de Huprich (1998) que indica cómo las perspectivas psicodinámicas, cognitivas, conductuales e incluso el modelo de enfermedad han descrito este tipo de personalidad y confluyen en un constructo causal similar y en un posible mecanismo común a través del cual dicho constructo se desarrolla en los individuos para dar origen a este tipo de personalidad. Este mecanismo consiste en una pérdida significativa a temprana edad, que puede recogerse bajo el concepto de “pérdida de objeto”, aunque este concepto está acuñado con base en las teorías psicodinámicas, surgidas a partir del planteamiento de Freud (1973) en “Duelo y Melancolía” acerca de la noción de pérdida afectiva.

En opinión de Huprich (1998) hay tres aspectos relevantes que marcarían este estilo de personalidad. Primero, la tendencia negativa, pesimista y excesivamente parca en la orientación de las personas hacia las relaciones con otros y con el mundo. Segundo, un estilo de interacción basado en la pérdida o en la frustración por la pérdida, en el que la ira es dirigida hacia el propio sujeto. Tercero, este patrón reprimido de frustración y decepción es activado a través de muchas situaciones, especialmente aquellas que representan pérdida o frustración.

Cabe considerar que se cuestiona la validez del concepto “pérdida” cuando en muchos casos no es posible identificar sucesos en la vida de la persona que puedan considerarse como pérdidas y que puedan explicar la personalidad depresiva. Las teorías cognitivas han enfatizado el papel de los esquemas disfuncionales tempranos como la causa de la personalidad depresiva, de tal forma que la interpretación de los acontecimientos diarios pasa por procesos de pensamiento que están al servicio de los esquemas tempranos que generan respuestas negativas hacia sí mismo, el mundo y el futuro. Estos esquemas se desarrollan en la infancia y son activados ante situaciones ambientales detonantes. El modelo conductual a su vez, establece que la depresión puede ser causada por la presencia de un patrón de relación interpersonal negativo surgido en la infancia como consecuencia de hechos tempranos que generaron en el niño la sensación de un ambiente poco sensible a sus necesidades (ausencia de cuidados por parte de los padres, abandono, ausencia de refuerzo social, entre otros). Así, el mantenimiento de la depresión podría deberse a un excesivo reforzamiento negativo y a la ausencia de un reforzamiento positivo. De esta manera y al igual que en el modelo cognitivo, el modelo conductual es consistente con las teorías psicodinámicas en cuanto a la consideración de la pérdida en la etiología de la depresión. Por su parte, teóricos como Ferster (1981) plantearon al igual que los psicoanalistas, que la ira juega un importante papel en el mantenimiento de la depresión. Desde la perspectiva médica, muchas investigaciones se han dirigido hacia la clasificación de la depresión sobre la base de factores fisiológicos, genéticos y de historia familiar. Los datos confluyen en que algunas personas diagnosticadas con distimia de inicio temprano tienen características que reflejan alteración de la personalidad (1998). Otro apoyo a la existencia del trastorno depresivo de la personalidad proviene de las observaciones de Mc Dermut, Zimmerman y Chelminski (2003) con respecto a la evaluación del curso del trastorno, en las que indican que los pacientes identificados con trastorno depresivo de la personalidad mostraron mayores niveles de morbilidad psiquiátrica pasada y de impedimento funcional, además de una exacerbación del episodio depresivo como reflejo de la temprana edad de inicio del trastorno, así como un incremento en la sintomatología y una mayor cronicidad de la depresión, mostrando importantes correlaciones con otras variables como la calidad de vida, el optimismo y la esperanza.

## CAPITULO CUATRO

### LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN MEXICO

El tratamiento para la depresión ha tendido a modificarse en los últimos años, debido a que algunos pacientes reciben atención fuera de las instituciones de salud mental, lo que implica que no asisten a los niveles de atención primaria en centros de salud como lo son centros comunitarios, los sistemas DIF municipales y hospitales generales por lo que se considera de suma importancia demostrar la efectividad de las intervenciones para el tratamiento de dicho trastorno a estos niveles.

La atención para los enfermos con trastornos neuropsiquiátricos es de gran relevancia dentro del rubro de la salud pública, ya que ocupan el quinto lugar dentro de las enfermedades discapacitantes, además de ser un indicador de muerte prematura. Estas enfermedades discapacitantes son 10, de las cuales 4 son neuropsiquiátricas (esquizofrenia, depresión, obsesión-compulsión y alcoholismo). Esto ha sufrido un incremento debido a factores como la pobreza, la violencia Intrafamiliar, el envejecimiento, el consumo de sustancias, los problemas de pareja, entre otros factores. Además de estar relacionada con otras enfermedades crónicas como la obesidad, el tabaquismo, el alcoholismo, la hipertensión, etc.

Estudios realizados por Caraveo y colaboradores (1999), en la ciudad de México revelan que el 9% de la población adulta entre los 18 y 65 años, presentan trastornos afectivos, 7.8% corresponden al trastorno depresivo mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada hombre, 1.5% distimia con una tasa de proporción hombre/mujer similar 2.6 varones por cada mujer y una tasa inferior en los episodios maníacos con pocas diferencias por sexo.

Basados en los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, Medina-Mora y col. (2003), mostraron que los principales trastornos en las mujeres de todo el país se distribuyen de la siguiente manera; en primer lugar se encuentran las fobias sociales y específicas, seguidas por el episodio depresivo mayor.

En un estudio realizado en la Cd. De México, por Caraveo y col. (1990) documentaron que tan solo el 20% de las personas con un trastorno de depresión mayor buscaban algún tipo de atención especializada.

Este problema no es exclusivo de México. La Organización Mundial de la Salud en 2001, dedicó su reporte anual a la Salud Mental en un esfuerzo por colocar a este problema en el centro de la agenda de salud y desarrollo e invitó a los gobiernos a colaborar en la iniciativa de Salud Mental 2000, para recabar información que pudiera ser útil para orientar las políticas públicas en este campo.

A pesar de los descubrimientos científicos, el servicio a los enfermos sigue siendo deficiente, debido a que las personas que padecen algún trastorno mental o emocional, al primero al que acuden, es al médico general.

Sin embargo, su detección, tratamiento y/o canalización a servicios especializados es insuficiente, existe en pleno siglo XXI un gran estigma social por parte de los pacientes los cuales rechazan asistir a psicoterapia debido a que consideran que su problema es cuestión personal y no están dispuestos a platicarlo con un terapeuta.

Algunas otras personas que presentan algún tipo de estado depresivo regularmente no asisten a un servicio de atención primaria debido a que no logran identificar sus síntomas, lo que significa que el tiempo que pasa en recibir ayuda especializada es considerable.

Además de que los servicios ofrecidos por las instituciones de salud pública se enfocan en el diagnóstico psiquiátrico, lo que provoca una incongruencia debido a las necesidades de la población, ya que no se enfocan en los problemas que se han vuelto cotidianos en las zonas metropolitanas de la ciudad (muerte de algún familiar, problemas laborales, enfermedades crónicas, problemas de comunicación con los hijos y la pareja, problemas económicos, etc.).

En México un obstáculo para reducir la prevalencia de la depresión es que la mayoría de los servicios de salud mental que se ofrecen en la actualidad de forma tradicional, por medio de los profesionales, no alcanzan a cubrir la demanda. Por lo que, debemos considerar la posibilidad de emplear otros recursos en forma sistemática.

En el Instituto Nacional de Psiquiatría existe una larga tradición en el estudio de las necesidades y demandas de atención tanto en el primer nivel como en los servicios especializados en salud mental. Se ha observado que la población se dirige en su primera solicitud de ayuda, al médico general, pese a lo anterior, un alto porcentaje de los casos no son detectados, y mucho menos referidos a tiempo, lo que eleva el costo de la atención.

En México, según el programa de Acción de Salud Mental (1998), las demencias, el consumo de alcohol y los trastornos depresivos se encuentran entre las quince principales causas de pérdida de años de vida saludables.

La investigación en salud mental se ha enfrentado con dificultades, ya que tampoco se ha considerado como prioritario este campo de estudio, de tal manera que los presupuestos destinados son considerablemente más bajos que los otorgados a otras áreas médicas.

Así la investigación desarrollada en salud mental es reducida, si la comparamos con el total de la investigación desarrollada en el campo de la salud pública. Y es aún más escasa la investigación enfocada a los servicios de salud mental.

La información que a continuación se presenta proviene de encuestas de hogares, estudios en poblaciones atendidas en el primer nivel de atención y en servicios de salud mental. También se analizan las investigaciones desarrolladas con grupos especiales como los niños, adolescentes, mujeres y población rural y los estudios enfocados en temáticas como las trayectorias curativas y el uso de servicios alternativos.

Caraveo (1986) realizó un estudio con población de escasos recursos económicos que habita en la zona sur de la ciudad de México, se observó que una proporción importante de las personas que presentan los trastornos afectivos solicitan atención formal o informal (53% de los hombres y 39% de las mujeres con cuadros de depresión; 36% de los hombres y 34% de las mujeres con distimia, 79% de los hombres y 59% de las mujeres con trastornos de ansiedad). Estos porcentajes disminuyeron considerablemente cuando se analizó a las personas que solicitaron ayuda especializadas (22.2% de los hombres y 26.5% de las mujeres con trastornos depresivos; 6.7% de los hombres y 14.7% de las mujeres con trastorno de ansiedad y 11.4.5 de los hombres y 13.5 de las mujeres con distimia El tipo de profesional más consultado fue el médico general, le siguen la importancia psicólogos, ministros religiosos y psiquiatras.

En otro estudio realizado por Caraveo y col. (1990) reportaron que del total de personas diagnosticadas con trastornos depresivos, el 20.1% de los hombres y el 79% de las mujeres solicitó ayuda. En cuanto a la distimia los porcentajes fueron de 7.4% y 92.6% respectivamente. La solicitud de ayuda, en el 26.5% de estados depresivos y 21.5% de distimia, fue a médicos generales no especializados, el 18% y el 11.8% de cada padecimiento utilizó otros recursos, entre los que destacan los sacerdotes y ministros religiosos. Aunque la asistencia a los servicios especializados no fue muy elevada, se buscó ayuda principalmente con psicólogos de consulta privada.

Berenzon (2003) concuerda con lo anterior, en estudios de hogares realizados en población del país, las personas con trastornos emocionales piden primero ayuda en sus redes sociales, 54% a familiares o amigos., 10% a sacerdotes y ministros, 15% se automedican y sólo secundariamente acuden a medicina general y a los servicios especializados. Además de mostrar una elevada utilización de medicina alternativa, como percepción social de quien puede ofrecer solución a sus problemas.

Cuando los enfermos acudieron a solicitar ayuda, usualmente recibieron consejos, el 38% fueron tratados con medicamentos y una de cada tres personas recibió psicoterapia.

Las principales razones para no solicitar ayuda fueron: creer que no sirven, dificultad para acceder a los servicios, falta de información, percibir los problemas como algo personal, y por lo tanto, no estar dispuesto a comentarlo con un profesional; pensar que la problemática debía de ser resuelta por ellos mismos y considerar que los sacerdotes u otros ministros religiosos son igual de útiles (Caraveo, 1990).

Como se ha mencionado, existe una alta prevalencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a los servicios de medicina general, por lo que el primer nivel de atención ha sido considerado como idóneo para la atención de ciertos trastornos mentales. Esta medida está siendo analizada, en tanto la adecuada atención de los trastornos mentales en este nivel no sólo depende de mayor disponibilidad y acceso, sino de una serie de medidas que involucran cambios en la organización de los servicios, nuevas funciones para los médicos y el personal, quienes requieren, entre otras cosas, contar con intervenciones de probada efectividad-eficiencia.

Las razones que llevan a hombres y mujeres a solicitar ayuda cuando sufren un problema emocional, ha sido un tema abordado por un grupo importante de investigaciones Padilla y Peláez (1985), observaron que las mujeres buscaron ayuda profesional principalmente por presentar trastornos emocionales mientras que los hombres acudieron por problemas de alcoholismo y fármaco dependencia. También se observó que los mayores porcentajes de consulta lo obtuvieron las mujeres.

Por su parte, Lara y Acevedo (1996), encontraron diferencias importantes en el tipo de servicios utilizados entre hombres y mujeres que presentan depresiones. Los hombres acuden más a especialistas privados y a centros de salud especializados, mientras que las, mujeres asisten a especialistas otorgados por la seguridad social.

Las asistencias a los servicios especializados en salud mental es baja. Las principales razones por las cuales las mujeres no acuden son: pensar que nadie las puede ayudar, tener vergüenza de platicar sus problemas, no saber a donde ir, la oposición por parte de su familia y pensar que el tratamiento podría ser muy costoso.

Otras circunstancias que obstaculizan la búsqueda y obtención de los servicios son: las distancias que hay que recorrer para llegar a los mismos y las trabas burocráticas para obtener el servicio, como por ejemplo tener que esperar mucho tiempo para obtener una cita, la asignación de horarios poco convenientes y tener que realizar muchos tramites para acceder al servicio.

Por otro lado, Lara y Salgado (1994) hacen notar que existe un vacío en la atención a la salud mental de esta población, pese a ser ellas las que acuden más a solicitar consulta, para ellas o para sus familiares. Concluyen que hay pocos conocimientos y reconocimientos de que los trastornos mentales en las mujeres están estrechamente relacionados con estilos de vida enfermantes que se asocian con las expectativas y roles de género socialmente asignados a ellas. Además, el sistema de salud adolece de una perspectiva de género, lo que con frecuencia lleva a tratar de adaptarlas a su condición insatisfactoria a través de fármacos o “consejos”.

## CAPITULO CINCO

### TRATAMIENTOS COGNITIVOS CONDUCTUALES PARA LA MUJER DEPRIMIDA

#### Psicología de la salud

Al hablar de psicología podemos englobar desde la psicología experimental, laboral, social, educativa y hasta la psicología ambiental, lo que muestra una gran variedad de campos en los cuales nos podemos desenvolver. Sin embargo un punto de referencia fundamental es el mencionado por Bellack y Hersen (1985) quienes consideran a la psicología clínica como una rama aplicada de la psicología científica, orientada a la evaluación y a la promoción del más amplio grado de bienestar de la persona.

Este punto de vista validó a la terapia cognitivo conductual como la psicología, clínica por excelencia, debido a su fundamentación científica, su interés y capacidad de integración de los hallazgos de la psicología científica.

La integración de la evaluación y el tratamiento de acuerdo con el conocimiento de que hay que evaluar y tratar (modelos de conducta normal y anormal), son una característica de la psicología clínica y de la terapia cognitivo conductual.

Matarazzo en 1980, revoluciona a la psicología introduciendo el término de psicología de la salud, este término envuelve dos áreas importantes dentro de la salud pública; la prevención y el mantenimiento de la salud. La primera incluye tanto la salud conductual como a la salud mental (psicológica), lo cual quiere decir que, la salud lo es todo, lo que envuelve al conjunto de pacientes, profesionales y centros; el segundo es promover una filosofía de la salud como elemento característico de intervención en este ámbito, lo cual es un aspecto positivo debido a que promueve mayor conciencia en las personas debido al rol que ellos tienen en el mantenimiento y cuidado de su salud: la importancia del deporte, la alimentación, el control de estrés, etc.

Estos descubrimientos muestran los distintos campos de acción de la psicología clínica, y a su vez la delimitación de lo que ahora es una nueva disciplina distinta de la psicología clínica, la ya mencionada psicología de la salud. La cuál da cabida a intervenciones psicoeducativas (educación para la salud), o comunitarias.

De hecho hoy en día, dentro de las instituciones de Salud Pública se tiene que intervenir de manera grupal debido a los beneficios evidentes ya que esto optimiza la relación costo/eficacia, así como, la constatación empírica de la utilidad de estos programas, que hacen compatible una mínima atención individualizada con sesiones de grupo estructuradas y material de autoayuda, también altamente sistematizada.

La intervención grupal ya es una tradición dentro de la terapia cognitivo conductual debido a que el trabajo se enfoca sobre los comportamientos y las determinaciones ambientales. El interés de las intervenciones grupales dentro de la psicología clínica se enfoca en la prevención y por la rehabilitación. Dicho interés es una muestra de racionalización de la asistencia sanitaria en sus diversos ámbitos. Saldaña (1984) considera tres tipos básicos de prevención:

“La primaria va dirigida a la identificación de los comportamientos inadaptados que parecen estar implicados en el proceso de enfermar, y procuraría la modificación de dichos comportamientos, promocionando la adquisición de hábitos sanos.

La secundaria, sería el tratamiento del problema. En realidad se actuaría previniendo lo que ocurriría si el problema no fuera tratado.

Finalmente, la prevención terciaria abordaría la reducción de los efectos residuales y perjudiciales que siguen al tratamiento, posibilitando la rehabilitación, la integración al mundo social, laboral, etc., la prevención de recaídas, etc.”

Como se ve, sólo la prevención primaria es estrictamente prevención. La consideración del tratamiento como prevención secundaria no deja de ser una forma de evitar el uso de la palabra “tratamiento”.

### Terapia cognitivo conductual

El término de terapia cognitivo conductual tiene su mayor apogeo a partir de los años setentas, en ese momento el término cognitivo era un avance importante dentro del ámbito de la psicología y en específico de la terapia de la conducta. El avance científico consistía en el cambio cualitativo que se le daba a la etiqueta conducta.

Dentro de la psicología, el término cognitivo tiene una gran tradición y antigüedad, sus inicios se remontan a la terapia de la conducta con el movimiento neconductista alrededor de los años cuarentas, este movimiento ponía de manifiesto la importancia de las variables asituacionales, variables intervinientes y constructos hipotéticos como elementos fundamentales a la hora de medir la relación causal entre los estímulos y las respuestas.

La terapia de conducta recoge, básicamente, la aportación del conductismo en su interés central por la conducta, junto con la determinación de su causalidad: función del medio ambiente. Incluye, además, las aportaciones de la psicología del aprendizaje, junto con el interés metodológico por la contrastación experimental de sus asertos, como rechazo a la psicoterapia dominante en los años 50: la terapia psicoanalítica.

Una teoría, conceptual, que determina que la conducta (respuesta) es función del medio ambiente (estímulo). Esto es que la conducta es la variable dependiente y el medio la independiente. Adopta, un punto de vista esencialmente ambiental, contextual. La segunda señal de identidad es el énfasis en el método experimental, frente a la especulación. Esto permite integrarse (recoger) las aportaciones más diversas provenientes de la psicología experimental. Esta caracterización experimental es, además, congruente con la teoría que, como se ha visto, explica la conducta en términos causales, experimentales.

Para Vallejo (1998) la importancia de lo cognitivo en modificación de conducta alcanza notoriedad a partir de los años 70. Las aportaciones de Bandura, Ellis, Beck, etc., constituyen el punto de referencia clave. Son contribuciones de gran relevancia en la psicología clínica. Es perfectamente aceptable evaluar o intervenir sobre pensamientos concretos que generan cambios en la conducta o en el estado de ánimo de la persona. Resulta, por el contrario, innecesario considerar a los esquemas o a las creencias básicas como la causa de los males de la persona.

Lo anterior pone de manifiesto la diferencia entre la terapia cognitivo conductual y la terapia de la conducta ya que la primera pone un mayor énfasis sobre las experiencias internas (mentales) del paciente, tales como pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes. Lo que la diferencia no solo de la terapia de la conducta, sino del resto de las escuelas de terapia, por su énfasis en la investigación empírica de los pensamientos, indiferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente.

Es aquí donde se forma una serie de modelos cognitivos que explican distintos padecimientos, entre ellos la ansiedad, la angustia, el estrés, depresión, etc. Estos modelos son diseñados para aplicar técnicas concretas dentro del marco de la teoría psicológica de la depresión.

Hablando concretamente del modelo cognitivo de la depresión éste surge a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales, esta interacción entre los enfoques clínico, experimental y de la salud ha facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia del que se deriva.

El enfoque cognitivo-conductual parte de dos fundamentos básicos y complementarios; la realidad personal está compuesta de dos partes: la realidad interna es la realidad que existe en nuestra mente; la externa es la realidad física, que incluye el estado de nuestro cuerpo.

Los métodos cognitivos usan nuestros pensamientos para tallar nuestra realidad interna. Los métodos conductuales usan nuestras acciones para tallar nuestra realidad externa.

Las emociones son parte de las dos realidades: tienen aspectos que se pueden observar, tales como sonrisas o lagrimas, y aspectos internos que sólo la persona que la siente puede percibir.

Indefensión Aprendida: El término acuñado por Seligman (1978), se refiere al estado psíquico que aparece en el individuo cuando los factores estresantes del medio son vividos como incontrolables e imprescindibles. Este hecho crea en las personas un estilo atribucional que explicaría todos los acontecimientos vitales como causados desde el exterior, siendo imposible para el sujeto hacer nada para remediarlo.

Triada Cognitiva: Beck (1979) el creador de este término lo describe como un razonamiento originado por un error en el procesamiento de la información, en donde el sujeto mantiene una visión negativa de sí mismo, de su entorno y del futuro.

El tratamiento de la terapia cognitivo-conductual esta sustentado en la influencia del ambiente y la puesta en marcha de comportamientos en función de la teoría estímulo-respuesta y, por otro en la existencia de ideas que condicionan la percepción de las cosas que tenemos las personas (sí estas son patológicas darán lugar a la enfermedad).

El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predominen a distorsionar sus experiencias.

Entre los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva, se cuentan los siguientes:

1. la percepción y, en general, la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como los de introspección.
2. Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
3. El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).
4. Estas cogniciones constituyen la "corriente de conciencia" o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro.
5. Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
6. Mediante la terapia psicológica, una paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
7. La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejor clínica.

Para Muñoz (2005) en los servicios preventivos, lo que aprenden los pacientes, que reciben el tratamiento cognitivo-conductual es el manejo saludable de la realidad. Se les enseña que pueden escoger la clase de pensamientos que quieren tener, y que con base a las consecuencias de esos pensamientos pueden establecer recuerdos saludables de día en día. Se les enseña a tallar la realidad externa, es decir a que aprendan a percatarse de qué forma el medio ambiente físico y social afecta su estado de ánimo y su salud. Finalmente, lo que se les enseña es la manera en que de momento en momento es posible tallar la propia realidad.

#### Programas de intervención

Parece bastante evidente la necesidad de desarrollar un tipo de terapia psicológica eficaz de cara a la depresión determinando sus indicaciones y contraindicaciones y estableciendo su papel en el tratamiento general del paciente depresivo. De este modo se podrá determinar su efectividad de tal manera que el consumidor pueda saber si este servicio tan costoso está logrando algún resultado satisfactorio.

La sabiduría popular sugiere que un buen curso de terapia psicológica podría ser, a largo plazo, más beneficioso que la quimioterapia, ya que el paciente puede aprender algo de su propia experiencia psicoterapéutica. Es decir, se podría esperar que tales pacientes manejaran mucho mejor posible las depresiones ulteriores, que logran eliminar depresiones incipientes, o incluso que fueran capaces de prevenir posibles depresiones.

Es preciso matizar qué tratamientos son eficaces cuándo y en qué condiciones lo son, en función de las características personales y en relación con otros tratamientos, psicológicos o no del problema, y lo más importante es detectar qué variables son las que afectan dicha eficacia.

En términos generales los objetivos terapéuticos se centran en restablecer las actividades habituales y la forma de resolver los problemas de una forma activa y adaptativa.

La consecución de estos objetivos requiere algunos o todos estos elementos: Aumentar la actividad, mejorar el estado de ánimo, así como modificar algunos aspectos cognitivos, que se mencionaron en el tema anterior.

Rehm en 1995 clasificó los tratamientos en cinco grupos:

1. Los programas conductuales, tienen como objetivo que el paciente mejore sus respuestas a estímulos positivos, lo que favorecerá una mejoría en su estado de ánimo. Posteriormente se desarrollan habilidades en el paciente para obtener más y mejores estímulos positivos.

Este programa de tratamiento fue desarrollado por Lewinshon y cols. en 1974, el cuál se aplica en forma grupal a modo de programa educativo estructurado en doce sesiones que incluyen una introducción al proceder general del programa dirigido al control y afrontamiento de la depresión.

2. El programa de entrenamiento en habilidades sociales, consiste en obtener un mayor refuerzo social, debido a que estos aspectos son parte determinante para evitar la depresión, en otras palabras los problemas interpersonales ocasionados, en parte por déficit de habilidades sociales, pueden ser los determinantes de la depresión.

Estos dos primeros programas tienen una eficacia comprobada en el tratamiento de la depresión. Sin embargo es preciso un mejor conocimiento de las variables específicas en ambos tratamientos y de su interacción con el paciente, para saber en qué casos es previsible que sean más eficaces o no lo sean.

3. Terapia Cognitiva de Beck, es uno de los tratamientos más ampliamente abordados en el tratamiento de la depresión, su punto fundamental es considerar que la depresión es debida a la distorsión que de la realidad, (de uno mismo, de los demás y del futuro) hace el paciente.

4. Programas de Autocontrol. Rhem (1995) trata de enseñar al paciente la relación entre el estado de ánimo y sus actividades positivas y negativas, algo similar a lo que realiza Lewinshon, pidiendo que registre sus actividades diarias, junto con una valoración global al final del día de su estado de ánimo, en una escala del 0 a 10. Donde el cero significa lo peor y el 10 significa mejor.

Esto promueve en los psicoterapeutas que identifiquen entre pacientes inmediatos y a largo plazo.

5. Biblioterapia, este es un tratamiento eficaz en el caso de las depresiones ligeras o moderadas. El texto que abrió brecha a este tipo de intervención es el *Sentirse Bien* escrito por Burns (1990), este texto está diseñado para facilitar la información sobre los distintos aspectos, cognitivos comportamentales implicados en la génesis y mantenimiento de la depresión. La principal limitante de esta intervención se fundamenta en la selección adecuada de los pacientes para su aplicación.

Por lo que se puede observar los tratamientos que se han reseñado garantizan su eficacia, sin embargo la diferencia en los componentes de los tratamientos no están claramente establecidos, todos ejercen un efecto global sobre la persona, al parecer la intervención no remedia déficit específico perseguido y, por el contrario, es de notable importancia la compatibilidad entre las creencias y las habilidades personales y el tipo de terapia exigido.

Aun cuando la eficacia de los tratamientos está claramente constatada, las investigaciones no sólo deben perseguir la eficacia, sino el contraste de las distintas modalidades terapéuticas, para así tener pruebas fehacientes de los resultados, además de aclarar circunstancias como los abandonos prematuros, las recaídas y sobre todo la posibilidad de identificar y aplicar el tratamiento más adecuado para cada persona, en función a cada padecimiento.

## INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

La intervención psicoeducativa se define como la ayuda técnica prestada por el terapeuta o psicólogo en el proceso enseñanza-aprendizaje de los pacientes.

En la Universidad de California (Los Angeles), Goldstein, Rodnick, Evans, May y Steinberg (1978) trazaron un programa de terapia familiar de seis semanas conforme a un diseño de "dos por dos", en el que se asignaba al azar a los pacientes la administración de drogas en dosis altas o bajas y la aplicación o no de una terapia familiar. El modelo Goldstein de intervención familiar era breve, preciso y se centraba en el problema. Las metas del programa eran identificar los hechos que provocaban estrés en el paciente, y luego prevenir su acaecimiento o mitigar su impacto destructivo. Las sesiones familiares comenzaban con una exploración de la experiencia psicótica; el terapeuta ayudaba al paciente y a su familia a discutir sobre la enfermedad y sus síntomas y a partir de estos debates, a identificar de común acuerdo dos o tres factores estresantes que en esos momentos fueran un especial motivo de preocupación para ellos. Ponía el acento en los conflictos con otras personas importantes, o en los factores estresantes que, al parecer, eran susceptibles de precipitar una psicosis.

Aunque a menudo los miembros de la familia catalogaban los síntomas en sí mismos como “factores estresantes”, el terapeuta procuraba en cambio centrar su atención en sus consecuencias interpersonales.

Tras identificar los factores estresantes, el terapeuta debía ayudar a las familias a elaborar estrategias que posibilitaran su evitación o métodos de conducción para el caso de que ocurriesen; bajo su guía, se insistía en la necesidad de un amoldamiento recíproco entre el paciente y su familia.

Una vez elaboradas las estrategias de resolución, el terapeuta ayudaba al paciente y su familia a ponerlas en práctica; en caso necesario, desarrollaba las habilidades pertinentes por medio de enseñanza, entrenamiento y práctica.

Cuando surgían problemas en el uso de estas nuevas estrategias, se analizaban los obstáculos que trababan el proceso de implementación y se modificaban aquellas. Por último, se ayudaba a los pacientes y familiares a prever los futuros factores estresantes y planificar su manejo.

Este programa de corto plazo produjo resultados extremadamente positivos. Al cabo de seis semanas de tratamiento, el grupo con baja medicación y ninguna terapia familiar tuvo un índice de recaídas del 24%, en tanto que en el grupo con altas dosis de medicación y terapia familiar no hubo ninguna recaída. A los seis meses, el índice de recaídas del primer grupo ascendió al 48%, pero en el segundo siguió siendo nulo. En otras palabras, este programa de intervención alcanzó su meta primordial: ayudar a los pacientes a mantenerse dentro de la comunidad durante el periodo de alto riesgo inmediatamente posterior a su hospitalización, con la prestación de sólo seis sesiones de terapia familiar (Anderson, 1988).

Lara y cols. (2003) Realizaron un estudio donde el objetivo del trabajo fue evaluar la efectividad a dos años, con respecto a los 4 meses iniciales, de una intervención psicoeducativa realizada en mujeres con síntomas de depresión.

El estudio se llevó a cabo en una submuestra de 39 mujeres seleccionadas al azar de 135 que participaron en la intervención y que fueron evaluadas a los cuatro meses. El diseño del estudio fue comparativo entre una condición Grupal (IG) y una Individual Mínima (IIM), con evaluaciones: pre, post-tratamiento (a los quince días en la IG y al mes en la IIM) y con seguimiento (a 4 meses y 2 años). La IG consistió en seis sesiones de grupo de dos horas, organizadas alrededor del material educativo ¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión y la IIM consistió en una sesión de orientación individual sobre el uso de dicho material educativo.

El estudio tuvo varias fases, de las cuales, aquí sólo se documenta la de seguimiento a dos años, en una submuestra de la muestra original. Durante la primera fase se desarrolló y evaluó el material educativo ¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión, a partir de estudios previos sobre la salud mental de las mujeres. Durante la segunda fase, estudiaron la factibilidad de una intervención preventiva psicoeducativa grupal, estructurada alrededor de dicho material educativo. Su población objetivo fue de mujeres con síntomas de depresión, en quienes se buscaba reducir dichos síntomas. Con ello, se pretendía prevenir el riesgo de una posible depresión futura. Los resultados mostraron que la intervención tuvo el efecto deseado en cuanto a la reducción de los síntomas, pese a que 80% (N=76) de las participantes mostró al inicio elevada sintomatología depresiva, dato que sugería un posible diagnóstico de depresión.

Debido a su elevado número, a las pocas opciones de ayuda profesional con la que cuentan y a que muchas no deseaban tomar medicamentos, decidieron estudiar también la eficacia de la intervención, en este grupo, durante la tercera fase del estudio. De tal manera, la intervención tendría un papel preventivo en unas participantes y de intervención temprana, en otras.

Los análisis posteriores señalaron una ligera disminución de la autoestima a los dos años, aunque ésta siguió siendo significativamente mayor que la encontrada en el pre-tratamiento. En cuanto a la evaluación de la intervención misma, un porcentaje similar (80% y 63%) siguió considerando que la intervención tuvo *gran influencia en su vida y en sus problemas*, a los dos años. Las razones que dieron para esta afirmación fueron: que entienden y enfrentan mejor sus problemas, que mejoró su estado de ánimo, que hubo cambios en su forma de pensar y que pudieron conocerse y aceptarse mejor.

Si bien, se concluyó en este estudio, que ambas intervenciones son efectivas para reducir los síntomas de depresión a corto plazo, mejorar la autoestima a corto y largo plazo y respecto a la satisfacción de las participantes, se discuten algunas limitaciones metodológicas como la ausencia de un grupo control, el rechazo a la entrevista por parte de algunas participantes y el tamaño de la submuestra (Lara, 2003).

En la actualidad, se cuenta con tratamientos psicológicos y farmacológicos eficaces para la depresión. Sin embargo, en la mayoría de los países en desarrollo, dada su baja inversión en salud mental, es utópico pensar que estos medios se hallen disponibles para la población que depende de los servicios públicos. Por tanto, es necesario contar con intervenciones de prevención y de tratamientos breves y metodológicamente probados, que permitan responder de manera eficaz y eficiente a este problema. Esta reflexión ha llevado al diseño y evaluación de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión.

## PROPÓSITO

Según datos tomados de los resultados de La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora, 2003), en México, para la sociedad femenina se ha vuelto cada vez más frecuente la aparición de trastornos de el estado de ánimo, tanto que en estudios epidemiológicos recientes la depresión ocupa un problema de salud pública y se presenta por lo menos en cinco de cada diez mujeres, lo que indica que se trata de un grupo numeroso de pacientes homogéneos, con sintomatología afectiva única o acompañada por otros síntomas, de evolución crónica, continua, intermitente o recurrente de manera irregular y de intensidad leve a grave sin llegar a reunir los criterios de depresión mayor.

El propósito de esta investigación es comparar los resultados de la aplicación de dos programas de intervención grupal para disminuir los niveles depresivos en mujeres que asisten a un nivel de atención primaria y secundaria. Además de mostrar técnicas terapéuticas, las cuales mejoran el estado anímico de las pacientes, desarrollando habilidades cognitivas y conductuales específicas para afrontar sus estados depresivos, así como fomentar conductas positivas en su vida diaria.

## METODOLOGIA

### A) Objetivo de la investigación

Objetivo General: comparar la eficacia entre dos programas de intervención grupal (programa psicoeducativo y un programa de intervención cognitivo-conductual acompañado del programa psicoeducativo) en los niveles de atención primaria y secundaria, tomando como parámetros los niveles depresivos de las mujeres que solicitan la atención psicológica en el Centro de Orientación a la Mujer y a la Familia (COMF) “Rigoberta Menchú”.

Objetivos particulares:

1. Determinar si hay o no diferencias entre los niveles depresivos de las mujeres, dependiendo del programa de intervención grupal que se les brinde.
2. Mejorar el estado de ánimo de las mujeres que asisten al servicio de psicología en el C. O. M. F. “Rigoberta Menchú”.
3. Promover estrategias de intervención que permitan prevenir depresiones severas en las mujeres que asisten a este nivel de atención (atención primaria y secundaria).

### C) Hipótesis

Hi. Si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles depresivos de las mujeres dependiendo del programa de intervención al que asistan.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles depresivos de las mujeres dependiendo del programa de intervención al que asistan.

Ha. El programa de intervención con técnicas y dinámicas cognitivas-conductuales acompañado del programa psicoeducativo disminuye de manera significativa los niveles depresivos de las mujeres en comparación con el programa de intervención psicoeducativo.

#### D) Hipótesis estadística

Hi.  $R_{xyz} \neq 0$  (“Diferencias entre las variables, niveles depresivos, programa de intervención con técnicas y dinámicas cognitivo conductuales acompañadas del programa psicoeducativo y el programa de intervención psicoeducativo no es igual a cero”)

Ho.  $R_{xyz} = 0$  (“No hay diferencias”)

## E) Variables

Variables Independientes: Programa de intervención psicoeducativo

Programa de intervención cognitivo-conductual acompañado del programa psicoeducativo

Variable Dependiente: niveles depresivos

## F) Definiciones conceptuales de las variables

Niveles Depresivos: Estos niveles se denominan así debido a la actitud actual que presenta el paciente al llegar a la entrevista. Los factores que se encuentran ínter correlacionados son los siguientes: actitudes negativas hacia si mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática. Esto permite identificar y evaluar la depresión en pacientes que asisten a este nivel de atención.

Programa de Intervención cognitivo-conductual: Es una serie de dinámicas cognitivo-conductuales que van dirigidas a restablecer las actividades habituales y la forma de resolver los problemas de una forma activa y adaptativa.

Los componentes de está intervención son los siguientes:

Aumentar la actividad, mejorar el estado de ánimo, así como modificar pensamientos automáticos, expectativas, ideas irracionales, atribuciones y esquemas.

Programa Psicoeducativo: Es una intervención basada en un programa de temas estructurados sobre los factores que desencadenan la depresión en las mujeres, el objetivo de este programa es reducir los niveles depresivos.

### G) Definiciones operacionales de las variables

Niveles depresivos: Auto-aplicación del Inventario de Depresión de Beck, versión mexicana. (Anexo)

Programa de Intervención cognitivo-conductual: Comparación de los puntajes obtenidos en el BDI al inicio y final del programa. (Anexo)

Programa Psicoeducativo: Comparación de los puntajes obtenidos en el BDI al inicio y final del programa. (Anexo)

### H) Diseño experimental

Se utilizó un diseño experimental denominado preprueba – posprueba con dos grupos experimentales.

G1	01	—	02
G2	03	X	04

### I) Tipo de investigación

Experimental

### J) Muestra

Nuestra población comprenden a todas aquellas mujeres que asistieron a la consulta externa del Centro de Orientación a la Mujer y a la Familia “Rigoberta Menchú”, ubicado en Calle 23 s/n Col. Campestre Guadalupana, Municipio de Cd. Nezahualcoyotl y que además presentaban niveles de depresión leves, moderados y graves evaluados a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Se tomaron un muestreo dirigido (no probabilístico), debido a que los sujetos de estudio tenían que ser homogéneos en las siguientes variables: edad, sexo, además de que a juicio clínico del terapeuta, debían presentar una sintomatología depresiva a través de una breve entrevista, estos sujetos fueron elegidos únicamente de la consulta externa que acuden al área de psicología en el C. O. M. F. Los días lunes en el tiempo comprendido de 9:00 AM a 12:00 PM.

Se formaron dos grupos de 32 personas cada uno, basados en los criterios de inclusión y exclusión que se muestran a continuación:

Criterios de Inclusión:

- Ser de sexo femenino
- Tener entre los 18 y 58 años
- Ser pacientes del área de Psicología en el Centro de Atención a la Mujer y a la Familia. "Rigoberta Menchú".
- Ser mexicana
- Sin importar el estado civil
- Registrar sintomatología depresiva
- Saber leer y escribir como mínima escolaridad

Criterios de Exclusión:

- Padecer algún tipo de trastorno mental grave o retraso mental
- No consumir ningún tipo de drogas
- Estar bajo tratamiento farmacológico (antidepresivo)

Instrumento: Inventario de depresión de Beck

En un estudio realizado por Jurado y colaboradores (1998), en el cual analizan tres estudios psicometricos que tuvieron como objetivo traducir, adaptar y estandarizar el Inventario de Depresión de Beck se obtuvieron los siguientes resultados:

"El análisis de consistencia interna para la muestra normativa arrojó un valor alfa de 0.87, mientras que la capacidad discriminativa de los reactivos resultó significativa en todos ellos con  $p$  menor .000".

Con base en los resultados de los tres estudios reportados, Jurado y colaboradores concluyen que la versión mexicana del BDI, cumple con los requisitos psicométricos mínimos necesarios para ser empleada como instrumento de evaluación de la depresión, es decir reporta cifras estadísticas que demuestran la validez de contenido, de criterio y de constructo. Jurado y col. Establecen con los datos aquí reportados se puede concluir que el BDI tiene propiedades psicométricas robustas para ser utilizado en la población mexicana.

El Test de depresión de Beck estandarizado en México por Jurado y colaboradores (1998) nos permite manejar los niveles depresivos, no sólo en cuanto a las conductas y pensamientos observables, sino también maneja reactivos acerca de la sintomatología que caracteriza a la depresión en mujeres mexicanas que asisten a un nivel primario de atención.

La **escala de medición tipo Likert**, utilizada por el BDI consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, los cuales tienen asignado un valor numérico, así el sujeto obtiene una puntuación respecto a cada afirmación, al final su puntuación total, se obtiene sumando todas las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones.

El puntaje total equivale al nivel depresivo en el que se encuentra la paciente:

0 a 9 mínimos de depresión

10 al 16 depresión leve

17 al 29 depresión moderada

30 al 63 depresión severa

#### Procedimiento

Cabe mencionar que la aplicación del BDI durante la fase de preprueba se realizó de manera colectiva antes de iniciar cualquiera de los dos programas. Al momento de la aplicación se dieron las instrucciones auto contenidas en el inventario, manteniéndose constantes en todas las aplicaciones.

Ambos tratamientos tienen una duración de 9 sesiones y el tiempo aproximado de cada sesión es de una hora a dos horas. Ambos tratamientos se muestran en la sección de anexos.

Durante la fase de posprueba, la aplicación se realizó al término de cada uno de los programas.

#### ANÁLISIS DE DATOS

Finalmente, los puntajes crudos del BDI, fueron codificados y procesados mediante el paquete estadístico SPSS versión 13. Lo que nos permitió realizar una comparación intergrupar, mediante **la prueba 't' de Studen**, la cual pertenece a la categoría de estadística paramétrica y que sirve para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias.

Consideramos la más adecuada porque puede utilizarse para comparar los resultados de una preprueba con los resultados de una posprueba en un contexto experimental; comparamos las medias y las varianzas de los dos grupos de mujeres depresivas en dos momentos diferentes:

$$t = \frac{X_1 - X_2}{\sqrt{s_1^2 / n_1^2 + s_2^2 / n_2^2}}$$

## RESULTADOS

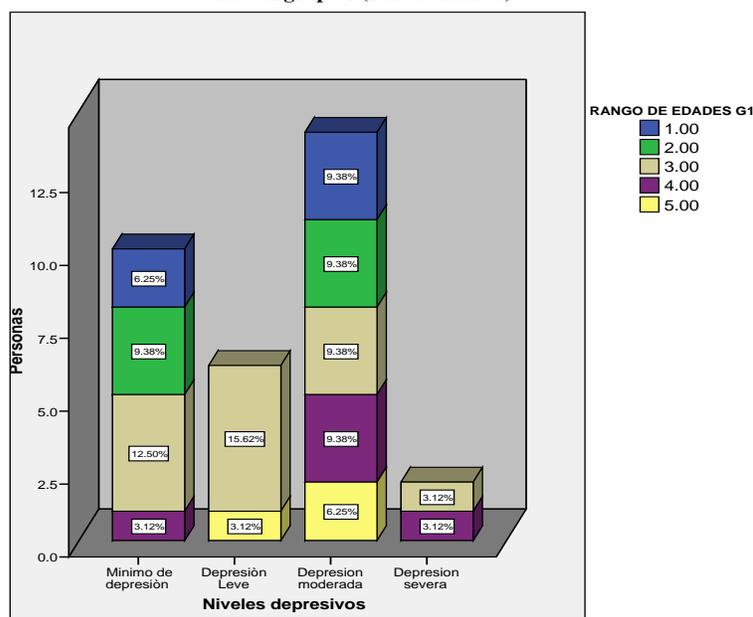
*Mediciones.* La entrevista clínica incluyó varias secciones. 1) Ficha de identidad, 2) Datos Clínicos los cuales nos proporcionaba la visión que tenía el paciente acerca de su problemática, la gravedad de su problema y si estaba en algún tipo de tratamiento farmacológico, 3) Datos personales del paciente que refieren información sobre su historia clínica desde su infancia hasta la actualidad (miedos, sintomatología, emociones y vida sexual), además de la historia matrimonial, 4) Datos familiares que nos brindaron un panorama general de sus relaciones familiares.

El análisis del Inventario de Depresión de Beck se realizó comparando los 21 reactivos del Inventario depresivo de Beck aplicados tanto en la preprueba como en la posprueba en ambos grupos, para esto se utilizó la *t* de student para grupos no relacionados lo que reveló los siguientes resultados:

*Características sociodemográficas del Grupo psicoeducativo (grupo 1).* La media de edad en el grupo 1 fue de 35.25 años (DS 8.43); el mínimo de edad fue de 19 años y el máximo 53 años, el 55% de las participantes están casadas, el 25% separadas, 10% en unión libre y un 10 % solteras. Mientras que la escolaridad reportada fue de 42% técnico, 22% secundaria, 16% primaria, 16% licenciatura, 2% preparatoria y 2% sin escolaridad. Respecto a la ocupación el porcentaje mayor se ubicó en 54% que corresponde al hogar, 37% al hogar-trabajo, 7% estudiante-hogar y 2% estudiante-trabajo lo que muestra que la mayoría de las mujeres de este grupo se dedicaban al hogar. Como se observa en la grafica 1 y 2.

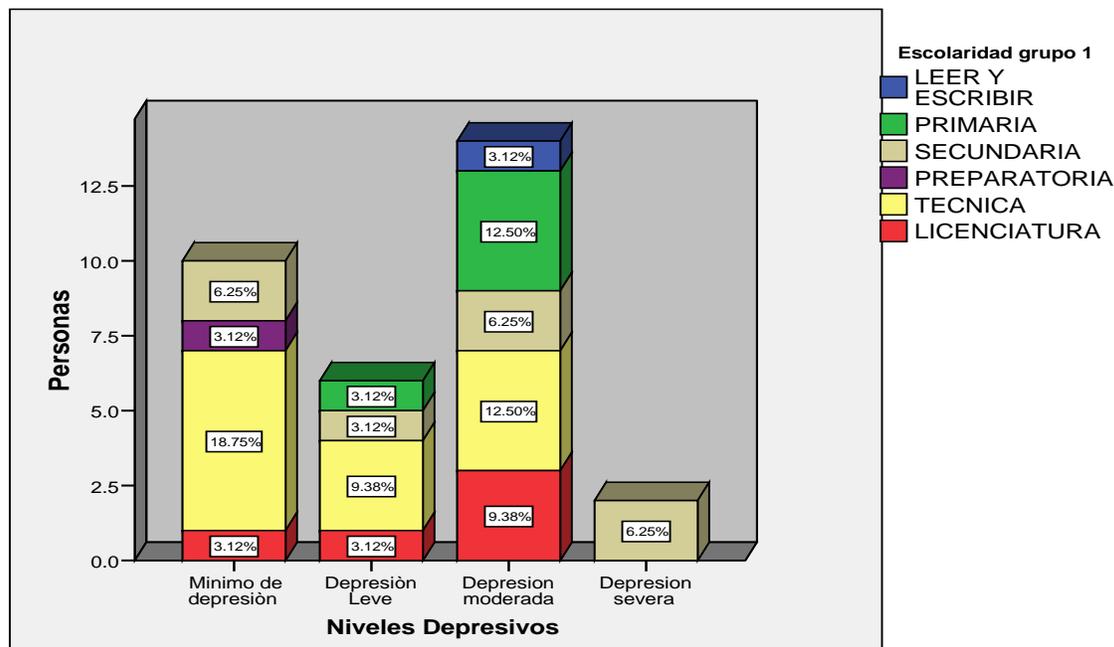
Grafica 1

Comparación entre los niveles depresivos obtenidos en la pos-prueba y los rangos de edad del grupo 1 (Psicoeducativo)



GRAFICA 2

**Comparación entre la escolaridad y los niveles depresivos obtenidos en el pos-test de el grupo 1 (Psicoeducativo).**

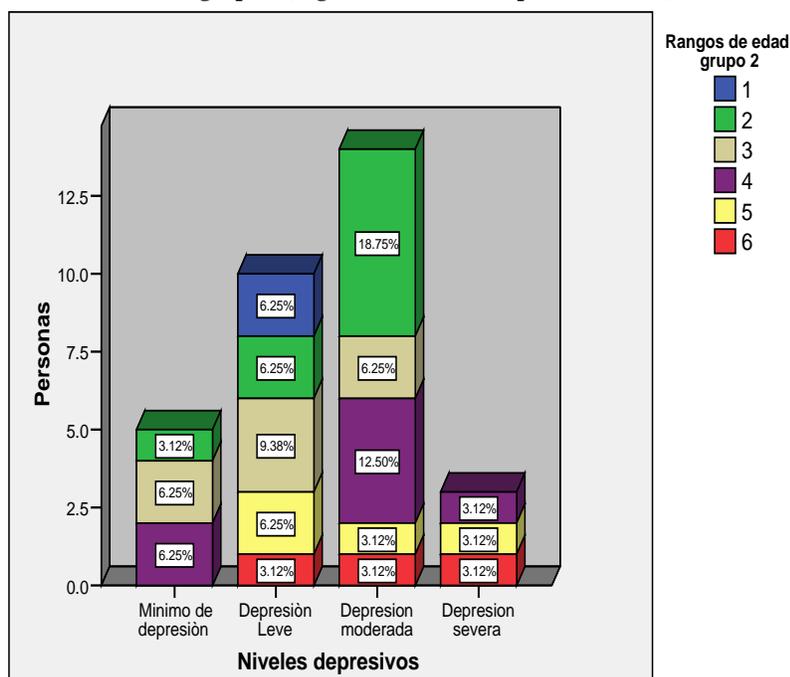


*Inventario de Depresión de Beck.* Para evaluar los reactivos del Inventario de Beck tanto en el pretest y postest se utilizó la prueba *t* de student para grupos relacionados y la muestra fue de  $N = 32$  para cada grupo. Los resultados mostraron que ambos grupos iniciaron los programas con un nivel depresivo que no mostraba diferencias significativas la media en el nivel depresivo de cada grupo fue para el grupo psicoeducativo (grupo 1) = 26.59 y para el grupo cognitivo-conductual (grupo2) = 26.46, se determina que ambos grupos son homogéneos.

*Características sociodemográficas del Grupo cognitivo-conductual (grupo 2).* La media de edad en el grupo 2 fue de 38.46 años (DS 9.82); el mínimo de edad fue de 19 años y el máximo 57 años, las participantes 72% casada, 19% separadas, 7% solteras y 2% divorciadas. El nivel de escolaridad reportado fue de 25% licenciatura, 22% primaria, 19% secundaria, 16% preparatoria, 16% técnico y 2% sin escolaridad. Respecto a la ocupación un 66% se dedica al hogar, 10% hogar-trabajo y un 2% estudiante-hogar. Observar Graficas 3 y 4.

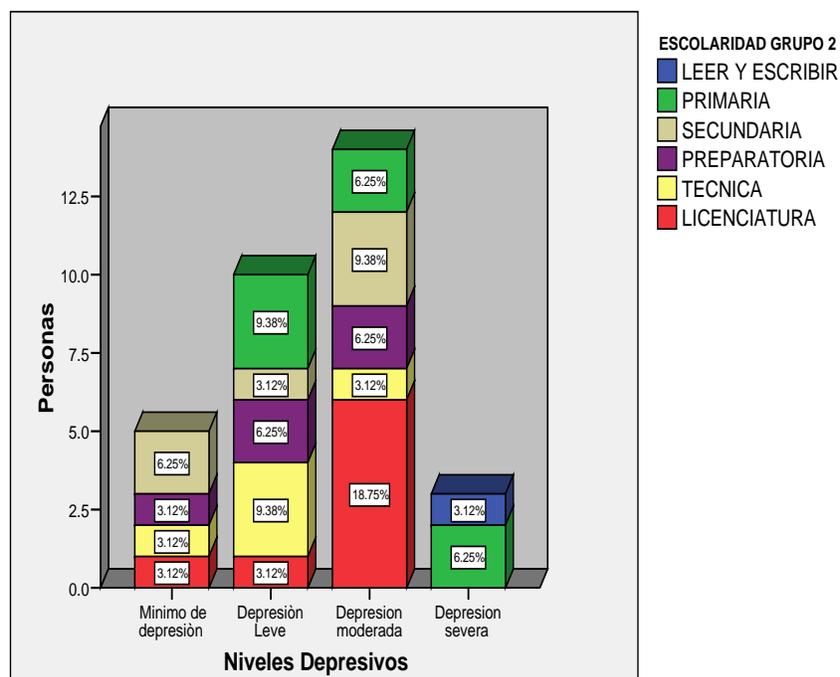
GRAFICA 3

Comparación entre los niveles obtenidos en la pos-prueba y los rangos de edad de grupo 2 (cognitivo-conductual-psicoeducativo).



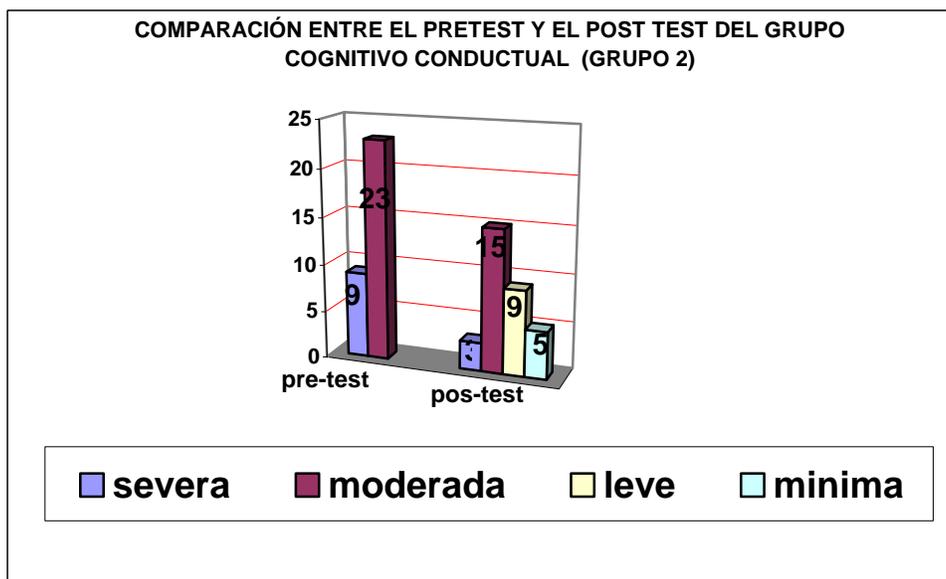
GRAFICA 4

Comparación entre la escolaridad y los niveles depresivos obtenidos en el pos-test del Grupo 2 (Cognitivo-Conductual-Psicoeducativo).

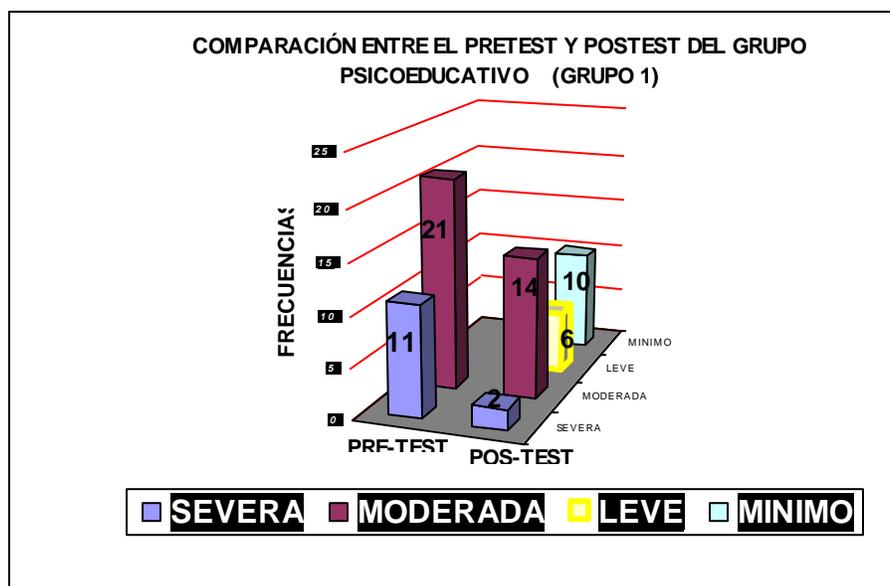


Donde mostraron una reducción significativa, fue en la evaluación pre-tratamiento y pos-tratamiento en el análisis el G1 (psicoeducativo) obtuvo una  $t = 7.37$ ;  $P = 0.000$  y mientras que el G2 (cognitivo-conductual) obtuvo una  $t = 5.36$ ;  $P = .000$ . En ambos grupos se observaron diferencias significativas con respecto a la preprueba de cada uno, sin embargo basados en la escala de depresión de Beck el Grupo 1 que recibió el programa psicoeducativo reduce los niveles depresivos de moderado a leve, en cambio el Grupo 2 que recibió el programa psicoeducativo y el tratamiento cognitivo conductual no reduce los niveles depresivos. Como se muestra en la grafica 5 y 6.

GRAFICA 5



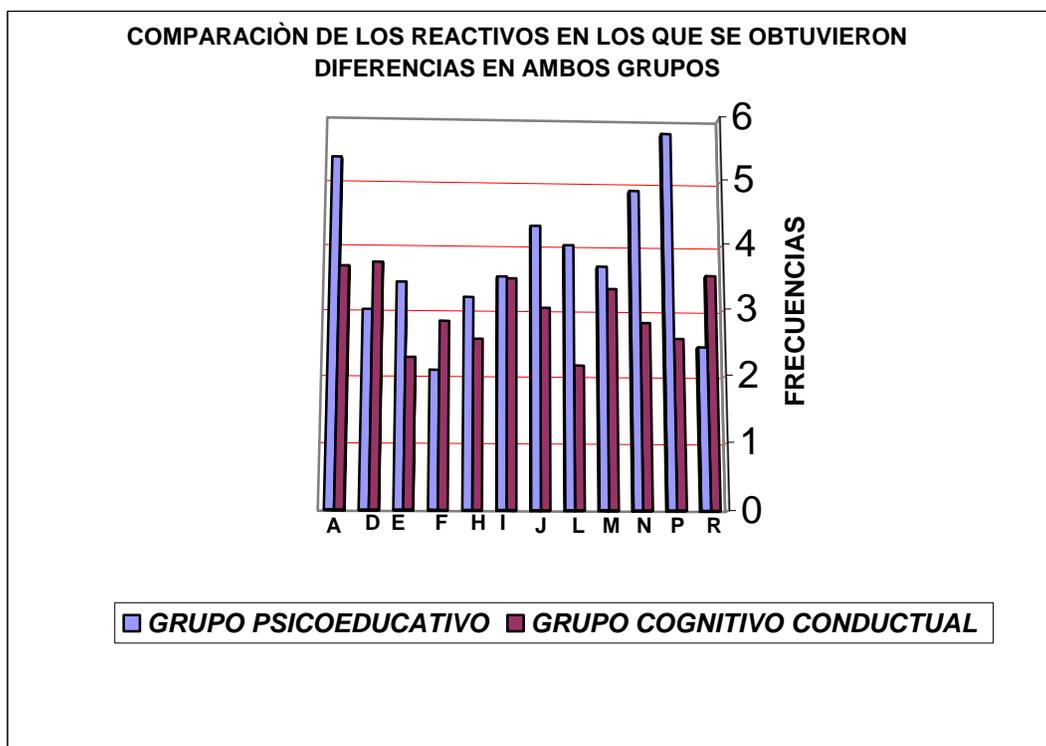
GRAFICA 6



Este programa (psicoeducativo) tuvo impacto sobre 15 de los 21 reactivos, generando una mejoría sobre los siguientes síntomas: **tristeza**, futuro, sentimientos de fracaso, satisfacción personal, culpa, sentirse castigada, **odio**, crítica a si mismo, pensamiento de suicidio, **llanto**, socialización, toma de decisiones, **apariencia física**, **dormir**, **apetito**.

El programa cognitivo-conductual-psicoeducativo tuvo impacto sobre 14 de los 21 reactivos, generando una mejoría sobre los siguientes síntomas: tristeza, satisfacción personal, culpa, sentirse castigada, crítica a si mismo, pensamiento de suicidio, llanto, socialización, toma de decisiones, apariencia física, **actividades laborales**, dormir, **ansancio**, **apetito**. Ver grafica 7.

GRAFICA 7



Al comparar ambos grupos para cada reactivo de la posprueba se encontró que el grupo psicoeducativo tiene un mayor impacto sobre los reactivos de tristeza, pensamientos de culpa, crítica de si misma, llorar, socializar, toma de decisiones, auto imagen física y sueño en comparación con el grupo cognitivo conductual-psicoeducativo el cual tiene efecto en estos pero en menor magnitud.

En el grupo cognitivo-conductual no se obtuvieron diferencias significativas entre la preprueba y la posprueba de los siguientes síntomas, visión de ella en un futuro, pensamientos de fracaso, desilusión personal, irritabilidad, peso, salud física y sexualidad. Como se muestra a continuación en los cuadros 1 y 2.

Cuadros 1 y 2 Reactivos en los que se obtuvieron diferencias significativas.

Cuadro 1. Reactivos con diferencias significativas después del tratamiento psicoeducativo

REACTIVO	DESV. STD	ERROR STD.	T	SIG.
TRISTEZA	.83219	.14711	5.311	.000
VISIÓN DE ELLAS EN UN FUTURO	1.52400	.26941	2.784	.009
PENSAMIENTO DE FRACASO	1.13192	.20010	2.967	.006
INSATISFACCIÓN PERSONAL	1.13192	.20010	2.967	.006
PENSAMIENTOS DE CULPA	1.09572	.19370	3.388	.002
DESILUSIÓN PERSONAL	1.09939	.19435	4.020	.000
CRITICA DE SI MISMAS	.94985	.16791	3.164	.003
PENSAMIENTOS DE MUERTE	.76134	.13459	3.483	.002
LLORAR	1.20106	.21232	4.268	.000
SOCIALIZAR	1.02342	.18092	3.973	.000
TOMA DE DECISIONES	1.21109	.21409	3.649	.001
AUTO IMAGEN FÍSICA	.90161	.16193	4.383	.000
SUEÑO	.89296	.15785	5.741	.000
APETITO	1.16398	.20576	2.430	.021

\* t Tablas = 2.-042

\* Nivel de Confianza = 95 %

Cuadro 2. Reactivos con diferencias significativas después del tratamiento cognitivo-conductual

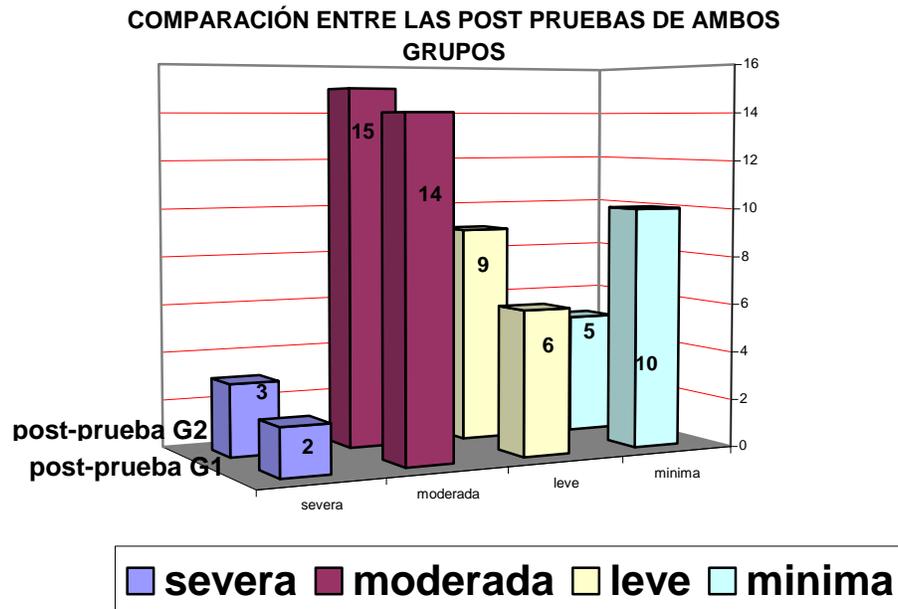
REACTIVO	DESV. STD	ERROR STD.	T	SIG.
TRISTEZA	.87759	.15514	3.626	.001
INSATISFACCIÓN PERSONAL	.91084	.16102	3.688	.001
PENSAMIENTOS DE CULPA	.94186	.16650	2.252	.032
PENSAMIENTOS DE SER CASTIGADA	1.70595	.30157	2.798	.009
CRITICA DE SI MISMA	1.04679	.18505	2.533	.017
PENSAMIENTO DE MUERTE	.66524	.11760	3.455	.002
LLORAR	1.23417	.21817	3.008	.005
SOCIALIZAR	1.07341	.18975	2.141	.040
TOMA DE DECISIONES	1.17604	.20790	3.307	.002
AUTO IMAGEN FÍSICA	.94985	.16791	2.792	.009
ACTIVIDADES LABORALES	.83702	.14797	4.013	.000
SUEÑO	1.10716	.19572	2.555	.016
CANSANCIO	.78738	.13919	2.470	.019
APETITO	.80322	.14199	3.521	.001

\* t Tablas = 2.-042

\* Nivel de Confianza = 95 %

Finalmente al contrastar los resultados de las post-pruebas entre ambos grupos no se observan diferencias estadísticas entre los grupos, lo que sugiere que ambos tratamientos mostraron ser eficaces, lo anterior se puede observar en la grafica 8.

GRAFICA 8



## DISCUSION

El objetivo de este trabajo fue comparar la eficacia entre dos programas de intervención grupal (programa psicoeducativo y un programa de intervención cognitivo-conductual acompañado del programa psicoeducativo) en los niveles de atención primaria y secundaria, tomando como parámetros los niveles depresivos de las mujeres que solicitan la atención psicológica en el Centro de Orientación a la Mujer y a la Familia “Rigoberta Menchú”.

La investigación fue comparativa entre los niveles depresivos que obtuvieron ambos grupos durante la fase de preprueba y posprueba, Los tratamientos que se utilizaron en la investigación no son tomados como un aspecto a comparar debido a que en investigaciones como las de Rhem (1995), Thase (1999) y Lara y cols. (2003) demuestran la efectividad de estos tratamientos.

Al igual que la investigación de Lara (2003) en ésta investigación se observaron reducciones significativas entre la evaluación del pretes y postes en cada grupo, con respecto a un tratamiento puramente psicoeducativo.

Investigaciones anteriores como la Encuesta de Prevalencia de Trastornos Mentales y de uso de Servicios resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (2003) se concuerda con ella en la necesidad de incrementar más esfuerzos orientados para hacer disponible los servicios de atención primaria a la población.

Por otro lado, como lo menciona Caraveo (1999) se resalta la importancia que tienen los programas de educación para los diferentes sectores de la población referido hacia trastornos específicos como es el caso de nuestra investigación.

Ésta investigación confirma los preceptos teóricos propuestos por Beck (1978) ya que menciona a la depresión como una afectación comportamental basada en distorsiones cognitivas, por lo tanto, la investigación demuestra que con ambos tratamientos (cognitivo –conductual – psicoeducativo y psicoeducativo) se logro tener impacto favorable sobre las distorsiones cognitivas que perciben e introyectan las pacientes como son: tristeza, visión de ellas en un futuro, sentimientos de fracaso, satisfacción personal, odio, culpa, sentirse castigadas, critica así misma, pensamiento de suicidio, toma de decisiones y apariencia física. Con respecto a la afección comportamental se tuvo impacto favorable sobre los siguientes reactivos: socialización, llanto, dormir, cansancio, apetito y actividades laborales.

Cabe resaltar que no solo ésta postura teórica, sino, estudios como el de Ruiz (2007) muestran evidencias claras que el tratamiento de los ámbitos cognitivos y comportamentales llevan a los pacientes a una mayor tasa de recuperación.

Además esta investigación concuerda con la investigación de Ruiz (2007) ya que resaltan la importancia de integrar a pacientes con depresión moderada a este tipo de estudios con el fin de realizar un procedimiento más óptimo para mejorar el diagnóstico a niveles de atención primaria, ya que permitiría seleccionar a los pacientes con base a su sintomatología para que reciban el tratamiento más adecuado.

Lo anterior logra cumplir con los lineamientos mencionados por Padilla (1985) los cuales persiguen las Instituciones Públicas que manejan el primer nivel de Atención Primaria, estos lineamientos no sólo persiguen un tratamiento preventivo, sino un adecuado seguimiento clínico en el paciente, lo que conlleva a un diagnóstico preciso, que permita facilitar la intervención en niveles posteriores.

Los resultados de este estudio son similares a los documentados en la bibliografía nacional e internacional donde se demuestra la eficacia de la intervención cognitivo-conductual, sin embargo con la intervención psicoeducativa no existen grandes referencias bibliograficas acerca de su eficacia, por lo que es importante tomar en cuenta este tipo de intervención como un complemento o apoyo para otro tipo de tratamientos enfocados no solo a la depresión, sino a otros trastornos como la angustia, ansiedad, fobias, etc.

Por último, se finaliza aceptando la hipótesis nula de esta metodología ( $H_0$ ). No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles depresivos de las mujeres dependiendo del programa de intervención al que asistan) debido a que en ambos grupos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en los niveles depresivos de manera Inter grupal, pero no de manera Intra grupal.

## CONCLUSION

Es evidente que ambos programas mejoran los síntomas y niveles depresivos descrito por Beck (1983). Sin embargo no reducen aspectos como la irritabilidad, peso, la salud y el interés sexual, cuestiones que el DSM IV relaciona este síntoma con un trastorno mixto ansioso-depresivo. Según el manual de diagnóstico de los trastornos mentales, dentro de los “trastornos del estado de ánimo” se encuentra la depresión conjuntamente con el “trastorno depresivo mayor, episodio único y recidivante”. Por otro lado el manual considera los “trastornos de ansiedad” dentro del cual se encuentran entre otros la “crisis de angustia” o ansiedad generalizada”, entre otros. Para muchos profesionales, tanto la ansiedad como la depresión son consideradas de gran importancia debido a que se trata de los dos más comunes motivos de consulta en el ámbito de psicología y psiquiatría. Desde esta perspectiva la ansiedad esta relacionada con sensaciones angustiosas y la depresión con la tristeza. Según esta concepción, ambas entidades, aparecen como sentimientos que se encuentran íntimamente relacionados llegando a considerar que los trastornos de ansiedad anteceden casi siempre a un episodio depresivo. De esta manera se piensa que la depresión termina siendo la culminación de un estado de ansiedad previo. Según otro importante número de teóricos, tanto la depresión como la ansiedad, no son entidades que puedan diagnosticarse por sí solas.

Estos datos son importantes para posteriores investigaciones, ya que ayudaran a tener un mejor control de estas variables, así como el manejo de estrategias específicas que combatan estos síntomas.

La prueba *t* para muestras separadas no mostró diferencias al comparar los niveles depresivos entre ambos grupos, Lo que significa que ambos grupos reducen de manera significativa los niveles depresivos, de forma cualitativa un aspecto importante son las escalas creadas por Beck ya que en el caso del grupo 1 los niveles en la preprueba se encontraban en un nivel depresivo moderado, al aplicar el tratamiento psicoeducativo cambio obteniendo un nivel depresivo leve, lo que no sucedió con el grupo 2 cognitivo-conductual ya que en la fase de la preprueba se obtuvo un nivel depresivo moderado el cual después del tratamiento cognitivo-conductual y psicoeducativo no mostró cambios ya que se mantuvo el mismo nivel aún después del tratamiento.

Si bien se puede concluir que ambas intervenciones son efectivas debido a que ambas reducen los niveles depresivos, así como los síntomas de depresión a corto plazo y a largo plazo, hay que tomar estos resultados con cautela en vista de que existen algunas limitaciones metodológicas. La más importante, la ausencia de un grupo control, debido al escenario natural y los riesgos que esto presenta.

Por lo que se recomienda que para investigaciones posteriores debe de establecerse un grupo control que permita eliminar las limitantes experimentales, además de considerar los trastornos que se presentan conjuntamente con la depresión como son: la angustia y la ansiedad, que según datos de La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003), son los trastornos de mayor recurrencia entre las mujeres que habitan en el Distrito Federal y Área Metropolitana.

Respecto a los tratamientos es prudente considerar otras técnicas de afrontamiento cognitivo como lo son: las imágenes mentales (imaginería), las cuales, enseñan al paciente a reconocer las imágenes mentales e intervenir sobre las que son perturbadoras. Estos aspectos podrían ayudar a reducir la irritabilidad, la ansiedad y la angustia.

Finalmente es importante mencionar que en investigaciones futuras se continúe un proceso de seguimiento a largo plazo, el cual, permitiría afianzar los niveles de atención primaria en Instituciones públicas, lo anterior debido a que el paciente puede experimentar una mejoría con el tratamiento, sin embargo, en ocasiones aparecen recaídas naturales después de finalizado el tratamiento, de presentarse lo anterior es recomendable implementar algunas sesiones de refuerzo, esto permitiría no solo cumplir con los fundamentos de la atención primaria, sino que también, establecería un aspecto importante de la terapia cognitivo-conductual como es la "prevención de recaídas".

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *DSM-IV: Manual de estadística y diagnóstico de desordenes mentales*. 4a. edición, México: Autor.

Anderson, C., Douglas, R., Gerard, H. (1988). *Esquizofrenia y Familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amarortu.

Arieti, S. y Bemporad, J. (1990). *Psicoterapia de la depresión*, Buenos Aires: Paidós

Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B. F., Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Bellack, A. S. y Hersen, (1985). *Handbook of clinical behavior therapy*. Nueva York: Plenum.

Berenzon, S. (2003). *La medición tradicional urbana como recurso alternativo para el tratamiento de problemas de salud mental*. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología no publicada. México: UNAM.

Bleichmar, E. D. (1995). *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de hoy.

Burns, D. D. (1990). *Sentirse Bien. La nueva terapia emocional*. Barcelona: Paidós.

Calderón, N. G. (1990). *Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento*. México: Trillas.

Caraveo, J., Colmenares, E., Saldivar, G. (1999). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental*, 22 (Número especial), 62-67.

Caraveo, J., Gómez, M., Saldivar, G., González, E. (1995). Demandas de atención en salud mental. Tres diferentes ámbitos. *Anales. Reseña de la V Reunión de Investigación, IMP*, 18 (4), Diciembre, 1-9.

Caraveo, J. Gonzalez-Forteza, C., Ramos, L., Mendoza, A.P. (1986). Diferencias en la sintomatología psíquica de uno y otro sexo, en una muestra de pacientes en la consulta médica general. *Salud Mental*, Vol. 9 (2), Junio, 85-90.

Caraveo, J., Martínez, N.A., Rivera, B.E., Dayan, A.P. (1997). Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Mental*, Vol.20 (Suplemento 2) Julio, 15-23.

Diario de México. (2007). *Crece niveles depresivos entre la población: ISSSTE* [www.diariodemexico.com.mx/?module=displaystory&story\\_id=4012&format=html&edition\\_id=32](http://www.diariodemexico.com.mx/?module=displaystory&story_id=4012&format=html&edition_id=32) Edición 14625 19/02/2007.

Ehrenberg, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y Sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Ferster, C.B. (1981). A functional analysis of behavior therapy. En Rehm, L.P. (ed.). *Behavior Therapy for Depression*. Nueva York : Academic Press, 123-130.

Grucza, R., Przybeck, T., Spitznagel, E., Cloninger, C.R. (2003). Personality and depressive symptoms: a multi-dimensional analysis. *Jornal Affect Disord*, 74.

Huprich, S.K. (1998) Depressive personality disorder. Theoretical issues, clinical findings and future research questions. *Clin Psychol Review*, 18, 477-500.

Instituto Mexicano de Psiquiatría. (1998). *Encuesta Nacional de Adicciones, Epidemiología*. México: Autor.

James, A. E. y Benedek, T. (1981). *Depresión y existencia humana*. Barcelona: Salvat S.A.

Jurado, S., Méndez, L., Loperena, V., Villegas, Ma.E., Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Revista de salud mental*. Vol. 21 núm. 3 junio, 26-31.

Lara, A. y Acevedo, M. (1996). Patrones de utilización de servicios de salud mental. *Salud Mental*, (Suplemento - Abril), 14-18.

Lara, A., Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L., Rubí, N.A. (2003). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión en servicios de salud para población abierta. *Salud Mental* Vol.26, núm. 3 Junio, 27-36.

Lara, A. y Salgado, N. (1994). Mujer, pobreza y salud mental. En: Alatorre, J. (comp.) *Mujeres en la pobreza*. México: Colegio de México, 243-294.

Lewinshon, P. M., Gotlib, I. H., Hautzinger, M. (1997). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En Caballo, V. E. (dir): *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los tratamientos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI, 516-517.

Mcdermut, W., Zimmerman, M., Chelminski, I. (2003). The construct validity of depressive personality disorder. *Jornal Abnorm Psychol*, 112, 49-60.

Marijnissen, G., Tuinier, S., Sijben, A., Verhoeven, W.M. (2002). The temperament and character inventory in major depression. *Jornal Affect Disord*, 70. 219-223.

Márquez, R. (1990). *Tratamiento natural de la depresión*. Barcelona: Indigo.

Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., et al (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultado de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* Vol. 26 (4), Agosto, 1-14.

Padilla, P. y Peláez, O. (1985). Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención medica. *Salud Mental* 8 (3), 66-72.

Pfizer. (2007). *¿Depresión?*

[www.pfizer.com.mx/depresion/index.asp?action=home.interior&SectId=197](http://www.pfizer.com.mx/depresion/index.asp?action=home.interior&SectId=197)

19/02/2007.

Quinn, B. P. (2003). *Todo sobre la depresión Aprende a controlarla*. México: Mc Graw Hill.

Refugio Cristiano. (2007). *La depresión*.

[www.elrefugiocristiano.tripod.com.mx/elrefugiocristiano/index.html](http://www.elrefugiocristiano.tripod.com.mx/elrefugiocristiano/index.html) 2007

19/02/2007.

Rehm, L.P. (1995). Psicoterapias para la depresión. En Vallejo, M. A. *Manual de Terapia de conducta* Vol. 1. Madrid: Dykinson, 503-504.

Ruiz, A. S. (2007). *Depresión*.

<http://genesis.uaq.mx/posgrado/revistaelect/salud/sal003.htm> 14/01/2007.

Ruiz, L. G., Colín, R.F., Corlay, I.S., Lara, M.C., Dueñas, H.J. (2007). Trastorno depresivo mayor en México: La relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Mental*, Vol. 30 (2), marzo-abril,

Saldaña, C. (1984). Alternativas Conductuales a Problemas de Salud. *Anuario de Psicología* 1-2. 59-74.

Salin-Pascual, R. J. (2003). *Manual de Prescripción de Antidepresivos*. México: Mc Graw Hill

Stanley, W. J. (1986). *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid: Turner

Thase, M. E. (1999). *Tratamiento de la Depresión. Técnicas Clínicas Actuales*. España: Granica.

Vallejo-Pareja, M. A. (1998). *Manual de Terapia de conducta*. Vol. 1. Madrid: Dykinson.

Vallejo-Pareja, M. A. (1988). *Modificación de Conducta: Teoría, Metodología, Aplicación*. Madrid: UNED

# ANEXO

**SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
NEZAHUALCOYOTL**

**CENTRO DE ORIENTACIÓN A LA MUJER Y LA FAMILIA**

**“RIGOBERTA MENCHU”**

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA**

**OBJETIVO GENERAL:** Identificar que la salud no solo es la ausencia de enfermedad, sino de funcionamiento óptimo que implica un bienestar general, físico, psicológico y social, lo que permite disminuir la depresión en la mujer.

**OBJETIVOS PARTICULARES:**

- Desarrollar habilidades cognitivas y asertivas para combatir la depresión.
- Aprender a tomar decisiones y asumir la responsabilidad de las consecuencias que de ellas se deriven.
- Aprender a establecer límites internos para controlar las emociones.
- Aprender a establecer límites externos para no permitir ser agredida física y psicológicamente.

**DÍAS DE SESIÓN:** martes

**DURACIÓN:** Aproximadamente dos horas

**PSICOTERAPEUTAS:** Ana Lilia Correa Solís y Paulo César Barcenás Betanzos

## **TEMA: SALUD MENTAL**

**OBJETIVO:** Identificar los factores que permitan a la mujer adquirir el equilibrio emocional.

**DINAMICA:** “Canasta revuelta”. Se implementará al inicio de la sesión para romper el hielo.

La salud es el estado normal del ser humano, la cual consiste en un funcionamiento equilibrado y armonioso del organismo; esto quiere decir que la salud no solo es la ausencia de enfermedad sino de funcionamiento óptimo que implica un bienestar general, no solo físico sino también psicológico y social. Como estado natural, es también un derecho básico de cualquier individuo, por eso, en todas las naciones la lucha contra las alteraciones de la salud llamadas enfermedades es intensa, ya que lo que afecta a una serie de personas también afectará a una sociedad.

Para conservar la salud mental es necesario reforzar el autoconocimiento, la autoestima, la capacidad afectiva y emocional, así como la asertividad.

Las actividades que favorecen a un buen estado de salud en general son básicamente las recreativas y las deportivas, cuya importancia se encuentra en los diversos beneficios que aportan, las cuales van desde la posibilidad que brindan para convivir en grupo con otros y otras personas con los que comparten aficiones, interés, formas de pensar, de actuar, hasta el acondicionamiento para un correcto funcionamiento físico.

Las actividades recreativas grupales ayudan a la formación de hábitos saludables, a la adquisición de la confianza en sí misma, al espíritu de la colaboración y el fomento de las relaciones humanas. La finalidad de estas actividades es el fomentar la convivencia agradable con un grupo, además de promover capacidades que favorecen su crecimiento como persona, estas pueden ser la seguridad personal, desarrollo de autonomía, sentimientos de pertenencia a un grupo, etc. (Espinoza, 1999).

## **TEMA: RELACIÓN DE PAREJA Y FAMILIA**

**OBJETIVO:** Aprender y aplicar diferentes técnicas para la solución de conflictos en pareja.

**DINAMICA:** Juego de roles; escenificar por parejas la actitud de ella y la actitud del marido e intentar una posible solución. Ésta se llevará a cabo a media sesión.

En nuestra época, la pareja se considera una unión voluntaria entre dos personas que se vinculan por lazos afectivos y en la gran mayoría de los casos también legales. Las relaciones de pareja son muy diversas y complejas en la actualidad. Están influidas notablemente por la diversidad cultural, sexual, ideológica, económica, por los cambios en el rol de la mujer...

Los problemas son parte de la propia estabilidad de la pareja, aunque sólo sea en cuanto que ésta habrá de afrontar cambios, tensiones, dificultades externas a la pareja que provienen del ámbito social y del propio transcurrir del ciclo vital. Una de las vertientes de los problemas de pareja es la ruptura de la relación, las separaciones y los divorcios. Desde algunos puntos de vista, la separación y el divorcio se contemplan como relaciones fracasadas. Las consecuencias negativas que tienen las separaciones y divorcios en la salud mental y física abarcan desde los accidentes de coche, las enfermedades, problemas emocionales, hasta el suicidio y homicidio. También hay evidencias de que el conflicto de la pareja está asociado a problemas en los hijos (tanto de salud como de competencia educativa, social y conductual). (Cáceres,1994).

Otro motivo de los problemas entre la pareja, son las relaciones extramaritales o adulterio que se producen cuando un individuo legalmente casado sostiene relaciones sexuales con otro individuo que puede o no estar casado. Dicho de otro modo, ambos adúlteros pueden ser casados, o solo puede serlo uno. Casi todas las sociedades humanas, han condenado el adulterio, principalmente por que arroja dudas sobre la paternidad y tiende a destruir la vida familiar.

Teniendo en cuenta que los deseos adúlteros son muy fuertes y completamente normales por parte de casi todas las personas casadas, las acciones extramaritales suelen ser caóticas e inmadurez. Pero en el caso de que estas relaciones existan y sean descubiertas por uno de los cónyuges, no hay que considerarlas como una señal segura de que el amor conyugal ha muerto y de que debe entablarse inmediatamente el divorcio.

En la mayoría de los casos el matrimonio puede salvarse, y en ocasiones incluso mejorarse, si el cónyuge que no ha cometido adulterio: a) conserva la calma, sin convertir en una catástrofe la situación que se ha presentado; b) se abstiene de censurar al cónyuge adúltero por su conducta que, si bien denota falta de madurez, es muy humana; c) desecha cualquier idea de venganza o desquite; d) hace un sincero examen de conciencia para descubrir lo que puede haber hecho, a fin de alentar el adulterio de su cónyuge; e) hace todos los esfuerzos posibles, para mejorar sus relaciones amorosas y sexuales con su cónyuge; y f) en caso necesario, pedirá el consejo de un asesor matrimonial imparcial y objetivo o un psicoterapeuta, que le ayudará a descubrir y corregir las actitudes ocultas y las emociones que se hallan en la raíz del adulterio que acaba de cometerse. (Ellis, 1994).

Para las mujeres que tienen hijos hay motivos adicionales de culpa. Las preocupaciones son comprensibles, pero muchas de ellas están basadas en conceptos falsos. No hay pruebas de que los niños necesiten a ambos padres para llegar a convertirse en adultos sanos, pero sí las hay, y muchas, de que los niños que crecen en un ambiente de tensión, agresión y conflicto se enfrenten con dos alternativas: reeditar esos comportamientos en la edad adulta o convertirse en seres deprimidos y retraídos que adoptan el papel de víctimas.

Los divorcios son difíciles para todos, pero los niños pueden sobrevivir -y sobreviven- a ellos, siempre que cuenten con la orientación la presencia continuada de un adulto que los quiera. Los hijos se beneficiarán mucho más de la fortaleza y de la capacidad de tomar decisiones basadas en la realidad que de la permanencia de la madre en un hogar donde la vean tiranizada y también ellos sean tiranizados. (Forward, 2001).

**TEMA: PELICULA “NUESTRO AMOR”**  
(Bruce Willis y Michelle Pfeiffer)

**OBJETIVO:** Analizar diálogos de escenas principales de la película por medio de la asertividad.

**DINÁMICA:** Ninguna (por cuestiones de tiempo)

Es la historia de una pareja que se casaron enamorados, idealizando cada uno a su manera como sería su matrimonio, pero al pasar de los años la actitud de perfección en ella y la actitud espontánea en él, fueron ocasionando conflicto tras conflicto por la falta de comunicación, de comprensión y de aceptación de la personalidad de cada uno, que los lleva a tomar una decisión precipitada, la separación, y hasta posiblemente el divorcio, estando el amor presente en ambos.

## **TEMA: VIOLENCIA HACIA LA MUJER Y AUTOESTIMA**

**OBJETIVO:** Resaltar las habilidades y capacidades que cada una de las mujeres presenta en vez de juzgarse así misma.

**DINAMICA:** Técnica del espejo, identificar que a través de su semblante (rostro) y expresión corporal se percibe el estado de ánimo. Se realizará al inicio de la sesión.

La violencia es siempre una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza ( ya sea física, psicológica, económica, política) e implica la existencia de un arriba y un abajo reales o simbólicos, además de una búsqueda de eliminar los obstáculos que se oponen al propio ejercicio del poder, mediante el control de la relación obtenida a través del uso de la fuerza, en el ámbito de las relaciones interpersonales, la conducta violenta es sinónimo de abuso de poder, en tanto y cuanto el poder es utilizado para ocasionar daño a otra persona (García,1998).

La violencia verbal es una forma de agresión que no deja huellas visibles, comparables a las lesiones causadas por la violencia física. Pero es igualmente dolorosa y la recuperación puede llevar mucho más tiempo. La víctima vive en una situación que se le va haciendo gradualmente más confusa. En público está con un hombre que en privado se convierte en otro.

El desmerecimiento sutil o las explosiones de ira, la indiferencia glacial o la prepotencia, el sarcasmo burlón o el reproche silencioso, la coerción manipuladora o las exigencias irrazonables, son hechos comunes. Pero se los disimula con la frase: “¿Qué te pasa? Siempre estas exagerando las cosas”, y muchas otras formas de negación. A menudo la mujer ultrajada no tiene testigos que presencien su realidad y nadie puede comprender su experiencia. Los amigos y la familia pueden ver al ofensor como alguien realmente bueno; por supuesto él cree serlo.

Muy pocas mujeres han sido animadas por los mensajes culturales a dominar a su pareja. De cualquier modo, la idea de que la dominación es aceptable, no tiene sentido. Las personas deben hacerse cargo de sí mismas –esto significa ser responsable y desarrollar desde la niñez a la edad adulta la capacidad de gobernarse interiormente-, ser fieles así mismas y aprender a no depender de otras personas.

Afortunadamente, hay un cambio en las actitudes de hombres y mujeres, que comprenden que la violencia verbal, física y psicológica no solo daña a la pareja sino también a la familia y, por último, a la sociedad en su conjunto. (Evans, 2000).

## **TEMA: DEPRESIÓN**

**OBJETIVO:** Identificar y aceptar que los pensamientos, sentimientos, y acciones son responsabilidad de uno mismo y debemos expresarlos de forma asertiva.

**DINAMICA:** Relajación por medio de música y narración. La cual se aplicará al final de la sesión.

La depresión es una enfermedad incapacitante. Ocurre tanto en mujeres como en varones, pero la tasa de incidencia en la mujer es casi el doble que en el hombre. La depresión afecta su estado de ánimo, su condición mental y física, y su comportamiento.

La depresión afecta a cada mujer de manera diferente. Muchas mujeres solamente manifiestan algunos de los síntomas, los que pueden variar en severidad y duración. Para algunas, los síntomas se manifiestan en episodios cortos; para otras, los síntomas pueden durar por mucho tiempo sino se obtiene tratamiento.

**Síntomas:** Estado de ánimo de tristeza persistente, ansiedad o “vacío”, pérdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales, inquietud, irritabilidad o llanto excesivo, sentimientos de culpa, de no valer nada, de impotencia, desesperanza y pesimismo, dormir demasiado o muy poco, levantarse muy temprano en la mañana, pérdida de apetito o peso, o ingesta excesiva de comidas y aumento de peso, disminución de energía, fatiga, sensación de estar “en cámara lenta”, pensamientos de muerte o suicidio, o intentos de suicidio, dificultad para concentrarse, dificultad para recordar o tomar decisiones, síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento, tales como dolor de cabeza, trastornos digestivos y dolor crónico.

Los factores que pueden causar la depresión son: Genéticos, bioquímicos, el ambiente familiar y otros factores de estrés y/o sociales.

**Tratamiento para la depresión:** El primer paso en el tratamiento de la depresión debe ser un examen físico completo para asegurarse que no existe ninguna condición física que cause los síntomas depresivos. Los tratamientos más comúnmente usados para la depresión son los antidepresivos, la psicoterapia, o una combinación de ambos. La naturaleza y severidad de la depresión, y hasta cierto punto la preferencia individual, determinarán cual de estas opciones de tratamiento es la apropiada. Para depresión leve o moderada, uno o ambos de estos tratamientos pueden ser beneficiosos. Mientras que para la depresión grave o discapacitante se recomienda como primer paso el uso de medicamentos. En el tratamiento combinado, los medicamentos pueden aliviar los síntomas rápidamente, mientras que la psicoterapia le enseña a la persona maneras más eficaces de enfrentar los problemas. (Instituto Nacional de Salud Mental, 2002).

## **TEMA: CLIMATERIO Y MENOPAUSIA**

**OBJETIVO:** Comprender que una ideología errónea respecto a la menopausia afecta el estado físico, emocional, y social en la mujer.

**DINAMICA:** Retroalimentación, se pedirá a las mujeres formar un círculo de sillas y así se llevará a cabo la sesión.

La menopausia representa un importante acontecimiento cultural, psicológico y fisiológico para la mujer. Significa el final de la reproducción, lo que para muchas otras sociedades significa el envejecimiento.

La menopausia ocurre en un periodo en el que muchas mujeres experimentan cambios en sus roles sociales, en sus responsabilidades y en sus relaciones. Generalmente sucede entre 45 y 55 años, otras más a temprana edad entre 28 y 30 años, y otras hasta los 60 años.

Primero las mujeres pasan por la etapa conocida como Climaterio o Peri menopausia, se le llama así por la mujer comienza a presentar alteraciones en el periodo menstrual, es decir, su periodo menstrual se suspende de uno a varios meses y después volver a presentarse, también existe una diferencia en cantidad la cual puede ser abundante en un mes y en otro mínima, o empezar a disminuir en cada mes, hasta desaparecer completamente, además de ir acompañada de sensaciones repentinas de calor que recorren el cuerpo (debido a expansión y contracción de los vasos sanguíneos), sequedad vaginal, ardor y comezón, infecciones urinarias y vaginales, y disfunción urinaria causada por contracción de los tejidos. Algunas mujeres no se excitan sexualmente como antes y encuentran dolorosa la relación sexual debido al adelgazamiento de los tejidos vaginales y lubricación inadecuada.

Durante esta etapa la mujer comienza a presentar o a aumentar problemas psicológicos como la irritabilidad, nerviosismo, ansiedad, depresión, pérdida de la memoria momentáneamente e incluso locura, estos han sido asociados con el climaterio o la menopausia, pero las investigaciones demuestran que no existen razones para atribuir perturbaciones mentales a este cambio biológico normal.

Es probable que las mujeres que se deprimen durante la menopausia hayan sido víctimas de la depresión antes. EL mito según el cual la menopausia produce depresión puede derivarse de que las mujeres en esta época experimentan cambios en papeles, relaciones y responsabilidades. Dado que estos cambios pueden ser estresantes, la manera como una mujer lo perciba puede afectar su punto de vista sobre la menopausia. La visión que una mujer tenga de la menopausia puede depender del valor que da a ser joven y atractiva, sus actitudes hacia los papeles femeninos y sus propias circunstancias.

Una mujer sin hijos puede ver la menopausia como el fin de la posibilidad de la maternidad; una mujer que ha tenido y criado hijos puede verla como una oportunidad de mayor libertad y placer sexual.

Se dice que cuanto mas activa sexualmente sea la mujer, menos probabilidad tiene de experimentar tales cambios.

En conjunto, el llamado "Síndrome de la menopausia puede estar más relacionado con las características personales o experiencias anteriores que con la menopausia en sí", así como con puntos de vista de la sociedad respecto a la Mujer y el envejecimiento. (Papalia,2001).

## **TEMA: ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DUELO**

**OBJETIVO:** Comprender que los sentimientos contradictorios en el estado de duelo son normales en la persona, la aceptación y adaptación de la pérdida del ser querido ayudan a recuperar la salud mental.

**DINAMICA:** (ninguna por cuestiones de tiempo)

El duelo es un estado consecutivo a la pérdida de ser querido u objeto amado, con plena conciencia de la pérdida. En ocasiones, de acuerdo con las características predisponentes o el tipo de vínculo con el objeto perdido, este estado puede derivar en cuadros más comprometidos. El duelo puede durar meses, tiene un factor desencadenante claro, la pérdida, que también marca el comienzo de los síntomas y los sentimientos e ideas están relacionadas y están acordes con la vivencia, es decir, que los sentimientos contradictorios son normales bajo estas circunstancias y no tienen la culpa de la situación.

Evolutivamente, el sujeto en estado de duelo pasa por tres periodos: el impacto, el depresivo y la adaptación. El periodo de impacto es el estado consecuente al equilibrio provocado por la pérdida. Este periodo se caracteriza por experimentar sentimientos de estupor, vacío y futilidad. Pasado el primer momento de impacto, le sucede un estado caracterizado por tristeza, inhibición y desinterés (depresivo). En este momento evolutivo, el sujeto se ha percatado de a quien perdió, así como de lo que él perdió.

Toda la constelación vital que se constituyó por las vivencias compartidas, por aquello que no se hizo y quedó pendiente e irrecuperable, cobra en este momento una dimensión que antes no tenía y es por el duro reconocer de que aquello que fue, ya no lo será nunca. En algunos casos esto no es visible ya que el sujeto continúa con sus actividades y obligaciones habituales, a las que no puede renunciar o delegar. Lo que implica que llegue al final del día con agotamiento, debido al esfuerzo sobre adaptativo que realiza. Progresivamente, el individuo comienza a orientarse hacia la realidad y la pérdida (adaptación). (Chinchilla, 1999).

El duelo puede ser por la pérdida de la ilusión de una relación, de un sueño, de lo que en realidad siempre faltó. En la vida muchas veces lloramos por lo que nunca tuvimos. Una mujer puede darse cuenta de que nunca fue aceptada por su compañero. Entonces el duelo es el reconocimiento de que una legítima necesidad humana nunca fue cubierta. En este sentido, el duelo es el reconocimiento consciente de lo que el espíritu ya sabe. Mediante el duelo nos damos cuenta conscientemente del valor del espíritu; haciendo el duelo por la pérdida nos recuperamos de tal forma que integramos ese valor. (Evans, 2000).

El duelo también puede presentarse por tener a un ser querido muy grave o presentar una enfermedad crónica, pero los más dañados siempre son los familiares. Para que las familias cuiden a sus seres queridos que padecen una enfermedad crónica cuando existen pocas respuestas, necesitan ayuda para ordenar las emociones que acompañan el trabajo de cuidadores en ese contexto de ambigüedad. Necesitan saber los efectos que tiene sobre ellos el duelo sin resolver.

Los médicos acostumbran prescribir antidepresivos a los pacientes con síntomas de duelo no resuelto. Sin embargo, aunque la medicación pueda, por supuesto, resultar benéfica en muchos casos, a veces no basta para ayudar a los familiares que tienen que vivir con una pérdida ambigua. (Boss, 2001).

La combinación de optimismo con un modo de pensar realista es lo que permite a la gente avanzar pese a la pérdida ambigua, pero para eso necesitan antes recibir comprensión, apoyo de la familia y ayuda profesional.

## **TEMA: SEXUALIDAD Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

**OBJETIVO:** Identificar que la relación sexual íntima debe ser placentera en ambos y aplicar los métodos y/o técnicas más convenientes para promover la excitación sexual.

**DINAMICA:** Formación de grupos para referir algunos métodos de excitación y cuidados para la prevención de infecciones vaginales o enfermedades de transmisión sexual más comunes en la pareja. Se llevará a cabo durante toda la sesión.

El aparato sexual esta constituido por todo el organismo humano, muchas de cuyas partes esenciales no solo son necesarias para despertar el apetito sexual, y lograr el orgasmo, sino que están íntimamente relacionadas entre sí con el clímax que se alcanza en el orgasmo.

El orgasmo, en el hombre suele ir acompañado de la eyaculación; pero también puede producirse sin eyaculación. Durante la excitación sexual, los senos y la vagina de la mujer muestran tendencia a dilatarse considerablemente y los labios interiores de la vulva adquieren un color escarlata durante el orgasmo. Cuando se produce éste en la mujer, las paredes de la vagina y las glándulas de Bartholin puede expulsar gran cantidad de flujo, lo cual puede hacer pensar en que se produce el equivalente de la eyaculación masculina.

La mayoría de los hombres se excitan con mayor facilidad y rapidez que las mujeres; algunas mujeres necesitan un periodo más largo de activa estimulación física de las partes eróticas de su cuerpo antes de sentirse suficientemente excitada para alcanzar el clímax sexual. Cuando una mujer se halla excitada sexualmente y experimenta un orgasmo reparador, existen muchas probabilidades de que pueda repetirlo, transcurrido relativamente poco tiempo, hasta experimentar media docena de orgasmos completos. Algunas mujeres, incluso, muestran una mayor excitabilidad sexual después de alcanzar la menopausia. En cambio, casi todos los varones experimentan una lenta, pero segura, disminución en el deseo y el rendimiento sexuales después de cumplir los veinte años.

Los principales métodos físicos de excitación sexual consisten en tocar, acariciar, rozar, manipular, oprimir, apretar, besar o mordisquear los órganos genitales o las zonas llamadas erógenas. Las zonas erógenas son aquellas partes del cuerpo cuyas terminaciones nerviosas reaccionan al tacto o a la presión y comunican fácilmente con los centros de excitación sexual, situados en la medula espinal y el encéfalo.

Pueden excitarse sexualmente y alcanzar el orgasmo de diversas maneras principales: a) pueden, consiente o inconscientemente, pensar en personas u objetos excitantes, bajo el punto de vista sexual, o entregarse a ensueños de esta índole; b) pueden tener sueños sexuales; c) pueden masturbarse; d) pueden tener relaciones sexuales sin coito o coito heterosexuales; e) pueden llegar a prácticas homosexuales.

Muchos casos de falta de excitabilidad sexual pueden atribuirse a pensamientos y sentimientos irracionales que, una vez descubiertos y reconocidos, pueden ser arrancados de cuajo como factores causales. Cuando el individuo no pueda resolver por si solo el problema, debe buscar al instante la ayuda competente de un profesional.

En cuanto a las enfermedades venéreas, estas se contraen casi siempre a través del contacto sexual directo, pues los microorganismos causantes de estas enfermedades sucumben con rapidez y algunos pueden hallarse expuestos al aire o al agua.

Un buen medio para evitar infecciones venéreas consiste en emplear el preservativo con todas las parejas susceptibles de provocar un contagio. La mujer debe insistir en que su pareja lo utilice cuando tenga motivos para sospechar de una infidelidad o infección genital. Las enfermedades venéreas también pueden contraerse a pesar de utilizar condones, pero el riesgo es mínimo.

Los tratamientos para atender las enfermedades de transmisión sexual pueden ser, desde un gel, cremas, etc., hasta una cirugía, obviamente la persona infectada debe ser atendida por un médico o especialista y no automedicarse. (Ellis, 1994).

**SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
NEZAHUALCOYOTL**

**CENTRO DE ORIENTACIÓN A LA MUJER Y LA FAMILIA**

**“RIGOBERTA MENCHU”**

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA Y TRATAMIENTO  
COGNITIVO-CONDUCTUAL**

**OBJETIVO GENERAL:** Aumentar la actividad, mejorar el estado de ánimo, así como modificar pensamientos automáticos, expectativas, ideas irracionales, atribuciones y esquemas.

**OBJETIVOS PARTICULARES:**

- Modificar los estados de ánimo depresivos en las mujeres.
- Identificar las distorsiones cognitivas que presentan las personas durante la depresión.
- Establecer un proceso terapéutico que involucre la confianza y el apoyo hacia el paciente.
- Asesorar a las mujeres sobre las incidencias de los factores biológicos y los medicamentos antidepresivos.

**DÍAS DE SESIÓN:** martes

**DURACIÓN:** Aproximadamente dos horas

**PSICOTERAPEUTAS:** Ana Lilia Correa Solís y Paulo César Barcenás Betanzos

## **TEMA: SALUD MENTAL**

**OBJETIVO:** La manera en que usted piensa, determina lo que usted siente. 1, 2, 3.

**DINAMICA.** Connotación Positiva – Raport. A través de una dinámica de contacto físico y verbal entre ellas. Listones Identificar los factores que permitan a la mujer adquirir el equilibrio emocional.

La salud es el estado normal del ser humano, la cual consiste en un funcionamiento equilibrado y armonioso del organismo; esto quiere decir que la salud no solo es la ausencia de enfermedad sino de funcionamiento óptimo que implica un bienestar general, no solo físico sino también psicológico y social.

Como estado natural, es también un derecho básico de cualquier individuo, por eso, en todas las naciones la lucha contra las alteraciones de la salud llamadas enfermedades es intensa, ya que lo que afecta a una serie de personas también afectará a una sociedad.

Para conservar la salud mental es necesario reforzar el autoconocimiento, la autoestima, la capacidad afectiva y emocional, así como la asertividad.

Las actividades que favorecen a un buen estado de salud en general son básicamente las recreativas y las deportivas, cuya importancia se encuentra en los diversos beneficios que aportan, las cuales van desde la posibilidad que brindan para convivir en grupo con otros y otras personas con los que comparten aficiones, interés, formas de pensar, de actuar, hasta el acondicionamiento para un correcto funcionamiento físico.

Las actividades recreativas grupales ayudan a la formación de hábitos saludables, a la adquisición de la confianza en sí misma, al espíritu de la colaboración y el fomento de las relaciones humanas. La finalidad de estas actividades es el fomentar la convivencia agradable con un grupo, además de promover capacidades que favorecen su crecimiento como persona, estas pueden ser la seguridad personal, desarrollo de autonomía, sentimientos de pertenencia a un grupo, etc. (Espinoza, 1999).

## **TEMA: RELACIÓN DE PAREJA Y FAMILIA**

**OBJETIVO:** Aprender y aplicar diferentes técnicas para la solución de conflictos en pareja.

**DINAMICA:** Juego de roles; escenificar por parejas la actitud de ella y la actitud del marido e intentar una posible solución. Ésta se llevará acabo a media sesión.

En nuestra época, la pareja se considera una unión voluntaria entre dos personas que se vinculan por lazos afectivos y en la gran mayoría de los casos también legales. Las relaciones de pareja son muy diversas y complejas en la actualidad. Están influidas notablemente por la diversidad cultural, sexual, ideológica, económica, por los cambios en el rol de la mujer...

Los problemas son parte de la propia estabilidad de la pareja, aunque sólo sea en cuanto que ésta habrá de afrontar cambios, tensiones, dificultades externas a la pareja que provienen del ámbito social y del propio transcurrir del ciclo vital.

Una de las vertientes de los problemas de pareja es la ruptura de la relación, las separaciones y los divorcios. Desde algunos puntos de vista, la separación y el divorcio se contemplan como relaciones fracasadas. Las consecuencias negativas que tienen las separaciones y divorcios en la salud mental y física abarcan desde los accidentes de coche, las enfermedades, problemas emocionales, hasta el suicidio y homicidio. También hay evidencias de que el conflicto de la pareja está asociado a problemas en los hijos (tanto de salud como de competencia educativa, social y conductual). (Cáceres,1994).

Otro motivo de los problemas entre la pareja, son las relaciones extramaritales o adulterio que se producen cuando un individuo legalmente casado sostiene relaciones sexuales con otro individuo que puede o no estar casado. Dicho de otro modo, ambos adúlteros pueden ser casados, o solo puede serlo uno. Casi todas las sociedades humanas, han condenado el adulterio, principalmente por que arroja dudas sobre la paternidad y tiende a destruir la vida familiar.

Teniendo en cuenta que los deseos adúlteros son muy fuertes y completamente normales por parte de casi todas las personas casadas, las acciones extramaritales suelen ser caóticas e inmadurez. Pero en el caso de que estas relaciones existan y sean descubiertas por uno de los cónyuges, no hay que considerarlas como una señal segura de que el amor conyugal ha muerto y de que debe entablarse inmediatamente el divorcio.

En la mayoría de los casos el matrimonio puede salvarse, y en ocasiones incluso mejorarse, si el cónyuge que no ha cometido adulterio: a) conserva la calma, sin convertir en una catástrofe la situación que se ha presentado; b) se abstiene de censurar al cónyuge adúltero por su conducta que, si bien denota falta de madurez, es muy humana; c) desecha cualquier idea de venganza o desquite; d) hace un sincero examen de conciencia para descubrir lo que puede haber hecho, a fin de alentar el adulterio de su cónyuge; e) hace todos los esfuerzos posibles, para mejorar sus relaciones amorosas y sexuales con su cónyuge; y f) en caso necesario, pedirá el consejo de un asesor matrimonial imparcial y objetivo o un psicoterapeuta, que le ayudará a descubrir y corregir las actitudes ocultas y las emociones que se hallan en la raíz del adulterio que acaba de cometerse. (Ellis, 1994).

Para las mujeres que tienen hijos hay motivos adicionales de culpa. Las preocupaciones son comprensibles, pero muchas de ellas están basadas en conceptos falsos. No hay pruebas de que los niños necesiten a ambos padres para llegar a convertirse en adultos sanos, pero sí las hay, y muchas, de que los niños que crecen en un ambiente de tensión, agresión y conflicto se enfrenten con dos alternativas: reeditar esos comportamientos en la edad adulta o convertirse en seres deprimidos y retraídos que adoptan el papel de víctimas. Los divorcios son difíciles para todos, pero los niños pueden sobrevivir -y sobreviven- a ellos, siempre que cuenten con la orientación la presencia continuada de un adulto que los quiera. Los hijos se beneficiarán mucho más de la fortaleza y de la capacidad de tomar decisiones basadas en la realidad que de la permanencia de la madre en un hogar donde la vean tiranizada y también ellos sean tiranizados. (Forward, 2001).

**TEMA: PELICULA “NUESTRO AMOR”**

(Bruce Willis y Michelle Pfeiffer)

**OBJETIVO:** Analizar diálogos de escenas principales de la película por medio de la asertividad.

**DINAMICA:** Ninguna (por cuestiones de tiempo)

Es la historia de una pareja que se casaron enamorados, idealizando cada uno a su manera como sería su matrimonio, pero al pasar de los años la actitud de perfección en ella y la actitud espontánea en él, fueron ocasionando conflicto tras conflicto por la falta de comunicación, de comprensión y de aceptación de la personalidad de cada uno, que los lleva a tomar una decisión precipitada, la separación, y hasta posiblemente el divorcio, estando el amor presente en ambos.

## **TEMA: VIOLENCIA HACIA LA MUJER Y AUTOESTIMA**

**OBJETIVO:** Resaltar las habilidades y capacidades que cada una de las mujeres presenta en vez de juzgarse así misma.

**DINAMICA:** Técnica del espejo, identificar que a través de su semblante (rostro) y expresión corporal se percibe el estado de ánimo. Se realizará al inicio de la sesión.

La violencia es siempre una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza ( ya sea física, psicológica, económica, política) e implica la existencia de un arriba y un abajo reales o simbólicos, además de una búsqueda de eliminar los obstáculos que se oponen al propio ejercicio del poder, mediante el control de la relación obtenida a través del uso de la fuerza, en el ámbito de las relaciones interpersonales, la conducta violenta es sinónimo de abuso de poder, en tanto y cuanto el poder es utilizado para ocasionar daño a otra persona. (García, 1998).

La violencia verbal es una forma de agresión que no deja huellas visibles, comparables a las lesiones causadas por la violencia física. Pero es igualmente dolorosa y la recuperación puede llevar mucho más tiempo. La víctima vive en una situación que se le va haciendo gradualmente más confusa. En público está con un hombre que en privado se convierte en otro.

El desmerecimiento sutil o las explosiones de ira, la indiferencia glacial o la prepotencia, el sarcasmo burlón o el reproche silencioso, la coerción manipuladora o las exigencias irrazonables, son hechos comunes. Pero se los disimula con la frase: “¿Qué te pasa? Siempre estas exagerando las cosas”, y muchas otras formas de negación. A menudo la mujer ultrajada no tiene testigos que presencien su realidad y nadie puede comprender su experiencia. Los amigos y la familia pueden ver al ofensor como alguien realmente bueno; por supuesto él cree serlo.

Muy pocas mujeres han sido animadas por los mensajes culturales a dominar a su pareja. De cualquier modo, la idea de que la dominación es aceptable, no tiene sentido. Las personas deben hacerse cargo de sí mismas –esto significa ser responsable y desarrollar desde la niñez a la edad adulta la capacidad de gobernarse interiormente-, ser fieles así mismas y aprender a no depender de otras personas.

Afortunadamente, hay un cambio en las actitudes de hombres y mujeres, que comprenden que la violencia verbal, física y psicológica no solo daña a la pareja sino también a la familia y, por último, a la sociedad en su conjunto. (Evans, 2000).

## **TEMA: DEPRESIÓN**

**OBJETIVO:** Identificar y aceptar que los pensamientos, sentimientos, y acciones son responsabilidad de uno mismo.

**DINAMICA:** Relajación por medio de música y narración. La cual se aplicará al final de la sesión.

La depresión es una enfermedad incapacitante. Ocurre tanto en mujeres como en varones, pero la tasa de incidencia en la mujer es casi el doble que en el hombre. La depresión afecta su estado de ánimo, su condición mental y física, y su comportamiento.

La depresión afecta a cada mujer de manera diferente. Muchas mujeres solamente manifiestan algunos de los síntomas, los que pueden variar en severidad y duración. Para algunas, los síntomas se manifiestan en episodios cortos; para otras, los síntomas pueden durar por mucho tiempo sino se obtiene tratamiento.

**Síntomas:** Estado de ánimo de tristeza persistente, ansiedad o “vacío”, pérdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales, inquietud, irritabilidad o llanto excesivo, sentimientos de culpa, de no valer nada, de impotencia, desesperanza y pesimismo, dormir demasiado o muy poco, levantarse muy temprano en la mañana, pérdida de apetito o peso, o ingesta excesiva de comidas y aumento de peso, disminución de energía, fatiga, sensación de estar “en cámara lenta”, pensamientos de muerte o suicidio, o intentos de suicidio, dificultad para concentrarse, dificultad para recordar o tomar decisiones, síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento, tales como dolor de cabeza, trastornos digestivos y dolor crónico.

Los factores que pueden causar la depresión son: Genéticos, bioquímicos, el ambiente familiar y otros factores de estrés y/o sociales.

**Tratamiento para la depresión:** El primer paso en el tratamiento de la depresión debe ser un examen físico completo para asegurarse que no existe ninguna condición física que cause los síntomas depresivos. Los tratamientos más comúnmente usados para la depresión son los antidepresivos, la psicoterapia, o una combinación de ambos. La naturaleza y severidad de la depresión, y hasta cierto punto la preferencia individual, determinarán cual de estas opciones de tratamiento es la apropiada. Para depresión leve o moderada, uno o ambos de estos tratamientos pueden ser beneficiosos. Mientras que para la depresión grave o discapacitante se recomienda como primer paso el uso de medicamentos. En el tratamiento combinado, los medicamentos pueden aliviar los síntomas rápidamente, mientras que la psicoterapia le enseña a la persona maneras más eficaces de enfrentar los problemas. (Instituto Nacional de Salud Mental, 2002).

## **TEMA: CLIMATERIO Y MENOPAUSIA**

**OBJETIVO:** Comprender que una ideología errónea respecto a la menopausia afecta el estado físico, emocional, y social en la mujer.

**DINAMICA:** Retroalimentación, se pedirá a las mujeres formar un círculo de sillas y así se llevará a cabo la sesión.

La menopausia representa un importante acontecimiento cultural, psicológico y fisiológico para la mujer. Significa el final de la reproducción, lo que para muchas otras sociedades significa el envejecimiento.

La menopausia ocurre en un periodo en el que muchas mujeres experimentan cambios en sus roles sociales, en sus responsabilidades y en sus relaciones. Generalmente sucede entre 45 y 55 años, otras más a temprana edad entre 28 y 30 años, y otras hasta los 60 años.

Primero las mujeres pasan por la etapa conocida como Climaterio o Perimenopausia, se le llama así por la mujer comienza a presentar alteraciones en el periodo menstrual, es decir, su periodo menstrual se suspende de uno a varios meses y después volver a presentarse, también existe una diferencia en cantidad la cual puede ser abundante en un mes y en otro mínima, o empezar a disminuir en cada mes, hasta desaparecer completamente, además de ir acompañada de sensaciones repentinas de calor que recorren el cuerpo (debido a expansión y contracción de los vasos sanguíneos), sequedad vaginal, ardor y comezón, infecciones urinarias y vaginales, y disfunción urinaria causada por contracción de los tejidos. Algunas mujeres no se excitan sexualmente como antes y encuentran dolorosa la relación sexual debido al adelgazamiento de los tejidos vaginales y lubricación inadecuada.

Durante esta etapa la mujer comienza a presentar o a aumentar problemas psicológicos como la irritabilidad, nerviosismo, ansiedad, depresión, pérdida de la memoria momentáneamente e incluso locura, estos han sido asociados con el climaterio o la menopausia, pero las investigaciones demuestran que no existen razones para atribuir perturbaciones mentales a este cambio biológico normal.

Es probable que las mujeres que se deprimen durante la menopausia hayan sido víctimas de la depresión antes. EL mito según el cual la menopausia produce depresión puede derivarse de que las mujeres en esta época experimentan cambios en papeles, relaciones y responsabilidades. Dado que estos cambios pueden ser estresantes, la manera como una mujer lo perciba puede afectar su punto de vista sobre la menopausia. La visión que una mujer tenga de la menopausia puede depender del valor que da a ser joven y atractiva, sus actitudes hacia los papeles femeninos y sus propias circunstancias.

Una mujer sin hijos puede ver la menopausia como el fin de la posibilidad de la maternidad; una mujer que ha tenido y criado hijos puede verla como una oportunidad de mayor libertad y placer sexual. Se dice que cuanto mas activa sexualmente sea la mujer, menos probabilidad tiene de experimentar tales cambios.

En conjunto, el llamado "Síndrome de la menopausia puede estar mas relacionado con las características personales o experiencias anteriores que con la menopausia en sí", así como con puntos de vista de la sociedad respecto de la Mujer y el envejecimiento. (Papalia,2001).

## **TEMA: ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DUELO**

**OBJETIVO:** Comprender que los sentimientos contradictorios en el estado de duelo son normales en la persona, la aceptación y adaptación de la pérdida del ser querido ayudan a recuperar la salud mental.

**DINAMICA:** (ninguna por cuestiones de tiempo)

El duelo es un estado consecutivo a la pérdida de ser querido u objeto amado, con plena conciencia de la pérdida. En ocasiones, de acuerdo con las características predisponentes o el tipo de vínculo con el objeto perdido, este estado puede derivar en cuadros más comprometidos. El duelo puede durar meses, tiene un factor desencadenante claro, la pérdida, que también marca el comienzo de los síntomas y los sentimientos e ideas están relacionadas y están acordes con la vivencia, es decir, que los sentimientos contradictorios son normales bajo estas circunstancias y no tienen la culpa de la situación.

Evolutivamente, el sujeto en estado de duelo pasa por tres periodos: el impacto, el depresivo y la adaptación. El periodo de impacto es el estado consecuente al equilibrio provocado por la pérdida. Este periodo se caracteriza por experimentar sentimientos de estupor, vacío y futilidad. Pasado el primer momento de impacto, le sucede un estado caracterizado por tristeza, inhibición y desinterés (depresivo). En este momento evolutivo, el sujeto se ha percatado de a quien perdió, así como de lo que él perdió.

Toda la constelación vital que se constituyó por las vivencias compartidas, por aquello que no se hizo y quedó pendiente e irrecuperable, cobra en este momento una dimensión que antes no tenía y es por el duro reconocer de que aquello que fue, ya no lo será nunca. En algunos casos esto no es visible ya que el sujeto continúa con sus actividades y obligaciones habituales, a las que no puede renunciar o delegar. Lo que implica que llegue al final del día con agotamiento, debido al esfuerzo sobre adaptativo que realiza. Progresivamente, el individuo comienza a orientarse hacia la realidad y la pérdida (adaptación). (Chinchilla, 1999).

El duelo puede ser por la pérdida de la ilusión de una relación, de un sueño, de lo que en realidad siempre faltó. En la vida muchas veces lloramos por lo que nunca tuvimos. Una mujer puede darse cuenta de que nunca fue aceptada por su compañero. Entonces el duelo es el reconocimiento de que una legítima necesidad humana nunca fue cubierta. En este sentido, el duelo es el reconocimiento consciente de lo que el espíritu ya sabe. Mediante el duelo nos damos cuenta conscientemente del valor del espíritu; haciendo el duelo por la pérdida nos recuperamos de tal forma que integramos ese valor. (Evans, 2000).

El duelo también puede presentarse por tener a un ser querido muy grave o presentar una enfermedad crónica, pero los más dañados siempre son los familiares. Para que las familias cuiden a sus seres queridos que padecen una enfermedad crónica cuando existen pocas respuestas, necesitan ayuda para ordenar las emociones que acompañan el trabajo de cuidadores en ese contexto de ambigüedad. Necesitan saber los efectos que tiene sobre ellos el duelo sin resolver.

Los médicos acostumbran prescribir antidepresivos a los pacientes con síntomas de duelo no resuelto. Sin embargo, aunque la medicación pueda, por supuesto, resultar benéfica en muchos casos, a veces no basta para ayudar a los familiares que tienen que vivir con una pérdida ambigua. (Boss, 2001).

La combinación de optimismo con un modo de pensar realista es lo que permite a la gente avanzar pese a la pérdida ambigua, pero para eso necesitan antes recibir comprensión, apoyo de la familia y ayuda profesional.

## **TEMA: SEXUALIDAD Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

**OBJETIVO:** Identificar que la relación sexual íntima debe ser placentera en ambos y aplicar los métodos más convenientes o agradables para promover la excitación sexual.

**DINAMICA:** Formación de grupos para referir algunos métodos de excitación y cuidados para la prevención de infecciones vaginales o enfermedades de transmisión sexual más comunes en la pareja. Se llevará a cabo durante toda la sesión.

El aparato sexual esta constituido por todo el organismo humano, muchas de cuyas partes esenciales no solo son necesarias para despertar el apetito sexual, y lograr el orgasmo, sino que están íntimamente relacionadas entre sí con el clímax que se alcanza en el orgasmo.

El orgasmo, en el hombre suele ir acompañado de la eyaculación; pero también puede producirse sin eyaculación. Durante la excitación sexual, los senos y la vagina de la mujer muestran tendencia a dilatarse considerablemente y los labios interiores de la vulva adquieren un color escarlata durante el orgasmo. Cuando se produce éste en la mujer, las paredes de la vagina y las glándulas de Bartholin puede expulsar gran cantidad de flujo, lo cual puede hacer pensar en que se produce el equivalente de la eyaculación masculina.

La mayoría de los hombres se excitan con mayor facilidad y rapidez que las mujeres; algunas mujeres necesitan un periodo más largo de activa estimulación física de las partes eróticas de su cuerpo antes de sentirse suficientemente excitada para alcanzar el clímax sexual. Cuando una mujer se halla excitada sexualmente y experimenta un orgasmo reparador, existen muchas probabilidades de que pueda repetirlo, transcurrido relativamente poco tiempo, hasta experimentar media docena de orgasmos completos. Algunas mujeres, incluso, muestran una mayor excitabilidad sexual después de alcanzar la menopausia. En cambio, casi todos los varones experimentan una lenta, pero segura, disminución en el deseo y el rendimiento sexuales después de cumplir los veinte años.

Los principales métodos físicos de excitación sexual consisten en tocar, acariciar, rozar, manipular, oprimir, apretar, besar o mordisquear los órganos genitales o las zonas llamadas erógenas. Las zonas erógenas son aquellas partes del cuerpo cuyas terminaciones nerviosas reaccionan al tacto o a la presión y comunican fácilmente con los centros de excitación sexual, situados en la medula espinal y el encéfalo.

Pueden excitarse sexualmente y alcanzar el orgasmo de diversas maneras principales: a) pueden, consiente o inconscientemente, pensar en personas u objetos excitantes, bajo el punto de vista sexual, o entregarse a ensueños de esta índole; b) pueden tener sueños sexuales; c) pueden masturbarse; d) pueden tener relaciones sexuales sin coito o coito heterosexuales; e) pueden llegar a prácticas homosexuales.

Muchos casos de falta de excitabilidad sexual pueden atribuirse a pensamientos y sentimientos irracionales que, una vez descubiertos y reconocidos, pueden ser arrancados de cuajo como factores causales. Cuando el individuo no pueda resolver por si solo el problema, debe buscar al instante la ayuda competente de un profesional.

En cuanto a las enfermedades venéreas, estas se contraen casi siempre a través del contacto sexual directo, pues los microorganismos causantes de estas enfermedades sucumben con rapidez y algunos pueden hallarse expuestos al aire o al agua. Un buen medio para evitar infecciones venéreas consiste en emplear el preservativo con todas las parejas susceptibles de provocar un contagio.

La mujer debe insistir en que su pareja lo utilice cuando tenga motivos para sospechar de una infidelidad o infección genital. Las enfermedades venéreas también pueden contraerse a pesar de utilizar condones, pero el riesgo es mínimo.

Los tratamientos para atender las enfermedades de transmisión sexual pueden ser, desde un gel, cremas, etc., hasta una cirugía, obviamente la persona infectada debe ser atendida por un médico o especialista y no automedicarse. (Ellis, 1994).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Boss, P. (2001) *La perdida ambigua*. México: Gedisa.

Cáceres, J. y Escudero, V. (1994) *Relación de pareja en jóvenes y embarazos no deseados*, México: Pirámide.

Chinchilla, M. A. (1999) *Nuevas generaciones en Neurociencias. Guía Terapéutica de las Depresiones*. España: Masson.

Ellis, A. (1994) *Arte y técnica del amor*. México: Grijalbo.

Espinoza, M. G. y Carvajal H. (1999) *Adolescencia y Vida*. México: Norma.

Evans, P. (2000) *Abuso verbal*. Buenos Aires: Vergara.

Forward, S. (2001) *Cuando el amor es odio*. México: Grijalbo.

García S. y Ramos L. (1998) *Maltrato y abuso en el ámbito domestico*. México: Norma.

Instituto Nacional de Salud Mental. (2002) *Depresión. Lo que toda mujer debe saber*. México: autor

Papalia, D. E. y cols. (2001) *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.

Reiner, R. (2000) *Película: Nuestro Amor*, Protagonistas: Willis, B. y Pfeiffer, M. Hermanos Warner.

# CENTRO DE ORIENTACIÓN A LA MUJER Y A LA FAMILIA

## " RIGOBERTA MENCHU "

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_



DESCRIBA COMO SE HA SENTIDO YA SEA LA SEMANA PASADA, INCLUSO HOY. LEA TODAS LAS FRASES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCIÓN Y MARQUE UNA.

A

- 0 NO ME SIENTO TRISTE
- 1 ME SIENTO TRISTE
- 2 ESTOY TRISTE TODO EL TIEMPO Y NO ME PUEDO REPONER
- 3 ESTOY TAN TRISTE O INFELIZ QUE NO LO PUEDO SOPORTAR

B

- 0 NO ESTOY PARTICULARMENTE DESILUSIONADO (A) DEL FUTURO
- 1 ESTOY DESILUSIONADO (A) DEL FUTURO
- 2 SIENTO QUE NO TENGO PERSPECTIVA DEL FUTURO
- 3 SIENTO QUE EL FUTURO ES DESESPERANZADOR Y QUE NADA CAMBIARÁ

C

- 0 NO SIENTO QUE FALLÉ
- 1 SIENTO MÁS QUE UNA PERSONA NORMAL
- 2 SIENTO QUE EXISTEN MUCHAS FALLAS EN MI PASADO
- 3 SIENTO UNA FALLA COMPLETA COMO PERSONA

D

- 0 TENGO TANTA SATISFACCIÓN DE LAS COSAS COMO SIEMPRE
- 1 NO DISFRUTO DE LAS COSAS COMO ANTES
- 2 NO ENCUENTRO YA SATISFACCIÓN REAL DE NADA
- 3 ESTOY INSATISFECHO(A) O ABURRIDO(A) DE TODO

E

- 0 NO ME SIENTO PARTICULARMENTE CULPABLE
- 1 ME SIENTO CULPABLE BUENA PARTE DEL TIEMPO
- 2 ME SIENTO MUY CULPABLE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
- 3 ME SIENTO CULPABLE TODO EL TIEMPO

F

- 0 NO SIENTO QUE HE SIDO CASTIGADO(A)
- 1 SIENTO QUE PODRIA SER CASTIGADO(A)
- 2 ESPERO SER CASTIGADO(A)
- 3 SIENTO QUE HE SIDO CASTIGADO(A)

G

- 0 NO ME SIENTO DESILUSIONADO (A) DE MI
- 1 ESTOY DESILUSIONADO (A) DE MI
- 2 ESTOY DISGUSTADO(A) CONMIGO
- 3 ME OUDIO

H

- 0 NO ME SIENTO PEOR QUE NADIE
- 1 ME CRITICO POR MI DEBILIDAD O POR MIS ERRORES
- 2 ME CULPO TODO EL TIEMPO POR MIS FALTAS
- 3 ME CULPO POR TODO LO MALO QUE SUCEDE

## I

- 0 NO TENGO PENSAMIENTOS DE SUICIDARME
- 1 TENGO PENSAMIENTOS DE MUERTE PERO NO LOS REALIZARÍA
- 2 ME GUSTARÍA MATARME
- 3 ME MATARÍA SI PUDIERA

## J

- 0 NO LLORO MÁS DE LO USUAL
- 1 LLORO MÁS QUE ANTES
- 2 LLORO AHORA TODO EL TIEMPO
- 3 PODÍA LLORAR ANTES PERO AHORA, AUNQUE QUIERA, NO PUEDO

## K

- 0 NO SOY MÁS IRRITABLE DE LO QUE ERA ANTES
- 1 ME SIENTO MOLESTO(A) O IRRITADO(A) MÁS FÁCIL QUE ANTES
- 2 ME SIENTO IRRITADO(A) TODO EL TIEMPO
- 3 NO ME IRRITO AHORA POR LAS COSAS QUE ANTES SÍ

## L

- 0 NO HE PERDIDO EL INTERÉS EN OTRA GENTE
- 1 ESTOY MENOS INTERESADO(A) EN OTRA GENTE QUE ANTES
- 2 HE PERDIDO MI INTERÉS EN OTRA GENTE
- 3 HE PERDIDO TODO MI INTERÉS EN OTRA GENTE

## M

- 0 TOMO DECISIONES IGUAL QUE SIEMPRE
- 1 EVITO TOMAR MÁS DECISIONES QUE ANTES
- 2 TENGO MAYORES DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES AHORA
- 3 NO PUEDO TOMAR DECISIONES

## N

- 0 NO SIENTO QUE ME VEA PEOR QUE ANTES
- 1 ME PREOCUPA VERME VIEJO(A) O POCO ATRACTIVO(A)
- 2 SIENTO QUE EXISTEN CAMBIOS PERMANENTES EN MÍ QUE ME HACEN LUCIR FEO(A)
- 3 CREO QUE ME VEO FEO(A)

## O

- 0 PUEDO TRABAJAR TAN BIEN COMO ANTES
- 1 ME CUESTA UN ESFUERZO EXTRA EMPEZAR A HACER ALGO
- 2 TENGO QUE IMPULSARME MUY FUERTE PARA HACER ALGO
- 3 NO PUEDO HACER NADA

## P

- 0 PUEDO DORMIR TAN BIEN COMO SIEMPRE
- 1 NO PUEDO DORMIR TAN BIEN COMO ANTES
- 2 ME DESPIERTO UNA Ó DOS HORAS MÁS TEMPRANO QUE LO USUAL Y ME CUESTA TRABAJO VOLVER A DORMIR
- 3 ME DESPIERTO VARIAS HORAS MÁS TEMPRANO DE LO USUAL Y NO PUEDO VOLVER A DORMIR

## Q

- 0 NO ME CANSO MÁS DE LO USUAL
- 1 ME CANSO MÁS FÁCIL QUE ANTES
- 2 ME CANSO DE HACER CASI CUALQUIER COSA
- 3 ME SIENTO MUY CANSADO(A) DE HACER CUALQUIER COSA

## R

- 0 MI APETITO ES IGUAL QUE LO USUAL
- 1 MI APETITO NO ES TAN BUENO COMO ANTES
- 2 MI APETITO ES MUCHO PEOR AHORA
- 3 NO TENGO NADA DE APETITO POR COMPLETO

S

- 0 NO HE PERDIDO PESO
- 1 HE PERDIDO MÁS DE 2.5 KG.
- 2 HE PERDIDO MÁS DE 5 KG.
- 3 HE PERDIDO MÁS DE 7.5 KG.  
HE INTENTADO PERDER PESO  
COMIENDO MENOS SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

T

- 0 NO ESTOY MÁS PREOCUPADO(A) POR  
MI SALUD QUE ANTES
- 1 ESTOY PREOCUPADO(A) POR PROBLEMAS  
FÍSICOS COMO DOLORES Y MOLESTIAS
- 2 ESTOY MUY PREOCUPADO(A) POR  
PROBLEMAS FÍSICOS Y ES DIFÍCIL PENSAR  
EN OTRAS COSAS
- 3 ESTOY TAN PREOCUPADO(A) CON MIS  
PROBLEMAS FÍSICOS QUE NO PUEDO  
PENSAR EN NADA MÁS

U

- 0 NO HE NOTADO CAMBIOS EN MI INTERÉS  
POR EL SEXO
- 1 ESTOY MENOS INTERESADO(A) EN EL SEXO  
QUE ANTES
- 2 ESTOY MUCHO MENOS INTERESADO(A) EN  
EL SEXO AHORA
- 3 HE PERDIDO COMPLETAMENTE EL INTERÉS  
EN EL SEXO

## **CENTRO DE ORIENTACIÓN A LA MUJER Y A LA FAMILIA**

**" RIGOBERTA MENCHU"**



### HISTORIA CLÍNICA

EL PROPÓSITO DE ESTE CUESTIONARIO ES: OBTENER UN CUADRO COMPRENSIVO DE SUS ANTECEDENTES. SUS DATOS SON NECESARIOS, YA QUE ESTO PERMITE UN TRATAMIENTO MAS MINUCIOSO DE SU PROBLEMA, CONTESTE ESTAS PREGUNTAS DE LA MANERA MAS COMPLETA Y PRECISA QUE LE SEA POSIBLE. GRACIAS.

#### *DATOS GENERALES*

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: CASA: \_\_\_\_\_ TRABAJO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: ( ENCIERRE EN UN CÍRCULO)

SOLTERA      COMPROMETIDA      CASADA      SEPARADA

DIVORCIADA      VIUDA

#### *DATOS CLÍNICOS*

DIGA EN SUS PROPIAS PALABRAS LA NATURALEZA DE SUS PROBLEMAS Y SU DURACION:

---

---

---

---

ESTIME EN LA ESCALA DE ABAJO LA SEVERIDAD DE SU PROBLEMA:

LEVEMENTE INQUIETANTE	VERDADERAMENTE INQUIETANTE	MUY SEVERO	EXTREMADAMENTE SEVERO
TOTALMENTE INCAPACITANTE			

ESTA USTED TOMANDO MEDICAMENTOS, INDIQUE CUÁLES, LA FRECUENCIA, LA CANTIDAD, Y CON QUE RESULTADOS:

---

---

***DATOS PERSONALES***

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

SUBRAYE LOS TERMINOS QUE SE APLIQUEN A USTED DURANTE SU INFANCIA:

TERRORES NOCTURNOS	SONAMBULISMO	INFANCIA FELIZ
CHUPARSE EL DEDO	TARTAMUDEO	INFANCIA INFELIZ
MORDERSE LAS UÑAS OTRO: _____	MOJAR LA CAMA	ALGÚN

CUÁL ES SU PESO: \_\_\_\_\_ ESTATURA: \_\_\_\_\_

CUÁNDO FUE EXAMINADA POR ÚLTIMA VEZ POR UN MÉDICO, PSICÓLOGO O PSIQUIÁTRA: \_\_\_\_\_

ENLISTE SUS CINCO MIEDOS PRINCIPALES:

- |     |     |
|-----|-----|
| 1.- | 4.- |
| 2.- | 5.- |
| 3.- |     |

SUBRAYE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS QUE SE APLIQUE A USTED:

DOLORES DE CABEZA  
PALPITACIONES  
PROBLEMAS INTESTINALES  
PESADILLAS  
SENTIMIENTO DE TENSIÓN  
DEPRESIÓN  
INCAPACIDAD PARA RELAJARSE  
NO LE GUSTAN LOS FINES DE SEMANA  
NO LE GUSTAN LAS VACACIONES  
NO PUEDE HACER AMIGOS  
SIENTE PÁNICO  
INCAPAZ DE PASARLA BIEN  
NO PUEDE PERMANECER EN SU TRABAJO  
PROBLEMAS FINANCIEROS  
VERTIGOS  
PROBLEMAS ESTOMACALES  
FATIGA  
TOMA SEDANTES  
CONFLICTOS  
SOLEDAD

IDEAS SUICIDAS  
PROBLEMAS SEXUALES  
DEMASIADA AMBICIOSA  
SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD  
PROBLEMAS DE MEMORIA  
DESVANECIMIENTO  
FALTA DE APETITO  
INSOMNIO  
ALCOHOLISMO  
SUDORACIÓN  
ANSIEDAD  
TOMA ASPIRINAS O ANALGÉSICOS  
TEMBLORES  
TOMA DROGAS  
TIMIDEZ  
NO PUEDE TOMAR DECISIONES  
MALAS CONDICIONES EN LA CASA  
MAL HUMOR CONSTANTE  
DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE  
OTROS: \_\_\_\_\_

SUBRAYE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES PALABRAS QUE SE APLIQUEN A USTED:

DESPRESIABLE	INÚTIL	“UNA DON NADIE”	“UNA VIDA VACIA”	INADECUADA	TONTA
INCOMPETENTE	INGENUA	“NO PUEDE HACER NADA BIEN”	CULPABLE	DIABÓLICA	
INMORAL	PENSAMIENTOS HORRIBLES	HOSTIL	LLENA DE ODIO	ANSIOSA	
AGITADA	COBARDE	LLENA DE PÁNICO	AGRESIVA	FEA	DEFORME
DESAGRADABLE	REPULSIVA	DEPRIMIDA	SOLITARIA	SIN AMOR	INCOMPRENDIDA
ABURRIDA	CANSADA	CONFUSA	INSEGURA	CONFLICTIVA	PESAROSA
APECTIVA	SIMPÁTICA	INTELIGENTE	ATRACTIVA	SEGURA	CONSIDERADA

OTROS: \_\_\_\_\_

CUÁL ES SU ÚLTIMO GRADO ESCOLAR QUE COMPLETO: \_\_\_\_\_

HACE AMIGOS FACILMENTE: \_\_\_\_\_ POR QUÉ: \_\_\_\_\_

MANTIENE LA AMISTAD: \_\_\_\_\_ POR QUÉ: \_\_\_\_\_

LE SATISFACE SU TRABAJO ACTUAL: \_\_\_\_\_ POR QUÉ: \_\_\_\_\_

CUÁNTO GANA: \_\_\_\_\_ CUÁNTO GASTA: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SEXUAL**

HUBO INSTRUCCIÓN SEXUAL: \_\_\_\_\_ POR PARTE DE QUIÉN: \_\_\_\_\_

ES SATISFACTORIA SU VIDA SEXUAL ACTUAL: \_\_\_\_\_ POR QUÉ: \_\_\_\_\_

---

**HISTORIA MENSTRUAL**

A QUÉ EDAD TUVO SU PRIMERA MENSTRUACIÓN: \_\_\_\_\_

TUVO ALGUNA INSTRUCCIÓN AL RESPECTO O REPRESENTO UN SHOCK PARA USTED: \_\_\_\_\_

---

SU PERIODO ES REGULAR: \_\_\_\_\_ DURACIÓN: \_\_\_\_\_

EXISTEN DOLORES PREMENSTRUALES: \_\_\_\_\_ CUÁLES: \_\_\_\_\_

---

FECHA DEL ÚLTIMO PERIÓDO: \_\_\_\_\_

SUS PERIÓDOS AFECTAN SU ESTADO DE ÁNIMO: \_\_\_\_\_ DE QUÉ MODO: \_\_\_\_\_

---

**HISTORIA MATRIMONIAL**

¿CUÁNTO TIEMPO CONOCIÓ A SU PAREJA ANTES DEL MATRIMONIO? \_\_\_\_\_

EDAD DEL ESPOSO: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN DEL ESPOSO: \_\_\_\_\_

¿CUÁNTOS NIÑOS TIENE? \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

¿EXISTIO ALGÚN PROBLEMA RELEVANTE EN LO QUE RESPECTA A UN PARTO PROBLEMÁTICO O ABORTOS? \_\_\_\_\_

---

DE DETALLES DE MATRIMONIO(S) ANTERIOR(ES) \_\_\_\_\_

---

**DATOS FAMILIARES**

DE UNA DESCRIPCIÓN DE LA PERSONALIDAD DE SU PADRE Y SUS ACTITUDES HACÍA USTED, EN EL PASADO Y ACTUALMENTE: \_\_\_\_\_

DE UNA DESCRIPCIÓN DE LA PERSONALIDAD DE SU MADRE Y SUS ACTITUDES HACÍA USTED, EN EL PASADO Y ACTUALMENTE: \_\_\_\_\_

MENCIONE LA RELACIÓN ACTUAL CON SUS HERMANOS:

---

---

¿QUIÉN ES LA PERSONA MÁS IMPORTANTE EN SU VIDA? ¿POR QUÉ?

¿ALGUIÉN DE SU FAMILIA SUFRE DE ALCOHOLISMO, EPILEPSIA O CUALQUIER OTRA COSA QUE PUEDA SER CONSIDERADA UN "DESORDEN MENTAL"? DE DETALLES

¿HAY ALGUNOS OTROS MIEMBROS DE SU FAMILIA QUE PRESENTEN ENFERMEDADES QUE SEAN DE IMPORTANCIA?

MENCIONE: \_\_\_\_\_