

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos



**Técnicas cognitivas conductuales como herramientas para
evitar la depresión en mujeres**
(Artículo Científico)

Delia Karina Pineda Turcios

Guatemala, noviembre 2018

**Técnicas cognitivas conductuales como herramientas para
Evitar la depresión en mujeres**
(Artículo Especializado)

Delia Karina Pineda Turcios

Licda. Eugenia de García (Asesor)
Licda. Glendy Jeanette Pérez Nisthal (Revisor)

Guatemala, noviembre 2018

Autoridades Universidad Panamericana

Rector M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretaria General EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad Humanidades

Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vice Decano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

Coordinadora de Egresos M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala Octubre 2018.-----

En virtud de que el informe final de Artículo Científico con el tema: **"Técnicas cognitivas conductuales como herramientas para evitar la depresión en mujeres"**.

Presentada por el (la) estudiante: **Delia Karina Pineda Turcios**, previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Lcda. Eugenia de Jesús
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala 10 de noviembre de 2018.

*En virtud de que el informe final del Artículo Científico con el tema: “Técnicas cognitivas conductuales como herramientas para evitar la depresión en mujeres”. Presentada por la estudiante: **Delia Karina Pineda Turcios**, previo a optar al grado Académico de Maestría de Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*



Licda. Glendy J. Pérez Nisthal
Revisora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de noviembre del 2018. -----

*En virtud de que el Informe Final de Artículo Científico con el tema "**Técnicas cognitivas conductuales como herramientas para evitar la depresión en mujeres**", presentado por el (la) estudiante: **Delia Karina Pineda Turcios**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.*



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades

Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

Introducción	i
Resumen	ii
Depresión	1
1.1. Definición	1
1.2. Antecedentes de la depresión	1
1.3. Trastornos depresivos según el DSM-5	6
1.3.1. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo	7
1.3.2. Trastorno depresivo mayor	9
1.3.3. Trastorno depresivo persistente (distimia)	12
1.3.4. Trastorno disfórico premenstrual	13
1.3.5. Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento	15
1.3.6. Trastorno depresivo debido a otra afección médica	17
1.3.7. Otro trastorno depresivo especificado	18
1.3.8. Otro trastorno depresivo no especificado	19
1.4. Epidemiología de los trastornos depresivos	19
1.5. Factores de vulnerabilidad de la depresión	23
1.5.1. Herencia	23
1.5.2. Edad	24
1.5.3. Eventos de vida	24
1.5.4. Falta de apoyo social	25
1.6. Síntomas	26
1.7. Instrumentos para el Estudio de la Depresión	26
1.7.1. Inventario de depresión Rasgo-Estado (IDERE)	26
1.7.2. Inventario de Depresión de Beck	27
1.7.3. Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión	28
Depresión en la mujer	29
2.1. Definición	29
2.2. Antecedentes	29

2.3. Depresión en las mujeres	36
2.4. Tipos de Depresión en la mujer	37
2.4.1. El Trastorno disfórico premenstrual	37
2.4.2. La depresión posparto	39
2.5. Principales causas de depresión en las mujeres	40
2.5.1. Género	40
2.5.2. Infancia o Adolescencia problemática	41
2.5.3. Problemáticas en las mujeres mayores	41
2.5.4. Educación recibida	42
2.5.5. La genética	45
2.5.6. Las sustancias químicas y las hormonas	45
2.5.7. El Estrés	46
Terapia Cognitivo-Conductual	47
3.1. Antecedentes de la Terapia Cognitivo-Conductual	48
3.1.1. Raíces históricas tempranas de la terapia de conducta	50
3.2. Evolución de la Terapia de la Conducta	53
3.3. Terapia Cognitivo Conductual y características actuales	54
3.4. Clasificación de las distorsiones cognitivas	60
3.5. Instrumentos para medir la depresión	63
3.5.1. Entrevista Conductual	63
3.5.2. Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck, adaptación	64
3.5.3. Test de identificación de ideas irracionales de Ellis (1997)	64
3.5.4. Inventario de Depresión de Beck, Steer, (2da. Edición, 1996).	65
3.5.5. Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión, (España Soler J. y Cols. (1997).	65
3.5.6. Escala de Depresión de Zung (Zung, 1965)	66
3.6. Técnicas de intervención en la Terapia Cognitivo-Conductual	67
3.6.1. Técnicas Conductuales	67
3.6.2. Técnicas Emotivas	69
3.6.3. Técnicas Cognitivas	70

3.7. Rol Terapéutico	71
3.8. Aplicación en Guatemala de las técnicas cognitivas conductuales	73
Conclusiones	82
Referencias	84

Introducción

Este artículo considera a la mujer como el ente más vulnerable ante el trastorno de depresión, ya que muchas de ellas son madres abusadas y maltratadas. La depresión no sólo se admite como una enfermedad que afecta el área emocional y al cuerpo, sino que también se considera como trastorno que altera el estado de ánimo.

De esta cuenta se debe considerar que la mujer lleva en su mayoría, la presión de la educación de los hijos, el apoyo familiar y el trabajo que se realiza fuera de casa, otra de las razones por la que la depresión se puede dar es por las alteraciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos, las enfermedades son otro factor que puede llegar a desencadenar una depresión.

A continuación, se describe la aplicación de las técnicas del modelo cognitivo-conductual, para evitar y disminuir la depresión en mujeres adultas, en general se puede mencionar que el modelo terapéutico cognitivo-conductual es uno de los tratamientos más efectivos que sostienen la atención a este trastorno, ya que el objetivo principal es cambiar las ideas irracionales, los pensamientos negativos y llegar a fomentar el cambio para el bienestar integral de la persona.

En Guatemala, hay muchas mujeres que sufren de depresión, la cual a veces se desconoce por falta de información y de apoyo de profesionales de la salud, lo cual es muy delicado pues al tener alterado el estado de ánimo, puede provocar que la persona genere un sin número de pensamientos que pueden poner en riesgo la salud psíquica, ya que todo lo que la persona genera como cogniciones repercute a nivel emocional, conductual y en la salud, induciendo a la persona a un estado en el que le es imposible resolver problemas simples de la vida diaria.

Es necesario atender tanto las necesidades humanas físicas como emocionales de la persona por lo que es necesario que se lleve a cabo una adecuada psicoterapia para mejorar la calidad de vida de la persona y cambiar su reacción ante las circunstancias adversas.

Resumen

El presente artículo, desarrolla el tema de la aplicación de técnicas Cognitivo-Conductual para evitar y disminuir las manifestaciones de depresión en mujeres adultas, tales como psicoterapia, la cual es útil para poder cambiar las ideas irracionales por ideas racionales y lograr una mejor calidad de vida.

Se inicia describiendo la depresión que es un trastorno mental, que afecta a las personas, interfiriendo con la vida diaria, causando dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por el paciente, este trastorno es bastante común pero grave si no se le presta la atención necesaria, la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar, la mayoría mejoran llevando a cabo una intervención adecuada.

Se aborda la depresión como un trastorno más común en mujeres que en hombres, se mencionan las causas siendo una de las principales el género, infancia, la genética, entre otros, las necesidades económicas causan mayor estrés en las mujeres que en los hombres, pues los hombres tienden a tener un enfoque orientado a la acción que los distrae de los síntomas, las mujeres tienden a tener un estilo más cognitivo para hablar sobre los problemas con otros y seguir pensando en ellos.

Se lleva a cabo el proceso de evaluación del problema del paciente así como establecer las conexiones entre los acontecimientos activadores creencias y consecuencias, el cual inicia con una primera evaluación para identificar el grado y los síntomas de dicho trastorno, luego se enfoca a la intervención de las técnicas cognitivo-conductuales (técnicas de relajación, autor registros, programación de actividades), y al terminar el tratamiento psicoterapéutico, se evalúa para identificar los logros obtenidos.

Depresión

1.1. Definición

Depresión, es una alteración cerebral, en la cual la persona tiene sentimientos de ser inútil, siente culpa, tristeza, abandono y con una profunda desesperanza. Se diferencia de la tristeza normal, porque aparece sin razón que la justifique, es grave y persistente. Puede aparecer con síntomas como pérdida de sueño y del apetito, desgano, abandono, pierde el placer de realizar actividades que antes eran muy placenteras.

En ocasiones, se experimenta sentimientos melancólicos o de tristeza, pero estos sentimientos, por lo general, suelen desaparecer en unos días. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria, causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad bastante común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar, la mayoría de las personas que buscan ayuda mejoran con tratamiento.

1.2. Antecedentes de la depresión

Se considera que la depresión ha persistido a lo largo del desarrollo de la humanidad. En la antigüedad, recibió el nombre de melancolía y sus síntomas fueron descritos en casi todos los registros literarios y médicos. La Biblia, por ejemplo, cuenta el fin del rey Antíoco Epifanes (Macabeos 1^a,6), su tristeza y sus palabras después de una derrota militar “Huye el sueño de mis ojos y mi corazón desfallece de ansiedad”.

La palabra melancolía nació como término médico, fruto de la doctrina humorista, que ocupó la mayor parte de la historia de la medicina. El humorismo era la doctrina médica antigua, definida por Hipócrates en el siglo V, que explicaba la salud y la enfermedad por la acción equilibrada o desequilibrada de los humores en el cuerpo. La crisis era el equilibrio entre los 4 humores

básicos: sangre, flema, bilis y atrabilis humor negro o melancolía; así mismo, la expulsión de los humores mediante el sudor, los vómitos, la expectoración, la orina y las deyecciones, se conocían como crisis. En el proceso de la enfermedad los médicos sabían cuál era el momento crítico, es decir, aquel en el que debía ocurrir la expulsión de los malos humores.

Areteo de Capadocia, Siglo I, escribió: “La melancolía es una alteración apirética del ánimo, que está siempre frío y adherido a un mismo pensamiento, inclinado a la tristeza y la pesadumbre”; causada también por la bilis negra. Además, describió la conexión entre episodios depresivos y maniacos: “la melancolía es el principio y parte de la manía”, “algunos pacientes, después de ser melancólicos, tienen brotes de manía; de manera que la manía es una posible variedad del estar melancólico”.

Para él la melancolía era la forma fundamental de locura, de la que derivarían las otras variedades. Cuando la enfermedad se agravaba, se producía una afectación del cerebro por vía simpática, que daba lugar a la aparición de la manía. Un dicho de Hipócrates sintetiza la postura griega que hoy en día se puede traducir como: “Si el miedo y la tristeza se prolongan, es melancolía”.

Lo negro, lo agrio, lo pesado, lo triste, encerrados en un término, melancolía. Al parecer, Hipócrates también tuvo razón al relacionar dos síntomas propios de la melancolía: el temor y la tristeza. Como consecuencia de esta tristeza, los melancólicos odian todo lo que ven y parecen continuamente apenados y llenos de miedo.

Los romanos tenían su propia manera de nombrar la bilis negra (otra bilis), pero prefirieron llamarla como les sonaba a ellos la fonética, es decir, melancolía. Así mismo, la palabra depresión se deriva del latín de *y premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo). En Bagdad, siglo X, el árabe *Isaq ibn Imran* la refirió como: “un cierto sentimiento de aflicción y aislamiento que se forma en el alma debido a algo que el paciente cree que es real pero que es irreal”.

Además de todos los síntomas psíquicos, hay otros somáticos como la pérdida de peso y sueño. La melancolía puede tener causas puramente psíquicas, miedo, aburrimiento o ira, de manera que la pérdida de un ser querido o de una biblioteca insustituible pueden producir tristeza y aflicción tales que tengan como resultado a la melancolía”.

Constantino, el africano, en el siglo XI, planteó: “La melancolía perturba el espíritu más que otras enfermedades del cuerpo. Una de sus clases llamada hipocondríaca, está ubicada en la boca del estómago; la otra está en lo íntimo del cerebral. El cuerpo sigue al alma en sus acciones y el alma sigue al cuerpo en sus accidentes”.

El español Poma describió así a la esposa del tercer gobernante inca: “La tercera Coya fue miserable, avarienta y mujer desdichada, y no comía casi anda y bebía mucha chicha y de cosas insignificantes lloraba, y de pura miseria no estaba bien con sus vasallos; era triste de corazón”. Santo Tomas, sostenía que la melancolía era provocada por demonios e influencias astrales e incluso por el pecado de pereza.

En la Edad Media los líderes religiosos creían que la depresión era causada por posesión de los espíritus malos. El reformador religioso alemán, Martín Lutero, escribió: Toda la pesadez de la mente y la melancolía vienen del diablo. A lo largo de los siglos, la depresión ha sido tratada con diferentes remedios como azotes, sangrías, exorcismo y baños.

Durante la Edad Media este demonio fue conocido como acedia. Aunque los monjes seguían siendo sus víctimas predilectas, realizaba también un buen número de conquistas entre los laicos. San Isidoro de Sevilla indicó cuatro derivadas de la tristeza: el rencor, la pusilanimidad, la amargura y la desesperación, y siete de la acedia propiamente dicha: la ociosidad, la somnolencia, la indiscreción de la mente, el desasosiego del cuerpo, la inestabilidad, la verbosidad y la curiosidad.

En el siglo XIV, Paracelso se refirió tanto a la depresión endógena como exógena. En 1621, Robert Burton escribió su libro La anatomía de la melancolía e hizo referencia a los aspectos,

hasta entonces conocidos, sobre el padecimiento donde era fácil identificar los estados depresivos.

Thomas Willis, desdeñó la teoría de los humores como causa de la melancolía y, siguiendo los conocimientos de su época, atribuyó el origen de esta enfermedad a las alteraciones químicas producidas en el cerebro y el corazón. Mencionó cuatro tipos de melancolías, de acuerdo con su origen: a) por desorden inicial del cerebro, b) derivada de los hipocondrios, c) la que comprende todo el cuerpo y d) originada en el útero.

En 1679 Bonetus escribió Manía de la melancolía y en otra publicación que data del 1686 trató la relación y significación patogénica existentes entre la melancolía y la manía, este mismo concepto se mantuvo en Inglaterra en el siglo XVII. Así, en 1725 Richard Blackmore se refirió a “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía”.

En 1764, Robert Whytt relacionó la depresión mental con el espíritu bajo, la hipocondría y la melancolía. En 1808 Haslam se refirió a aquellos que se encontraban bajo la influencia de las pasiones depresivas. Ya en esa época el término depresión ganó terreno y se utilizó junto al de la melancolía para designar la enfermedad, mientras que esta última siguió conservando su uso popular y literario. Así mismo, Wilhem Griesinger introdujo el término estados de depresión mental como sinónimo de melancolía.

A su vez y en relación con las causas de la depresión, a principios del siglo XIX Philippe Pinel señaló como causas posibles de la melancolía, en primer lugar, las psicológicas y en segundo, las físicas. En el siglo XVI la melancolía fue aceptada como una enfermedad mental Bartolomeus Anglicus la definió como la afección de la parte media de la cabeza, con privación de la razón. “Es una afección que domina el alma y que proviene del miedo y de la tristeza que daña la razón.”

A mediados del siglo XIX y casi de forma simultánea a Griesinger, aparecieron los trabajos de Hoffmann (1861) y Snell (1865). Dichos autores comenzaron con el ocaso del concepto de

psicosis única, pues para ellos la paranoia no siempre tendría un carácter secundario a la melancolía, de manera que existía la posibilidad de la paranoia primaria.

Esta idea obtuvo su consagración definitiva en el Congreso de Berlín (1893), donde se estableció que la paranoia era un trastorno en el que los afectos tendrían una función muy poco relevante. Kraepelin, uno de los psiquiatras más eminentes de su tiempo, también habló de la melancolía. En una de sus clasificaciones nosológicas empleó el término locura depresiva, sin desprenderse del término melancolía para designar la enfermedad, y reservó el de depresión para denominar un estado de ánimo.

El consideraba que las melancolías eran formas de depresión mental expresión que le pertenece. Pero en 1899 usó como categoría diagnóstica la locura maníaco-depresiva. Así mismo, hizo una de las mayores aportaciones a la psiquiatría, al diferenciar la enfermedad maníaco-depresiva de la demencia precoz, además, fue uno de los primeros en señalar que el estrés psicológico puede precipitar los episodios iniciales de manía y que los episodios posteriores ocurren de forma espontánea.

En 1863, el término ciclotimia fue empleado por Kahlbaum para designar las variaciones de las fases depresiva y maníaca, remediando los ciclos. Finalmente, la melancolía fue aceptada como concepto de depresión, y dio lugar a otras más que especifican las diferentes ramas o clasificaciones de esta, como se demostró en la primera cuarta parte del siglo XX, cuando los conceptos se desglosaban en ansiedad, depresión, histeria, hipocondría, obsesión, fobia y trastorno psicósomático, entre otros.

En 1924 Bleuler se apartó de la línea de Kraepelin, al plantear que la relación entre la enfermedad maniaco-depresiva y la demencia precoz era parte de un continuo, sin una línea clara de delimitación. Por último, Meyer creía que la psicopatología surgía de interacciones biopsicosociales.

En 1911 Freud publicó su trabajo *Duelo y melancolía*, en el cual se establecieron las diferencias entre la enfermedad y el proceso de duelo que tiene lugar cuando se sufre por la pérdida de un ser querido, donde es normal la depresión, siempre y cuando esta se resuelva entre seis y doce meses, y no incapacite a la persona en el desarrollo de sus actividades normales.

En 1976, Dunner y colaboradores sugirieron subdividir el trastorno bipolar de manera siguiente: tipo I, pacientes con historia de manía lo suficientemente severa como para requerir hospitalización y tipo II, pacientes con una historia de hipomanía, además de presentar una historia previa de depresión mayor, que requirió hospitalización. En 1980, la distinción bipolar-unipolar fue incorporada formalmente en el sistema americano DSM-III.

Otras de las formas clínicas de nombrar la depresión fue neurosis depresiva, mientras que la otra, psicosis maniaco-depresiva. A partir del DSM-III, en el Manual de diagnóstico y estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana, publicado en su tercera edición en 1981, se cambiaron los nombres por trastorno distímico y trastorno depresivo mayor. Estuvo presente en nuestra cultura y nuestra lengua desde siempre, y sufrió diversas modificaciones, que no prosperaron.

Debido a su interés, la melancolía ha sido objeto de obras literarias y pictóricas. Tirso de Molina compuso la comedia *El melancólico*, la cual suscitó un gran interés para el público porque veía en el protagonista el enigmático y melancólico Felipe II.

Si bien las teorías patogénicas acerca de la depresión continúan girando en espiral a lo largo de la historia, pasando de la magia a lo religioso, de la química a la mecánica, del animismo a lo orgánico, del humor a la electricidad, de lo ambiental a lo genético, de lo espiritual a lo vital, del espíritu animal a los neurotransmisores, el cuadro clínico, lo descriptivo, permanece estable.

1.3. Trastornos depresivos según el DSM-5

Según el DSM-5, (2014), los trastornos depresivos, son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresivo mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno

depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.

Se debe considerar especialmente la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor. El duelo suele conllevar un gran sufrimiento, pero no induce normalmente un episodio depresivo mayor. Cuando ocurren a la vez, los síntomas depresivos y el deterioro funcional tienden a ser más graves y el pronóstico es peor que el del duelo que no se acompaña de trastorno depresivo mayor.

La depresión relacionada con el duelo tiende a ocurrir en las personas vulnerables a los trastornos depresivos y se puede facilitar la recuperación mediante el tratamiento antidepresivo. Se puede diagnosticar una forma más crónica de depresión, el trastorno depresivo persistente (distimia), cuando las alteraciones del estado de ánimo duran al menos dos años en los adultos o un año en los niños.

Este diagnóstico, nuevo en el DSM-5, incluye las categorías del DSM-IV de depresión mayor crónica y de distimia. Tras una revisión a fondo de los datos científicos disponibles, se ha trasladado el trastorno disfórico premenstrual de un apéndice del DSM-IV. Casi 20 años de investigación sobre esta afección han confirmado una forma de trastorno depresivo que responde al tratamiento, que comienza poco después de la ovulación y que permite pocos días después de la menstruación, y que tiene un impacto funcional importante.

Con los fenómenos depresivos se pueden asociar un gran número de sustancias de abuso, algunos medicamentos de prescripción médica y varias afecciones médicas. Este hecho se reconoce en el diagnóstico del trastorno depresivo debido a otra afección médica.

1.3.1. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

El rasgo central del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es una irritabilidad crónica, grave y persistente. Esta irritabilidad grave tiene dos manifestaciones clínicas relevantes,

y la primera son los accesos de cólera frecuentes. Estos accesos ocurren típicamente en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales.

Deben ocurrir frecuentemente en al menos un año y en al menos dos ambientes como en casa y en el colegio, y deben ser inapropiados para el grado de desarrollo. La segunda manifestación de irritabilidad grave consiste en un estado de ánimo persistentemente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera. Este estado de ánimo irritable o enfadado deben ser característico del niño, debe estar presente la mayor parte del día, casi a diario y debe ser apreciable por otras personas del entorno del niño.

1.3.1.1. Criterios Diagnósticos

- A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
- B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo
- C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.
- D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas.
- E. Los Criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un periodo que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A-D.
- F. Los Criterio A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.
- G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
- H. Por la historia o la observación, los Criterios A-E comienzan antes de los 10 años.
- I. Nunca ha habido un periodo bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maniaco o hipomaniaco.

Nota: la elevación del estado de ánimo apropiado al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental. Nota: este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención/hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias.

En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maniaco o hipomaniaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica neurológica.

1.3.2. Trastorno depresivo mayor

El trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico del grupo. Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones inter episódicas. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente.

Incluye un estado de ánimo disfórico de una intensidad que sobrepasa los sentimientos comunes de desilusión y las emociones de tristeza ocasionales de la vida diaria. Dicha disforia puede aparecer como un abatimiento extremo o como una pérdida dramática de interés en aspectos de la

vida que antes eran placenteros. En algunos casos tiene sus raíces en una experiencia de duelo, después de la pérdida de un ser querido.

El rasgo principal del episodio depresivo mayor es un periodo de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes, el ánimo suele ser irritable más que triste.

1.3.2.1. Criterios diagnósticos

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo, al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacía, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autor reproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo.

Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

1.3.3. Trastorno depresivo persistente (distimia)

Se trata de una depresión crónica de escasa gravedad, de más de 2 años de evolución, que no es continuación de una depresión mayor, algunos de los síntomas similares a los experimentados por personas con un trastorno depresivo mayor, como alteraciones en el apetito, alteraciones del sueño, poca energía o fatiga, baja autoestima, concentración disminuida, dificultad en la toma de decisiones y sentimientos de desesperanza.

Estos individuos no presentan tantos síntomas, ni estos son tan severos. Tienen sentimientos de inadecuación en la mayoría de sus actividades y son incapaces de sentir placer o interés en los eventos de la vida. Tiene un comienzo insidioso, bien en la primera juventud o de forma tardía, como consecuencia de pérdidas significativas.

1.3.3.1. Criterios Diagnósticos

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico de DSM-IV.

- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

- B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnias, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza
- C. Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente.

Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

1.3.4. Trastorno disfórico premenstrual

Las características esenciales del trastorno disfórico premenstrual son la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después.

Estos síntomas pueden acompañarse de síntomas conductuales y físicas. Los síntomas deben haber aparecido en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año y deben afectar negativamente al funcionamiento laboral o social.

La intensidad y la expresividad de los síntomas acompañantes pueden estar estrechamente relacionadas con las características sociales y culturales de la mujer afecta, de sus perspectivas familiares y de otros factores más específicos, como las creencias religiosas, la tolerancia social y aspectos relacionados con el papel de la mujer.

Típicamente, los síntomas alcanzan su cumbre alrededor del comienzo de la menstruación. Aunque no es infrecuente que los síntomas permanezcan durante los primeros días de la menstruación, la paciente debe tener un periodo libre de síntomas en la fase folicular después de que comience el periodo menstrual.

1.3.4.1. Criterios diagnósticos

- A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.
- B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes: Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo), irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales, estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de auto desprecio ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

- C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B, disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones), dificultad subjetiva de concentración, letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía, cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos, hipersomnía o insomnio, sensación de estar agobiada o sin control, síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de hinchazón o aumento de peso.

Nota: los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

- D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales, disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).
- E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).
- F. El criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación).
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

1.3.5. Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento

El trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos incluye síntomas de un trastorno depresivo, como el trastorno depresivo mayor, sin embargo, los síntomas depresivos se asocian al consumo, la inyección o la inhalación de una sustancia y los síntomas depresivos persisten más

tiempo de lo que cabría esperar de los efectos fisiológicos o del periodo de intoxicación o de abstinencia.

El trastorno depresivo se debe haber desarrollado durante el consumo de una sustancia capaz de producir un trastorno depresivo o dentro del mes posterior al mismo conforme a los datos de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio.

1.3.5.1. Criterios diagnósticos

- A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1)(2):
 - 1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 - 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
- C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento, los síntomas persisten durante un periodo importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: solo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

1.3.6. Trastorno depresivo debido a otra afección médica

El rasgo esencial del trastorno depresivo debido a otra afección médica es un periodo de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido, o una disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, que predomina en el cuadro clínico y que se piensa que está relacionado con los efectos fisiológicos directos de la otra afección médica.

1.3.6.1. Criterios diagnósticos

- A. Un periodo importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

1.3.7. Otro trastorno depresivo especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.

La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando otro trastorno depresivo especificado y a continuación el motivo específico (p. ej., episodio depresivo de corta duración).

Algunos ejemplos

1. Depresión breve recurrente: presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.
2. Episodio depresivo de corta duración (4-13 días): afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar.
3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para trastorno mixto de ansiedad y depresión.

1.3.8. Otro trastorno depresivo no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predomina los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.

La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

1.4. Epidemiología de los trastornos depresivos

Según la Organización Mundial de la Salud, en Guatemala, uno de cuatro guatemaltecos mayores de 18 años, ha padecido al menos un trastorno mental en su vida y en general, solamente el 2.3% de la población guatemalteca ha consultado con algún profesional en salud (según la Encuesta Nacional de Salud Mental, USAC, 2010) por emociones o problemas de salud mental.

En términos generales los trastornos de ansiedad constituyen el grupo de trastornos más frecuente que afecta a la población guatemalteca, mientras que los trastornos del humor ocupan el segundo lugar, afectando a un 8% de la población, siendo en este grupo los trastornos depresivos los más comunes.

Para el 2020, la depresión será la segunda causa principal de discapacidad y para el 2030 será la principal responsable de carga de enfermedad. La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad y afecta a todos sin distinción económica. Constituye una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial y se estima que afecta a 350 millones de personas.

Según Ignacio Zarragoitia (2011), desde hace varios años las investigaciones epidemiológicas vienen alertando acerca de las características que matizan este trastorno. En estudios realizados en diferentes países, se ha estimado la depresión de por vida en cifras que pueden oscilar entre 2,9 y 15,4, lo que puede sugerir una variabilidad en los criterios diagnósticos.

La depresión es tal vez la menos conocida, no diagnosticada y no tratada de las enfermedades médicas, y los costos directos e indirectos son mayores que cualquier otra enfermedad, excepto las cardiovasculares, por esta razón algunos investigadores la han denominado la gran epidemia silente.

Se presenta entre el 5 y 8% de la población, pero en comorbilidad con otras enfermedades médicas y psiquiátricas puede alcanzar entre el 25 y 30%. En la actualidad esta enfermedad ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades incapacitantes y se estima que para el año 2020 ocupara el segundo. Es la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales.

Algunos elementos culturales pueden influir en el desarrollo y la aparición de la depresión, como es el caso de la cultura judía. En un estudio llevado a cabo en 339 personas (157 hombres y 182 mujeres) se encontró un predominio similar de depresión en uno y otros sexos.

La depresión es la más común de las enfermedades mentales y ha sido diagnosticada aproximadamente en el 40% de los pacientes que acuden a la consulta de psiquiatría. Asimismo, es la causa principal de incapacidad, medida en años vividos con incapacidad, y el cuarto factor más importante que contribuye a la carga global de enfermedad, medida en años de vida ajustados a la incapacidad, igual a la suma de los años de vida potencial perdidos, debido a la mortalidad prematura y los años de vida productiva, perdidos por incapacidad.

En Europa, 1 de cada 5 personas padecerá una depresión a lo largo de su vida. En un estudio epidemiológico llevado a cabo en una muestra de 21 425 personas, pertenecientes a seis países europeos, se observó que la depresión mayor era el trastorno psiquiátrico más común: el 13%

afirmó haber sufrido, al menos, un episodio de depresión mayor a lo largo de su vida y el 4%, en el último año.

En EE: UU, alrededor del 10% de las mujeres y el 4%, de los hombres han tomado un antidepresivo en algún momento. La prevalencia puntual de los síntomas depresivos en la población general oscila entre el 9 y 20%, y el riesgo de sufrir un trastorno depresivo a lo largo de la vía se encuentra entre el 6 y 10% en los hombres, y el 12 y 20% en las mujeres.

La mayoría de las depresiones permanece sin diagnosticar y, por ello, sin tratar. Dado que una gran parte de los pacientes acude con sus quejas, frecuentemente inespecíficas, al médico de la familia, este se encuentra en una posición idónea para diagnosticar y en muchos casos tratar la depresión, pero por esta misma razón se puede producir un subregistro.

Incidencia, entre el 6 y 8% de las personas mayores de 15 años de la población general sufre depresión. Tasa de prevalencia, entre el 20 y 25% de la población general sufrirá una depresión en algún momento de su vida. La Organización Mundial de la Salud estima que la depresión, internacionalmente, es la causa principal de incapacidad en las personas de mediana edad, así como en las mujeres de todos los grupos de edades.

Desde el 2000, las ventas de los antidepresivos han alcanzado cifras relevantes en la descripción de medicamentos de cualquier tipo. Todavía los estudios epidemiológicos sugieren que hay un vasto número de individuos depresivos no tratados. Consecuentemente, los médicos de atención primaria han sido reclutados como la primera línea de defensa y algunos investigan, de forma rutinaria, la presencia de la depresión. Por todo lo anteriormente expuesto, el consumo de antidepresivos se ha elevado desde 1990. No obstante, se ha cuestionado si la clasificación de los DSM y sus diferentes versiones tiene en cuenta todos los elementos para llevar a cabo el diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

Manifestaciones clínicas, formas de presentación y evolución de la depresión, para comprender la psicopatología de los trastornos del ánimo, es necesario diferenciar el trastorno del ánimo, como

enfermedad de las reacciones vivenciales anormales y de los problemas afectivos de la vida cotidiana y, por ende, el estado de ánimo o humor y los sentimientos.

Por efectividad se entiende el conjunto de los sentimientos y estados de ánimo. El estado de ánimo o humor es un estado afectivo, de carácter relativamente autónomo y duradero en el tiempo, aunque generalmente auto limitado, que afecta globalmente las experiencias psicológicas y corporales, por lo tanto, es un modo de experiencia total, como afectación primaria a la percepción del propio yo, y secundariamente a la experiencia del mundo que rodea a la persona. Los sentimientos son vivencias muy variables, cuya concepción más habitual es de naturaleza psicológica (pena, alegría, ira, rabia, frustración), pero no de manera exclusiva.

Los sentimientos y el humor son fenómenos independientes, aunque las alteraciones del humor pueden condicionar la alteración de los sentimientos sensoriales y vitales. El estado de ánimo y los sentimientos se distinguen entre sí por su relación temporal, ya que los estados de ánimo persisten durante periodos relativamente largos y se oponen a la brevedad e inestabilidad de los sentimientos.

Otra característica que establece la diferenciación entre los estados anímicos y los sentimientos, es el hecho de que mientras la coexistencia simultánea de distintos estados de ánimo es la excepción, la coexistencia de distintos sentimientos es la regla, así, se puede sentir a la vez tristeza, cólera, rabia o incluso alegría.

Las alteraciones básicas del estado de ánimo son el depresivo, el eufórico y el disfórico. La alteración del estado de ánimo del polo depresivo se corresponde con la aparición de los sentimientos de las capas profundas (vitales y sensoriales) de tonalidad depresiva, mientras que los sentimientos psicológicos solo se afectan de manera secundaria.

La afectación de los sentimientos vitales suele llevar la experiencia de tristeza, que, por tener un carácter cualitativamente distinto de la experiencia normal de tristeza, se le denomina tristeza

patológica. Esta diferenciación es básica para delimitar las enfermedades afectivas de las reacciones vivenciales anormales y de meros problemas afectivos.

La tristeza patológica es un sentimiento cualitativamente distinto de la tristeza normal, que los propios pacientes diferencian muy bien como una cualidad distinta a veces inefable del estado de ánimo. Tal es así que un enfermo deprimido puede ser incapaz de sentir tristeza por un acontecimiento que habitualmente le hubiera entristecido, lo que le hace sentir como indigno y culpable.

1.5. Factores de vulnerabilidad de la depresión

La probabilidad que una persona pueda desarrollar un trastorno en particular se relaciona con los factores de riesgo en el ambiente, la vulnerabilidad biológica de esa persona y la presencia o ausencia de factores que promueven la resiliencia. Los factores de riesgo que afectan la depresión incluyen la herencia, la edad, el género, los eventos de vida negativos y la falta de apoyo social.

1.5.1. Herencia

La herencia es un factor de riesgo importante en el caso de los trastornos del estado de ánimo. De forma muy evidente, los estudios de gemelos y de familias sugieren la presencia de este componente tanto en depresión mayor como en trastornos bipolares. Plomin y cols., (2003).

La importancia de la herencia en los trastornos del estado de ánimo se demuestra por la fuerte asociación entre la cercanía de la relación biológica (el porcentaje de genes compartidos entre dos personas) y la probabilidad de que, si una de ellas tiene un trastorno del estado de ánimo, el familiar biológico también sea diagnosticado con ese trastorno. Por ejemplo, existe un mayor riesgo de desarrollar una depresión mayor si el gemelo idéntico ha tenido este trastorno, más que si uno de los padres, hermano o hermana lo ha experimentado.

Aunque se ha demostrado en forma sólida que la depresión es un problema de familia, se conoce mucho menos sobre la forma en que la herencia afecta las características clínicas del trastorno, como la cantidad y tipo de síntomas y la duración del estado de ánimo severamente depresivo.

1.5.2.Edad

La edad es otro factor de riesgo de depresión. el riesgo de sufrir un primer episodio de cualquier grado de depresión es más elevado en mujeres que tienen entre 20 y 29 años. En el caso de los hombres, el periodo de riesgo similar es entre los 40 y 49 años (Rorsman y cols., 1990).

En general, el porcentaje de depresión aumento durante el siglo XX, y también se redujo la edad promedio del primer diagnóstico. Nadie sabe las causas del aumento de la depresión en todo el mundo, ni por qué es más probable que la gente joven esté en riesgo más de lo que estaba en el pasado.

Las explicaciones que se dan incluyen un creciente abuso de alcohol y drogas, cambio en la estabilidad de los matrimonios y en la estructura familiar, menos oportunidades de empleo y de promoción, urbanización, los efectos de la creciente contaminación y posiblemente han llevado a cabo muchos estudios en cada una de estas áreas, no es claro el papel que juegan estos factores en el aumento de la depresión.

1.5.3.Eventos de vida

Los factores ambientales, así como los eventos de vida, en especial una acumulación de sucesos estresantes en un corto periodo, pueden jugar un papel importante en el surgimiento de un episodio de depresión, en especial en el caso de personas vulnerables. Sin embargo, la relación entre los eventos de vida estresantes y el inicio de una depresión mayor se reduce a medida que los episodios depresivos previos aumentan (Kendler y cols., 2001).

Algunas personas parecen ser genéticamente vulnerables a la depresión recidivante, sin importar que existan eventos de vida estresantes o largos periodos de tranquilidad. Por lo general los eventos de vida estresantes no son aleatorios, pues por lo regular están relacionados con la vulnerabilidad de la persona y las circunstancias de vida, no sólo con la mala suerte.

Muchos eventos de vida están asociados con las relaciones que integran la red social de la persona. Un estudio de gemelos encontró que se considera que más de la mitad de todos los eventos de vida personales dependen de alguna manera de la persona implicada, más que de factores ajenos al control de ella (Kendell y cols., 1999).

Aunque ciertos eventos independientes, sobre los que las personas probablemente no tienen control, con frecuencia dan como resultado la depresión, es más probable que ocurra un episodio depresivo después de uno o más eventos que dependen de las personas.

La elección de relaciones de las personas y la forma en que interactúan con otras personas cercanas a ellas parecen más apropiadas para crear eventos estresantes que producen depresión que los eventos basados en fuerzas externas.

1.5.4. Falta de apoyo social

Para Harris (1992), el efecto negativo de los eventos de vida concernientes a las relaciones personales cercanas se hace aún más fuerte porque por lo regular está acompañado por una reducción del apoyo social. El apoyo social, la confianza de que una persona sea atendida por otros que pueden proporcionar ayuda o apoyo emocional cuando es necesario, es una protección importante contra la depresión. Es probable que la conducta de otros, que transmite críticas o que da a entender que una persona no merece amor o amistad, esté más relacionada con la depresión que la simple ausencia de apoyo.

Por lo general se considera que el matrimonio, en relación cercana, proporciona apoyo. Tanto el divorcio como la mala calidad de un matrimonio están relacionados con la depresión y una salud

mental y física deteriorada (Prigerson y cols., 1999). Las personas divorciadas o separadas son más propensas a deprimirse que quienes estén casadas, las mujeres son más propensas a deprimirse que los hombres. El estado civil y las relaciones sexuales tienen efectos similares en todos los países, aun cuando difiere el porcentaje general de depresión (Weissman y cols., 1996)

1.6. Síntomas

No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular:

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacía
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo
- Sentimientos de culpa, inutilidad, o impotencia
- Irritabilidad, inquietud
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales
- Fatiga y falta de energía dificultad para concentrarse, recordar detalle y para tomar decisiones
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles y para tomar decisiones
- Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado
- Comer excesivamente o perder el apetito
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio
- Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

1.7. Instrumentos para el Estudio de la Depresión

1.7.1. Inventario de depresión Rasgo-Estado (IDERE)

Autores Martín M, Grau JA, Ramírez y Grau R. Duración, 15 minutos, para personas mayores de 15 años. Es un inventario auto evaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la depresión: la depresión como estado y la depresión como rasgo.

La escala que evalúa la depresión como estado permite identificar, de manera rápida, a las personas que tienen síntomas depresivos, así como sentimientos de tristeza reactivos a situaciones de pérdida o amenaza que o necesariamente se estructuran como un trastorno depresivo, aunque provoquen malestar e incapacidad. Tiene 20 ítems cuyas respuestas toman valores de 1 a 4. La mitad de estos ítems por su contenido, son positivos en los estados depresivos, mientras que la otra mitad son ítems antagónicos con la depresión.

Se ha diseñado básicamente para su aplicación en los ámbitos clínicos, tanto en enfermos crónicos, en pacientes psiquiátricos, etc. También puede utilizarse en cualquier otra área en la que se quiera identificar rápidamente a personas con síntomas depresivos o a personas con propensión a la depresión.

Resulta útil para la evaluación de ancianos y personas con enfermedades crónicas, pues la escala estado permite identificar estados de tristeza que no se estructuran en una depresión clínica, pero que provocan graves limitaciones y afectan la calidad de vida del paciente.

1.7.2. Inventario de Depresión de Beck

Autores Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J. Fue elaborado en 1961 con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión. El objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la misma. Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales afectivas, cognitivas y somáticas.

El Inventario de Depresión de Beck se ha popularizado para evaluar la depresión, dada su bien demostrada confiabilidad y validez y es uno de los instrumentos más utilizados en nuestro país.

Lamentablemente, su introducción en la asistencia no estuvo precedida del necesario proceso de validación, trabajo que fue acometido en la década del 90 por la Lic. Isabel Louro y un equipo de investigadores de la Maestría en Psicología de la Salud (Lugo, Louro y Ballarre, 2996).

El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 0 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión. se utiliza en adultos, preferentemente de forma auto administrada, siendo el tiempo promedio de realización 20 minutos.

1.7.3.Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión

La Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión, fue desarrollada para su uso en estudios epidemiológicos en población general. La selección de ítems se realizó a partir de diversas fuentes y se centra fundamentalmente en los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva, con menor presencia de los síntomas de tipo somático.

Es un cuestionario de 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta que indican la frecuencia o intensidad de la presentación de cada ítem. Ha sido traducido y validado en España por Soler J. y cols. (1997), si bien esta validación se realizó en población clínica, sin que se disponga de estudios de validación en población general.

Depresión en la mujer

Según la Organización mundial de la salud, la depresión es uno de los trastornos más comunes, que afecta a todos sin distinción alguna, la depresión se da más en mujeres que en hombres, Guatemala es un país en el que tiene un elevado número de depresión en mujeres, este porcentaje crece día a día por lo que es necesario informarse correctamente, ya que con ayuda profesional y un acompañamiento adecuado puede prevenirse y tratarse, por lo que a continuación se habla sobre la depresión en la mujer.

2.1. Definición

Es una variedad de cambios en el estado de ánimo negativos de la conducta del individuo, la persona sufre de una reducción de energía y pierde placer por actividades que antes disfrutaba realizar, falta de concentración y cansancio, alteraciones en el sueño y falta de apetito, hay presencia de ideas de culpa e inutilidad, depende de la severidad de los síntomas un episodio depresivo puede ser, leve, moderado y grave.

Según Vallejo (2004), es un trastorno emocional, que expresa una claudicación psíquica y neurobiológica del sujeto y se manifiesta a través de síntomas psíquicos como la tristeza, desánimo, desinterés, pérdida de autoestima, llanto y síntomas somáticos como la anorexia, astenia, pérdida de peso, trastorno del sueño, dolores, inhibición.

2.2. Antecedentes

Estar al tanto de cómo la salud mental se interrelaciona con el género es importante para identificar aquellos síndromes o síntomas con los que se califica a las mujeres a lo largo de la historia, y como desde el paradigma biomédico se ha marcado a las mujeres como enfermas o portadoras de enfermedades. La reflexión que podría surgir de esa definición es si las mujeres han tenido una peor salud mental o si, simplemente, se las ha clasificado como tal.

En el siglo XIX, las mujeres de la clase burguesa sufrían histeria, que podría ser un tipo de depresión nerviosa, mientras que las mujeres obreras no podían sufrir tales dolencias, pues debían cumplir con su trabajo diario. Lo que sí es cierto es que, aunque se les atribuyeran unas dolencias u otras en los estudios realizados sobre salud observada, en calidad de vida son las mujeres las que identifican una peor situación. Pese a que presentan tan bien un mayor número de trastornos psiquiátricos menores como la ansiedad y la depresión, de enfermedades crónicas y de discapacidades, poseen una esperanza de vida mayor que los hombres.

Según Montesó Curtó María Pilar (2015), los cambios en la sociedad moderna se dan las condiciones idóneas para que la depresión y otros trastornos de la salud mental se instalen en ellas. Los cambios sociales que conllevan las sociedades postindustriales y tecnológicas avanzadas posmodernas siendo tan rápidos que apenas dejan tiempo para la reflexión. En este contexto, se produce una desintegración de los valores, las creencias y la pérdida de solidaridad e integración, consecuencia de esto aparece el suicidio como principal resultado de la depresión.

Martínez Quintana (2011), sostiene que el fenómeno del suicidio es una manifestación de la afección colectiva, y actúa como un canal de apertura de los desajustes, desequilibrios, desintegración y confusión caótica de la estructuras culturales y sociales que están en los individuos y supone la reacción que los individuos tienen de ese impacto exterior, unido al impacto interior de los mismo en determinadas situaciones en las que experimentan la imposibilidad ante tales presiones, les lleva a estados mentales movidos por un arrebato, o por un deseo frío y meditado y a continuación deciden quitarse la vida.

Según Giner (1958), la anomia aparece como consecuencia de un conflicto de normas, de manera que los individuos no pueden orientar con precisión su conducta. Un conflicto de normas significa un vacío normativo para quienes se encuentran en medio de él. En tal situación, el individuo experimenta psicológicamente la anomia como una confusión moral y mental.

No obstante, en el mero conflicto de normas, la anomia surge de la desigualdad que existe entre las necesidades del hombre y los medios que le ofrece una sociedad determinada para

satisfacerlas, la crisis anémica surge en el conflicto entre fines culturales y normas institucionales, la consecuencia de todo esto puede quedar reducida a neurosis y psicosis individuales, tan típicas del mundo moderno.

Para la psicología y la sociología, la anomia es un estado que surge cuando las reglas sociales se han degradado o directamente se han eliminado y ya no son respetadas por los integrantes de una comunidad. Actualmente en la sociedad de la ciencia y la tecnología, en la que los conceptos de duradero y para siempre, que ya se quebraron, continúan desapareciendo a un ritmo acelerado y ya no hay verdades absolutas ni familia ni trabajo.

Si algo caracteriza a la sociedad actual es la desintegración de las trayectorias afectivas y laborales. Por tanto, se vive en aquello que Beck (2002) denomina la sociedad del riesgo, en la que se debe estar preparados para el cambio, para lo fugaz, para el rompimiento de las carreras familiares o profesionales de larga duración.

Según Ibídem (1984), existe una transformación de los procesos de producción, cada vez con mercados más globalizados y con una aplicación de robots industriales y sistemas automáticos en el sector servicios, que dan lugar a grandes cambios en las demandas de puestos de trabajo y a un paro estructural, especialmente entre los jóvenes, las mujeres y los sectores sociales menos competentes.

La depresión empieza a detectarse en las mujeres en mayor proporción que en los hombres. Así lo muestran los estudios revisados de García Campayo y Arnal (2006), Velasco (2006), Valls (2005) y Matud (2006). De hecho, la depresión no es la misma para todas, sino que varía en función tanto de las circunstancias sociales como del nivel socioeconómico, del nivel de estudios, del número de hijos y del tipo y las condiciones de trabajo. A partir de aquí, se esboza, entre otras, la hipótesis principal de esta investigación, que busca explicaciones ante el hecho de que las mujeres están claramente en desventaja.

Esta desventaja se encuentra en la estructura social, en la feminidad tal como ha sido conceptualizada en nuestra cultura, que ha hecho que la mujer sea dependiente y sumisa, y que

haya adoptado roles en el interior del hogar, como el rol maternal y de cuidadora de la familia, que suponen un factor de riesgo para la depresión.

Resulta interesante como los síntomas de algunas enfermedades mentales, sobre todo en los trastornos de ánimo como la depresión, cambian con el transcurso del tiempo. Este hecho enriquece la idea de que algunos síntomas pueden ser culturales y que se obtienen en el contexto en el que la persona se expone.

Si agregamos, que los síntomas varían en una misma cultura y difieren según la clase social a la que pertenece como ocurría con la histeria, que tan frecuente era en el siglo XIX, esto hace pensar que los síntomas pueden utilizarse para reclamar cuidados que de otra manera no se ofrecerían. Se utilizan los síntomas como poder, un dominio usado por aquellas personas que no lo tienen por méritos propios en el mundo de la familia o fuera de él.

Según Raya Ortega (2004), en la inspección que se ha llevado a cabo desde el siglo XIX, hasta la actualidad, se aprecian las tendencias y aproximaciones a lo que se entiende hoy por salud mental y depresión, por lo que conviene repasar las percepciones y descripciones más notables. Así pues, se advierte que en varios estudios sobresale la noción del estado de salud en cuanto que refleja la percepción que tienen las personas sobre su propia salud, tanto desde un punto de vista físico como psicológico.

Para Rodríguez Magda (1994) La mujer aparece como lo otro, como lo negado, está en un modelo de confinamiento. A la mujer se la suprime por medio del encierro, ya sea físico o ideológico y el ejercicio del poder se manifiesta en cuanto al grupo intenta practicar sobre otros individuos separándolos.

Todas las funciones fisiológicas, tales como la menstruación, el parto y la menopausia, son consideradas una enfermedad, ya que en la actualidad y contrariamente a la naturaleza reina el terrorismo ante la naturalidad, que torna histéricas sus quejas. La permanente enfermedad femenina llega a constituir el ideal de belleza durante el Romanticismo: apariencia frágil, palidez,

ojeras, languidez, etc. Pronto, este lugar de encierro se convierte en el centro de los discursos médicos, psiquiátricos y pedagógicos, y aparece la figura de la mujer histérica.

Para Rodríguez Magda (1994), el hogar burgués es el perfecto reducto de paz y tranquilidad para el esposo que vuelve cansado de su duro trabajo. Pureza, abnegación, pulcritud, desconocimiento del entorno y un minucioso cuidado de la frágil salud son las imposiciones que se le hacen a esta figura femenina ideal, privada también de discurso.

Actitudes como hacer sonar su voz en un tono ruidoso, no tolerado, o tan solo reclamar su derecho a la palabra son interpretadas y recogidas por el criterio experto del médico, del psicoanalista y del psiquiatra, y es a partir de esta configuración acomodada del siglo XIX desde la que emerge la mayor parte de los discursos clínicos sobre la mujer que han llegado a nuestros días.

La razón de realizar una visión de género es que las mujeres expresan parte de su malestar por su rol y su feminidad tradicional a través del cuerpo, mediante una serie de síntomas no específicos. Estos síntomas que corresponden a manifestaciones de conflictos internos que están relacionados con el género, como la baja autoestima, la sumisión o la violencia de género.

Según Ehrenreich y Enslin (1981), la principal contribución de la medicina a la ideología sexista ha sido su definición de las mujeres como personas enfermas y potencialmente peligrosas para la salud de los hombres. La idea de que las mujeres son enfermas se remonta al paraíso bíblico. En el pensamiento occidental tradicional, el hombre representa la perfección, la energía y la salud.

Desde que Hipócrates definió a las mujeres como perpetuas enfermas, la medicina no ha hecho más que repetir la reacción masculina dominante, tratando el embarazo y la menopausia como enfermedades, las menstruaciones como una afección crónica y el parto como un problema quirúrgico. Sin embargo, al mismo tiempo, la debilidad de la mujer nunca le ha impedido realizar trabajos pesados ni llevar a cabo la crianza de los hijos.

Según Rodríguez Magda (1994) Jean-Étienne Dominique Esquirol fue uno de los primeros médicos que habló sobre la influencia del género en las enfermedades psiquiátricas, pero no llegó a desarrollar ningún estudio científico sobre el tema. A partir de los años sesenta del siglo XX, empieza a plantearse si existen diferencias entre hombres y mujeres en ciertos aspectos al enfermar, pero las causas de estas desigualdades están exclusivamente basadas en las diferencias socioculturales y económicas en las que se desarrollan ambos sexos.

En la década de los ochenta según Dio Bleichmar, (1999), la idea dominante era que existían diferencias, pero algunas de esas estaban basadas en aspectos relacionados con la genética, en factores hereditarios. Básicamente se las relacionaba con aspectos hormonales, en tanto que otras se debían a causas adquiridas y ambientales, condicionadas por factores culturales. Por último, a principios de los años noventa del siglo XX y hasta la actualidad, se ha aceptado que existen claras diferencias de género.

En la depresión donde la herencia y la biología juegan un papel predominante no existen diferencias entre los sexos que son los denominados trastornos bipolares, estas sí se encuentran en aquella depresión donde juegan más importancia factores externos trastornos no bipolares, distimia y depresión mayor.

En el estudio de Dio Bleichmar (2001), la mayor incidencia de la depresión en las mujeres no debe buscarse en su biología, ni en su fisiología, ni en su cuerpo, sino en las condiciones de vida y en las características de su subjetividad.

Siguiendo a Weissman y Kleiman (1991), los trastornos depresivos son más frecuentes en mujeres que en hombres, ya que en la distimia y en la depresión mayor, la morbilidad es doble en mujeres. Los estudios epidemiológicos, pese a resultar a veces áridos, proveen de gran información sobre la diferencia entre hombres y mujeres, que resulta muy sugerente y permite reflexionar sobre las características de los dos géneros desde una situación más cercana a la realidad y menos a la especulación.

En el estudio efectuado por Mas y Tesoro, (1993), con una muestra constituida por 1140 sujetos, puede observarse que las diferencias más significativas entre géneros en la depresión se dan en el grupo de 40 a 59 años. Tanto las amas de casa como las mujeres con empleo tienen igual representación en el trastorno depresivo.

Para el Instituto Nacional de la Salud Mental Americano (NIH, 1997), en su programa de trabajo para la investigación de la salud mental de la salud de la mujer en el siglo XXI, la depresión mayor se diagnostica casi en el doble de mujeres que de hombres. La depresión puede darse de diferentes maneras en el hombre y en la mujer.

Debido a que menudo las mujeres se encargan del cuidado tanto de los padres como de los hijos, sus problemas mentales pueden afectar a dos o tres generaciones de miembros de su familia, asimismo, tienen varias responsabilidades que crean estrés y amplifican la enfermedad mental. Además, las mujeres tienen más probabilidades de ser víctimas de la violencia, una experiencia que se ha asociado a la aparición de distintos trastornos mentales.

Según las investigaciones de salud mental y género de Montero (2004), hoy en día se acepta que el desarrollo psicológico humano tiene particularidades diferenciales en función del género, que la vivencia psicológica de la reproducción y de la paternidad y maternidad es distinta en hombres y mujeres, y que el perfil psicopatológico y de morbilidad psiquiátrica presenta diferencias tanto cualitativas como cuantitativas entre los sexos. La depresión y las enfermedades físicas, tiene un fuerte impacto en la familia y en la comunidad y va más allá de los costes directos vinculados con el uso de los servicios sanitarios.

Según el Ministerio de Salud Pública, de los datos recopilados en el informe estadístico del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se observa que en el año 2006 se atendieron 25,805 pacientes en Consulta Externa, con un total de 11,069 con diagnóstico de depresión, lo que representa un 43 % de las patologías tratadas.

La dolencia es más común entre las mujeres (5.1 por ciento) que entre los hombres (3.6 por ciento). Concretamente, el informe subraya que el número de personas que tiene depresión ha aumentado un 18 por ciento entre el 2005 y 2015. Además, la tendencia a sufrir desórdenes mentales va en aumento, sobre todo en los departamentos de bajos y medianos ingresos, dado que la población aumenta y la esperanza de vida también.

Puede convertirse en un problema de salud grave, en especial cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, refiere la Organización Mundial para la Salud (OMS). Se calcula que afecta a 350 millones de personas a escala global y es la cuarta causa de discapacidad. El riesgo del suicidio a lo largo de la vida en los sujetos con depresión mayor es del 10 al 15%. Y el riesgo de tentativas de suicidio aumentó hasta 41 veces en los pacientes deprimidos en comparación con aquellos que tenían otros diagnósticos psiquiátricos.

Las mujeres realizan tentativas de suicidio con mayor frecuencia que los varones, pero éstos tienen mayores probabilidades de consumarlo. La prevalencia del trastorno depresivo oscila entre el 2.6 y el 5.5% en varones y entre el 6.0 y el 11.8 % en mujeres. Cada año, el número de personas que padecen depresión va en aumento. El costo en términos económicos es alto, pero el costo en términos de sufrimiento es mayor.

2.3. Depresión en las mujeres

Según Vallejo (2004) Es un trastorno de la afectividad, que expresa una sumisión psíquica y neurobiológica del sujeto y se manifiesta a través de síntomas psíquicos como la tristeza, desmoralización, desinterés, pérdida de autoestima, llanto y síntomas somáticos como la anorexia, astenia, pérdida de peso, trastorno del sueño, dolores, inhibición.

El origen de la depresión no significa que la persona sea débil, haragana o no tenga fuerza de voluntad. Según la manera de pensar así se contribuye a crear y mantener un estado depresivo. Los pensamientos negativos son automáticos y se repiten indefinidamente, y pueden ir disminuyendo las ganas de vivir. El futuro se ve muy oscuro y se suele pensar que se ha fallado.

Los éxitos no se notan, todo es fracaso, se ven más los defectos o limitaciones y los contratiempos se ven como barreras insuperables.

La depresión se clasifica como endógena o reactiva según si el factor causal es interno o externo. También se clasifica como bipolar si tienen dos manifestaciones, que son la melancolía y la manía, o como no bipolar si únicamente se manifiesta con el proceso depresivo de la melancolía.

2.4. Tipos de Depresión en la mujer

Existen tipos de depresión que ocurren tanto en las mujeres como en los hombres. Entre estos están el Trastorno disfórico premenstrual y depresión postparto.

2.4.1. El Trastorno disfórico premenstrual

Según DSM-V (2014), las características esenciales del trastorno disfórico premenstrual son la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después.

Estos síntomas pueden acompañarse de síntomas conductuales y físicos. Los síntomas deben haber aparecido en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año y deben afectar negativamente el funcionamiento laboral o social. La intensidad y la expresividad de los síntomas acompañantes pueden estar estrechamente relacionadas con las características sociales y culturales de la mujer afectada, de sus perspectivas familiares y de otros factores más específicos, como las creencias religiosas, la tolerancia social y aspectos relacionados con el papel de la mujer.

Típicamente, los síntomas alcanzan su cumbre alrededor del comienzo de la menstruación. Aunque no es infrecuente que los síntomas permanezcan durante los primeros días de la

menstruación, la paciente debe tener un periodo libre de síntomas en la fase folicular después de que comience el periodo menstrual.

Aunque los síntomas nucleares son los síntomas afectivos y de ansiedad, también aparecen síntomas conductuales y somáticos. Sin embargo, la presencia de síntomas físicos o conductuales en ausencia de síntomas afectivos o de ansiedad no es suficiente para el diagnóstico. Los síntomas son de gravedad (pero no de duración) comparable a la observada en otros trastornos mentales, como el episodio depresivo mayor o el trastorno de ansiedad generalizada. Para confirmar el diagnóstico provisional se requieren evaluaciones diarias prospectivas de los síntomas durante al menos dos ciclos sintomáticos.

Dentro de los síntomas más frecuentes de depresión en mujeres se encuentran

- Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
- Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales
- Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de auto desprecio.
- Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.
- Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
- Dificultad subjetiva de concentración
- Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía
- Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos
- Hipersomnia o insomnio
- Sensación de estar agobiada o sin control
- Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de hinchazón o aumento de peso.

2.4.2. La depresión posparto

Según El Instituto de la Salud de los Estados Unidos (2014), La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas.

Las mujeres son especialmente vulnerables a la depresión después de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos y la nueva responsabilidad de cuidar al recién nacido pueden resultar muy pesados. Muchas mujeres que son madres por primera vez, padecen un breve episodio de cambios leves en el estado de ánimo que se conocen como tristeza posparto, pero algunas sufren depresión posparto, una enfermedad más grave que requiere de tratamiento activo y de apoyo emocional para la madre primeriza. Las mujeres en etapa posparto tienen un riesgo mayor de padecer varios trastornos mentales, incluso depresión, durante muchos meses después de dar a luz.

Por lo regular las mujeres que padecen depresión posparto, a menudo han padecido episodios depresivos anteriormente. Algunas de ellas los padecen durante embarazo, pero estos episodios depresivos suelen pasar sin que ellas se den cuenta. La depresión posparto se puede dar por varias causas, puede ser consecuencia de una combinación de factores físicos y emocionales.

Después de dar a luz, los niveles de hormonas (estrógeno y progesterona) en las mujeres bajan rápidamente. Esto genera alteraciones químicas en el cerebro que pueden provocar cambios en el estado de ánimo. Además, muchas mujeres no pueden descansar tanto como deberían para poder recuperarse totalmente del parto. La falta constante de sueño puede generar incomodidad física y agotamiento, factores que pueden contribuir a los síntomas de la depresión posparto.

Dentro de los síntomas más frecuentes de depresión postparto en mujeres se encuentran

- Sentirse triste, desesperanzada, vacía o abrumada
- Llorar más frecuentemente de lo normal o sin motivo aparente

- Preocuparse o sentirse excesivamente ansiosa
- Sentirse malhumorada, irritable o inquieta
- Dormir en exceso o no poder dormir, incluso cuando el bebé duerme
- Tener problemas para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones
- Sentir enojo o furia
- Perder el interés en las actividades que le resultaban agradables
- Padecer dolores y molestias físicas, como dolores de cabeza frecuentes, problemas estomacales y dolor muscular
- Comer demasiado o muy poco
- Aislarse de amigos y familiares
- Tener problemas para crear un vínculo emocional con su bebé
- Dudar constantemente de su capacidad de cuidar al bebé
- Pensar en hacerse daño a sí misma o a su bebé.

2.5.Principales causas de depresión en las mujeres

2.5.1.Genero

Según Paykel (1991), una de las principales causas de la depresión es, sencillamente, ser mujer. Las mujeres son por lo menos dos veces más propensas a experimentar toda clase de estados depresivos que los hombres. Una posible explicación es que, las mujeres tienden a ofrecer más apoyo, se involucran en los problemas y los estresores de otras personas, en promedio experimentan más estrés que los hombres, en el caso del rango de edades entre 25 y 45 años.

Las mujeres casadas tienen un porcentaje de depresión particularmente alto, mientras que las solteras tienen un porcentaje mucho menor, más parecido al porcentaje de los hombres. Esta diferencia puede reflejar un estrés mayor de las mujeres casadas tanto por la gran responsabilidad del cuidado de los hijos pequeños como por sus funciones de apoyo a la familia, además del estrés del trabajo.

El bajo ingreso y la necesidad económica son causas adicionales de estrés que afectan con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres, que pueden estar relacionadas con el porcentaje más elevado de depresión en mujeres (Beekman y cols., 1999).

La forma en que las mujeres y los hombres afrontan los estados de ánimo deprimidos también puede ser un factor. Los hombres tienden a tener un enfoque orientado a la acción que puede distraerlos de sus síntomas, pero las mujeres tienden a tener un estilo más cognitivo para hablar sobre sus problemas con otros y seguir pensando sobre ellos (Butler y Nolen-Hoeksema, 1994).

2.5.2. Infancia o Adolescencia problemática

Según Burrueal (2002), es importante mencionar la importancia que tienen los cuidados afectuosos en la infancia, ya que hace que los niños desarrollen sus emociones y otras funciones como la inteligencia, el lenguaje y la regulación de las emociones. En sus estudios sobre los primeros vínculos del niño, afirma que la ausencia de estos cuidados puede aumentar la posibilidad de padecer depresión.

Se ha observado que un factor asociado a la depresión es la pérdida de la madre antes de los 17 años. Tanto la sobreprotección como la despreocupación o el maltrato pueden incidir en la depresión. Los motivos que muchas veces causan sobreprotección son los siguientes: ser hijo único, tener un padre o una madre autoritarios, o padecer alguna enfermedad desde pequeño.

2.5.3. Problemáticas en las mujeres mayores

Al igual que con los otros grupos de edad, existen más mujeres mayores que hombres mayores que padecen depresión, pero los índices disminuyen entre las mujeres después de la menopausia. Las evidencias sugieren que la depresión en las mujeres posmenopáusicas (después de la menopausia) generalmente se produce en las mujeres que tienen antecedentes de depresión. En cualquier caso, la depresión no es una parte normal del envejecimiento.

La muerte de su pareja o de un ser querido, el dejar de trabajar y jubilarse o el lidiar con una enfermedad crónica puede hacer que tanto las mujeres como los hombres se sientan tristes o afligidos. Después de un período de adaptación, muchas mujeres mayores pueden recuperar su equilibrio emocional, pero otras no lo hacen y pueden desarrollar depresión.

Cuando las mujeres mayores sufren de depresión, es posible que los demás no se den cuenta de la situación porque los adultos mayores pueden estar menos dispuestos a hablar sobre los sentimientos de tristeza o dolor, o bien, porque pueden tener síntomas de depresión menos evidentes. Por lo tanto, existen menos probabilidades de que los médicos tengan sospechas o detecten que una persona mayor tiene depresión.

En el caso de los adultos mayores que padecen depresión por primera vez durante las últimas etapas de sus vidas, otros factores, tales como los cambios en el cerebro o en el cuerpo, pueden estar en juego. Por ejemplo, los adultos mayores pueden sufrir de disminución del flujo sanguíneo, una condición llamada isquemia.

Con el tiempo, los vasos sanguíneos se vuelven menos flexibles y pueden endurecerse e impedir que la sangre fluya normalmente a los órganos del cuerpo, incluyendo el cerebro. Si esto sucede, un adulto mayor que no tiene antecedentes familiares o personales de depresión puede desarrollar lo que algunos médicos llaman depresión vascular. Aquellos que padecen depresión vascular también pueden estar en riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular coexistente, como una enfermedad cardíaca o un derrame cerebral.

2.5.4. Educación recibida

Para Murillo (2008), los representantes de la moral, la filosofía, la medicina, la política y el movimiento sindical manifiestan el rechazo al trabajo femenino, donde requiere de la autorización del marido para ejercer una profesión. En la actualidad, no se recurre a la ley para clausurar el acceso de la mujer a la ocupación, sino que se extienden diferentes mecanismos de cierre social: auténticos procesos de exclusión social en cuya virtud se asignan posiciones

sociales, a la vez que se distribuye el empleo y los ingresos de forma discriminatoria según el sexo.

Según la Fundación Libertad y Desarrollo (2015) En Guatemala, en especial en algunas áreas rurales la mujer tiene, asignado el rol de reproductora y cuidadora de menores, personas dependientes y del mantenimiento de los bienes del hogar, el hombre tiene asignado el rol de sustentador familiar, es la autoridad moral y toma las decisiones, solo a los hombres se les heredan, bienes materiales (terrenos, casas, ganado, entre otros). Las mujeres dedican todo su tiempo a tareas del hogar.

La mayoría de mujeres son analfabetas, Según la INE la pobreza extrema y la pobreza general tiene mayor prevalencia en las mujeres y especialmente las indígenas, normalmente en las escuelas hay más niños que niñas, esto se da por varias razones, en ocasiones solo por el hecho de pertenecer a determinada área geográfica del país o vivir muy lejos de la ciudad, la misma familia no les da prioridad a la educación de las niñas como a los varones pues tienen la creencia que los varones contribuyen más a la economía del hogar, que con el paso del tiempo van a poder sostener económicamente a sus padres. También tienen la creencia que las niñas tienen menos capacidad de generar ingresos que los varones, porque los varones cuentan con mayor fuerza física.

Según Cazaly Avila, Augusto (1976), el 31 de enero de 1676, nace la Universidad de San Carlos en el Reino de Guatemala. En 1681, inicia la vida universitaria en la ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala. La Universidad de San Carlos de Guatemala, fue creada según licencia contenida en la Real Cédula del Monarca Español Carlos II.

Paradójicamente en las Cédulas Reales (1676), que dictan la ordenanza para fundar una institución de educación superior en Guatemala, aparece el nombre de una mujer, Ysabel de Loaiza. Como benefactora, ella otorga la renta de cien ducados para la apertura de la nueva entidad educativa.

Debido a las condiciones políticas, económicas y sociales prevalecientes en Guatemala hasta 1944, las mujeres vivieron un largo proceso de exclusión, que se caracterizaba por mantener un orden social, en el cual su quehacer, no podía trascender más allá de la literatura, el periodismo y las bellas artes y su participación fuera de los espacios del hogar no estaba totalmente reconocida.

La Universidad de San Carlos de Guatemala abrió sus puertas a las mujeres, a partir de la emisión de un Decreto, dictado por el Presidente Justo Rufino Barrios, el 30 de mayo de 1883. El entonces presidente, autoriza la creación de la Escuela Anexa de Comadronas, bajo dependencia de la Facultad de Medicina y Farmacia, Universidad de Guatemala. Por primera vez las mujeres ingresan a la Universidad para profesionalizarse en el área de la salud.

Antes de 1945, las mujeres no tenían reconocidos sus derechos cívico - políticos, por lo tanto, les estaba vedado el derecho a ser investidas con la toga universitaria y a ejercer la profesión de Abogacía y Notariado. El ingreso de las mujeres a otras carreras universitarias, inicia a los doscientos siete años de haberse fundado la Universidad estatal. A partir de ese momento empieza a perfilarse, el lento y difícil acceso de las mujeres a los estudios superiores.

La primera mujer graduada en la Escuela de Derecho y Notariado de Occidente-Quetzaltenango de la Universidad Nacional, es Luz Castillo Diaz-Ordáz. En esa época las mujeres continuaban sin el reconocimiento de sus derechos cívico – políticos. Por lo tanto, no se le permitió ejercer la profesión de Abogada y Notaria.

El presidente Jorge Ubico, emitió un Decreto el 11 de mayo de 1942 (Decreto No. 2756), por medio del cual reglamentaba la profesión de Abogado y Notario para el caso de las mujeres. Los títulos de Abogado y Notario que se otorgaban a las mujeres, en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales eran únicamente académicas pues no podían ejercer.

2.5.5.La genética

Según el Instituto nacional de salud mental, (2011), si una mujer tiene antecedentes familiares de depresión, puede tener un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Pero, esta no es una regla que siempre aplica. La depresión puede ocurrir en mujeres sin antecedentes familiares de depresión y es posible que ciertas mujeres de familias con antecedentes de depresión no la padezcan. Las investigaciones genéticas indican que es posible que el riesgo de padecer de la depresión implique la combinación de múltiples genes con factores ambientales o con otros factores.

2.5.6.Las sustancias químicas y las hormonas

Según el Instituto de la Salud Mental, la química del cerebro parece ser un factor muy importante en los trastornos depresivos. Las tecnologías modernas de obtención de imágenes del cerebro, como la resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas que padecen de la depresión es diferente a la del cerebro de quienes no la padecen.

Las partes del cerebro responsables de regular el estado de ánimo, pensamiento, sueño, apetito y la conducta parecen no funcionar normalmente. Pero estas imágenes no revelan el motivo por el cual se produce la depresión. Las hormonas afectan directamente la química del cerebro que controla las emociones y el estado de ánimo.

Existen etapas específicas durante la vida de una mujer que son de especial interés, como la pubertad; los días antes de los períodos menstruales; antes, durante e inmediatamente después de un embarazo (posparto), y el período inmediatamente antes y durante la menopausia (peri menopausia).

Según Ayuso Mateos (2004), debe reconocerse el curso insidioso y crónico de la depresión, pues solo un 25,8% de los afectados evolucionan positivamente a corto plazo y hasta un 70% recae

después de un periodo de mejoría. También señala la importante repercusión de la depresión en la vida profesional, social y familiar de los enfermos.

Algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales, como los accidentes cerebrovasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga su periodo de recuperación.

2.5.7.El Estrés

Estado de cansancio mental que es provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal, alteraciones que se producen en el organismo como respuesta física ante determinados estímulos, como el miedo, la alegría, etc.

Un episodio depresivo se presenta generalmente después de eventos estresantes de la vida como un trauma, la pérdida de un ser querido, una relación difícil o una situación estresante, ya sea agradable o desagradable. Demasiado trabajo y responsabilidades de la casa, el cuidado de hijos y de padres ancianos, el abuso y la pobreza también pueden provocar un episodio depresivo.

Las mujeres responden de distinta manera que los hombres ante estos eventos, por lo que las hacen más propensas a la depresión. De hecho, las mujeres responden de manera tal que sus sentimientos de estrés son más prolongados que en los hombres, lo cual aumenta el riesgo de padecer depresión. Pero, esto no siempre se da, ya que en algunos casos algunas mujeres que enfrentan enormes desafíos padecen depresión y otras que tienen desafíos similares, no la padecen.

Terapia Cognitivo-Conductual

La depresión es una variedad de cambios en el estado de ánimo negativo en la conducta, y una de las causas es el hecho de ser mujer, la mayoría de veces se da por las creencias irracionales que se suelen tener, es importante que el paciente logre ser realista y pueda ser capaz de identificar los pensamientos distorsionados para poder hacer un cambio en la conducta negativa, y poder evitar un posible trastorno de depresión, por lo que a continuación se habla sobre la terapia Cognitivo-conductual, como un proceso de acompañamiento para las mujeres y sus estados de ánimo.

La Terapia Cognitivo-Conductual, es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea y cómo lo que uno hace afecta los pensamientos y sentimientos. ayuda a cambiar la forma cómo piensa (cognitivo) y cómo actúa (conductual) o estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de algunas otras terapias, la Terapia Cognitivo-Conductual se centra en problemas y dificultades del aquí y ahora. En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado busca maneras de mejorar su estado anímico ahora.

Dicha terapia es un tipo de tratamiento psicoterapéutico que ayuda a los pacientes a comprender que los pensamientos y sentimientos influyen en su comportamiento. Se utiliza comúnmente para tratar una amplia gama de trastornos, incluyendo fobias, adicción, depresión y ansiedad. Trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido.

El individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos, se caracteriza por ser una terapia de tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo, tiene una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita, posee en esencia un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso (énfasis en la validación empírica), es considerada la orientación psicoterapéutica más eficaz, influyente y extendida.

3.1. Antecedentes de la Terapia Cognitivo-Conductual

Mahoney, (1991) menciona que la psicología se ha caracterizado por ser multifacética, en tensión dinámica entre tres poderosas fuerzas en la experiencia humana: hacer, pensar y sentir. Para los conductistas, la conducta o acción y sus consecuencias determinan la cognición y el afecto; para los cognitivistas, el papel central se le otorga a la cognición, de tal modo que su afirmación esencial es que “como tú piensas, tu sientes y actúas”. Para los teóricos emotivos, el sentimiento es primario y es lo más poderoso.

Los elementos más relevantes que han catalizado el surgimiento y expansión, de la terapia cognitivo-conductual en los años sesenta han sido la filosofía griega, sobre todo la socrática y epicúrea; el conductismo mediacional, con autores como Tolman y su conducta propositiva, Cautela con sus operantes encubiertas y Bandura con su aprendizaje social; los estudios de la psicología experimental y social sobre atención, memoria y percepción, los cuales mostraron como estos procesos psicológicos median la conducta humana.

Es necesario no solo investigar los procesos sino aplicarlos para el cambio de la conducta humana; el desarrollo de la psicología clínica, con la ampliación de su campo de intervención, el surgimiento de nuevos problemas y la necesidad, sentida por muchos autores, como Ellis y Beck, de desechar modelos inadecuados de la conducta anormal, pero sin renunciar a los procesos mediacionales.

Se pueden considerar varios hechos que facilitan la aparición y rápida implantación de las terapias cognitivo-conductuales

- La complejidad de los problemas de los pacientes, la aparición de nuevos trastornos clínicos como consecuencia de una sociedad más compleja. Abre la posibilidad de estudiar junto a la conducta manifiesta la conducta encubierta, la mente en sentido popular, aunque esta dicotomía se ha mantenido y se mantendrá durante mucho tiempo al tener una fuerte carga filosófica.

- La mayor comodidad del clínico de trabajar en un modelo teórico que reconozca la viabilidad de emplear en el mismo nivel o en distintos niveles, tanto la conducta manifiesta como la encubierta y dentro de ésta, reconocer la utilidad de los pensamientos, sentimientos y creencias como causales de la conducta en todas o en alguna ocasión. Quizá es la que mejor explica el auge de las terapias cognitivo-conductuales.

Ingram y Scott (1990), indican que todas las terapias cognitivo-conductuales se basan en siete supuestos

- Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales más que a los eventos presentes.
- El aprendizaje está mediado cognitivamente.
- La cognición media la disfunción emocional y conductual.
- Al menos algunas formas de cognición pueden ser monitorizadas.
- Al menos algunas formas de cognición pueden ser alteradas.
- Alterando la cognición podemos cambiar patrones disfuncionales, emocionales y conductuales. Ambos métodos de cambio terapéutico, cognitivo y conductual, son deseables y deben ser integrados en la intervención.

Las terapias cognitivas existentes en la actualidad sostienen un consenso generalizado de que las más notables, por su utilidad y aplicabilidad clínica, son las terapias racional-emotivas de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y el entrenamiento en solución de problemas de D'Zurilla.

Albert Ellis es uno de los padres de la actual terapia cognitiva, él prefiere decir padre de la terapia racional-emotiva y abuelo de la terapia cognitivo-conductual, o el más destacado de los precursores de la terapia cognitiva. Aunque la terapia racional-emotiva, según el propio Ellis (1993), ya en el año 1995 era altamente cognitiva, positivista y muy activa-directiva, su relevancia no fue clara hasta la década de los años setenta, coincidiendo con el boom de la terapia cognitiva y en especial, a partir de las aplicaciones más sistematizadas de Beck a distintos

trastornos emocionales. Esta terapia surge por la insatisfacción con el psicoanálisis como técnica de intervención.

3.1.1. Raíces históricas tempranas de la terapia de conducta

Los intentos por ayudar a las personas a solucionar problemas conductuales mediante maniobras semejantes a las utilizadas por la terapia Cognitivo Conductual tienen una larga historia. Ya Plinio el Viejo, durante el primer siglo de la existencia de Roma, trataba de curar aquellos que abusaban del alcohol colocando arañas muertas en descomposición en los vasos donde bebían.

Esta técnica en la actualidad es denominada condicionamiento aversivo. En el siglo XVIII el niño salvaje de Aveyron fue enseñado a hablar con maniobras y técnicas que actualmente son conocidas como modelado, instigación, refuerzo positivo, retirada de reforzadores, etc. En el siglo XIX, el equivalente actual a un guardián de prisiones, Alexander Maconchi, usaba lo que conocemos hoy como economía de fichas, con el objetivo de conseguir que los internos del Royal British Penal obedecieran las reglas del penal.

En el mismo siglo, un médico francés trató los pensamientos obsesivos con técnicas parecidas a lo que conocemos hoy como parada del pensamiento, o inhibición recíproca. Como orientación específica de intervención en salud, la terapia Cognitivo-Conductual, aparece en la década de los 50 del siglo pasado, siendo aún una disciplina joven.

En aquellos años el interés sobre temas de conducta era prácticamente inexistente, probablemente porque en aquellos momentos el concepto de salud mental era limitado y precario. Se pensaba que las personas podían pertenecer solo a cuatro categorías: 1. Gente normal, 2. Gente insana o loca, 3. Criminales, los internos de las prisiones 4. Gente enferma, los que visitaban al médico. De esa forma no existía ni remotamente, la necesidad de desarrollar un área de intervención dedicado a los problemas comportamentales.

El progresivo interés en una investigación de carácter más objetivo y experimental, tomando como modelo la investigación en física o zoología, llevó a una especie de revolución en la

psicología a principios del XX, surgiendo en E.E.U.U., tres escuelas la Gestalt, el conductismo y el funcionalismo, cada una contando con dos objetivos: eliminar las otras escuelas, haciéndola como psicología americana y conseguir aportar a la psicología americana una base científica firme al mismo nivel de las ciencias naturales.

De las tres escuelas surgidas a principios del siglo XX, el funcionalismo fue la que contó con mejor organización. Sus seguidores decidieron cambiar el foco de interés de su investigación de observar pasivamente mediante la introspección la estructura subjetiva de una mente pasiva, a observar los contenidos de una mente activa abordando tareas cotidianas. Este interés podría haber derivado posteriormente en interés psicoterapéutico, sin embargo, no fue así, probablemente debido a la agresiva y rígida postura que el conductismo tomó en relación con las otras dos escuelas.

La escuela conductista estaba directamente influida por el positivismo lógico del Círculo de Viena, un grupo de filósofos que argumentaba y defendía la necesidad de traducir el conocimiento del mundo a observaciones físicas. El conocimiento según el positivismo lógico debía fundamentarse en la observación y debía verificar a través de ella. El representante más carismático y emblemático del Conductismo es Jon B. Watson., quien trató de convertir el condicionamiento en Pavlov en la base de la psicología conductual.

Los fundamentos teóricos conductuales que sirvieron de base para el desarrollo de la Terapia Cognitivo-Conductual fueron la reflexología y las leyes del condicionamiento clásico: Ivan Pavlov (1849-1936) ha sido una figura clave en el desarrollo de las teorías del aprendizaje. Particularmente la TC se asentó sólidamente sobre la metodología experimental de la que fue pionero Pavlov.

El principal interés de Pavlov al estudiar los reflejos era comprender la actividad cerebral y así, la conducta. Este interés llevaría a investigar de forma específica los procesos de los reflejos condicionados como la extinción, generalización, recuperación espontánea, la inhibición, el bloqueo o la discriminación.

El experimento clásico de Pavlov (1927), consistió en hacer sonar una campana uno o dos segundos antes de dar comida a un perro hambriento, o de dar una descarga eléctrica a un perro saciado. Después de varios emparejamientos entre ambos estímulos, el perro hambriento salivaba y el perro saciado salía corriendo al escuchar la campana. Esta respuesta indicaba que se había producido el condicionamiento clásico de la respuesta incondicionada que se emite ante el estímulo incondicionado, pasando a emitirse ahora una respuesta condicionada ante el estímulo neutro, que se ha transformado así en estímulo condicionado.

Aunque los descubrimientos de Pavlov y sus estudiantes sobre el condicionamiento clásico tardaron casi 50 años en reconocerse formalmente y explícitamente en la terapia conductual, realmente a principios del siglo XX la investigación de Pavlov estaba dando lugar al desarrollo del primer tratamiento conductual.

Thorndike (1949), menciona que el principio más influyente, la ley del efecto, la que establecía que las respuestas seguidas de satisfacción quedaban firmemente asociadas a la situación, de tal forma que se incrementaba su probabilidad de ocurrencia en la misma situación. Posteriormente revisó sus leyes de aprendizaje y matizó la ley del efecto al observar que, aunque la presencia de recompensas tendía a fortalecer la conducta, el castigo no la debilitaba.

Estos trabajos tienen influencia en Skinner, siendo considerados, junto con los trabajos de Pavlov, los pilares básicos sobre los que se construirá el armazón teórico de referencia que llevará al inicio y desarrollo de la Terapia de Conducta.

El conductismo de Watson: Es paradigma positivista que caracterizó el inicio del siglo XX y que influyó definitivamente en el objeto y metodología de las investigaciones de los filósofos rusos, tuvo como máximo representantes de Estados Unidos entre ellos a Jon B. Watson (1878-1958).

Para Watson la psicología debía ser una disciplina totalmente objetiva, dedicada a la predicción y control de la conducta. Los principios básicos del conductismo, era la conducta manifiesta, con el

experimento animal, para romper las corrientes psicológicas tradicionales y poder explicar la conducta a través del condicionamiento clásico.

Durante el surgimiento de la Terapia de Conducta, la aportación fundamental de Bandura es el aprendizaje social, que consiste en plantear la posibilidad del aprendizaje a través de la observación, como una forma de superar las limitaciones establecidas por la forma experiencial de adquisición de comportamientos.

En su obra *Principles of Behavior Modification*, (1969) expone y desarrolla el marco conceptual de la teoría del aprendizaje social, que más tarde ampliaría en un manual (Bandura, 1986), en el que queda denominada como teoría cognitiva social para reflejar la contribución de los procesos cognitivos de pensamiento a la emoción y la conducta humana.

3.2. Evolución de la Terapia de la Conducta

Racham (1997) resumió la evolución conceptual de la Terapia de la conducta en tres estadios, y O'Donohue (1998) en tres generaciones. La primera generación de terapeutas está relacionada con las teorías del aprendizaje, el análisis conductual aplicado y el neoconductismo mediacional, en definitiva, la extrapolación de los principios de aprendizaje a la clínica.

La conducta normal y anormal se considera generada y mantenida por los mismos principios de aprendizaje. Las técnicas de exposición, desensibilización sistemática, técnicas operantes, y biofeedback fueron desarrolladas en este periodo. La segunda generación está marcada por la heterogeneidad y recoge a quienes tratan de superar deficiencias y limitaciones de las teorías de aprendizaje, aportando elementos de la psicología experimental, cognitiva y social.

Con la segunda generación de terapeutas se produce el distanciamiento de los clínicos de la investigación básica sobre aprendizaje (más clínico y menos investigadores). El desarrollo de procedimientos de intervención efectivos pasa a ser prioritario (brecha entre ciencia y hacer

clínico, ausencia de progreso en teorías de aprendizaje). Se aportó la teoría del aprendizaje social y las de enfoque cognitivo.

La tercera generación de terapeutas (hasta la actualidad) buscan nuevas alternativas terapéuticas: concepto de multiplicidad de estímulos y contingencias, y de contingencias competidoras pasa a ser central. Se intenta fomentar la relación entre la investigación básica y la aplicación clínica.

Algunas terapias de este periodo son las terapias contextuales, psicoterapia analítica funcional, terapia de aceptación y compromiso, y mindfulness (conciencia plena). A esta tercera generación pertenecen los nuevos desarrollos del enfoque cognitivo con carácter constructivista que se apartan de las bases racionalistas de los modelos cognitivos anteriores. La mayor parte de la práctica clínica está guiada por el empirismo (criterios de eficacia y efectividad).

3.3. Terapia Cognitivo Conductual y características actuales

La terapia Cognitivo-conductual es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada, en sus inicios, en la psicología del aprendizaje. Actualmente parte de sus intervenciones están fundamentadas en la psicología científica, que pretende ser su punto de referencia. Las técnicas y procedimientos utilizados cuentan con bases científicas o experimentales, sin embargo, una proporción importante de los procedimientos utilizados surgen de la experiencia clínica.

Según Haynes (1995), la conducta se conceptualiza como aprendida, es decir, fruto de los diversos factores que han operado en la historia del paciente, sin desconocer la influencia de factores biológicos o sociales. El objetivo de la intervención es el cambio de la conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen. La intervención también puede dirigirse a cambiar los procesos cognitivos que están a la base del comportamiento.

La Terapia Cognitivo-Conductual pone el énfasis en los determinantes actuales del comportamiento, no obstante, tiene en cuenta los factores históricos que explican por qué se está

dando la situación actual. Desde el punto de vista metodológico se considera característica fundamental el uso de la metodología experimental, de un enfoque empírico que se aplica a lo largo del proceso en la evaluación de la conducta del paciente, en el diseño de la intervención y en la valoración de sus resultados.

Existe una estrecha relación entre evaluación y tratamiento, que se extiende a lo largo de la intervención, dándose entre ambas una constante y mutua interdependencia, que hace difícil su distinción como fases diferentes. Son numerosas las intervenciones que se plantean en la actualidad a partir de criterios diagnósticos tradicionales y mediante protocolos estandarizados de actuación.

Esto se da por el conocimiento que se ha adquirido acerca de los factores implicados en la génesis y mantenimiento de algunos problemas de comportamiento y en la eficacia que ciertas intervenciones estandarizadas han mostrado en el tratamiento de determinados cuadros psicopatológicos.

La Terapia Cognitivo-Conductual se interesa en la evaluación de la eficacia de las intervenciones, aspecto que procede del enfoque empírico que señala todo lo referente a la evaluación y tratamiento. Se establece experimentalmente dándole valor a los cambios producidos en la conducta tratada, esperando cambios a corto y largo plazo, así como su generalización al ambiente habitual del paciente.

La relación terapéutica tiene un valor explícitamente reconocido, en especial en las nuevas terapias contextuales, donde las eventualidades que se desarrollan durante la propia situación terapéutica son consideradas un contexto de aprendizaje tan relevante como cualquier otro, al convertirlo en un entorno representativo del contexto habitual del paciente.

Aarón Beck psiquiatra y profesor estadounidense es quien desarrollo la psicoterapia cognitiva conductual, fue formado en el campo psicoanalítico y, ante las limitaciones y baja efectividad de éste, se planteó la validación empírica de distintas formulaciones sobre la depresión, lo que le

condujo a desechar en forma paulatina el psicoanálisis, realizar estudios que han aportado un conocimiento esencial acerca de la depresión y los estados emocionales, proponer un modelo cognitivo de la depresión y un tratamiento muy efectivo, y combinar las técnicas conductuales como elemento unido a las técnicas cognitivas en el trabajo práctico. Beck es conocido por su aportación esencial al tratamiento de la depresión (Beck, 1967, 1976, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

La alta prevalencia de este trastorno, las miles de consultas anuales que se realizan a psiquiatras y psicólogos clínicos cada año y la necesidad de contar con técnicas efectivas, hacen de Beck y sus aportaciones al tratamiento de la depresión uno de los autores más relevantes de la psicología clínica de las últimas décadas, al proponer su terapia cognitiva, de gran efectividad en el tratamiento de la depresión que se basa en su modelo de la depresión (Beck et al, 1979), dentro del cual considera la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

La triada cognitiva atañe a tres patrones cognitivos inadecuados presentes en el paciente depresivo: visión negativa del paciente acerca de sí mismo, tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa y visión negativa acerca de su futuro. Los esquemas, definidos como las actitudes, supuestos o creencias que el sujeto posee, son los que le permiten transformar los datos que percibe en cogniciones. El tercer componente de su modelo cognitivo de la depresión son los errores cognitivos los que mantienen su creencia en la validez de los conceptos negativos.

Beck (1976) menciona que la pérdida se manifiesta en la tríada cognitiva. El paciente percibe que ha perdido algo que considera esencial para su felicidad, anticipa resultados negativos para cualquier cosa que haga y se considera a sí mismo como deficiente para lograr metas importantes. Es decir, el tema de la pérdida se manifiesta en términos de la tríada cognitiva.

Rush y Giles (1982), añaden que la depresión se considera no como un trastorno primario del estado de ánimo, sino como consecuencia de un punto de vista negativo, sesgado, sobre el sí mismo, el futuro y el mundo, el depresivo se ve a sí mismo como deficiente o inútil, como

inadecuado o sin valor. Lo malo que le ocurre se debe a un defecto en él mismo. Es decir, existe una relación causal entre los defectos que el depresivo percibe en sí mismo, y el juicio resultante sobre su escaso valor personal.

Además, el depresivo interpreta sus experiencias actuales en términos negativos, es decir, le parece que el mundo le exige más de lo que puede dar. Las experiencias se construyen como siendo la evidencia que demuestra su pérdida. Esta evidencia se utiliza como apoyo para su visión sobre el rechazo personal, la deprivación, y su mayor dependencia.

Finalmente, cuando el depresivo se plantea el futuro, lo hace presuponiendo una serie de obstáculos, sufrimientos etc. que cree que van a durar indefinidamente. Nada hay de valor en el futuro, y las anticipaciones que hace el depresivo reflejan esta visión negativa extrema. Para Beck (1967) los cambios motivacionales típicos del depresivo, como el escape, la evitación o las ideas suicidas son consecuencia de la percepción del depresivo sobre lo que le puede deparar el futuro.

El paciente depresivo tiene una concepción negativa del presente, de sí mismo y del futuro. Se ha propuesto, no obstante, que la tríada cognitiva se puede reducir a una visión negativa del sí mismo, ya que la visión negativa del futuro y del mundo se reduce al sí mismo y se pueden considerar como subcomponentes de una estimación negativa global del self.

Clark, Beck y Alford (1999) en su revisión del tema, asumen que es más aconsejable mantener esta triple diferenciación, y restringir el punto de vista negativo sobre el mundo a una evaluación de tipo interpersonal, es decir, del sí mismo en relación a los demás, lo que requiere desarrollar instrumentos que evalúen de forma adecuada este sí mismo y el mundo con el que se relaciona, podemos generalizar el concepto de tríada cognitiva depresiva para conceptualizar cognitivamente algunos aspectos de otros trastornos como, ejemplo, el abuso de sustancias o el alcoholismo, o derivar tipos de tríadas cognitivas puesto que los principales trastornos poseen un contenido irracional propio y distintivo.

La tríada cognitiva se manifiesta en el contenido de los pensamientos automáticos de los individuos, es decir en su respuesta cognitiva inmediata involuntaria, y no reflexiva, a una situación. Veamos, pues, en que consiste el concepto de pensamiento automático.

Según Sanz y Vásquez (1995), los pensamientos automáticos Los esquemas y, también la tríada cognitiva, toman la forma de pensamientos automáticos llamados inicialmente por Beck (1964) simplemente cogniciones, aunque no sólo se expresan a través de pensamientos de tipo automático, sino a través de pensamientos o imágenes voluntarias. Pero los relevantes para entender el funcionamiento cognitivo de un sujeto con un determinado trastorno serían aquellos pensamientos que son automáticos. Con ellos podemos comprender el vínculo cognitivo que une una respuesta emocional con un hecho externo.

Beck, (1976) los pensamientos automáticos son fruto directo de nuestros esquemas. Pueden tomar una forma verbal, son conclusiones juicio se interpretaciones que aparecen automáticamente (de ahí su nombre) como pensamientos sin ningún razonamiento anterior que explique cómo pueden formarse. Son involuntarios, es decir, que incluso cuando el paciente quiere suprimirlos o sustituirlos, no puede hacerlo.

Una de sus características principales es que cualquier paciente con pensamientos automáticos se los va a creer, por completo, mientras que un observador externo los negará. A medida que el trastorno va progresando se van haciendo más impermeables, por lo que al paciente le es cada vez más difícil contemplarlos objetivamente, considerar la evidencia contradictoria o darse explicaciones alternativas y en, definitiva, modificarlos. Son pensamientos, por tanto, que parecen poco razonables, disfuncionales, repetitivos e idiosincrásicos.

Los pensamientos automáticos correlacionan de forma directa, por tanto, con el grado, por ejemplo, de depresión de un paciente. Es decir, serán más destacados cuanto más deprimida esté una persona y, de igual manera, serán menos evidentes cuando se produzca una mejoría, mientras que el aumento de los síntomas los va a hacer más fuertes de nuevo.

El concepto de pensamiento automático es muy importante, puesto que serían como la punta del iceberg con el cual el terapeuta va a trabajar y que reflejan toda la estructura cognitiva del paciente. Es decir, estos pensamientos representan el material básico con el que se trabaja en terapia cognitiva y a través de los cuales se pueden extraer inferencias relevantes para cada caso particular.

Beck (1970), resume que los pensamientos automáticos se caracterizan por ser discretos, en forma taquigráfica, autónomos, es decir no sujetos a control voluntario, por lo que son difíciles de cortar. Parecen razonables a quien los tiene, por lo que no se ponen en duda. Son idiosincrásicos y se manifiestan como si fuera un “acto reflejo”, por así decirlo. Veremos, a continuación, el último concepto del modelo de Beck, el concepto de distorsión cognitiva.

Las distorsiones cognitivas serían errores sistemáticos en el pensamiento de un paciente que mantienen sus conexiones a pesar de la evidencia en contra. Serían distorsiones de la realidad que se realizan de forma sistemática y que tienen como consecuencia un sesgo hacia nosotros mismos.

Beck (1976), las distorsiones aparecen en ideas que son relevantes para el problema específico del paciente. Por ejemplo, un paciente depresivo mostrará estas distorsiones en temas relacionados con su valor personal, mientras que un paciente ansioso lo hará en cuestiones relacionadas con el peligro.

Se podrían definir como una cognición que persiste frente a la firme evidencia de lo contrario. Las distorsiones cognitivas conducen a que los individuos saquen conclusiones erróneas, aunque la percepción que hagan de una situación sea la correcta. Si la situación se percibe de forma equivocada, las distorsiones cognitivas ampliarán el impacto de estas percepciones erróneas.

Las distorsiones cognitivas tienen características parecidas a las de los pensamientos automáticos, en el sentido de que aparecen sin ninguna reflexión previa o razonamiento, parecen plausibles a los ojos de los pacientes y son menos susceptibles de ser modificadas mediante la razón o

mediante evidencia que las contradice que otras formas de ideas no asociadas con una forma de psicopatología en concreto.

3.4. Clasificación de las distorsiones cognitivas

Según Bedrosian & Beck (1980) entre las distorsiones cognitivas más importantes que se han reproducido

- Inferencia arbitraria: se refiere al proceso de extraer una conclusión específica en ausencia de evidencia que apoye la conclusión o cuando la evidencia es contraria a la conclusión. Por ejemplo, cuando un paciente dice, sin contexto y sin evidencia, “nadie me quiere”.
- Abstracción selectiva: consiste en centrarse en un detalle extraído de un contexto, ignorando otras características más destacadas de la situación y conceptualizando la experiencia global en base a ese fragmento. Por ejemplo, cuando un paciente ve como un conocido pasa a su lado y no lo saluda y piensa “no me aprecia”, sin darse cuenta que iba deprisa y no ha mirado hacia él.
- Sobre generalización: se refiere al patrón de extraer una regla general o conclusión sobre la base de uno o más incidentes aislados y aplicar ese concepto a lo largo de un amplio marco de situaciones, relacionadas o no. Fundamentalmente, la sobre generalización está relacionada con la habilidad, ejecución, o valor que cree poseer un paciente. Por ejemplo, cuando un paciente discute con varias personas y piensa: “nadie me quiere, ni me va a querer, puesto que no tengo valor, ni puedo gustar a nadie”.
- Magnificación y minimización: serían errores en la valoración de la realidad y reflejan errores al evaluar la significación o la magnitud de un hecho, tan graves como para constituir una distorsión. Por ejemplo, asumir que es horrible haber discutido con diversas personas (magnificar), y no darle importancia a llevarse bien con otras muchas (minimizar).
- Personalización: se refiere a la tendencia del sujeto a aplicarse hechos externos, mientras que no existe una base para hacer tal conexión. Por ejemplo, pensar que uno es culpable de las discusiones que se han tenido.

- Pensamiento absolutista, dicotómico: se manifiesta en una tendencia a situar todas las experiencias en una o dos categorías opuestas. Al describirse, el paciente utiliza una categorización negativa extrema, asumiendo una responsabilidad excesiva. Por ejemplo, pensar que “o te quiere todo el mundo, o eres un fracasado”.
- Evaluaciones incorrectas en relación a peligro vs. Seguridad, que implican un daño físico y psicosocial. Por ejemplo, anticipar que la gente nos va a abandonar.
- Actitudes disfuncionales sobre el placer versus dolor: reflejan las creencias de algunos individuos sobre los prerequisites para una verdadera felicidad o tener éxito. Serían muy similares a las creencias irracionales que plantea Ellis tal y como vimos en el capítulo anterior. Por ejemplo, pensar que sólo puedes ser feliz si te quieren y te aprecian los demás.

Beck incluye en su terapia técnicas cognitivas y conductuales, las técnicas cognitivas pretenden modificar las cogniciones del paciente, que son un elemento causal de la conducta, a diferencia de las técnicas conductuales tradicionales que sostienen que cambiando la conducta se transforman otros procesos, como creencias, cogniciones, etc.

Por ello, cualquier técnica que se usa correctamente, sea cognitiva o conductual, se orienta a cambiar en principio los pensamientos distorsionados para luego modificar el núcleo más profundo y arraigado. Dobson y Franche (1991), mencionan que las técnicas cognitivas que se incluyen en la terapia cognitiva de la depresión son el registro diario de pensamientos disfuncionales, la comprobación de la realidad, las técnicas de retribución, las técnicas de solución de problemas, el diseño de experimentos, la refusión con respuestas racionales y la modificación de las suposiciones disfuncionales.

Para conseguir esto se utiliza otro amplio conjunto de técnicas conductuales como las siguientes: programación de actividades, evaluación de la destreza y del placer, ensayo cognitivo, entrenamiento asertivo y representación de papeles. Según Jones (1924), El tratamiento basado en principios conductuales tiene una historia más aplazada que el uso de estrategias de evaluación conductual bien definidas.

Mientras que el tratamiento conductual se remonta a los días de la intervención sobre el pequeño Albert y su miedo a los objetos blancos peludos, las estrategias de evaluación coherentes con la intervención conductual tardaron años en aparecer. Lo que puede considerarse el primer uso formal de la evaluación conductual se hizo en el ámbito organizacional, al margen de los contextos clínicos.

Según Eysenck (1952), el surgimiento a mediados de los años 60 de la evaluación conductual se debió en gran parte a las restricciones que presentaba la evaluación tradicional. En el contexto clínico se ocupaba de aspectos abstractos y fenómenos no observables, en relación con el paradigma psicodinámico que dominaban a criticar el que la psicología clínica estuviese estancada debido al uso de intervenciones poco efectivas y el divorcio existente entre las necesidades de cambio conductual identificadas y la forma de proceder en la evaluación tradicional.

Milne (1984), menciona que durante los años 70 la evaluación conductual tuvo una orientación más amplia. El estudio de casos individuales, dio paso a la evaluación en contextos más complejos (escuelas, empresas, familias y entornos socioculturales diferentes). Este cambio se dio con la observación acerca de cómo estos contextos de evaluación influían sobre el comportamiento, pero también con las limitaciones del paradigma operante fuera de entornos muy controlados (hospitales, cárceles, instituciones, etc.).

Al asumir la evaluación conductual la propia evolución de la terapia cognitivo-conductual se dio paso, en esta etapa de apertura hacia lo cognitivo, a aspectos del comportamiento de carácter encubierto (estados emocionales, sensaciones, imágenes mentales, cogniciones, etc.). La década de los 80 y 90 fueron testigos de una rápida y profunda transformación de la evaluación conductual que llega al día de hoy.

Heiby y Haynes (2004), definen que la evaluación conductual es un enfoque científico de evaluación psicológica que enfatiza el uso de medidas mínimamente inferenciales o interpretativas, la utilización de medidas sujetas a un proceso previo de validación, la

identificación de relaciones funcionales y el establecimiento de conclusiones a partir de los datos obtenidos en distintas situaciones, como distintos procedimientos a lo largo de diferentes momentos temporales, esta forma de evaluación permite un análisis preciso y objetivo mínimamente inferencial de los problemas de conducta, que promueve la adaptación de las técnicas de intervención al trastorno concreto y a las características del caso.

Los principales elementos de interés de la evaluación conductual son: a) la medida del cambio, b) la identificación y medida de las relaciones funcionales y c) la medida de estos dos aspectos en individuos y grupos concretos, la evaluación conductual focaliza el énfasis en lo que el individuo realiza, la evaluación usaba el método de observación conductual sobre la conducta, cuando cobró mayor relevancia en la terapia cognitivo-conductual la observación conductual se relevó en favor de otros procedimientos como entrevistas, auto-observación, cuestionarios, evaluación psicofisiológica, evaluación computarizada, etc.

3.5. Instrumentos para medir la depresión

Para llevar a cabo un buen tratamiento terapéutico, es necesario que como terapeutas estemos seguros de lo que el paciente está padeciendo, para eso necesitamos valernos de instrumentos que nos ayuden a evaluar y medir en este caso que tipo de depresión padece, ya que puede ser leve, moderada o grave, y de esa manera poder hacer un uso adecuado de las técnicas, por lo que a continuación se habla sobre dichos instrumentos.

3.5.1. Entrevista Conductual

Esta entrevista ha sido diseñada para recoger una primera información sobre la demanda el sujeto y los aspectos potencialmente relevantes de la situación problema (en un amplio sentido) presentados por un sujeto, en contextos clínicos y de salud. A pesar de tener un formato de entrevista, también puede utilizarse de forma auto aplicada.

3.5.2. Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck, adaptación española, Sanz J. y Vásquez, (1993).

Esta escala evalúa siete tipos de creencias que pueden predisponer a una persona a padecer algún trastorno psicológico. Es la adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck. Mide cómo valora una persona los procesos de interacción social, qué espera de ellos, qué está dispuesto a dar a cambio, etc. determina si se es o no vulnerable al fracaso, a la frustración, a la depresión, etc. porque las interiorizaciones de los conceptos sociales son sometidas previamente a un razonamiento basado en la experiencia y en sus resultados.

Esta escala es especialmente recomendable para el diagnóstico y prevención de los cuadros clínicos depresivos, ya que incluye una serie de pensamientos distorsionados, de creencias y de estereotipos referentes a la escala de valores que rige el auto concepto de las personas: una necesidad de aprobación, de amor o de utilidad desproporcionadas, un afán de perfeccionismo.

La voluntad de ejercer un derecho sobre el prójimo, la omnipotencia o un concepto de la autonomía personal irreal hacen del individuo un ser vulnerable, presa fácil de la depresión ya que su actitud ante la vida y sus circunstancias es totalmente disfuncional.

3.5.3. Test de identificación de ideas irracionales de Ellis (1997)

Este cuestionario tiene por objeto identificar las ideas irracionales que la persona tiene y que contribuyen, inconscientemente, a incrementar su nivel de estrés y, en consecuencia, a vivenciar emociones negativas. Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional la cual resalta que su nivel de estrés es alto.

3.5.4. Inventario de Depresión de Beck, Steer, (2da. Edición, 1996).

Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que estos trastornos tienen manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. Las manifestaciones afectivas y conductuales son el resultado de cogniciones de carácter depresivo que se basan, a su vez, en creencias irracionales, de ahí la fuerte carga en síntomas cognitivos del inventario.

El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión. el sujeto debe marcar la alternativa más adecuada en su situación actual, 14 categorías corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva y 7 a síntomas somáticos y conductuales.

Se utiliza en adultos, de forma autoadministrada, siendo el tiempo promedio de realización 20 minutos. Puede aplicarse también a manera de entrevista, lo que incrementa el rango de sujetos que pueden ser evaluados. Con esta modalidad se ha aplicado con éxito en pacientes ancianos con deterioro cognitivo leve, enfermos crónicos, pacientes quirúrgicos, etc.

Cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuesta, a seleccionar una de ellas por el sujeto. De acuerdo a la alternativa seleccionada, este obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos, se suma, además, la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. La misma permite determinar el grado de la depresión, leve, moderada y severo.

3.5.5. Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión, (España Soler J. y Cols. (1997).

La Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión fue desarrollada para su uso en estudios epidemiológicos en población general. La selección de ítems se realizó a partir de

diversas fuentes (Escala de Depresión de Zung, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Raskin, etc.), y se centra fundamentalmente en los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva, con menor presencia de los síntomas de tipo somático.

Es un cuestionario de 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta que indican la frecuencia o intensidad de la presentación de cada ítem. Ha sido traducida y validado en España por Soler J. y cols. (1997), si bien esta validación se realizó en población clínica, sin que se disponga de estudios de validación en población general.

La forma de aplicación es auto administrada, debiendo seleccionar el paciente la respuesta que mejor refleje su situación en la semana previa. Los ítems están formulados en sentido negativo, excepto cuatro de ellos que lo están en sentido positivo, con el fin de controlar el sesgo de respuesta. El paciente cuantifica la frecuencia o intensidad de los síntomas utilizando una escala de Likert de 4 puntos. Actualmente se está trabajando en la validación del CES-D en población cubana.

3.5.6. Escala de Depresión de Zung (Zung, 1965)

La auto escala de Depresión de Zung, data de 1965, la versión que se estudia en este párrafo corresponde a la adaptación realizada por Zung y Conde, 1969, es un cuestionario de 20 ítems, las cuales investigan la frecuencia de aparición, en un sujeto, de tristeza, desesperanza, llantos, autocastigos, insatisfacciones, rumiación suicida, irritabilidad, indecisión, sueño, fatiga física, pérdida de peso, de apetito, estreñimiento, taquicardia, sexo, variación diurna, ralentización.

Después del tiempo para el llenado de los datos generales, orientar al sujeto que se encuentra ante una prueba que tiene 20 situaciones, que debe evaluar una a una en relación a la frecuencia en que eso le ocurre a él. Para evaluar con qué frecuencia esto le ocurre debe guiarse por los criterios de clasificación que aparecen al comienzo de cada columna de respuesta.

3.6. Técnicas de intervención en la Terapia Cognitivo-Conductual

3.6.1. Técnicas Conductuales

Las técnicas conductuales se consideran herramientas que permiten realizar al paciente experimentos mediante los cuales pueda probar la validez de sus hipótesis o creencias. El hecho de hacer cosas que antes no hacía, porque creía que no podía o no era capaz, le permite descubrir cómo algunos pensamientos influyen negativamente en sus emociones, motivación y conducta.

Estas técnicas permiten que el paciente inicie acciones que le ayuden a reducir los pensamientos obsesivos, modificar actitudes poco adecuados y obtener sentimientos de bienestar.

3.6.1.1. Técnica Programación de actividades

Es una de las estrategias terapéuticas más importantes en Terapia Cognitiva, el objetivo es que el paciente se perciba capaz de controlar su tiempo y realizar algunas actividades, el programa que se establezca ha de ser realista para que pueda llevarlo a cabo y obtener pruebas a favor de su capacidad.

Si se programan demasiadas actividades o no se tiene en cuenta el nivel de dificultad que presentan para el paciente, se pueden producir efectos contraproducentes ya que las no realizaciones de las actividades programadas pueden servir para demostrarle, precisamente, su incapacidad.

La programación y el registro de actividades diarias sirven, en el caso de pacientes depresivos, para poner a prueba la creencia de que no pueden hacer nada. Las actividades realizadas, por pequeñas que sean, permiten al terapeuta tener una base para refutar las creencias de incapacidad absoluta.

3.6.1.2. Técnica Role-playing

En esta técnica se presta una especial atención a los pensamientos automáticos de los pacientes, se suele llevar a cabo durante las sesiones, mediante ensayo de conducta o modelado con el terapeuta. Se trata de realizar experimentos en los que comprobar o refutar las hipótesis planteadas en relación a sus creencias ante una acción o interacción determinada.

La técnica de modelado y role-playing no sólo sirven para ensayar la conducta a realizar, sino también para que el paciente compruebe que sus pensamientos sobre lo que va a ocurrir no son necesariamente verdad, puesto que existen alternativas diferentes a las que él ha pensado.

3.6.1.3. Técnica de afrontamiento

Además de las anteriormente indicadas se utilizan otras muchas técnicas conductuales según el trastorno objeto de tratamiento, aunque siempre con el objetivo de modificar los pensamientos disfuncionales, tales como

- Técnica de control de estímulos: Se utiliza para aliviar dificultades de sueño que suelen presentarse en los trastornos de ansiedad y depresión. Incluye reducir los estímulos que interfieren en el sueño e incrementar los que lo inducen.
- Relajación: para poder reducir la ansiedad que interfiere con el afrontamiento adecuado de una situación en particular.
- Exposición graduada: a las situaciones temidas o evitadas, fundamentalmente en pacientes con problemas de ansiedad.
- Control de la respiración o técnica de hiperventilación: se utilizan ante síntomas somáticos
- Entrenamiento asertivo: permite poner en práctica las estrategias entrenadas para manejarse adecuadamente ante situaciones o ante personas que producen ansiedad. Incluye ser capaz de decir no, expresar opiniones, realizar preguntas o pedir ayuda.

3.6.2. Técnicas Emotivas

Se utilizan inicialmente por el terapeuta durante las sesiones y en ellas se entrena al paciente para que las use en su medio natural cuando sienta que la emoción es demasiado elevada y necesite controlarla. Beck menciona algunas de las que pueden ser útiles con pacientes depresivos.

3.6.2.1. Técnica Inducción de autocompasión

Se utilizan excepcionalmente con algunas personas cuando no pueden llorar y necesitan hacerlo. Puede llevarse a cabo de varias formas. 1) pedir al paciente que describa detalladamente todos sus sentimientos negativos. 2) descripción por el terapeuta de la historia de otra persona con problemas parecidos a los del paciente con la mayor emoción posible. 3) el terapeuta puede hacer role-playing asumiendo el papel del paciente y verbalizando, con la mayor emoción posible, sentimientos de autocompasión para movilizar los del paciente. 4) el terapeuta puede también proporcionar información personal relacionada con sentimientos de autocompasión, provocados por experiencias o vivencias parecidas a las que está experimentando el cliente, para provocar en él su propia autocompasión.

3.6.2.2. Técnica Inducción de cólera controlada

Se trata de señalar aspectos de la experiencia o la situación que puedan provocar cierto enfado con la vida, personas o situaciones. El sentimiento de enfado es útil para reducir la profunda tristeza que se puede sentir en un momento determinado. Ha de ser utilizada con precaución porque en pacientes depresivos el sentimiento de enfado a veces genera sentimientos de culpa tan aversivos o más que el de tristeza.

3.6.2.3. Técnica: Hablar de forma limitada de los sentimientos

Para reducir el sentimiento de tristeza procurar no estar hablando permanentemente de sus sentimientos con las personas de su alrededor, puesto que la expresión continua del malestar hace

que el sentimiento se mantenga y se intensifique el recuerdo que provoca la expresión verbal constante.

3.6.2.4. Técnica: Evitar verbalizaciones internas catastrofistas o de incapacidad

Del tipo no puedo soportar tanto sufrimiento ayuda a aliviar el sentimiento de tristeza, dado que estas verbalizaciones incrementan la percepción de incapacidad y catastrofismo. El paciente ha de intentar sustituir estos comentarios por otros que resalten su fortaleza para soportar el sufrimiento y que le permitan incrementar su tolerancia a la frustración y dolor.

3.6.2.5. Técnica: Análisis de responsabilidad

Para reducir los sentimientos de culpa, frecuentes en los pacientes depresivos, es conveniente analizar con todo detalle las razones que se da el paciente para sentirse responsable de la conducta de otros. También se deben analizar los patrones arbitrarios e idiosincrásicos que le hacen sentir que hace las cosas mal o que le llevan a considerarse culpable por determinados pensamientos y deseos. Con ello se pretende buscar evidencia que permite al paciente recopilar información más objetiva sobre las razones que le llevan a experimentar sentimientos de culpa.

3.6.3. Técnicas Cognitivas

Beck denomino técnicas cognitivas al conjunto de técnicas que se utilizan para facilitar el cuestionamiento socrático que permite identificar y cambiar pensamientos negativos. Los dos procedimientos fundamentales mediante los cuales se lleva a cabo la detección y el cuestionamiento de pensamientos, distorsiones y creencias son los auto registros y el descubrimiento guiado.

3.6.3.1. Técnicas de Auto registros

Se utilizan desde las fases iniciales para recoger información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día y conocer ante que situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye el malestar, así como para analizar el grado de dominio y agrado de las actividades que llevan a cabo. El estado emocional suele valorarse en una escala de 0 (sentirse muy mal) a 100 (sentirse muy bien). Tienen una doble utilidad permiten obtener información detallada de lo que le ocurre al paciente a lo largo de la semana, y sirven de línea base para comparar los cambios posteriores.

3.6.3.2. Técnica Descubrimiento guiado

Hace referencia al proceso de ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático. Para alcanzar los fines que persigue el cuestionamiento socrático el terapeuta va guiando al paciente mediante preguntas abiertas hasta donde considera necesario llegar, pero permitiendo que sea el paciente el que llegue al hacer libremente sus asociaciones y argumentaciones.

3.7. Rol Terapéutico

La terapia cognitivo conductual ayuda a romper premisas distorsionadas frecuentes cuando aparecen síntomas de malestar en las personas. Centrando su esfuerzo en pensamientos, sentimientos y conductas. Se crean habilidades personales para hacer frente de manera estable a amenazas, causas y síntomas que sufre la persona.

El objetivo es que se produzca un entrenamiento duradero de los mecanismos implicados en la mejoría. El terapeuta para facilitar el proceso puede pedir que lleve un diario, esto ayudará a identificar los patrones de pensamientos, emociones, sensaciones corporales y comportamientos.

El paciente y terapeuta estudiarán los pensamientos, sentimientos y comportamientos para determinar si no son realistas o son perjudiciales, cómo se afectan entre sí y cómo le afectan al paciente, lo cual le ayudará a determinar cómo cambiar los pensamientos y comportamientos perjudiciales, es fácil hablar de hacer algo, lo difícil es hacerlo realidad.

Después de haber identificado lo que puede cambiar, el terapeuta le “pondrá deberes” para practicar estos cambios en la vida diaria. Dependiendo de la situación, el paciente podría comenzar a

- Cuestionar un pensamiento autocrítico que le hace ponerse triste y reemplazarlo por otro positivo y más realista que el paciente ha aprendido
- Reconocer que está a punto de hacer algo que le hará sentir peor y, en su lugar hacer algo más positivo

El psicólogo cognitivo conductual, analiza y desmenuza los síntomas y problemas para que sean más fácilmente observables para sus pacientes. Se sirve de test y de registros para identificar los patrones de pensamiento, las emociones, las sensaciones corporales y los comportamientos.

Se hace especial hincapié en si las ideas y pensamientos son realistas o no. El psicólogo cognitivo conductual ayuda a encontrar la manera de cambiar pensamientos negativos y conductas improductivas. Una vez se han identificado las áreas que es necesario modificar, el psicólogo pautas “tareas” y ejercicios entre sesiones para poner en práctica estos cambios en la vida cotidiana.

En cada sesión, el psicólogo clínico valora con su paciente cómo ha ido desde la sesión anterior. El objetivo es afinar la utilidad de las pautas y facilitar la interiorización. El terapeuta hace preguntas acerca de los síntomas y circunstancias presentes y pasadas. Aunque la terapia cognitivo conductual se centra en el aquí y ahora, no se descarta analizar las causas predisponentes y precipitantes del problema por el que se acude a consulta.

El trabajo es de colaboración con el terapeuta, y juntos se decide lo que se quiere tratar a corto, medio y largo plazo. Un tratamiento estándar suele durar entre seis semanas y seis meses, dependiendo del tipo de problema, un porcentaje requiere un apoyo a largo plazo para garantizar el mantenimiento de los avances alcanzados. Las sesiones son semanales y tienen una duración de unos 50 minutos. Dependiendo de la gravedad de cada problema, puede requerir mayor o menor frecuencia.

3.8. Aplicación en Guatemala de las técnicas cognitivas conductuales

En la ciudad de Guatemala se encuentra la Parroquia San Antonio María Claret de Ciudad San Cristóbal, según la necesidad que se vive a los alrededores, personas emocionalmente dañadas, de diferentes formas; se fundó el centro Educativo Fe y Alegría, ubicado en la 13 Av. "A" 1-95, sector B-1 ciudad San Cristóbal, zona 8 de Mixco, el centro cuenta con clínicas médicas, ginecológicas, psicológicas para brindar ayuda a las familias de los niños que asisten a la escuela, ya que en su mayoría son de muy bajos recursos, madres solteras, divorciadas, víctimas de violencia, etc.

En la práctica clínica de la psicología, se han ido estableciendo modelos terapéuticos capaces de facilitar la atención a los problemas psicológicos de la población, sin embargo, cada terapia posee sus propias bases teóricas y áreas de atención, llevadas a cabo en tiempos formulados por el mismo modelo terapéutico empleado.

Para llevar a cabo un tratamiento con la Terapia Cognitiva- Conductual se realiza la siguiente estructura de sesiones:

- Se le pregunta a la paciente por el problema que quiere tratar durante la sesión, no necesariamente se continuaba con el problema de la sesión anterior por si hubiera otro más relevante para la paciente y porque el acontecimiento activador (tener un problema en el trabajo, tener miedo, etc.), sirve de punto de partida para debatir creencias irracionales.

- Se definen y acuerdan objetivos concretos de la sesión porque no en todas las ocasiones coinciden terapeuta y paciente, en ocasiones es necesario seguir insistiendo en el debate de determinadas creencias irracionales para reforzar el cambio o el paciente plantea abordar otros problemas.
- Llevar a cabo el proceso de evaluación de los ABC del problema del paciente, así como establecer las conexiones entre los acontecimientos, activadores creencias y consecuencias.
- Debatir terapeuta y paciente creencias irracionales específicas tratando de aportar nuevas creencias racionales alternativas o mejorando las que ya tiene.
- Revisar y discutir durante la sesión los auto registros de las tareas realizadas entre sesiones.
- Elegir, definir y acordar nuevas tareas a realizar entre sesiones

El Modelo Cognitivo Conductual propone el trabajo durante la terapia de dos elementos primordiales de intervención, el primero hace referencia a las cogniciones o pensamientos y el segundo recalca la modificación de aquellas conductas que se originan a partir de creencias irracionales. De esta manera se reiteran las ventajas de este modelo, definiéndolo como efectivo en la práctica clínica de las alteraciones psicológicas, en especial de la depresión.

El caso de María el cual se pudo determinar que padece de depresión, la paciente es una mujer de 35 años de edad, casada, mamá de dos hijos, el mayor de 9 años y el segundo de 7 años, trabaja en una maquila tiempo completo, refiere que desde niña tuvo que trabajar para ayudar a su madre y a sus hermanos menores, ya que no contaban con el apoyo de un padre.

La paciente tiene 11 años de casada, según refiere que, a los dos años de casados, empezaron problemas, debido a que su esposo se quedó sin trabajo, y cada vez se hicieron más fuertes los problemas entre ellos, poco a poco se fue distanciando la relación, hasta perderse la comunicación entre ellos y por ende con sus hijos.

Con esta situación presente, describe que ya no le encuentra solución al matrimonio, pero se paraliza por sus hijos, ya no le interesa saber de él, pero si le gustaría que sus hijos convivieran

con su padre, y que le ayudara económicamente pues hay días que no le alcanza ni para la comida, siente que ya no aguanta más esta situación.

La paciente refiere que su niñez fue muy dolorosa ya que su padre era alcohólico, razón por la cual su mamá lo dejó, y nunca supo más de él, por lo que tuvo que trabajar de pequeña para ayudar a su mamá tiene una relación muy distante con su madre, esto no le ayuda pues se siente sola, sin apoyo de nadie. Sus primeros recuerdos son las quejas constantes de la mamá, cómo arruinó su vida al casarse con un borracho, lo que hizo que se distanciara de su madre.

Al inicio de la terapia al hacer el examen del estado mental , se observó a la paciente con bajo peso y altura normal dentro de los promedios para su edad, su arreglo desaliñado, con un contacto visual evitativo, postura encorvada, maneja ansiedad, su estado de cognición se encuentra alterado en espacio, tiempo y persona, con alteraciones de memoria, presenta un habla cortante, con discurso vacilante ante temas como la falta de padre, se presentó con un estado afectivo de tristeza y explosiones de enojo, hostilidad, miedo, ansiedad.

El discurso de la paciente es congruente con su lenguaje no verbal. Dentro de los rasgos de personalidad que está proyectando con la familia se encuentran agresividad, tristeza, enojo, distracción. Presenta un estado de ánimo con predominio de preocupación e irritabilidad.

Persisten a lo largo del proceso sentimientos de tristeza, ansiedad, desesperanza, pesimismo, culpa, impotencia, irritabilidad, inquietud, pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, dificultad para concentrarse, insomnio y pérdida de apetito. Además, refiere que tiene problemas económicos, la relación con su madre es distante y sufre la ausencia del padre para sus hijos.

Las pruebas aplicadas para medir la depresión durante esta intervención fueron:

- Inventario de depresión de Beck
- Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos

Dichas pruebas se analizaron y se evidenciaron el nivel de depresión y la frecuencia en el que se presentaron los síntomas de la depresión en la última semana. En el Inventario de depresión Beck, se identifica a la paciente en un nivel de depresión entre severa.

Los síntomas prevaletentes de acuerdo con esta prueba, manifiestan que ella sintió que no tenía perspectiva del futuro, que existían muchas fallas en su pasado, no disfrutaba las cosas como antes, se sentía muy culpable la mayor parte del tiempo, lloraba más que antes, se encontraba molesta o se irritaba más fácil, había perdido el interés en otra gente, tenía mayor dificultad para tomar decisiones, poseía la creencia de que se veía fea, le costaba esfuerzo extra empezar a hacer algo, no podía dormir bien, se cansaba más fácilmente, su apetito no era bueno.

En la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, obtuvo un puntaje de 40 puntos, la cual indica que posee una depresión mayor, manifestando que los síntomas más frecuentes que se presentaron todo el tiempo fueron aquellos como: cosas que le molestaron y que usualmente no le molestaban, sentía que no podía quitarse de encima la tristeza aún con la ayuda de su familia o amigos, pensó que su vida había sido un fracaso y sentía que no le caía bien a la gente.

Obtenida la información, se procede a explicarle la dinámica de intervención a la paciente, donde se le indica que se trabaja por áreas, haciendo relajaciones, programación de actividades, autor registro, según la evolución, para lo cual se le proporciona un cuaderno de trabajo, éste contempla cuatro áreas de intervención 1) los pensamientos, 2) las actividades, 3) las relaciones personales y 4) la salud.

En el área de los pensamientos, se le indica a la paciente que identifique aquellos que son saludables y dañinos, con la finalidad de corregir los últimos e incrementar los primeros. La

segunda área se hace referencia a las actividades, en éste conoce la relación que se tiene entre éstas y el estado de ánimo, así como permitió el incremento de aquellas que le fueron agradables.

En la tercera área, la relación personal tuvo la finalidad de identificar la influencia que existe de éstas con el estado de ánimo, así como de determinar aquellas alternativas para mejorar la comunicación con las demás personas. Y la última área la salud, en la que se establece la relación entre ambos elementos y la reorganización del estilo de vida de la paciente.

Se procede a aplicar a la paciente diversas técnicas de relajación, constituidas desde la relajación progresiva, de respiración de imaginación con la finalidad de obtener una mejora en la conciencia corporal de la paciente, ya que las sensaciones de tensión y de relajación están siempre conectadas con el proceso de atención. Se lleva a cabo un total de 12 sesiones, asignadas dos veces por semana, de una hora cada sesión, las cuales se describirán a continuación:

En la primera sesión, el terapeuta se presenta con la paciente, le explica el procedimiento de la intervención. Se procede a entrevistarla, para recopilar los datos más relevantes en función de su vida (información general, relaciones familiares, sociales y afectivas, trabajo, tiempo de ocio, entre otros apartados). Se le aplica los instrumentos descritos con anterioridad y a continuación se le presenta el manual de intervención bajo el formato del cuaderno del participante. Y, por último, se le asigna tarea para casa, la cual se refiere a contestar el cuestionario sobre pensamientos dañinos y positivos.

En la siguiente sesión se le aplica la técnica de relajación nombrada “combatir el estrés”, se procede a que la paciente lea el nombre y mensaje de la sesión, para posteriormente proporcionarle información del área de los pensamientos (saludables y dañinos) y la realidad (interna y externa).

Se le pide que identifique dentro de una lista aquellos pensamientos saludables y dañinos que pudiera haber tenido. Al finalizar la sesión, el terapeuta revisa la tarea y el termómetro del estado de ánimo, así como proporcionarle un formato de evaluación de la sesión; y se le asignó la

tarea “los pensamientos” en la que identificaría aquellos que tuvo recientemente y cómo se siente respecto a ellos.

Se continúa trabajando con la técnica de relajación “vacía tu mente”, se prosiguió a revisar la tarea. De la misma manera la paciente explica el mensaje de la sesión y el terapeuta le presenta información sobre las “3 maneras para disminuir los pensamientos dañinos que nos hacen sentir mal” y sus posibles “remedios”, a lo cual la paciente aportaba ejemplos; y por último se le proporciona el formato “balancear el pensamiento”. Y al finalizar la hora, se evalúa la intervención del día.

El terapeuta y el paciente tratan de hacer un repaso de toda la información, así como de aquellas actividades que fueron proporcionadas durante las sesiones anteriores. Posteriormente, se le da información sobre el aumento de los pensamientos saludables, se le dirige un ejercicio de relajación con imaginación en la que trata de visualizar su pasado y futuro; después evalúa la sesión y se le asigna tarea para casa.

Se aplica una técnica de relajación, revisa la tarea y empieza a mostrarle información, donde ella analiza y ejemplifica algunas situaciones respecto al tema “lo que hago afecta cómo me siento” y contesta un formato donde evalúa una actividad que estuvo relacionada con su estado de ánimo, con el objetivo de incrementar las actividades agradables. Y al finalizar, se califica la intervención, mientras que el terapeuta le asigna tareas para casa.

Se continúa trabajando el área de “las relaciones personales”, fue desarrollada con la revisión de la tarea y el análisis de las áreas anteriores, donde la paciente retroalimenta toda la información obtenida. Se prosigue a realizar una técnica de relajación guiada con imaginación; y se le explica sobre las relaciones personales y el apoyo social. Después se le asigna la tarea “personas importantes en mi vida y cómo me apoyan” y de último se evalúa la sesión.

Poco a poco en el proceso se ve mejoría y se aprovecha el uso de la técnica de “relajación mental “se le pide que retroalimente la información de la última sesión, escucha atentamente sobre “las relaciones interpersonales y los cambios drásticos”, “desacuerdos y desavenencias”, en las cuales

la paciente participa activamente y propone ejemplos. Se le asigna la tarea “escuche atentamente”, donde tiene que contestar un formato para indicar en qué momento ella había escuchado atentamente en la última semana; y al último se evalúa la intervención.

El terapeuta dirige la relajación “vacía tu mente”, juntos revisan la tarea, la paciente participa en un psicodrama donde se realiza el ejercicio “escuchar atentamente”, posteriormente, se le otorga el formato “asertividad” para contestar algunas preguntas referentes a cómo ella expresaba sus sentimientos y en cómo pedía las cosas. La tarea asignada, consiste en que ella debería escuchar atentamente a por lo menos una persona y que describiera lo que pensó, cómo se sintió y qué hizo. De último, ambos repasaron los puntos principales del área y se procedió a evaluar la sesión.

Para ir completando las diferentes áreas de abordaje se toma en cuenta el área de la salud. Se inicia con una técnica de relajación, se le proporciona información al paciente sobre la relación entre “salud y el estado de ánimo”, así como “los problemas” que giran en torno a ésta y que propician la reestructuración de metas; de la misma manera, se aborda el tema “sueño, salud y problemas para dormir”; en cada temática, se le pide a la paciente que conteste algún ejercicio en el que manifestara la situación actual de su salud.

Al finalizar, el terapeuta realiza un repaso general sobre toda la intervención, con la finalidad de retroalimentar los puntos principales y de analizar el estado de ánimo. Y, por último, se le asigna la última tarea “modificación de metas para la salud” y se evalúa la sesión.

En la última sesión, se procede a la aplicación nuevamente de los instrumentos, el inventario de depresión de Beck y la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos con la finalidad de llegar a comparar la primera con la última evaluación y poder considerar el impacto de la intervención y poder analizar el efecto de la intervención en la paciente.

Como se puede observar en la paciente se aplica la técnica de Relajación de varias maneras, como la imaginación para visualizar las maravillas que tiene a su alrededor y ver la vida de otra

manera, la cual se utiliza casi en todas las sesiones y donde se puede observar que la depresión disminuye y por lo tanto incrementa su estado de ánimo, en el proceso de cada sesión es muy importante hacer la evaluación para ver el progreso de la paciente.

La técnica de Programación de Actividades se trabaja con el cambio de actividades desagradables, el registro de actividades que realizaba la paciente diariamente, la resolución de situaciones conflictivas que impedían la realización de actividades agradables. Dentro de estos rubros relevantes, la paciente manifestó que, si había actividades que fomentaban su depresión y que estaban vinculadas por la constante pelea con su marido, logrando resaltar que ella no salía de casa y que cada vez que se sentía triste por la situación descuidaba su arreglo personal.

En el transcurso de la intervención, la paciente mostró mejorías para incrementar actividades agradables, como estar con su familia, jugar con sus hijos, salir a caminar, comer fuera de casa, platicar con su amiga, cantar, ver paisajes, entre otros.

A su vez, desde que empieza la terapia se le proporciona un cuaderno para llevar el registro de sus pensamientos dañinos donde se utiliza la técnica de Auto registro, en la cual la paciente identifica aquellos obstáculos que le impiden lograr actividades agradables y busca solución a cada uno; resaltando algunos como la planeación de metas establece la necesidad de hacer ejercicio, la que puso en práctica tiempo después.

Señala que se levantaba a las 7:00 am para salir a caminar una hora y que durante el día se sentía bien consigo misma y cuando no podía salir en las mañanas, buscaba una hora durante la tarde, las cuales según registra dejó de hacer y le gusta hacer, de la misma manera la reestructuración de sus metas haciéndolas estas más realistas, le ayuda mucho para ir cambiando su estado de ánimo.

En la primera evaluación la paciente manejaba una depresión grave, manifestando síntomas que estaban presentes la mayor parte del tiempo como: cosas que le molestaron y que usualmente no le molestaban, sentía que no podía quitarse de encima la tristeza, pensó que su vida había sido un fracaso, sentía que no le caía bien a la gente; tenía dificultad para mantener su mente en lo que

estaba haciendo, se sentía deprimida, triste, sola, con miedo, lloraba y no tenía ganas de hacer nada, se sentía poco optimista sobre el futuro, su sueño era inquieto, estaba poco contenta y disfrutaba poco de la vida.

Es importante ver el avance del proceso ya que en la segunda evaluación se puede notar que se redujo la frecuencia de la presencia de estos síntomas que retroalimentan a la depresión e incrementaron aquellos que mantienen un adecuado estado de ánimo; pues la paciente manifestó que en la última semana que presentó antes de la segunda aplicación del instrumento, tuvo la mayor parte del tiempo sentimientos como optimismo hacia el futuro, estuvo contenta; se sentía que era buena como cualquier persona, algunas veces se sintió sola; y rara o ninguna vez se presentaron los demás síntomas.

En el transcurso de la intervención, la paciente muestra mejorías para incrementar actividades agradables, como salir a caminar y jugar con sus hijos, comer fuera de casa, platicar con su amiga, cantar, ver paisajes, entre otros, se le sugirió que se premiara por las actividades que le hacían sentir bien, comenta que hasta en la sesión siete pudo empezar a premiarse, aunque tuvo altibajos considerables durante las dos primeras semanas, debido a situaciones familiares, pero ya es capaz de buscar y dar una solución adecuada, lográndose mantener en un estado de ánimo estable. Con este caso podemos evidenciar que con un proceso sistemático y estructurado se pueden lograr los cambios necesarios en el ser humano.

Conclusiones

La depresión se concibe como una enfermedad que afecta a la persona tanto emocional como físicamente, es un trastorno que altera el estado de ánimo, genera pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica, ya que sus cogniciones repercuten a nivel emocional, conductual y físico, llevando a la persona a un estado en el que siente imposible resolver los problemas comunes de la vida diaria.

La mujer es quien asume la presión que conlleva el proceso de enfrentarse a diferentes situaciones, pues ella debe cumplir con su rol de brindar los cuidados pertinentes a las necesidades del desarrollo de los hijos, así como velar por los intereses y estabilidad de la propia familia, lo que puede generar alteraciones emocionales que desembocan en la presencia de la depresión, provocadas por la creación de pensamientos erróneos que afectan a nivel emocional y conductual, tales alteraciones se manifiestan en dimensiones cognitivas, conductuales, físicas y sociales.

De acuerdo al progreso satisfactorio que se alcanza durante la aplicación de las técnicas cognitivo conductuales, en mujeres adultas, se puede concluir que el proceso terapéutico tiene un impacto positivo en las manifestaciones de depresión que presentan las pacientes, apoyándose en la intervención de pensamientos irracionales para poder desarrollar emociones positivas, por lo que se cumple con el objetivo de modificar cogniciones irracionales que anteponen a las conductas que fomentan la presencia de la depresión

Si las estas manifestaciones presentadas en las mujeres se les da una intervención oportuna con un modelo que se enfoque a tratarlas a partir del cambio de cogniciones que se generan, entonces la presencia de la depresión será controlada y con éxito disminuida.

Las técnicas planteadas, como es el caso de las tareas, auto registros, y técnicas de relajación, son las principales técnicas que brindan un soporte favorable a la intervención, como terapeutas es necesario saber elegir las técnicas adecuadas para que el tratamiento sea efectivo en la aplicación.

En el presente estudio, se muestra que una mujer adulta con depresión, fue capaz de cambiar sus pensamientos irracionales por racionales, se vieron cambios en su vida diaria, se sintió a gusto por volver a realizar actividades que antes ya no eran de su agrado, se interesó por recuperar sus relaciones personales al aplicar las técnicas pertinentes.

Las técnicas cognitivas-conductuales son eficaces, pues logran alcanzar satisfactoriamente el objetivo de llevar una salud mental sana, de acuerdo con lo elaborado se puede concluir que se cumple el objetivo propuesto, el cual trata de cómo evitar o disminuir los síntomas depresivos en mujeres adultas.

Referencias

Libros

- Caballo Vicente E. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (2ª Ed) España: Siglo XXI de España Editores, S.A.,
- Caro Gabalda, Isabel (2007) *Manual Teórico-Práctico de Psicoterapias Cognitivas*, (2ª. Ed) España: Desclée de Rpwper, S.A.
- Burns David D (2006) *Adiós Ansiedad* (2ª. Ed) Barcelona, España: Espasa Libros, L. U.
- Ellis Albert (1999) *Usted Puede ser feliz, Terapia* (1ª. Ed) Barcelona, España: Titivillus,
- González Llana Felicia Miriam (2007) *Instrumentos de Evaluación Psicológica* (1ª. Ed) La Habana: Ciencias Médicas,
- Halgin, Richard P., Krauss Whitbourne, Susan *Psicología de la anormalidad*, (4ª. Ed) México: McGraw Hill,
- Montesó Curto, María Pilar (2015) *La depresión en las Mujeres*, (1ª. Ed) LUGAR: urv Tarragona
- Nezu, Arthur M., Maguth Nezu, Christine, Lombardo, Elizabeth (2006) *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-Conductuales*, (1ª. Ed) México, D.F.: El Manual Moderno, S.A.
- Oblitas L. A. (2008). *Psicoterapias Contemporáneas*, (1ª Ed) México DF: Edamsa Impresiones, S.A.

Ruiz Ángeles, y Díaz García Marta Isabel (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (3ª. Ed.) LUGAR: UNED, España

Sarason Irwin y Sarason Barbara, (2006) *Psicopatología. Psicología anormal* (11ª. Ed) México: Pearson Educación.

Zarragoitía Alonso Ignacio (2010) *Depresión Generalidades y Particularidades*, (1ª. Ed). La Habana: Ciencias Médicas

E-grafía

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (abril, 2011). *Las mujeres y la depresión*. Recuperado: <http://link.library.missouri.edu/portal/Las-mujeres-y-la-depresión--descubriendo-la/rQvjFMZMMEo/>

Instituto Nacional de la Salud Mental (2011). *Las mujeres y la depresión*. Recuperado de: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/file_141976.pdf

Prensa Libre (2017, 23 de febrero). *Los casos de depresión aumentan 18 por ciento en el mundo*. Recuperado de: <http://www.prensalibre.com/vida/salud-y-familia/los-casos-de-depresion-aumentan-18-por-ciento-en-el-mundo>

Valadez, A. (2002). *Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de problemas Familiares: reestructuración cognitiva, asertividad y manejo de contingencias*. Revista electrónica de psicología Iztacala. Vol. 5, Núm. 2. Recuperado: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/22668/21407>