



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA  
EDUCACIÓN

Escuela de Psicología Clínica.

“APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA PARA TRATAR  
DEPRESION EN UNA AMA DE CASA”

Monografía Previa a la obtención

Del título de psicólogo Clínico.

AUTORA:

MARIA GABRIELA ORTIZ GALARZA.

DIRECTORA:

Mst. ALEXANDRA CÓRDOVA VEGA.

CUENCA – ECUADOR

2010

## **DEDICATORIA**

A mi esposo e hijos, quienes me han brindado su apoyo incondicional para seguir adelante en este proyecto; a mis amados padres y hermanita.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi directora de tesis la Mst. Alexandra Córdova Vega por su apoyo y orientación en el desarrollo y culminación de esta investigación.

A mi madre y hermanita, por su constante y desinteresada ayuda en toda esta etapa de mi vida.

## ABSTRACT

Esta investigación propone el diseño de un Proceso Terapéutico, basado en la Terapia Cognitiva para la depresión de Aaron Beck, misma que plantea en su primera fase manejar y modificar los pensamientos automáticos, así como desarrollar nuevas habilidades cognitivas-conductuales y en una segunda fase más avanzada se trabaja con los esquemas cognitivos (creencias o supuestos personales) que hacen que la persona sea vulnerable a la depresión, aplicada a una mujer de treinta años, ama de casa, con diagnóstico de distimia, pretendiendo mejorar así su funcionamiento global.

## ABSTRACT

This investigation proposes the design of a Therapeutic Process based on Aaron Beck's Cognitive therapy for depression, which recommends in the first phase managing and modifying automatic thoughts as well recommends as well as the developing of new behavioral abilities. The more advanced second stage deals with cognitive schemas ( personal beliefs or hypotheses ) that make the person vulnerable to depression. This therapy which intends to improve overall functioning, was applied to a 30-years-old housewife diagnosed with distimia.

# INDICE TEMÁTICO

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Abstract español.....	iii
Abstract inglés.....	iv
Introducción.....	1
CAPITULO I	
ESTUDIO DE CASO.	
1.1. HISTORIA CLÍNICA.....	3
1.1.1 Ficha de identificación.....	3
1.1.2 Motivo de consulta.....	4
1.1.3 Fuente de información.....	4
1.1.4 Enfermedad actual.....	4
1.1.5 Sintomatología.....	5
1.1.6 Tratamientos recibidos.....	6
1.1.7 Antecedentes personales.....	6
1.1.8 Patología anterior.....	8
1.1.9 Antecedentes familiares.....	9
1.1.10 Examen psiquiátrico.....	9
1.2 Batería de test.....	10
1.3 Diagnóstico multiaxial.....	11
1.4 Diagnostico diferencial.....	11
1.5 Análisis funcional de los problemas.....	13

1.6	Distorsiones cognitivas y pensamientos resultantes.....	13
1.7	Círculo interactivo resultante.....	13

CAPITULO II.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

2.1	Características del ama de casa.....	14
2.2	Depresión.....	23
2.2.1	Clasificación de los trastornos del estado de ánimo.....	24
2.2.2	Criterios diagnósticos de la distimia.....	25
2.2.3	Factores predisponentes.....	28
2.2.4	Factores específicos.....	30
2.3	Terapia cognitiva de Aaron Beck.....	37
2.3.1	Principales conceptos teóricos.....	39
2.3.2	Conceptualización de los problemas.....	42
2.3.3	Aplicaciones prácticas.....	44

CAPITULO III

**PLAN TERAPEUTICO BASADO EN LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK PARA LA DEPRESIÓN**

3.1	Modelo cognitivo de la depresión de Beck.....	46
3.2	Objetivos terapéuticos.....	49
3.3	Estructura típica de las sesiones.....	49
3.4	Fases de la terapia.....	51
3.4.1	Establecer la relación terapéutica.....	51
3.4.2	Comprender quejas y transformarlas en síntomas- objetivos.....	53

3.4.3	Explicar el modelo cognitivo de la depresión.....	58
3.4.4	Las técnicas conductuales.....	60
3.4.5	Las técnicas cognitivas.....	61
3.5	Proceso de intervención.....	63
3.6	Programación por sesión.....	65
3.7	Técnicas cognitivas conductuales en el tratamiento de la depresión.....	69
	CONCLUSIONES.....	71
	RECOMENDACIONES.....	73
	BIBLIOGRAFIA.....	74
	ANEXOS.....	76

# INTRODUCCIÓN

La presente investigación describe el caso clínico de una mujer profesional de 30 años, ama de casa, madre de dos niños y criada en un ambiente familiar sumamente religioso y tradicionalista, en donde los roles de género están perfectamente diferenciados, definidos y valorados. Actualmente la mujer muestra claros síntomas de la distimia, corroborados con la aplicación de la batería de test.

Al realizar la matriz de relaciones se llega a la conclusión de que los factores críticos sobre los cuales gira dicho trastorno se dan por la falta de satisfacción de sus propias necesidades y la culpa que le produce la condición de elegir entre desempeñar el rol de madre, esposa, dueña de casa y su deseo de trabajar; decidir cuál es la opción más apropiada genera en ella sentimientos de culpa e irritabilidad, que en definitiva constituyen un malestar psicológico permanente que podría aportar a la aparición de sintomatología depresiva.

La sintomatología depresiva ha sido el trastorno mas estudiado en relación al género, al extremo de considerarlo como un trastorno típicamente femenino, pues la proporción entre hombres y mujeres es de 2 o 3 por uno.

Los factores que pueden dar lugar a una depresión en el ama de casa se concretan, principalmente, en cuatro aspectos: pérdidas, separaciones, estrés, el aislamiento y los cambios de horarios, que son las cuatro situaciones depresivas por excelencia.

El objetivo principal de esta investigación es Diseñar un Plan Terapéutico basado en Terapia Cognitiva para la depresión de Aaron Beck, misma que propone en su primera fase manejar y modificar los pensamientos automáticos, así como desarrollar nuevas habilidades cognitivas-conductuales, y en una segunda fase más avanzada plantea trabajar con los esquemas cognitivos (creencias o supuestos personales) que hacen que la persona sea vulnerable a la depresión, pretendiendo ser un medio valioso que beneficie a la ama de casa; brindándole la capacidad de mejorar sus habilidades personales, permitiéndole así trabajar liberada de culpa y encontrar estímulos positivos que mejoren su estabilidad emocional y ambiente familiar.

La investigación incluye tres capítulos, en el primero se describe el estudio de caso, proporcionando una evaluación psicológica, la cual se subdivide en Historia Clínica, Batería de Test, Diagnóstico Multiaxial y Diagnóstico Diferencial, en el segundo capítulo se desarrolla la Fundamentación teórica, la cual incluye las Características del Ama de Casa, Depresión y la Terapia Cognitiva y en el tercer y último capítulo se elabora el Plan terapéutico basado en la terapia Cognitiva para la Depresión.

# CAPITULO I

## ESTUDIO DE CASO.

La evaluación psicológica es un proceso indispensable en toda intervención, ya que por lógica, no podemos planear una intervención si antes no tenemos información acerca del problema del cliente, información que sólo nos la puede proporcionar una correcta evaluación.

Esta investigación inicia, proporcionando una evaluación psicológica, que por una parte nos conduzca a la planeación de la intervención y por otra nos sirva como punto de comparación para determinar el éxito de la terapia seleccionada.

### 1.1 HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA.

Fecha de la entrevista: 10/ABRIL/2010.

#### 1.1.2 FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: N.N...      Edad: 32 años      Sexo: femenino

Lugar y fecha de nacimiento: Cuenca, 18/abril/1978.

Estado civil: Casada.

Nacionalidad: Ecuatoriana

Religión: Católica Practicante.

Instrucción: Superior

Ocupación Actual: Quehaceres Domésticos.

Domicilio: Calle Cañar 2-20.

### 1.1.2 MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente refiere estar muy irritable la mayor parte del día, sin razón aparenta, se siente triste y llora frecuentemente, no tiene ánimos de hacer nada, no duerme toda la noche y ha subido mucho de peso ( más de 7 kilos), síntomas percibidos desde hace un poco menos de dos años. La tristeza actual la relaciona al encierro y a su exceso de peso.

### 1.1.3 FUENTE DE INFORMACIÓN:

Directa, del paciente.

Indirecta, esposo

### 1.1.4 ENFERMEDAD ACTUAL.

La paciente refiere sentirse triste, con ganas de llorar constantemente, está muy enojada e irritable la mayor parte del día, sin ánimo de realizar sus tareas diarias ni actividades de recreación, percibe en ella sentimientos de culpa por no realizar todas las tareas de casa planificadas, pues ahora, dice estar más lenta y cansada, la paciente aumentó de peso considerablemente, más de siete kilos, nota además que desde hace mucho tiempo atrás no duerme toda la noche se levanta a la madrugada angustiada y no vuelve a dormir con facilidad. No le interesa mantener relaciones sexuales con su esposo.

### 1.1.5 SINTOMATOLOGÍA:

- Cognitiva:
  - Percibir problemas como abrumadores e insuperables.
  - Autocríticas: "No hago nada bien", "Soy una inútil".
  - Polarización: "Si no cuido a mis hijos en casa, soy una mala madre", "las mujeres, primero madres luego mujeres".
- Afectiva:
  - Tristeza.
  - Sentimientos de cólera.
  - Sentimientos de culpa.
  - Sentimientos de vergüenza.
  - Llanto.
- Conductuales:
  - Inercia.
  - Dificultades para el manejo social.
  - Necesidades reales.
- Fisiológica:
  - Alteraciones del sueño.
  - Alteraciones del apetito.
  - Alteraciones sexuales.

Esta sintomatología según la paciente empieza a notar progresivamente desde hace dos años, poco a poco las tareas de la casa le parecen muy pesadas y repetitivas, además el encierro constante, la dependencia económica total de su esposo y la falta de

contacto con gente de su edad, la hace sentir sola “fuera del mundo real”. Todo esto unido al fuerte y constante deseo de trabajar.

#### 1.1.6 TRATAMIENTOS RECIBIDOS.

NINGUNO.

#### 1.1.7 ANTECEDENTES PERSONALES. (PSICOBIOGRAFIA)

Infancia aparentemente normal, no muestra ningún signo evolutivo psicopatológico infantil de relevancia, la relación afectiva durante la infancia con el padre afectuosa, personalidad del padre dependiente y tolerante; relación con la madre, percibida por la paciente como de rivalidad y celos frente a su papá, personalidad de la madre sumamente dominante, autoritaria y tradicionalista. Es la segunda de 8 hijos, refiere tener muy buena relación con sus hermanos.

Inicio escolar a los 5 años, buen rendimiento académico y social. Aproximadamente a los 7 años, tiene juegos sexuales infantiles con un familiar de la misma edad, actividad que se prolonga hasta los 11 años, lo que provoca mucha culpa hasta la actualidad.

Su menarquía se presenta a los 13 años, no muestra conflictos de notabilidad, sociabilidad positiva con los pares, buen rendimiento académico colegial. A los 15 años tiene su primera relación de enamoramiento la cual dura 4 años, el rompimiento de la misma provoca mucha tristeza y aislamiento, por alrededor de 1 año. La paciente contaba con mucha información sobre sexualidad. Masturbación frecuente.

Desde muy pequeña ayudó en casa al cuidado de sus hermanos menores, situación percibe como angustiante e impotente por la responsabilidad que implicaba, pues sus padres salían frecuentemente en las noches y muchos fines de semana para su grupo cristiano. Circunstancia actualmente es apreciada como injusta y desproporcionada.

A los 23 años inicia su segunda relación amorosa casándose 2 años después de un noviazgo estable, su primera relación sexual se lleva a cabo luego del matrimonio, según refiere la paciente nunca ha tenido un orgasmo producto de las relaciones sexuales con su pareja, lo que incita sentimientos de frustración e ira.

Está casada hace 7 años, su esposo tiene una personalidad introvertida, impulsiva, tradicionalista, los dos primeros años de matrimonio transcurrieron sin mayores inconvenientes, se adaptaron bien como pareja, los problemas inician con el nacimiento de su primer hijo, el menor nace con problemas respiratorios y se enferma con mucha frecuencia situación la obliga a dejar su trabajo, provocando en ella mucha frustración, al poco tiempo se embaraza por segunda vez y pierde toda esperanza de integrarse a la vida laboral, no cuenta con el apoyo ni de su esposo ni de sus padres. La paciente siente mucha culpa, indecisión y ambivalencia debido a los deseos constantes de salir a trabajar y “botar a sus hijos, por su egoísmo”, pues considera que una madre debe “morir, disolverse como la sal por su familia”. Creencias compartidas fielmente por su esposo.

Paciente es psicóloga industrial, trabajó 5 años en la Empresa Eléctrica con mucho éxito, y muy buena remuneración. Con su primer embarazo deja de trabajar.

Actualmente es ama de casa, no está conforme con esta situación según refiere “no hago

nada solo las tareas de la casa y cuidado a los niños”. Los primeros 4 años de desempeñarse como ama de casa, lo realizó de una forma muy eficiente, se podría decir hasta obsesiva, pero desde el nacimiento de su segunda hija la cual tiene 2 años, empezó a descuidar sus tareas, y poco a poco a tener conflictos con su pareja por esta causa.

N.N. es católica practicante, a pertenecido junto a sus padres y esposo al movimiento cristiano de los catecúmenos, toda su vida; sus padres son pastores de dicho movimiento, a decir de la paciente es un movimiento cristiano sumamente tradicionalista, los roles de hombre y mujer están claramente definidos, y la “apertura a la vida” es uno de sus pilares fundamentales.

Tiene actualmente muy pocas amigas, con las cuales casi no tiene contacto, cada vez muestra menos interés en salir o contactarse con ellas.

#### 1.1.8 PATOLOGIA ANTERIOR.

Aproximadamente a los 19 años la paciente refiere haber manifestado síntomas depresivos los cuales se manifestaron por alrededor de un año y medio, no accedió a ningún tipo de evaluación o tratamiento, su recuperación fue progresiva y “natural”.

Su menarquía se produjo a los 13 años, dos embarazos el primero a los 26 años el segundo a los 29 años de edad. Las dos gestaciones fueron sumamente complicadas pues presentó placenta baja y preeclampsia.

A los 18 años se operó del apéndice, y sufre de migraña esporádicamente.

### 1.1.9 ANTECEDENTES FAMILIARES.

Abuelos maternos y paternos padecieron de cáncer, abuelos y tíos paternos sufren de diabetes, abuelos y tías maternas obesidad.

### 1.1.10 EXAMEN PSIQUIATRICO.

- a. Inspección general: aspecto general desalineado, vestida con ropa de cama, por la tarde, despeinada y desarreglada.
- b. Forma de relación: oscilaba entre reticencia, mutismo y negativismo.
- c. Expresión y lenguaje: se muestra abatida, con un lenguaje lento, por momentos grosera y obscena.
- d. Estado de conciencia: lúcida.
- e. Atención: distraibilidad.
- f. Conducta motora: enlentecimiento psicomotor.
- g. Comportamiento: oscilando entre apático y agresivo.
- h. Alteraciones del sueño: despertar frecuente.
- i. Afectividad: depresión , pérdida de interés, irritabilidad.
- j. Sensopercepción: hipopercepción, ilusiones.
- k. Pensamiento y Expresión de voz: llorosa, ritmo lento, Pensamiento de culpa, pesimismo, autocompasión, fracaso, autoacusación y muerte (piensa que los demás estuvieran mejor si ella muriera) son pensamientos que duran pocos minutos y se presentan 1 o 2 veces por semana.
- l. Juicio. Capacidad auto y heterocrítica negativa, visión del futuro pesimista, es consciente de que está enferma, pero no busca ayuda.

- m. Estimación de la inteligencia de acuerdo al interrogatorio: normal.
- n. Orientación: orientada con respecto a tiempo, espacio, respecto a sí mismo y a otras personas.
- o. Memoria: Dismnesia.
- p. Otras funciones intelectuales: concentración disminuida y Comprensión normal.
- q. Voluntad: sugestionabilidad.
- r. Actividad: normal.
- s. Instintividad: trastornos del instinto de nutrición.

## 1.2 BATERIA DE TEST.

### 1.2.1 RESULTADO DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS.

1. Inventario para la valoración de la depresión de Beck (B.D.I): Puntuación total:  
24 = Depresión moderada. (anexo 1)
2. Escala de depresión de Hamilton: Puntaje total: 17 = Menos que depresión mayor. (anexo 2)
3. Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman: Actitudes disfuncionales:  
Aprobación: total = 16. Amor: total = 16.  
  
Aprobación: La persona estará pendiente de obtener la aceptación de las otras personas, incluso rechazando sus deseos personales, y será muy sensible a las señales.  
  
Amor: La persona se valorará en función del amor de otras personas. Esto le generará una extrema dependencia y una baja autoestima cuando crea no tenerlo o sea rechazada. (anexo 3)

4. Escala de Desesperanza (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974): Puntaje total = 9 Grado de desesperanza alto. (anexo 4)
5. Escala de riesgo suicida de Plutchik: Puntaje total = 7. Baja pontenciabilidad suicida. (anexo 5)

### 1.3 DIAGNOSTICO MULTIAXIAL.

- Eje I: F34.1 Trastorno distímico (300.4).
- Eje III: complicaciones del embarazo (preeclamsia, placenta baja) y parto (útero vago, 2cesáreas) (630'676)
- Eje IV: Graves problemas de relación con la pareja (constantes discusiones de pareja por la irritabilidad de la paciente) y estrés por la situación laboral (paciente no está conforme con su labor de ama de casa).
- Eje V: EEAG: Puntuación: 53 (actual).

### 1.4 DIGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial entre el episodio distímico y el trastorno depresivo mayor es difícil de realizar, ya que ambos trastornos se basan en síntomas similares que difieren en inicio, duración, persistencia y gravedad, características todas que no son fáciles de evaluar retrospectivamente.

Una de las diferencias que hay que saber valorar es que en el trastorno distímico los síntomas son menos graves y crónicos, si bien se han mantenido durante años; por ello, muchas veces los síntomas no pueden distinguirse de lo que es el funcionamiento “normal” del sujeto.

Sólo puede diagnosticarse un trastorno distímico después de un trastorno depresivo mayor, si antes de tal episodio depresivo ha existido un trastorno distímico.

Trastorno depresivo de la personalidad: peculiaridad "depresiva" de la personalidad, pero de tinte más cognitivo que afectivo, y presente durante toda la vida; tendencia a la rigidez, al perfeccionismo, a la auto y heteroexigencia, al control y a la obsesividad. Adultomorfismo. Posibles patrones familiares peculiares.

Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo: Criterio de Trastornos de adaptación, con Reacción depresiva breve, prolongada o mixta. Sintomatología de la serie depresiva, pero breve (reactiva) y relacionada con factores estresantes o desencadenantes externos.

El trastorno distímico debe diferenciarse de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, ya que en este caso la alteración del ánimo se considera consecuencia directa de la enfermedad. Si bien, la diferencia debe establecerse atendiendo a la etiología, la historia clínica y la exploración física. Igualmente, el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se diferencia del trastorno distímico, debido a que en el primero se produce una alteración del ánimo como consecuencia de una sustancia.

## 1.5 ANALISIS FUNCIONAL COGNITIVO Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS.

SITUACIONES.	SUPUESTOS PERSONALES.
Fracaso en las tareas domésticas.	Si cometo un error significa que soy una inepta.
Sobrepeso.	Mi valor personal depende de los que otros piensan de mí.
Intenso deseo de trabajar.	Para ser feliz debo obtener la aceptación y aprobación de mis figuras de autoridad.

## 1.6 DISTORCIONES COGNITIVAS Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS.

“Soy una inútil” (Polarización, Etiquetación.); “No hago nada bien” (Sobregeneralización); “Nadie me va a querer si estoy gorda” (Inferencia arbitraria); “No me puedo controlar” (Sobregeneralización); “Soy muy egoísta” (abstracción selectiva); “La mujer existe para ser esposa y madre” (Etiquetación)

## 1.7 CÍRCULO INTERACTIVO RESULTANTE.

PENSAMIENTOS	ESTADO EMOCIONAL	CONDUCTAS.
“soy una inútil, no hago nada bien”	Estado de ánimo bajo. Deseo de no hacer nada. Sensación de desorganización, aburrimiento y soledad.	Irritabilidad. Bajo nivel de actividad. Descuido en el aspecto personal.
“No me puedo controlar”	Tensión física. Impotencia. Ansiedad. Insomnio.	Comer en exceso. Morderse las uñas. Agresión verbal a sus hijos.
“Soy una egoísta”	Sentimiento de culpa. Indefensión. Frustración. Sensación de impotencia.	Dificultad para dormir. Llanto. Responsabilidad excesiva.

## CAPITULO II

### FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

La depresión es un trastorno psicológico cuyas tasas han ido en aumento en los últimos tiempos, al punto de que cabe hablar de la época de la depresión; como fuera antes la época de la ansiedad y en tiempos de Freud la de la histeria.

Del ama de casa se esperan tradicionalmente muchas cosas, pero sobre todo **abnegación** cuyo significado es literalmente “negarse a sí mismas”; descuidando por completo la satisfacción de las propias necesidades, además el tipo de trabajo que realiza, es monótono, rutinario, excesivo y aislado de contacto con adultos lo cual produce depresión en muchas de ellas.

La depresión es un trastorno susceptible de ser tratado de muchas maneras, de acuerdo con las diferentes perspectivas como se la entienda. Uno de los tratamientos probados en estudios controlados y en estudios comparativos entre dos o más terapias, es la Terapia Cognitiva, en la cual nos basaremos para desarrollar nuestro plan de recuperación.

#### 2.1 CARACTERISTICAS DEL AMA DE CASA.

El ama de casa es considerada en la cultura occidental tradicional como la mujer que tiene como ocupación principal o exclusiva, el trabajo en el hogar con los quehaceres cotidianos tales como el cuidado de los hijos, la limpieza de la casa, la compra de víveres y otros artículos, la preparación de los alimentos, la administración parcial o total del presupuesto familiar, y un largo etcétera. Normalmente este lugar lo ocupa la

esposa de un matrimonio convencional. Es habitualmente un trabajo no remunerado, al menos de manera directa. “Del ama de casa se esperan tradicionalmente muchas cosas, pero sobre todo **abnegación** cuyo significado es literalmente “negarse a sí mismas” en aras de la familia, especialmente para proteger a los hijos.” (González, Neurosis del ama de casa, 65)

Según las psicólogas españolas, Josefa Pérez y Emilia Desfilis, es evidente que en las últimas décadas ha existido una tendencia hacia la flexibilidad de roles de género y hacia la igualdad de oportunidades para las personas al margen de su sexo. Sin embargo es evidente también que hombres y mujeres siguen siendo socializados y educados con normas y expectativas distintas en lo que concierne a la expresión de los sentimientos, la presión hacia el éxito en las tareas laborales y académicas, el interés por las relaciones y el cuidado de los demás, la participación en los trabajos domésticos, etc., que da lugar a importantes consecuencias psicológicas. Esta socialización genérica da lugar a tendencias diferentes en hombres y mujeres en su salud mental.

“La sintomatología depresiva ha sido el trastorno mas estudiado en relación al género, al extremo de considerarlo como un trastorno típicamente femenino, pues la proporción entre hombres y mujeres es de 2 o 3 por uno”.

(<http://redalyc.uaemex.mx/src/>)

El origen de estas diferencias en las tasas de depresión, se deben a factores biológicos y a factores sociales. Desde la investigación psicológica, son muchos los autores que tienden a explicar tales diferencias en base a factores psicosociales:

El rol tradicional femenino es un elemento psicosocial **clave** en el estudio de las diferencias existentes entre ambos sexos y la depresión, pues el rol femenino se caracteriza por estar centrado en el ámbito privado y por el interés y cuidado de las relaciones íntimas. La feminidad como característica de la personalidad incluye aspectos como la afectuosidad, lealtad, sensibilidad a las necesidades ajenas, la capacidad de comprensión, la ternura, etc. Así como la dependencia, la influenciabilidad, la falta de asertividad, la tendencia a la expresión emocional, etc.

Socialmente el rol femenino ha estado limitado, concretamente al cuidado de los miembros de la familia y a la atención de las tareas domésticas. Además las mujeres han sido consideradas tradicionalmente como inferiores al hombre; intelectual, física y psicológicamente, disfrutando en consecuencia de menos derechos legales y libertad en su vida diaria.

Uno de los aspectos del rol tradicional femenino que más se ha investigado en relación a la salud mental, es la ocupación de ama de casa. Entre los estudios que relacionan la condición de ama de casa y la salud mental de la mujer destaca el de Gove y Tudor (1973) según estos autores

Algunos cambios sociales ocurridos tras la Segunda Guerra Mundial como la disminución del número de hijos, la discrepancia entre nivel de preparación educativa y tareas domésticas, la creciente influencia del movimiento para la igualdad de sexos, etc., condujeron hacia una devaluación del papel del ama de casa.

Ser ama de casa conlleva una limitación en las posibles fuentes de gratificación respecto al hombre, ya que mientras éste dispone de la gratificación proveniente de su trabajo- ámbito público- y de la vida familiar – ámbito privado- en el caso de la mujer la fuente de gratificación queda reducida solo a la familia. .”(http://www.um.es/analeps/v13/v13\_2/07-13-2.pdf)

A esta limitación, se añaden ciertas características del trabajo del ama de casa entre las que destacan: que no exige cualificación, es un trabajo poco estructurado, como un escaso reconocimiento social, se realiza en condiciones de aislamiento de otros adultos, no tiene horarios, ni vacaciones, ni aportes jubilatorios.

En la constitución actual vigente en el Ecuador existe un reconocimiento a los derechos de la mujer ama de casa, en el art 34, el derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia subsidiaridad suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas.

El estado garantizará y hará efectivo el ejercicio pleno del derecho a la seguridad social, que incluye a las personas que realizan trabajo no remunerado en los hogares, actividades para el auto sustento en el campo, toda forma de trabajo autónomo y a quienes se encuentran en situación de desempleo.

El art. 369, el seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantías, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley. Las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral de salud.

El seguro universal obligatorio se extenderá a toda población urbana y rural, con independencia de su situación laboral. Las prestaciones para las personas que realizan trabajo doméstico no remunerado y tareas de cuidado se financiarán con aportes y contribuciones del estado. La ley definirá el mecanismo correspondiente.

Y en el art. 333 Se reconoce como labor productiva el trabajo no remunerado de auto sustento y cuidado humano que se realiza en los hogares. El estado promoverá un régimen laboral que funcione en armonía con las necesidades del cuidado humano, que facilite servicios, infraestructura y horarios de trabajo adecuados; de manera especial, proveerá servicios de cuidado infantil, de atención a las personas con discapacidad y otros necesarios para que las personas trabajadoras puedan desempeñar su actividades laborales, e impulsará la corresponsabilidad y reciprocidad de hombres y mujeres en el trabajo doméstico y en las obligaciones familiares.

([http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf))

Pero la realidad del Ecuador es otra la mayoría de amas de casa ni siquiera están al tanto de estos artículos, mucho menos harán cumplir sus derechos, además son muchas

veces las mismas mujeres las que fomentan la diferencia de los géneros y la poca o nula valoración a su trabajo como ama de casa.

Las amas de casa tienen a su cargo al menos 32 tareas habituales. Muchas de las actividades que realizan requieren de un gran esfuerzo físico, sin embargo la mayoría de ellas consideran que “no trabajan”, porque la idea de trabajo está asociada a la obtención de un ingreso económico y al no recibirlo por su diaria actividad, no pueden reconocerla como tal.

Hoffman, afirma que las mujeres que incluso después de tener hijos continúan trabajando fuera de la casa, presentan menos signos de malestar psicológico y de estrés y menos muestras de depresión que las amas de casa. Se considera que “El empleo favorece la autoestima en tanto que ayuda a sentirse útil y proporciona estímulos para superar retos así como la oportunidad de estar en compañía de otros adultos.” (Efectos de la madre trabajadora, 283).

Mientras que el desempleo está asociado en el caso de los hombres a distintos niveles y tipos de psicopatologías, en las mujeres la relación no está tan clara. El modelo tradicional “ser ama de casa” pareciera estar desprestigiado y caduco pero al mismo tiempo la presión para ocuparse de las necesidades familiares; fundamentalmente el cuidado de los hijos así como la ausencia de un reparto igualitario real de las tareas domésticas, coloca a muchas mujeres en una situación de indecisión y ambivalencia respecto al trabajo.

Las tareas del hogar implican también una pesada carga para el aparato locomotor (Múltiples flexiones para recoger objetos, hacer camas, limpiar y tender la ropa, así

como infinitos levantamientos de peso); la actividad física recae, sobre todo, en huesos, músculos y articulaciones. Tampoco hay que pasar por alto los peligros que se esconden en las casas, accidentes domésticos provocados por abrasivos limpiadores, por el fuego de la cocina o caídas.

La **feminidad** es otro aspecto importante ligado al rol tradicional de la mujer, existe considerable evidencia de que la masculinidad tiende a estar asociada más que la feminidad con índices de ajustes personal, incluyendo una mayor autoestima y una tendencia a presentar niveles más bajos de ansiedad y depresión. Además de que existen mayores niveles de depresión en las mujeres que en los hombres, los individuos con una tipificación femenina presentan asimismo mayor tendencia a la depresión que los masculinos o los andrógenos.

Las **Creencias** tradicionales que las mujeres tienen hacia su propio género, sus derechos como personas, su función social, sus relaciones con los hombres, etc. Suponen otro aspecto importante del rol tradicional femenino. Hoffman, encuentra una menor autoestima, menor satisfacción vital y mayor ansiedad y depresión en las mujeres más tradicionales que en las que manifiestan actitudes más progresista respecto a su rol como mujer, debido a que el rol femenino se ha caracterizado por sus limitaciones e inferioridades respecto al masculino.

Las amas de casa obtienen sin duda satisfacciones importantes como estar más tiempo con los hijos, verlos crecer, además de tener la posibilidad de organizar por sí mismas su tiempo y no tener un jefe. La mayoría señala que su principal satisfacción proviene de la maternidad. Sin embargo, según el estudio realizado por María Pilar Matud y Juan Manuel Bethencourt revelan una tendencia mayor a la depresión y a la

ansiedad entre las amas de casa, sobre todo cuando tienen niños pequeños a su cuidado, pues la monotonía, el aislamiento, el exceso de tareas y la exclusión del ámbito público, producen frustración, pues las hacen renunciar en muchas ocasiones a proyectos de desarrollo personal que afecta su autoestima.

Las características del trabajo doméstico, las condiciones en que se realiza y la valoración que se le otorga podrían tener múltiples consecuencias en la salud psíquica.

Las psicólogas Ivonne Chávez Quintana y Elizabeth Ramírez Amador, exponen que actualmente pareciera que el ser ama de casa es una profesión poco valorada y últimamente rechazada socialmente. Mientras las madres jóvenes se niegan a vivirla como un oficio único, las madres con más años de experiencia se sienten cansadas – hasta podríamos decir hastiadas – de la monotonía y de la carga de trabajo tan pesada en el aspecto físico, emocional y a veces hasta espiritual. A esto lo llaman **neurosis del ama de casa**: el punto en el cual ya es molesta y cansada la labor del hogar o simplemente ya no se encuentra una motivación para hacerla, lo que ocasiona que sea más pesada. El resultado es que el ama de casa parece estar enojada todo el tiempo, irritándose por cualquier cosa, o estar en el otro extremo de desánimo y hasta una aparente «depresión».

Los orígenes de esta condición serían:

Falsas expectativas

Generalmente se tiene una idea del matrimonio diferente a la realidad. En nuestra sociedad postmoderna principalmente vemos como se promueve una idea de libertad para la mujer, feminismo, independencia y realización fuera de la actividad en casa. Al llegar al matrimonio, esperamos que todo cuadre dentro de este concepto, y al no hacerlo, llega la frustración.

Otro tipo de expectativa es el apostar la felicidad completa en el acto de casarse y tener ya un hogar propio, cuando en realidad es el inicio de una vida llena de retos y nuevas emociones.

#### Autoestima no sana

En ocasiones el conflicto está en la persona misma, en no ver su valor, no reconocer todo lo que es capaz de hacer y lo que esto significa, así que se busca el valor en la ocupación o en lo que se hace hacia otros, y al no encontrar satisfacción en el hacer, llega a ser una carga más.

#### Monotonía

Ahora bien, tal vez sí se tenían expectativas sanas y correctas, o tal vez sí existe una autoestima sana. El "síndrome del ama de casa" expuesto por Gonzales Duro, como “una serie de trastornos físicos y psíquicos que comprenden desde la migraña o la inapetencia sexual hasta la depresión y el alcoholismo” (Gonzales, Neurosis del ama de casa, 65) es el trastorno psicológico más común en el ama de casa y es, en su punto de partida, una síntesis de las cuatro situaciones depresivas por excelencia: la de la separación o pérdida de un ser querido, la del estrés crónico, la del aislamiento y la de la inestabilidad (cambios de horario). Las causas de este síndrome del ama de casa radican en el tipo de trabajo que desempeñan: rutinario, desagradecido e infravalorado.

“Los principales riesgos relacionados podrían ser: el deterioro del clima de convivencia, crisis de pareja, trastornos psicósomáticos, compensaciones perniciosas (comida, alcohol, fármacos)” (<http://franciscoarias.blog.galeon.com/>)

## 2.2 DEPRESIÓN EN LA MUJER.

El término depresión tiene un uso tanto mundano-popular, como técnico-clínico. En ambos contextos, apunta a una cierta experiencia de la vida que se podría definir como tristeza y desánimo, pero, en todo caso, tiene un uso demasiado elástico como para entenderse a una definición escueta.

Popularmente el término depresión se utiliza para dar cuenta de una variedad de condiciones. Así la depresión define un estado personal, de distinta experiencia subjetiva según sea la “metáfora vivida” con la que se reconoce tal experiencia, por ejemplo, “estar bajo”, “bajo de ánimo”, “bajo de humor”, “bajo un peso o apesadumbrado”, “no ver salida”, “cuando el futuro se obtura, el tiempo se estanca y entonces uno no ve salida ni nada claro, sino todo oscuro” o “carente de interés”, “cuando nada llama la atención y todo aburre”. Otras veces la depresión define más que un estado personal, una reacción ante cierto evento del que uno quiere protegerse o señalar su impacto, “me da depresión, me deprime”, algunas veces es posible que se utilice el término como modismo para dar cuenta de cualquier inconveniente que se estime psicológico. La depresión se utiliza también para definir situaciones, entornos o ambientes sin excluir personas y de paso el estado de ánimo que suscitan, cuando se dice, que por ejemplo que “es deprimente o depresivo” tal sitio, tal paisaje, tal tiempo o fulano de tal. No dejaría de señalar también el posible uso de la depresión como conducta de enfermedad, dado su reconocimiento social y clínico. De esta manera, la depresión puede tener ante todo, una función de control frente o contra alguien.

Los clínicos utilizan el término depresión de una manera precisa. Forma parte de esta precisión la identificación de unos patrones definitorios y la clasificación de tipos. Los

patrones definatorios de depresión consisten en una variedad de síntomas que suelen agruparse en cuatro tipos: síntomas afectivos: humor bajo, tristeza, desánimo; síntomas cognitivos: pensamientos negativos de si, del mundo, y del futuro, baja autoestima, desesperanza, remordimiento; síntomas conductuales: retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al andar y al hablar, agitación motora, actitud desganada y síntomas físicos: relativos al apetito, al sueño y en general a la falta de energía.

En consecuencia, la depresión vendría dada por diferentes síntomas, de modo que una persona podría estar deprimida diferentemente de otra, según la preponderancia de uno u otro patrón. En todo caso, serán los modelos clínicos los que, en definitiva, van a ponderar los síntomas de acuerdo con su lógica.

La depresión según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV, es definida como:

Un trastorno del estado de ánimo; el cual tiene como característica principal una alteración del humor. Así pues la depresión es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. (323)

#### 2.2.1 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO CLASIFICACIÓN.

Aquí se clasifican los trastornos cuya característica principal es una alteración del humor. El DSM-IV define, por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o

maníaco, (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo.

- Episodios afectivos
  - Episodio depresivo mayor
  - Episodio maníaco
  - Episodio mixto
  - Episodio hipomaníaco
- Trastornos depresivos (con episodios depresivos)
  - Trastorno depresivo mayor
  - Trastorno distímico
  - Trastorno bipolar I
  - Trastorno bipolar II
  - Trastorno ciclotímico
  - Trastorno bipolar no especificado
  - Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
  - Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
  - Trastorno del estado de ánimo no especificado. (324, 325)

### 2.2.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DISTIMIA:

**A.** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al

menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito
2. Insomnio o hipersomnia
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno

depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Como vemos, la Distimia presenta síntomas más o menos similares a la Depresión mayor, pero se diferencian entre sí respecto a:

**De evolución:** el estado de ánimo depresivo es crónico (no presenta intervalos libres de síntomas o mejorías significativas) y dura por lo menos 2 años.

**Severidad de los síntomas:** los mismos suelen ser leves o moderados, sin una alteración significativa de las relaciones familiares, sociales y laborales del individuo. ([www.psicoadictiva.com/distimia.htm](http://www.psicoadictiva.com/distimia.htm))

Datos epidemiológicos particularmente en el estudio ECA se halló que la prevalencia la población adulta a lo largo de la vida de la distimia era del 3%, siendo el número de mujeres afectadas de 1,5 a 3 veces mayor que el de los hombres. La distimia también fue «más frecuente entre las mujeres menores de 65 años de edad, personas solteras y jóvenes con bajos ingresos económicos, asociándose con un mayor uso de los servicios médicos y psiquiátricos, así como de fármacos psicotrópicos» (Weissman y Col., 1988, 815).

“Otros estudios realizados en la mayoría de los países occidentales muestran que por cada hombre deprimido existe el doble de mujeres con depresión” (La depresión en la mujer, Emilce Dio Bleichmar, 31). En las últimas décadas se ha podido esclarecer esta circunstancia así:

Por una parte el mayor y mejor conocimiento de la enfermedad, mayor información de la población en general, y la mayor investigación de la misma. Por otra parte las mujeres tenemos diferencias biológicas (cambios hormonales y factores genéticos) así como razones sociales (incluyendo mayor estrés por las responsabilidades del trabajo y la familia y aumento en la frecuencia de abuso sexual y pobreza), que nos colocan en desventaja.

### 2.2.3 FACTORES PREDISponentES

Los factores que pueden dar lugar a una depresión en el ama de casa se concretan, principalmente, en cuatro aspectos: pérdidas y separaciones, estrés, el aislamiento y los cambios de horarios, que son las cuatro situaciones depresivas por excelencia. Las

causas de la enfermedad del ama de casa radican en el tipo de trabajo que desempeñan: rutinario, desagradecido e infravalorado.

Factores genéticos. Existe un mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

*Factores bioquímicos.* Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores. Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.

*El ambiente y otros factores de estrés.* Los siguientes se han definido como factores que contribuyen a la depresión: la pérdida de un ser querido, problemas en una relación,

problemas económicos, o un cambio significativo en la vida. A veces el comienzo de la depresión ha sido asociado con el de una enfermedad física aguda o crónica. Además, aproximadamente una tercera parte de las personas con cualquier tipo de trastorno depresivo también exhiben de alguna manera un trastorno de alcoholismo o farmacodependencia.

Otros factores psicológicos y sociales. Las personas con ciertas características tales como pesimismo, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. La crianza y las expectativas relacionadas con el sexo femenino pueden contribuir al desarrollo de estos rasgos. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia. Algunos expertos han sugerido que la crianza tradicional de las niñas puede fomentar estos rasgos.

En la mujer la depresión hace su aparición en momentos particulares de la vida lo cual poco a poco va condicionando a la ama de casa.

#### 2.2.4 FACTORES ESPECÍFICOS

Se ha planteado que algunos factores específicos de la mujer serían importantes en el desarrollo de la depresión, la investigación actualmente está destinada al estudio de estos factores más específicos:

La Adolescencia: El aumento de la incidencia de depresión en las mujeres comienza en la adolescencia, cuando los roles y las expectativas cambian dramáticamente. En esta etapa se presentan varios factores estresantes como son la formación de la identidad, además el impacto de la sexualidad, la separación de los padres y la toma de las propias decisiones por primera vez, sumado a otros cambios físicos, intelectuales y hormonales.

Estos factores estresantes son diferentes para varones y mujeres y pueden asociarse con más frecuencia con depresión femenina. Ser mujer socialmente y psicológicamente, depende en gran medida de factores ambientales, experienciales y de aprendizaje. Las expectativas sociales determinan de gran manera las formas de pensar, sentir y actuar de los seres humanos en una sociedad determinada. También está bastante claro que la diferencia social para cada sexo lleva a internalizar el género, lleva al hombre y a la mujer a comportarse como socialmente se espera. De tal manera que la cultura ofrece a la mujer una imagen de sí misma, estereotipada y una serie de roles que se espera adopte. En nuestra sociedad se ha caracterizado tradicionalmente a la mujer como psicológicamente dependiente, insegura, sumisa, intuitiva, irracional, emotiva, inestable, tierna, abnegada, débil y pasiva. La maternidad adquiere primordial importancia, ya que es asociada como la esencia misma de la mujer, sinónimo de ella.

Tradicionalmente aparece la maternidad como la única o la mejor vía de desarrollo de la mujer. El modelo cultural define a las actividades domésticas como propiamente femeninas, las que no tienen carácter de actividad económica, son un "no-trabajo", considerado servicio afectivo, "por amor"

Los roles que se le atribuyen a la mujer, madre-esposa-dueña de casa, están en función de las necesidades de "los otros", satisfaciendo o no las propias, pudiendo tener costos significativos para su bienestar psíquico.

Cuando no se reconoce el origen sociocultural de estas caracterizaciones y de los roles, surge el malestar psicológico como única forma de expresión de la inconformidad y la frustración por "un supuesto destino femenino", siendo una fuente generadora de sintomatología depresiva.

Edad Media: particulares de las situaciones estresantes a las cuales las mujeres se ven enfrentadas como son las responsabilidades que le han sido asignadas como madre, esposa y dueña de casa, sumadas a las responsabilidades laborales, que incluyen el cuidado de los hijos, muchas veces sin ayuda de otros o el cuidado de los padres en la tercera edad. El conflicto con el rol puede ser también un importante problema para las mujeres que se sienten en la necesidad de elegir entre las responsabilidades como madre, esposa y dueña de casa y las responsabilidades del trabajo y decidir cuál es la opción más apropiada. Esta situación genera en las mujeres sentimientos de culpa y rabia, que en definitiva constituyen un malestar psicológico permanente que podría favorecer la aparición de sintomatología depresiva.

Eventos Reproductivos: Ciclo menstrual, embarazo, postparto, infertilidad, menopausia y en algunos casos la decisión de no tener hijos (aborto). Estos eventos se acompañan de fluctuaciones en el estado de ánimo que en algunas mujeres puede incluso llegar a la depresión.

El síndrome premenstrual, muchas mujeres sufren cambios conductuales y físicos, algunas veces severos, ocurren con regularidad, e incluyen sentimientos depresivos, irritabilidad y otros cambios físicos y emocionales.

Las Depresiones Postparto pueden ser transitorias hasta muy severas, incapacitantes y psicóticas. Sin embargo, para la mayoría de las mujeres, las depresiones postparto son transitorias y sin consecuencias negativas.

El embarazo no deseado, que puede aumentar el riesgo para la depresión, debido al alto nivel de estrés que significa no estar preparada psicológicamente para el embarazo, así como tampoco para las consecuencias familiares y personales.

Tomar la decisión de un aborto aumenta la incidencia de depresión en la mujer, principalmente por el sentimiento de culpa que este acto conlleva, sentimiento que muchas veces mantienen durante toda su vida.

Las mujeres con problemas de infertilidad pueden sufrir altos niveles de ansiedad o tristeza, aunque no está claro si contribuye a aumentar la frecuencia de enfermedad depresiva.

La menopausia quirúrgica, es decir, la histerectomía, puede también causar síntomas depresivos, especialmente en aquellas mujeres en edad fértil que han asumido el rol de la maternidad como el de mayor importancia en su vida.

Personalidad y características psicológicas: Aquellas personas que se caracterizan por tener pensamientos pesimistas, baja autoestima, sensación de tener poco control sobre sus vidas y/o falta de poder y tendencia a preocuparse por todo excesivamente, son más

susceptibles a presentar depresión. La crianza y educación de las niñas pueden fomentar estas características y que pudiera ser un factor relevante en la mayor incidencia de depresión en mujeres.

**Hormonal y genético:** El que las mujeres tengan dos veces más depresión que los hombres y que sean en muchos casos, especialmente vulnerables en los periodos de mayores fluctuaciones hormonales (periodo premenstrual, postparto, menopausia) sugiere que la depresión puede ser en parte de causa hormonal.

**Abuso sexual y opresión:** Un alto porcentaje de las mujeres deprimidas tienen historia de una experiencia significativa de abuso sexual o violencia física a la edad de 21 años.

Las mujeres que experimentan otras formas de abuso, tales como abuso físico y acoso sexual en el trabajo, también pueden presentar más incidencia de depresión. El abuso lleva a la depresión por fomentar una baja autoestima, una sensación de desesperanza, impotencia, auto culpa y aislamiento social. Se requiere más investigación para entender como la victimización está conectada específicamente con la depresión.

**Pobreza:** El bajo nivel económico trae consigo mucho estrés, incluyendo aislamiento, incertidumbre, frecuentes eventos negativos y escaso acceso al sistema de salud y otras fuentes de ayuda. La tristeza y baja moral son más frecuentes en las personas con bajos ingresos y que carecen de soporte social. La pobreza es considerada por algunos investigadores como una vía de paso a la depresión, la pérdida o la amenaza de pérdida del soporte social y económico constituiría un factor de riesgo para la depresión.

Otros grupos de alto riesgo: se trata de las minorías como lesbianas, alcohólicas y drogadictas que constituyen grupos de mujeres de alto riesgo para la depresión.

Emilce Dio Bleichmar, coincide con varios autores en la hipótesis de que “lo que deprime a las mujeres son las consecuencias derivadas de la forma en que deben vivir su feminidad” (Bleichmar, Depresión en la mujer, 13.)

Las mujeres poseemos características que nos definen, que tienen mucho que ver con la forma en la que hemos sido criadas a través de la historia, así el cuerpo femenino, sinónimo de belleza, juventud, fertilidad, capacidad para generar deseo, es para la gran mayoría de personas, la mayor virtud y el máximo poder femenino, razón por la cual la mujer se deprime cuando teme perder el origen de sus dones y que la depresión tenga que ver con las vicisitudes de su carrera como mujer: menarquía, embarazo, climaterio y vejez. (pg.114).

La depresión para la mujer es como la fiebre para el cuerpo, cualquier desequilibrio la desencadena, las razones para esta vulnerabilidad según Robin Norwood son:

- a) La importancia crucial, que adquieren las relaciones humanas, los vínculos de gran intimidad y permanencia en el tiempo, en la organización de nuestra identidad femenina, por ello nos sentimos fracasadas como seres humanos ante las rupturas amorosas o pérdidas de seres queridos.
- b) La feminidad ha sido cultivada para hacer del cuerpo del recién nacido un ser humano contento de estar vivo y con ganas de conquistar el mundo, esta “superespecialización” femenina en el alivio del malestar y dolor ajenos, de

niños y hombres ha dejado a las mujeres mal provistas para proporcionarse a ellas mismas condiciones de goce y placer.

- c) La feminidad en tanto que conjunto de ideales y modelos que cada mujer recibe y luego reproduce, se opone al desarrollo de ambiciones, actitudes e intereses, en áreas como la política, la ciencia o las artes, que son una fuente muy importante de satisfacciones, de orgullo, de poder. (Norword, mujeres que aman demasiado, 23)

Razones de peso por las cuales la identidad femenina es un factor privilegiado para el surgimiento de la depresión en la mujer ama de casa pues es el resultado de una historia humana de siglos y el producto de la familia que nos tocó en suerte.

En consecuencia ser un ama de casa insatisfecha e infeliz, articulada con el exceso de trabajo, los sentimientos de rutina, la falta de reconocimiento, la falta de compensación, y el alto nivel de auto exigencia, puede llevar consigo muchos riesgos relacionados como: el deterioro del clima de convivencia, crisis de pareja, trastornos psicossomáticos y compensaciones perniciosas (comida, alcohol, fármacos) .

### 2.3 TERAPIA COGNITIVA SEGÚN BECK.

La terapia Cognitiva de Beck tiene el gran mérito de ser un tratamiento diseñado específicamente para la depresión, que ha sido probada en relación con los tratamientos farmacológicos. En este sentido, la Terapia Cognitiva es importante, como tratamiento psicológico, en el ámbito psiquiátrico y ha llegado a ser una terapia de referencia para cualquier otra que quiera establecerse.

Los orígenes psicológicos de la psicoterapia cognitiva se remontan a diversas evoluciones de distintas escuelas psicológicas. Los fundadores modernos de esta psicoterapia son Albert Ellis y Aaron Beck.

Ellis fue modificando gradualmente su modelo terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica más clásica, pasando por otra más neofreudiana hasta llegar a su propio modelo. Con estas modificaciones observó que iba aumentando el porcentaje de éxito en su tratamiento y que los pacientes aunque podían tener una adecuada comprensión de su conducta (insight) no la solían modificar, y se estancaban a este nivel. En 1958 publica su famoso Modelo A B C para la terapia. En este modelo afirmaba que los trastornos emocionales no derivaban directamente de los acontecimientos vitales de la vida actual o los acontecimientos pasados, sino de determinadas creencias irracionales o exigencias que el propio sujeto había adquirido y en las que se "autoadoctrinaba". Paralelamente se acercaba a la terapia de conducta al proponer determinados métodos activos para modificar tales exigencias. Su terapia constituye la llamada "Terapia Racional Emotiva"

La Psicoterapia Cognitiva es la más joven de las grandes corrientes de psicoterapia. Surgida a lo largo de los 70, su prestigio lo consiguió cuando probó, en un famoso estudio del N.I.M.H. (National Institute of Mental Health) que era capaz de lograr excelentes resultados en el tratamiento de la depresión.

Beck, en particular fue quien desarrolló y dio respuestas muy útiles para el abordaje terapéutico de la depresión. Observa que en este y otros trastornos

emocionales (Beck, 1967, 1976) la estructura de las experiencias de los individuos determinan sus sentimientos y conductas. Este concepto de Estructura Cognitiva suele recibir otros nombre como el de " Esquema cognitivo" y en el ámbito clínico el de "supuestos personales" (Beck, 1979). Equivalen a las creencias irracionales según la concepción de Ellis.

Los elementos primordiales son: en lo psicopatológico, la tríada de visiones negativas, hipótesis sobre la existencia de patrones de vulnerabilidad, presencia de esquemas disfuncionales, activación de mecanismos disfuncionales. En lo terapéutico, intervenciones sobre pensamientos automáticos, confrontación de distorsiones y reestructuración cognitiva. ([www.redsistemica.com.ar/articulo804.htm](http://www.redsistemica.com.ar/articulo804.htm))

Sobre 1956, Aaron Beck trabajaba como clínico e investigador psicoanalista. Su interés estaba centrado por entonces en reunir evidencia experimental de que en las depresiones encontraría elementos de una "hostilidad vuelta contra sí mismo" en los pacientes depresivos tal como se seguía de las formulaciones freudianas. Los resultados obtenidos no confirmaron esa hipótesis. Esto le llevó a cuestionarse la teoría psicoanalítica de la depresión y finalmente toda la estructura del psicoanálisis.

Los datos obtenidos apuntaban más bien a que los pacientes depresivos "seleccionaban" focalmente su visión de sus problemas presentándolos como muy negativos. Esto unido a los largos análisis de los pacientes depresivos con la técnica psicoanalítica habitual y con escasos resultados para tan alto costo, le hicieron abandonar el campo del psicoanálisis. Su interés se centró desde entonces en los aspectos cognitivos de la psicopatología y de la psicoterapia.

Su obra "Terapia cognitiva de la depresión" (1979) alcanza su máxima difusión y reconocimiento en el ámbito clínico. En esta obra no solo expone la naturaleza cognitiva del trastorno depresivo sino también la forma prototípica de estructurar un caso en terapia cognitiva, así como descripciones detalladas de las técnicas de tratamiento. La obra referida llega así a convertirse en una especie de manual de terapia cognitiva. Más actualmente el propio Beck ha desarrollado su modelo a los trastornos por ansiedad y a otros desórdenes diversos, como por ejemplo: esquizofrenia, obsesión- compulsión, trastornos de la personalidad, trastornos alimenticios, trastornos de pareja, etc.

### 2.3.1. PRINCIPALES CONCEPTOS TEÓRICOS

#### A. ESTRUCTURA DE SIGNIFICADO Y PSICOPATOLOGÍA:

“La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta” ([www.catrec.org/BECK.htm](http://www.catrec.org/BECK.htm)). El concepto de estructura cognitiva o ESQUEMA COGNITIVO y en el ámbito clínico el de SUPUESTOS PERSONALES. Equivalen también a las Creencias según la concepción de A. Ellis.

Con todos estos términos equivalentes nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma propia nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes.

Los esquemas pueden permanecer "inactivos a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan

a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

## B. COGNICIÓN:

“Se refiere a la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no” (Beck, Terapia Cognitiva de la Depresión, 34.) En el sistema de cogniciones de las personas podemos diferenciar:

- b.1. UN SISTEMA COGNITIVO MADURO. Hace referencia al proceso de información real. Contiene los procesos que podemos denominar como racionales y de resolución de problemas a base de contratación de hipótesis o verificación.
- b.2. UN SISTEMA COGNITIVO PRIMITIVO Hace referencia a lo anteriormente expuesto bajo el título de Supuestos personales. Esta organización cognitiva sería la predominante en los trastornos psicopatológicos. Esta forma de pensamiento es muy similar a la concepción freudiana de los "procesos primarios" y a la de Piaget de "Egocentrismo" y primeras etapas del desarrollo cognitivo.

### C. DISTORSIÓN COGNITIVA Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:

“Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva.

Básicamente serían errores cognitivos”. (Beck, Terapia Cognitiva de la Depresión, 36.)

Identifica en la depresión no psicótica los siguientes:

Inferencia Arbitraria, Abstracción Selectiva, Sobregeneralización, Maximización y Minimización, Personalización, Pensamiento Dicotómico o Polarización

Se debe destacar que aunque algunas distorsiones pueden ser específicas de determinados trastornos, lo normal es que estén implicados en diversos trastornos y estados emocionales alterados. Sólo la organización cognitiva es ideosincrática y personal a cada individuo, aunque pueden encontrarse semejanzas en sus distorsiones y Supuestos personales.

“Los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los Supuestos personales” (BECK, Terapia Cognitiva de la Depresión, 134)

Las características generales de los pensamientos automáticos son:

1. Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.
2. Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
3. Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
4. Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.

5. Suelen conllevar una **VISIÓN DE TÚNEL**: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Así tenemos:

- a. Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros.
- b. Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas.
- c. La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros...etc.

### 2.3.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS

“Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos“. (Beck, Terapia Cognitiva de la Depresión, 39). Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales: (1) informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas; (2) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia; y (3) el material introspectivo o de autorregistro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones.

Una vez recogidos estos datos básicos, el terapeuta en colaboración con el paciente, pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstracción:

1. El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas. Estos datos se suelen obtener a partir

de preguntas del siguiente estilo: "¿Cómo interpretaste la situación en que te sentiste mal?", "¿Qué significó para ti el que sucediera x?".

2. Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos. Tipos comunes, En función del tipo de error cognitivo o distorsión y En función del grado de realidad y adaptación de las cogniciones.
3. Articular a modo de hipótesis los patrones cognitivos en Significados personales o Esquemas cognitivos subyacentes y tácitos. Esta articulación permitirá formular el núcleo cognitivo a la base de los problemas del paciente y permitirá su contrastación empírica.

Así, el terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadores-pensamientos- afectos-conductas implicadas como primer paso; después detecta los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los Supuestos Personales subyacentes, haciendo esto último en base a las distorsiones cognitivas más frecuentes, contenidos comunes (Ej. empleados en palabras "clave" o expresiones del paciente), como defiende el paciente una creencia y de momentos asintomáticos o "felices" del paciente (donde se suele confirmar el reverso del Supuesto Personal).

(pdfes.com/Acerca\_de\_Terapia\_Cognitiva\_de\_Beck\_para\_la\_Depresión\_pdf.html)

### 2.3.3 APLICACIONES PRÁCTICAS

“La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje” (BECK). El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada en la "terapia a corto plazo", consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas). La meta final, denominada "terapia a largo plazo", consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían VULNERABLE al sujeto.

## CAPITULO III

### PLAN TERAPEUTICO BASADO EN LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK PARA LA DEPRESIÓN.

La Terapia cognitiva ofrece un planteamiento completo de la depresión, de manera que dispone de una teoría, de una evaluación diagnóstica y de un procedimiento terapéutico. Concibe la depresión en términos de pensamientos negativos sobre sí, el mundo y el futuro, debido a ciertos esquemas depresógenos y a errores lógicos en el procesamiento de la información.

La terapia Cognitiva de la depresión es un procedimiento altamente estructurado, de 15 a 25 sesiones, incluyendo las de continuación y terminación, siendo 12 las sesiones básicas. La terapia se concibe como un enfoque psicoeducativo, diseñado para modificar cogniciones. (Beck, Rush, Terapia Cognitiva de la depresión, 12)

La psicoterapia cognitiva se ha mostrado eficaz en el tratamiento de las depresiones unipolares no psicóticas, sobretodo la depresión neurótica o **distimia**. En las depresiones unipolares psicóticas y depresiones bipolares su empleo puede estar indicado junto a la medicación pertinente. Blackburn y Cottraux (1988) han resumido una serie de estudios comparativos entre la Terapia cognitiva y los antidepresivos en el tratamiento de la depresión no psicótica y la distimia. Las conclusiones generales demuestran la superioridad de la terapia cognitiva sobre los antidepresivos. La

combinación de terapia cognitiva y antidepresivos no parece ser superior al empleo de terapia cognitiva sola.

### 3.1 EL MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN BECK

El modelo de Beck parte de la hipótesis de que el sujeto depresivo tiene unos esquemas cognitivos tácitos o inconscientes que contienen una organización de significados personales (supuestos personales) que le hacen vulnerable a determinados acontecimientos (ej. pérdidas). Los significados personales (Supuestos o reglas personales) suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales (ej. amor, aprobación, competencia personal, etc.) y a su relación con ellas (autovaloración). Esos significados se activan en determinadas circunstancias (casi siempre relacionadas con la no confirmación de esos significados por los acontecimientos), haciendo que el sujeto depresivo procese erróneamente la información (distorsiones cognitivas) e irrumpa en su conciencia una serie de pensamientos negativos, involuntarios y casi taquigráficos (pensamientos automáticos) que son creídos por el paciente y que le hacen adoptar una visión negativa de sí mismo, sus circunstancias y el desarrollo de los acontecimientos futuros (triada cognitiva). Los pensamientos automáticos negativos a su vez interactúan con el estado afectivo resultante (depresivo) y las conductas relacionadas (ej. evitación, descenso de la actividad.), siendo el resultado de esta interacción el "cuadro depresivo" ([www.psicologia-online.com/.../Manual/manual2b.htm](http://www.psicologia-online.com/.../Manual/manual2b.htm))

1. HISTORIA PERSONAL Y FACTORES BIOGENÉTICOS (1)---

ESQUEMA COGNITIVO TÁCITO (2).Supuesto Personal (ej. : “las mujeres existen para dar la vida por su familia, ser madres y criar a sus hijos”)

EVENTO ACTUAL ACTIVADOR (3) -----DISTORSIONES  
COGNITIVAS Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (4)

Propuesta de trabajo....."Soy una egoísta" (Inferencia arbitraria).

“ Solo pienso en mis necesidades”(Abstracción selectiva)

"Soy una fracasada" (Polarización)

"No soy buena mujer" (Maximización y minimización)

CIRCULO INTERACTIVO RESULTANTE (5)

Pensamientos (ej. autocríticas)--Afectos(ej. depresión e irritabilidad)-

Conductas (ej. discusiones y dificultad para dormir ).

Beck identifica las siguientes distorsiones cognitivas en la depresión las mismas que se encuentran en su mayoría presentes en el ama de casa:

1. Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de obtener conclusiones en ausencia de evidencia suficiente que la apoye o cuando la evidencia es contraria a esa conclusión.

2. **Abstracción selectiva:** Consiste en centrarse en un detalle de la situación, ignorando otros aspectos de la misma ("visión túnel") y llegando a una conclusión general a partir de ese detalle.
3. **Sobre generalización:** Consiste en sacar una conclusión general y aplicarla a hechos particulares que son diferentes o no relacionarlos entre sí.
4. **Maximización y minimización:** Se trata de centrarse excesivamente en los errores y deficiencias personales y no tener lo suficientemente en cuenta (en proporción a los errores) los aciertos y habilidades personales.
5. **Personalización:** Se refiere a la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos) como relacionados o referentes al mismo sin que exista evidencia suficiente para ello.
6. **Pensamiento dicotómico o polarización:** Se refiere a la tendencia a clasificar la experiencia en términos extremos y opuestos sin tener en cuenta la evidencia de categorías intermedias. El paciente suele clasificarse en los extremos negativos (ej. "incapaz frente a capaz").

Supuestos personales que predisponen o hacen vulnerable al ama de casa a la depresión:

1. Para ser feliz, debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.
2. Para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga
3. Si cometo un error, significa que soy un inepto.
4. Mi valor personal depende de lo que otros piensen de mí.
5. Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto.

### 3.2 OBJETIVO TERAPÉUTICO:

El objetivo de la terapia cognitiva para la distimia en el ama de casa es eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas. “Desde el modelo cognitivo, esto se consigue, ayudándole a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que le producen emociones y conductas contraproducentes.” (Labrador, Cruzado, Muñoz, Manual de Técnicas de Modificación de Conducta, 52)

La forma más poderosa de modificar esas cogniciones es su contrastación con la realidad empírica. Con esta finalidad se utilizan técnicas cognitivas y conductuales. La prevención de las recaídas se considera desde los primeros momentos de la terapia.

También se le prepara para que espere fluctuaciones en sus síntomas y para que no se desanime por ello.

Una vez superados los síntomas depresivos, se tratarán los esquemas básicos que le predisponen a la depresión, para prevenir depresiones futuras.

### 3.3 ESTRUCTURA TÍPICA DE UNA SESIÓN.

#### I. Fase inicial:

1. Establecer el rapport: empezar y acabar positivamente.
2. Establecer la agenda de trabajo con el paciente.
3. Valorar la evolución de los problemas (ej. BDI)
4. Programar número de sesiones (generalmente 10; si quedan problemas por tratar se pueden programar hasta 20).
5. Objetivo: No son las mejorías transitorias, sino el aumento de los intervalos de recaídas.

## II. Fase de desarrollo:

1. Explicar tareas para casa. Demostración de las mismas.
2. Educación en conceptos cognitivos aplicados a los problemas.
3. Discusión de 2 problemas como máximo por sesión (focalización).

## III. Fase terminal:

1. Programar trabajo para casa: tareas como "pruebas de realidad" para los pensamientos automáticos y los significados asociados.
2. Resumen de la sesión: Se pide al paciente que lo haga. Se le da feedback al respecto.

## 3.8 FASES DE LA TERAPIA.

3.8.1 Establecer la relación terapéutica.

3.8.2 Comprender sus quejas y transformarlas en síntomas- objetivos.

3.8.3 Explicarle el modelo cognitivo de la depresión o demostrarle cómo influyen las cogniciones en las emociones.

3.8.4 Las técnicas conductuales.

3.8.5 Las técnicas cognitivas.

3.4.1.- Establecer la relación terapéutica.

a. Actitudes deseables del terapeuta:

Inspirarle confianza, lo cual conseguiremos con:

- Consideración positiva incondicional, empatía y congruencia y conseguir que la paciente lo perciba así.
- Estar bien preparado.

- No mostrarte demasiado interesado, afectado o reforzante.
- Conjuguar la honestidad con la diplomacia.

Destacar y mantener en todo momento una actitud de trabajo en equipo.

b. Actitud positiva:

- Reencuadrar y buscar la parte útil de cualquier situación.
- Hacer resúmenes de lo que él te ha dicho y pedirle que él los haga.
- Destacar siempre el trabajo en equipo.

c. Hacer Preguntas: La mayor parte de verbalizaciones del terapeuta se hacen en forma de preguntas, ej. ¿Es ésto lo que quieres decir? ¿Puedes resumir lo que te he dicho?

Las preguntas se usan para: asegurarte de que te ha comprendido, saber cómo te percibe, conocer su actitud ante la terapia, comprender bien lo que quiere decir, dirigir su atención al examen de sus cogniciones, acostumbrarla a que se haga preguntas a sí misma, a que considere tus ideas y las suyas propias como hipótesis a comprobar, posibilitar una toma de decisiones presentando diferentes alternativas para solucionar un problema, animarlo a examinar las consecuencias de su conducta contraproducente, evaluar la importancia de una conducta mas adaptativa, elicitar cogniciones relacionadas con emociones o conductas inadecuadas, determinar el significado que atribuye a un suceso, inducirlo a examinar los criterios que definen su autoestima, demostrar la abstracción selectiva de datos negativos que hace el paciente cuando elabora sus inferencias, destacar la tendencia de la paciente a negar o quitar importancia indiscriminadamente a las experiencia positivas, hacer preguntas envéz de discutir o sermonear, hacer preguntas para suscitar curiosidad, convertir en hipótesis de trabajo sus puntos de vista aparentemente rígidos, ayudarle a que exprese lo que ella piensa.

d. Usar el humor con prudencia y sensatez. “Puede ayudar al paciente a darse cuenta de lo absurdo y perjudicial de algunas ideas, exagerando, provocando una disonancia cognitiva y haciéndole buscar explicaciones alternativas más adaptativas”.

(<http://www.cop.es/colegiados/PV00520/depresion6.pdf>)

e. Conocer el paradigma personal de la paciente: Sus ideas le parecen razonables y plausibles: cree que es un fracasado, un inútil, o un antipático, esa visión se mantiene a veces, incluso aunque existan evidencias externas que las contradigan. Las creencias suelen estar organizadas en un sistema de creencias en el que se apoyan unas a otras.

Las observaciones e interpretaciones de paciente están moduladas por su marco conceptual, como ocurre en el cambio de creencias científicas, un paradigma personal puede tambalearse y cambiar cuando surgen evidencias o pueden integrarse en dicho paradigma, pero el paciente no suele prestar atención y distorsiona los eventos que contradicen sus supuestos depresógenos. Para mantener sus interpretaciones negativas, el paciente se basa en su visión de experiencias pasadas y en su interpretación de ciertos eventos actuales. Estos últimos son más fáciles de poner a prueba y por tanto más susceptibles de ser corregidos. Aunque sus ideas no posean ninguna validez externa, sí que tiene un alto grado de validez interna para el paciente: sus ideas son consistentes con otras ideas acerca de sí mismo, con sus percepciones, sus recuerdos, etc.

(<http://www.cop.es/colegiados/PV00520/depresion6.pdf>)

En primer lugar hay que comprender su punto de vista, no rechazarlo, un ataque a su paradigma haría que no se sienta comprendido.

### 3.4.2. Comprender las quejas del paciente y transformarlas en síntomas - objetivos (Evaluación).

Tenemos que escucharle empáticamente para comprender su “paradigma personal”, su visión de sí mismo, del mundo y del futuro, ya que solo así se sentirá comprendida y motivada para decidirse a ponerlo a prueba.

Al principio, la paciente expresa sus quejas en forma confusa y es nuestro papel el ayudarle a clarificarlas y mostrarle como se relacionan con su depresión.

Se expone brevemente, y de modo esquemático, el abordaje de algunos síntomas objetivos:

#### 1. Síntomas afectivos:

- *a) Tristeza:* Hacer sentir autocompasión al paciente (animarle a expresar sus emociones, relatarle historias similares a la suya) cuando tiene dificultad para expresar sus emociones; utilizar la inducción de cólera con límites temporales; uso de técnicas distractoras (ej. atención a estímulos externos, uso de imágenes o recuerdos positivos); utilización prudente del humor; limitar la expresión de disforia (ej. agradeciendo la preocupación de otros pero que está intentando no hablar de sus problemas, quejarse o llorar solo en intervalos programados) y construir un piso bajo la tristeza (auto instrucciones asertivas de afrontamiento, programar actividades incompatibles en esos momentos, búsqueda alternativa de soluciones, auto aceptación de la tristeza y descatastrofizar consecuencias de estar triste).

- *b) Periodos de llanto incontrolable:* Entrenamiento en distracción, autoinstrucciones asertivas y fijación de límites temporales con autorrefuerzo.
- *c) Sentimientos de culpa:* Preguntar al paciente por qué es responsable, examinar criterios para su culpa y búsqueda de otros factores ajenos al paciente que explicarán ese hecho (re-atribución). También puede ser útil cuestionar por la utilidad, ventajas y desventajas de la culpa.
- *d) Sentimientos de vergüenza:* Uso de una política abierta (¿Existen cosas de las que se avergonzará en el pasado y ahora no?, ¿Existen cosas de las que otra persona se avergüenza y usted no? (o al contrario). ¿De qué depende? Usar ventajas-inconvenientes y reconocimiento asertivo de errores, en vez de ocultarlos.
- *e) Sentimientos de cólera:* relajación muscular (ej. mandíbula, puños y abdomen), inoculación al estrés (uso combinado de auto-instrucciones de autocontrol, relajación y uso de alternativas), empatizar con el ofensor (ej. decirle: "Veo que estás en desacuerdo conmigo, me gustaría escuchar tu punto de vista") y rol-playing para considerar el punto de vista ajeno (se representa la escena de ofensa y se hace adoptar al paciente el papel del ofensor).
- *f) Sentimientos de ansiedad:* Jerarquizar situaciones por grados de ansiedad inducida, para facilitar su afrontamiento gradual; uso de actividad física incompatible (ej. botar una pelota, correr, etc.); entrenamiento en distracción; descatastrofizar los eventos anticipados y temidos (ej. valorando su probabilidad real y sus consecuencias

anticipadas y su manejo); uso de la relajación y entrenamiento asertivo (en el caso de ansiedad social)

## 2. Síntomas cognitivos:

- *a) Indecisión:* Valorar ventajas e inconvenientes de las posibles alternativas; abordar el tema de que a veces las elecciones no son erróneas, sino solo distintas, y que no existe la certeza absoluta; comprobar si el paciente estructura la situación sin que perciba ganancias en sus decisiones y delectar si hay sentimientos de culpa asociados a las opciones.
- *b) Percibir los problemas como abrumadores e insuperables:* Jerarquizar o graduar los problemas y focalizar el afrontamiento de uno en uno y listar los problemas y establecer prioridades.
- *c) Autocrítica:* Comprobar la evidencia para la autocrítica; ponerse en el lugar del paciente (ej. "Suponga que yo hubiese cometido esos errores, ¿me despreciaría ud. por ello?); ventajas e inconvenientes; rol playing (ej. el terapeuta adopta el papel de alguien que desea aprender una habilidad que posee el paciente; el paciente le va instruyendo, el terapeuta se muestra autocrítico y pide la opinión del paciente al respecto).
- *d) Polarización ("Todo-Nada"):* Buscar los aspectos positivos de los hechos percibidos como totalmente negativos; buscar grados entre los extremos y diferenciar el fracaso en un aspecto del fracaso como persona global.

- *e) Problemas de memoria y concentración:* Ejecución gradual de tareas que proporcionen éxito; uso de reglas mnemotécnicas, buscar criterios para valorar los errores y su base real
- *f) Ideación suicida:* Identificar el problema que se pretende resolver mediante el suicidio; Contrato temporal para averiguar motivos; Listado con razones para vivir-morir y búsqueda de evidencias; Resolución de problemas; Inoculación al estrés; Anticipar posibilidad o recaídas y plantearlas como oportunidad para la revisión cognitiva.

### 3. Síntomas conductuales:

- *a) Pasividad, evitación e inercia:* programación de actividades graduales; detectar los pensamientos subyacentes a la pasividad, evitación e inercia y comprobar su grado de realidad.
- *b) Dificultades para el manejo social:* uso de tareas graduales de dificultad; ensayo y modelado conductual y entrenamiento en asertividad y habilidades sociales.
- *c) Necesidades reales (laborales, económicas...):* Diferenciar problemas reales de distorsiones (en el caso de que parezca un problema no real) y resolución de problemas en el caso de que sea un problema real (ej. búsqueda de alternativas).

### 4. Síntomas fisiológicos:

- *a) Alteraciones del sueño:* informar sobre ritmos del sueño (ej. cambios con la edad); relajación; control de estímulos y hábitos de sueño; uso de rutinas pre-dormiciales y control de estimulantes.

- *b) Alteraciones sexuales y del apetito:* Uso de los focos graduales de estimulación sensorial; técnicas de Master y Jonshon para problemas específicos; dietas, ejercicio físico; técnicas de autocontrol.

5. Contexto social de los síntomas (familia, pareja, etc.)

- a) Intervenciones familiares de apoyo.
- b) Intervenciones de pareja de apoyo.

El contar con este repertorio de técnicas prescriptivas permite al terapeuta un primer abordaje de los problemas; que puede ser motivante para que el paciente trabaje posteriormente los niveles cognitivos, o que puede ser la única elección que tenga el terapeuta si el paciente tiene dificultades para trabajar con las distorsiones y significados personales (ej. uso de autoregistros). En el apartado de técnicas terapéuticas abordaremos algunas de las técnicas más específicas para abordar el nivel de los pensamientos automáticos y de los significados personales.

A continuación, para completar la evaluación, indagamos cuáles son los síntomas particulares que le aquejan a su grado de intensidad en orden a planificar la terapia. Para ello podemos usar los criterios de DSM-IV y el listado de síntomas propuestos por Beck.

- Inventario para la valoración de la depresión (B.D.I): Es un inventario de 21 ítems referente a distintos síntomas depresivos (con relevancia de los cognitivos) que el terapeuta (forma heteroaplicada) o el paciente (forma auto aplicada) evalúan. La puntuación global permite al terapeuta estimar la intensidad de la depresión; y el análisis de los ítems, detectar los

síntomas más frecuentes o formular hipótesis sobre su base cognitiva. Este inventario se suele usar al inicio de cada sesión para conocer la evolución de la intensidad del trastorno. (BDI: Inventario de depresión de Beck, Beck, 1978).

- Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck (1978): Consta de 35 ítems que representan 7 creencias disfuncionales. El sujeto valora el grado de acuerdo con los ítems. Da una idea de cuales creencias o supuestos pueden ser predominantes en el sujeto.
- Escala de Desesperanza (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974): Consta de 20 ítems. El sujeto valora si aplicados a él son verdaderos o falsos. Permite evaluar el grado de desesperanza, es decir la actitud del sujeto hacia las expectativas futuras; uno de los tres componentes de la triada cognitiva.
- Escala de pensamientos suicidas (Beck, 1978): Consta de 23 ítems que permiten al terapeuta valorar la actitud suicida del paciente.  
  
([www.psicologia-online.com/.../Manual/manual.htm](http://www.psicologia-online.com/.../Manual/manual.htm))

En función de los resultados de la evaluación, estableceremos la forma de plantear la terapia, teniendo en cuenta que si existe ideación suicida o depresión severa, empezamos con técnicas conductuales.

3.4.3. Explicar el modelo cognitivo de la depresión o demostrarle cómo influyen las cogniciones en las emociones.

En base a la información que da el paciente, le explicamos los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva. Para ello describimos la relación entre pensamientos y

emociones, usando ejemplos concretos experimentados por el paciente, y otros ejemplos.

Hay que explicar con claridad y hacer preguntas concretas para que la paciente pueda experimentar la sesión como un “éxito” ya que podremos reforzarle por haber comprendido y respondido adecuadamente. Esto mejora también un poco su estado de ánimo y le predispondrá favorablemente a la terapia.

A continuación se le pone una tarea para casa que sea también fácil de hacer para que la pueda interpretar también como éxito.

Indagar y concretar la historia del ama de casa, anterior a la depresión (antecedentes), teniendo en cuenta:

- Factores predisposicionales: genéticos, biológicos, traumas infantiles y esquemas disfuncionales.
- Factores desencadenantes ej. Pérdidas reales o percibidas.

#### 3.4.4. Aplicar técnicas conductuales:

Se utilizan para cambiar cogniciones. Sirven entre otras cosas para:

- Probar la validez de las ideas (hipótesis) del paciente acerca de si mismo.
- Comprobar la relación entre la actividad realizada y el estado de ánimo.
- Fijar su atención en las sensaciones agradables que experimente superando así el pensamiento dicotómico (todo o nada). Así se da cuenta de que puede experimentar, al menos ciertos grados de placer.

## Tipos de técnicas conductuales:

- *ASIGNACIÓN GRADUAL DE TAREAS*: El terapeuta contrarresta la creencia del paciente sobre-generalizada de incapacidad poniéndola a prueba ("¿Podríamos comprobar tu creencia de que eres incapaz de...?. Para ello, con el paciente, se establecen objetivos-tareas graduales, adecuándolas al nivel de funcionamiento del paciente e incrementando de modo creciente su dificultad, a medida que progresa con ellas. Esto permite al paciente aumentar sus expectativas de auto-eficacia.
- *ENSAYO COGNITIVO*: A veces, el ama de casa necesitara como paso previo a la realización de una tarea, el ser capaz de verse afrontándolas. Se puede ensayar con el paciente, imaginativamente, los pasos implicados en una tarea. Eso puede permitir a la paciente descatastrofizar o desdramatizar tareas percibidas como muy dificultosas.
- *PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DIARIAS*: El terapeuta y la paciente programan tareas diarias que pueden posibilitar el aumento de gratificaciones (refuerzos) para el paciente; o como tareas distractoras de momentos de malestar (ej. ejerciendo un control de estímulos predecibles y negativos).
- *TÉCNICA DEL DOMINIO Y AGRADO*: la paciente valora el dominio logrado en las actividades programadas, así como el placer logrado con su realización (ej. escalas de 0-5). Esto puede permitir al terapeuta reprogramar actividades con el paciente, de modo que aumente su dominio o agrado, o corregir distorsiones cognitivas a la base (ej. maximización de tareas no dominadas o desagradables y minimización de tareas agradables y dominadas).

- *EJECUCIÓN DE ROLES*: Mediante el modelado y la inversión de papeles, el terapeuta puede generar puntos de vista alternativos a las cogniciones disfuncionales y habilidades de resolución de problemas.
- *ENTRENAMIENTO ASERTIVO*: Algunos pacientes depresivos, debido a sus creencias disfuncionales, suelen inhibir sus conductas de defensa de sus derechos personales o sus expresiones de deseos y opiniones personales. El terapeuta puede presentar esos "derechos", pedir la opinión del paciente sobre si los lleva a cabo, valorar las ventajas de hacerlo, y el modo de llevarlo a cabo.

#### 3.4.5.-Aplicar técnicas cognitivas.

Las técnicas cognitivas son una serie de procedimientos para identificar y modificar los sesgos sistemáticos y los contenidos disfuncionales típicos del pensamiento depresivo.

Tipos de técnicas cognitivas:

1. *RECOGIDA DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS*: El terapeuta explica al paciente el autoregistro (normalmente se compone de tres partes: situación-pensamiento-estado emocional; a veces se añade también el elemento conductual cuando este componente es relevante). También explica la relación pensamiento-afecto-conducta y la importancia de detectar los pensamientos automáticos. Indica al paciente hacerlo en los momentos de perturbación emocional, y muestra cómo hacerlo.

## REGISTRO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES

SITUACIÓN: "Mi marido llegó a casa y no me besó"

EMOCIÓN: Tristeza

PENSAMIENTO: "No le importo nada"

CONDUCTA: "Llorar, callarme y ponerme más triste"

CONSECUENCIAS: Discusión.

2. *TÉCNICA DE LA TRIPLE COLUMNA*: Sobre el autoregistro la paciente aprende a cuestionarse la evidencia que tiene para mantener un determinado pensamiento automático y a generar interpretaciones más realistas o útiles. Para ello se suele llevar un autoregistro con tres columnas: en la primera anota la situación desencadenante del sentimiento desagradable, en la segunda los pensamientos automáticos relacionados con esa situación y esas emociones negativas, y en la tercera pensamientos alternativos tras valorar las evidencias para los pensamientos automáticos anteriores.

## REGISTRO DE LA TRIPLE COLUMNA

SITUACIÓN: "Mi marido llegó a casa y no me besó"

EMOCIÓN: Tristeza

PENSAMIENTO INICIAL: "No le importo nada"

MODIFICACIÓN PENSAMIENTO: "No tengo pruebas de que no le importe, ha tenido atenciones."

CONDUCTA – CONSECUENCIAS: "Conversar con él"

2. *IDENTIFICACIÓN DE LOS SUPUESTOS PERSONALES:* Durante la entrevista con la paciente o la revisión de los autoregistros el terapeuta puede elaborar hipótesis acerca de los Supuestos personales subyacentes al trastorno. Los medios más frecuentemente usados son el escuchar cómo la paciente justifica su creencia en un determinado pensamiento automático (ej. "¿Por qué razón cree eso?") o escuchando su respuesta a la importancia dada a un hecho (ej. "¿Por qué es eso tan importante para usted?").
3. *COMPROBAR LA VALIDEZ DE LOS SUPUESTOS PERSONALES:* El terapeuta diseña con el paciente tareas conductuales, a modo de "experimentos personales, dirigidas a comprobar el grado de validez de los supuestos personales. Por ejemplo, con la paciente referida en el apartado anterior se podría comprobar si ella puede ser feliz (habiendo definido lo más claramente posible "su felicidad"), con actividades ajenas a las muestras afectivas que puede recibir de otros. Otras maneras de manejar este supuesto sería el listar sus ventajas e inconvenientes y tomar decisiones en función de ese listado, o comprobar si las muestras de desacuerdo de otros producen necesariamente la infelicidad, etc.

### 3.5. EL PROCESO DE INTERVENCIÓN:

El curso típico de la Terapia Cognitiva en el tratamiento de la depresión ha sido descrito por Beck (1979).

- SESIÓN N°1 A N°2:

- Socialización terapéutica: Que el paciente entienda la relación entre pensamiento (evaluaciones negativas)-conducta (bajo nivel de actividad)- estado emocional (depresión).
- Que el paciente aprenda a utilizar la hoja de auto observación.
- Evaluar el nivel de actividad: autoregistro de actividades diarias en una semana, anotando cada hora la actividad realizada y el grado de dominio (o dificultad) y agrado (ej. utilizando una escala de 0-5 para dominio y agrado).
- Explicar el proceso de la terapia y el rol de las recaídas.

- SESIÓN N°3 A N°7:

- Utilización de técnicas cognitivas y conductuales para el manejo del nivel de actividad, estado emocional depresivo y pensamientos automáticos asociados.
- Técnicas cognitivas basadas en la búsqueda de evidencias para los pensamientos automáticos.
- Técnicas conductuales basadas en la programación gradual de actividades como vía de cambio de los pensamientos automáticos.

- SESIÓN N°8 A N°10:

- Análisis de los Supuestos personales.
- Tareas conductuales como "experimentos personales" para comprobar la validez de los supuestos personales.

- SEGUIMIENTO:

- Sesión nº11 (ej. mensual).
- Sesión nº12 (ej. trimestral).
- Sesión nº13 (ej. semestral o anual).

3.6. PROGRAMACIÓN POR SESIONES.

Nº1:

1. Socialización terapéutica, Explicación al paciente de la relación pensamiento (evaluaciones negativas) – conducta (bajo nivel de actividad) –estado emocional (depresión). Feedback.
2. Aprendizaje de la hoja de auto-observación por el paciente.
3. Explicación al paciente del proceso y objetivos terapéuticos. Feedback.
4. Trabajo para casa: aplicación de la hoja de auto-registro a un problema.
5. Feedback de comprensión de la sesión.

Nº2:

1. A través de la hoja de auto-observación introducir la diferencia entre pensamiento y realidad: pruebas de realidad. “Reestructuración cognitiva”.
2. Explicación de la focalización gradual de los problemas.
3. Tareas para casa: Añadir en el auto-registro "Correcto-Incorrecto para el pensamiento automático y tarea conductual graduada”. Feedback resumen de la sesión.

Nº3:

1. Analizar con el paciente los problemas entre sesiones y programar con él la agenda. Focalización de problemas por sesión.

Manejo del nivel de actividad (irritabilidad, comer en exceso)

2. Revisión de tarea conductual “Entrenamiento en focalización de la atención en experiencias agradables” “Estrategias de regulación de la actividad”. Feedback y ensayo conductual. Relación de la técnica con la modificación de los pensamientos automáticos.
3. Tareas para casa: Añadir a las pruebas de realidad para los pensamientos automáticos "Correcto-Incorrectos, ahora o siempre" y nuevas tareas conductuales graduadas. Feedback resumen de la sesión.

Nº4

1. Analizar con el paciente los problemas y programar la agenda. Problema tentativo a trabajar estado emocional depresivo (tristeza, llanto, ira sentimiento de pérdida vacío, frustración.)
2. Revisión de la técnica a usarse. “Regulación emocional” Feedback y ensayo conductual. Relación de la técnica con la modificación de pensamientos automáticos.
3. Se escoge un pensamiento automático de los registrados por el paciente (soy una inútil, no hago nada bien).

4. Revisión de las técnicas cognitivas - conductuales escogidas “activación conductual” Relación de la técnica con la modificación de los pensamientos automáticos.
5. Tareas para casa: Doble columna y la técnica de “activación conductual”. Feedback resumen de la sesión.

Nº5:

1. Programar la agenda con el paciente.
2. Se escoge un pensamiento automático: “No me puedo controlar”.
3. Revisión de técnica cognitiva o conductual escogida: “Estrategia de la regulación de la activación o control de la ira”. Relación con la modificación del pensamiento automático.
4. Tareas para casa: Doble columna y nueva tarea conductual graduada. Feedback resumen de la sesión.

Nº6:

1. Programar la agenda.
2. Se escoge un pensamiento automático: “nadie me va a querer, si estoy gorda”.
3. Revisión de técnica cognitiva o conductual escogida: “Autocuidados”. Relación con la modificación del pensamiento automático.
4. Tareas para casa: Doble columna y nueva tarea conductual graduada. Feedback resumen de la sesión.

Nº 7:

1. Programar la agenda.
2. Se escoge otro pensamiento automático: “soy muy egoísta”.
3. Revisión de tarea cognitiva o conductual escogida: “Pruebas empíricas o grafico de sectores”. Relación con la modificación de los pensamientos automáticos.
4. Tareas para casa: Doble columna y nueva tarea conductual graduada. Feedback resumen de la sesión.

Nº8:

1. Análisis de los Supuestos personales. (Si cometo un error significa que soy una inepta). Uso de técnicas cognitivo conductuales en sesión, “La flecha descendente, demostraciones de la realidad, juego de roles, demostrarle la existencia de círculos viciosos.
2. Tareas conductuales, considerar los supuestos como hipótesis y diseñar experimentos para “ponerlos a prueba”. Revisión y feedback.

Nº: 9

2. Análisis de los Supuestos personales. (Para ser feliz debo obtener la aceptación y aprobación de mis figuras de autoridad). Uso de técnicas cognitivo-conductuales en sesión como: Ver la utilidad a corto y largo plazo de sus supuestos, listar las ventajas e inconvenientes de mantenerlos o de dejarlos, demostrarle que la felicidad es algo transitorio y dinámico, y que está producida en buena parte, por las actividades agradables.

3. Tareas conductuales como buscar explicaciones alternativas. Revisión y feedback.

Nº 10:

1. Análisis de los Supuestos personales. (Mi valor personal depende de lo que otros piensen de mi) uso de técnicas cognitivo conductuales durante la sesión tales como: Neutralizar los supuestos relacionados con la autoestima: hacerle ver que puede y que le conviene habituarse a aceptar incondicionalmente, independientemente, de la aceptación de los demás e independientemente de sus logros. Señalar y discutir la arbitrariedad de los supuestos desadaptativos.
2. Tareas conductuales: "Experimentos personales" para comprobar el grado de realidad de los supuestos personales. Revisión y feedback.

Nº 11 ,12 y 13: Sesiones de seguimiento. Se programan con intervalos crecientes de tiempo (3 meses, 6 meses y 1 año). Se revisa la evolución, recaídas y prevención.

### 3.7 TÉCNICAS COGNITIVAS CONDUCTUALES EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN.

Breve descripción y conductas problema para las que son de utilidad.

TÉCNICA.	BREVE DESCRIPCIÓN	CONDUCTAS PROBLEMAS.
REGISTRO DE PENSAMIENTOS.	Autorregistros tipo ABC (situación, cognición, conducta) Útil para la identificación de tipo de pensamientos ( positivos y negativos) y relación con situación estimular. Emociones asociadas y estrategias de afrontamientos. Se puede añadir una columna con pensamientos alternativos más adaptativos.	Pensamientos negativos, paralizantes, automáticos. Anhedonia. Fugacidad e interrupción de pensamientos positivos.
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.	Debate Socrático. Suscitar preguntas que activan pensamiento consecuencial (ej. ¿ qué pasaría si? ¿que supondría ...- técnica de la flecha descendiente)	Creencias disfuncionales. Sesgos cognitivos. Baja autoestima. Descripciones autodevaluativas. Excusas, - peros-.

	<p>Identificar incongruencias. Técnica de las cuatro preguntas. Técnicas de reencuadre. Ayudar a crear respuestas alternativas.</p>	
<p>ENTRENAMIENTO EN FOCALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN EXPERIENCIAS AGRADABLES.</p>	<p>Entrenar al paciente a focalizar la atención a estímulos externos agradables, potenciar la identificación de características placenteras de cada momento, aumentar tiempo de exposición a estímulos positivos.</p>	<p>Estado de ánimo bajo. Anhedonia. Deseos de no hacer nada. Autofocalización negativa y autodevaluativa.</p>
<p>REGULACIÓN EMOCIONAL.</p>	<p>Identificación, discriminación y etiquetación adecuada de emociones. Análisis de significados subyacentes. Afrontamiento y expresión de emociones.</p>	<p>Tristeza, culpa, vergüenza, ira. Sentimientos de pérdida, vacío, frustración. Embotamiento, y/o evitación labilidad emocional.</p>
<p>ACTIVIDAD CONDUCTUAL:</p> <p>1. Planificación gradual de actividades. 2. Planificación de tareas y evaluación, - dificultad y Placer – 3. Planificación de actividades gratificantes.</p>	<p>Planificación de actividades descomponiéndolas secuencialmente en pasos, en actividades hora a hora ( según objetivo específico). Útil anotar porcentaje de habilidad y placer o dificultad anticipada y placer para refutar predicciones negativas, incrementar autoeficacia y tasa de (auto) refuerzos positivos. Comparar placer experimentado y predicción. Reevaluación posterior de expectativas y logros. Recuperar actividades agradables pasadas. Fomentar actividades sociales y ejercicio físico.</p>	<p>Inactividad. Indecisión y abandono. Estado de ánimo bajo. Anhedonia. Dificultades de concentración. Falta de Motivación. Indefensión, sensación de no control. Sensación de desorganización, aburrimientos, soledad. Abrumado por las tareas que hay que hacer. Sensación de que no tiene sentido hacer las cosas solo. Postergación, dejar todo para hacerlo después.</p>
<p>ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN DE LA ACTIVACIÓN.</p>	<p>Entrenamiento en control de la respiración.  Entrenamiento en relajación muscular.</p>	<p>Tensión física, ansiedad. Irritabilidad. Quejas somáticas. Insomnio.</p>
<p>CONTROL DE LA IRA</p>	<p>Identificación de estímulos (internos/externos) discriminativos, contar hasta diez antes de emitir conducta, diferenciar estados emocionales.</p>	<p>Irritabilidad. Discusiones y conflictos interpersonales. Dificultades control impulsos.</p>
<p>AUTOCUIDADOS.</p>	<p>Enriquecimiento del medio. Mantenimiento de hábitos saludables (dieta, ejercicio físico, etc). Entrenamiento en autorefuero.</p>	<p>Autodevaluaciones.  Baja autoestima.</p>
<p>PRUEBAS EMPÍRICAS.</p>	<p>Desafiar reglas, autoimposiciones. Ensayo conductual. Poner a prueba los “no puedo”. Recogida de información externa (otros significados del entorno del paciente)</p>	<p>Sensación de impotencia, indefensión. Culpa. Responsabilidad excesiva. Perfeccionismo predicciones negativas continuas.</p>
<p>GRAFICO DE SECTORES.</p>	<p>Dibujar un gráfico de sectores en el que el paciente distribuya proporción de responsabilidad sobre un suceso determinado. Entrenamiento en locus casual (externo – otros, externo - azar, interno). También útil con estimación de probabilidades.</p>	<p>Responsabilidad excesiva; culpa. Interpretaciones futuras catastróficas. Estilo atribucional depresivo. Anticipación de fracasos.</p>

## CONCLUSIONES

- En la paciente el rol tradicional femenino, está sumamente valorado y especificado, ella considera que su función se debería limitarse a la esfera privada, centrándose en el cuidado de los miembros de la familia y a la atención de las tareas domésticas, pero al no sentirse conforme con dicha situación se generan los conflictos.
- Otro aspecto del rol tradicional femenino arraigado en la pacientes es el hecho de considerar la inferioridad intelectual física y psicológica de las mujeres con respecto a los hombres, disfrutando en consecuencia de menos derechos y libertad.
- El deseo personal de no tener más hijos, su preparación académica, la previa experiencia laboral exitosa, la creciente influencia del movimiento para la igualdad de sexos, son situaciones que han provocado en la paciente serios cuestionamientos, lo cual genera conflictos personales, y en su medio social.
- Ser ama de casa conlleva una limitación en las posibles fuentes de gratificación respecto al hombre y mujer que trabaja, ya que estos disponen de la gratificación proveniente de su trabajo ámbito público, de de la vida familiar, ámbito privado, en el caso de la mujer ama de casa la gratificación queda reducida a la familia.

- El tipo de trabajo que realiza como ama de casa es monótono, rutinario, poco estructurado, con tareas excesivas, con poco reconocimiento social, realizado en condiciones de aislamiento de otros adultos, es un generador depresivo por sí mismo. Patologías propias: Alteraciones articulares, causadas por exceso de carga y movimientos incorrectos; Fatiga, cansancio y estrés, como consecuencia de la acumulación de trabajo a determinadas horas; Depresión, Ante la falta de motivaciones, alicientes y estímulos; Sobrepeso, por la tendencia a comer entre horas, falta de ejercicio físico regular, sedentarismo. Ansiedad, temor a lo desconocido; Disminución del apetito sexual, como consecuencia del estrés, del cansancio, de la rutina; Irritabilidad, por las continuas frustraciones en los horarios y en los objetivos.
- Considerando lo anteriormente expuesto, se ha provocado en la paciente una distimia crónica, dejando como consecuencia deterioro del clima de convivencia, crisis de pareja y compensaciones perniciosas (comer en exceso).

## RECOMENDACIONES

- Sugerir a la paciente recibir terapia cognitiva con la finalidad de manejar y modificar los pensamientos automáticos, así como desarrollar nuevas habilidades cognitivas, y principalmente trabajar en sus arraigadas creencias personales que la hacen sumamente vulnerable a la depresión.
- Proponer a la paciente ser evaluada por un médico psiquiatra con la finalidad de descartar la necesidad de un tratamiento farmacológico.
- Sugerir a la pareja recibir terapia de pareja y en caso de que no producirse los cambios esperados en la actividad sexual con el tratamiento para la depresión se propondrá también terapia sexual.
- Se sugerirá recibir terapia familiar.

## BIBLIOGRAFIA

- BECK, Aarón, Terapia Cognitiva de la Depresión, Ed.15, España-2003.
- BECK, Aarón, “Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad”, Barcelona, Editorial Paidos 1995.
- EMILCE DIO BLEICHAR, “La depresión en la mujer”, Madrid, Ediciones temas de hoy S.A1991
- FRANKL, Norberto; ESPINOSA, Alberto. “La Concepción de la Conciencia en la logoterapia”, Buenos Aires, Ediciones San Pablo 1994.
- JACOBSON EDITH, “Depresión estudios comparativos de condiciones normales, neuróticas y psicóticas”, Buenos Aires, Amorrortu Editores S.A1971.
- KAPLAN, Harold I, SADOCK, Benjamin J. “terapia de grupo”- Madrid. Editorial medica Panamericana S.A. 1996.
- LABRADOR Francisco, CRUZADO, Juan Antonio y MUÑOZ Manuel, “Manual de técnicas de Modificación y Terapia de conducta”, Madrid, Ediciones Pirámide.2000.
- LANGER, MARIE ;”Maternidad y sexo”, México, Editorial Paidos S.A. 1992.
- NORWOOD, ROBIN. “Las mujeres que aman demasiado”, Argentina, Javier Vergara Editor.1986.
- SANCHES URZUA Patricia, “Madres solas” México, Editorial Trillas S.A.1998.

- [http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf),  
07/04/2010/21:03
- (<http://franciscoarias.blog.galeon.com/1263879053/el-sindrome-del-ama-de-casa-por-francisco-arias-solis>.) 07/04/2010/23:12
- Electrónica Hispanoamericana de Psicología. <http://www.psicología.com>.  
(Colombia). 11/04/2010/21:20
- <http://redalyc.uaemex.mx/principal/BusquedaDeArticulosPorArea.jsp?area=>  
21/04/210/11:36
- <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80532105>)  
21/04/2010/11:14
- <http://search.hiyo.com/?q=donal+j+franklin+terapia+cognitiva+depresion&lang=spanish&source=003999057005011>. 21/04/2010/12:09
- <http://www.bing.com/search?q=redalyc.uaemex.mx&src=IE-SearchBox&FORM=IE8SRC> 07/05/2010/16:51
- [www.psychologyinfo.com/depression/cognitive.htm](http://www.psychologyinfo.com/depression/cognitive.htm)[www.manualspdf.s.es/manualdsmI](http://www.manualspdf.s.es/manualdsmI) 21/04/2010/ 22:07
- [pdfes.com/Acerca\\_de\\_Terapia\\_Cognitiva\\_de\\_Beck\\_para\\_la\\_Depresión\\_pdf.html](http://pdfes.com/Acerca_de_Terapia_Cognitiva_de_Beck_para_la_Depresión_pdf.html)  
ml 25/04/2010/ 16:46

