



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“PROPUESTA PSICOTERAPÉUTICA ENFOCADA EN LA APLICACIÓN DE
TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES PARA REESTRUCTURAR
DISTORSIONES COGNITIVAS EN LA DEPRESIÓN EN UN CASO DE
DIVORCIO”**

TRABAJO DE GRADUACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO

DE PSICÓLOGA CLÍNICA

AUTORA: MAYRA VELE FERNÁNDEZ

DIRECTOR: LCDO. XAVIER MUÑOZ

CUENCA-ECUADOR

2010

DEDICATORIA:

A mis padres por su paciencia y abnegado apoyo, a mis hermanos por su afecto; a mi familia por su gran amor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme fortaleza cada día de mi vida.

Un infinito agradecimiento al Licenciado Xavier Muñoz, por su tiempo y apoyo para la culminación de este trabajo; un sincero agradecimiento a las personas que con su cariño y afecto me han apoyado; gracias a todas las personas que confían en mí.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	IV
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPITULO I: TRISTEZA Y DEPRESIÓN

1.1 Tristeza.....	3
1.1.1 Etiología.....	3
1.1.2 Funciones de la tristeza.....	3
1.1.3 Respuesta fisiológica de la tristeza.....	4
1.1.4 Conducta motora y expresiva de la tristeza.....	4
1.1.5 Tristeza y depresión.....	4
Deficiencias motivacionales, Deficiencias cognitivas, Deficiencias afectivas.....	5
1.2 Definición de depresión.....	6
1.3 Clasificación de los trastornos depresivos según el DSM-IV.....	6
1.3.1 Trastorno depresivo Mayor.....	6
1.3.1.1 Criterios diagnósticos de Trastorno depresivo mayor, episodio Único (DSM IV).....	6
1.3.2 Criterios Diagnósticos de Trastorno Depresivo Menor según el DSM-IV.....	7
1.3.3 Trastorno Distímico.....	8
1.3.4 Trastorno Depresivo no especificado.....	9
1.4 Causas de la depresión.....	10
1.4.1 Factores de riesgo.....	10
1.5 Síntomas de Depresión.....	11
1.6 Teorías de la depresión.....	12
1.6.1 Teorías biológicas de la depresión.....	12
1.6.2 Teorías psicodinámicas.....	12
1.6.3 Teoría humanista existencial.....	13

1.6.4 Teoría conductual.....	14
1.6.5 Teorías Cognitivas.....	15
1.7 Modelo Cognitivo de la depresión.....	17
1.7.1 La triada Cognitiva.....	17
1.7.1.1 Visión Negativa de sí mismo.....	17
1.7.1.2 Visión Negativa de la Experiencia.....	17
1.7.1.3 Visión Negativa del Futuro.....	18
1.7.2 Los esquemas.....	18
1.7.3 Los errores cognitivos: Inferencia arbitraria, Abstracción selectiva, Sobregeneralización, Magnificación y minimización, Personalización, Pensamiento dicotómico o polarización.....	18
1.8 Las pérdidas.....	19
1.9 El duelo.....	20
1.9.1 El proceso de duelo según Freud.....	21
1.9.2 Etapas del Duelo: Impacto, Negación, Pena y depresión, Culpa, Rabia, Resignación, Reconstrucción.....	21
1.10 El divorcio.....	23
1.10.1 La pre-ruptura Distancia emocional, Conflicto manifiesto.....	24
1.10.2 La Ruptura, decisión, Planeamiento de la ruptura, Separación, Desvinculación.....	25
1.10.3 Elaboración de la ruptura.....	25

CAPITULO II: DIAGNÓSTICO DEL CASO

Historia clínica.....	27
Evaluación del caso.....	33
Resultado de los test aplicados.....	33
Diagnóstico.....	34

CAPÍTULO III: ESTRATEGIAS Y RECURSOS

3.1 Propuesta psicoterapéutica.....	35
3.2 Estructura del plan psicoterapéutico.....	36

3.3 Objetivos de la psicoterapia Cognitivo conductual.....	37
3.4 Explicación de Técnicas cognitivo conductuales propuestas para el tratamiento del presente caso.....	39
Observaciones.....	42
Conclusión.....	43
Recomendación.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	45

ANEXOS

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.....	47
ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON.....	51
INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS.....	55

RESUMEN

La depresión es un estado emocional complejo por su severidad; se estima que un tercio de la población sufre de depresión alguna vez en su vida; en los últimos tiempos es considerada un trastorno severo porque causa angustia y frustración en quien la sufre y en sus familiares, de no ser tratada, puede llevar a la persona al suicidio, porque en este estado de ánimo los efectos negativos de los errores del pensamiento se prolongan en el tiempo ya que dichas ideas negativas fluyen rápida y fácilmente. Varios son los factores que interactúan en el origen de la depresión: biológicos, sociales y psicológicos; siendo, dentro de éste último la triada cognitiva el principal indicador del estado emocional; en ella son evidentes estados de ánimo y conductas depresivas determinadas por conocimientos o pensamientos automáticos, cuyas características son producto de una alta reactividad a circunstancias habituales.

ABSTRACT

Depression is a complex emotional state because of its severity. It is known that a third part of the whole human community suffers of depression once in life. In the last times it is considered a serious disorder because it produces anguish and frustration in those who suffer its effects and also on their families, If it is not treated, it can take the person to commit suicide, because under this state of mood the negative errors on the way of thinking are prolonged in time, because this negative ideas flow quickly and easily. Various are the factors which interact on the origin of depression; biological, social, psychological; and inside this last one; the cognitive triad is considered the main indicator in the state of mood; in this particular symptom depressive mood and behavior are evident. Showing it selves trough automatic thinking, whose characteristics are the product of a high reactivity to common circumstances.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos son comunes, se calcula que entre un 15 y un 20% de la población general padecerá un episodio depresivo alguna vez en su vida, siendo las mujeres de 2 a 3 veces más propensas a padecerla. Entre el 70 y 80 % de casos de depresión comienzan en la infancia o adolescencia afirmando la creencia de que los estados de ánimo presentes son innatos provocando que dichos procesos sean ignorados; es entonces que la forma de percibir y evaluar el medio, determina la forma de responder o actuar y dan como resultado pensamientos negativos sobre sí mismos, sobre las experiencias y sobre el futuro. Existe un sinnúmero de factores que influyen considerablemente en el origen de depresión: la migración, los esquemas religiosos marcados, el estrés en todas sus manifestaciones, (carencia afectiva, dificultades laborales, abandono, duelo, problemas económicos, falta de apoyo familiar, divorcio, etc.) hacen de la persona vulnerable a deprimirse.

En la sociedad actual el divorcio es una opción muy considerada en casos en los que en la relación no encuentra el espacio necesario para lograr autonomía, satisfacción afirmación y crecimiento individual, etc.; factores asociados al género, influyen en el proceso de separación. Al ser el divorcio un proceso doloroso tanto para los cónyuges y los hijos como para el entorno familiar y social, conlleva conflictos emocionales que pueden derivar incluso en trastornos físicos y psicológicos como es la depresión en sus distintos grados.

El proceso de asimilación de la ruptura conyugal, es prolongado dependiendo de las variables presentes en dicho proceso; la depresión es uno de los problemas presentes en este proceso, para ello se hace indispensable trabajar con propuestas que permitan mejorar la calidad de vida de las personas para un amplio desenvolvimiento en los distintos contextos.

En la presente propuesta se aborda: en el primer capítulo Tristeza y depresión, en el segundo capítulo, diagnóstico del caso y en el capítulo tres se plantea un plan psicoterapéutico para trabajar la depresión con un enfoque cognitivo conductual por su eficacia en el tratamiento de las depresiones.

CAPÍTULO I

1. TRISTEZA Y DEPRESIÓN

1.1 Tristeza.- la tristeza es una emoción que se produce en respuesta a sucesos considerados displacenteros y que denota pesadumbre o melancolía (Fernández Abascal, Martín Díaz y Domínguez Sánchez 2001). Suele aparecer asociada a acontecimientos que implican separación, pérdida o fracaso, decepción e indefensión.

Cuando la tristeza se agudiza, se hace persistente, se convierte en una reacción excesiva a los acontecimientos y/o se presenta sin causa justificada, daría paso a la depresión. (Palmero, Fernández, Cholia, *“Psicología de la Motivación 576”*)

1.1.1 Etiología: “el proceso de valoración de la emoción de tristeza está relacionada con la pérdida o el fracaso, actual o posible, de una meta valiosa, entendida esta como un objeto o una persona. Dicha pérdida no tiene porque ser irreversible o permanente”...puede referirse a una pérdida temporal de algo o alguien especialmente apreciado por la persona que experimenta tristeza” (358); la estructura temporal de la tristeza puede ubicarse en el pasado, en el presente o en el futuro.

1.1.2 Funciones de la tristeza

- La tristeza tiene connotaciones personales, permite hacer una introspección, realizar un análisis personal, acerca de la situación, el futuro y la vida en general.
- Otra de sus funciones tiene connotaciones sociales, la emoción es interpretada como una demanda de ayuda a otros miembros de la sociedad; incrementa la cohesión social y la unión entre los miembros de un grupo, fomenta la conducta altruista; el

manifestar tristeza transmite información a los demás acerca del estado de pérdida, los demás se aproximan y brindan apoyo.

- También cabe la posibilidad de que un objetivo de la tristeza es la motivación, entendida como un mecanismo para solucionar una situación presente o futura: es decir, la aceptación de la realidad por parte de la persona.

1.1.3 Respuesta fisiológica de la tristeza

En la tristeza se aprecia un incremento funcional del sistema nervioso simpático, la tristeza tiene connotaciones electrodérmicas evidentes en incrementos en el nivel de conductancia cutánea, siendo estos índices los que diferencian a la tristeza de otras emociones negativas (miedo e ira), así como en la frecuencia y amplitud en las respuestas no específicas.

1.1.4 Conducta motora y expresiva de la tristeza

En la tristeza hay una tendencia en la orientación en las comisuras de la boca hacia abajo consecuencia de una relativa pérdida del tono muscular facial (interpretada como desmotivación conductual); la apatía motora y el abandono conductual reflejan la pérdida del interés, éstas a su vez informan el estado de pérdida en que se encuentra la persona; siendo predominante la ausencia de preparación para la acción.

1.1.5 Tristeza y depresión

Los efectos negativos de la depresión afectan significativamente sobre los proceso de memoria, éstos son más significativos en las tareas de recuerdo; también afectan sobre los procesos de razonamiento, interpretación y juicio que influyen directamente sobre la percepción social: las personas depresivas muestran su desagrado en la satisfacción percibida en la interacción.

Al ser la tristeza un proceso básico y adaptativo puede desencadenar cuadros clínicos como la depresión o la desesperanza o indefensión aprendida: con repetidas exposiciones a un determinado acontecimiento, las personas aprenden en qué medida sus conductas influyen o no en los resultados obtenidos, así; cuando se aprende que los resultados no dependen de las propias actividades voluntarias, el individuo en cuestión desarrolla una indefensión aprendida. (Palmero, Fernández, Cholia, *“Psicología de la Motivación 362*).

Como resultado la persona percibe todos los acontecimientos como incontrolables y en ocasiones provoca la llamada indefensión aprendida que produce resultados negativos, o deficiencias, en los planos motivacional, cognitivo y afectivo.

Deficiencias motivacionales: existe una disminución considerable de las conductas voluntarias; la persona piensa: “no merece la pena intentar ningún tipo de actividad porque el resultado será siempre el mismo; fracasaré.”

Deficiencias cognitivas: está asociada al pesimismo presente en todas las actividades mentales relacionadas con la resolución de conflictos, “cualquier conducta no tendrá objetivos positivos; los resultados no pueden ser controlados por las acciones”, esto impide que la persona aprenda en un futuro que sí puede controlar dichas situaciones, además tiende a generalizar sus experiencias.

Deficiencias afectivas manifiestas en dos emociones básicas: el miedo, la situación no puede ser controlada por el individuo, esta está asociada a las ideas de pérdida, sin embargo es probable que con el paso del tiempo la persona descubra que el miedo no ayuda en la solución de conflictos, entonces se produce un cambio afectivo, la expectativa de no control da origen a la tristeza (anticipa una pérdida) dando lugar a la depresión.

1.2 Definición de depresión: las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia, e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados. (Toro, Yepes “*Psiquiatría*”152).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo o trastorno afectivo común, la mayoría de personas muestra una amplia gama de emociones según las circunstancias, siendo relevante para su diagnóstico su intensidad y el número de síntomas presentes.

La depresión según la severidad y la cantidad de síntomas presentes puede ser de grado:

- **Leve:** presenta pocos síntomas que generan una discapacidad menor.
- **Moderada:** hay la presencia de más síntomas causantes de incapacidad funcional.
- **Grave:** los síntomas provocan incapacidad.

1.3 Clasificación de los trastornos depresivos según el DSM-IV

1.3.1 Trastorno depresivo Mayor.- se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos; se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer, etc.; es un tipo de depresión incapacitante porque altera la vida del paciente.

1.3.1.1 Criterios diagnósticos de Trastorno depresivo mayor, episodio Único (DSM IV)

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco

Depresión menor: su duración es similar a la depresión mayor pero con menos síntomas y menor deterioro social.

Criterios Diagnósticos de Trastorno Depresivo Menor según el DSM-IV

A. Alteración del estado de ánimo, definida de la siguiente forma:

(1) un mínimo de dos (y un máximo de cuatro) de los siguientes síntomas presentes durante un mismo periodo de dos semanas y que han producido un cambio respecto al nivel previo de actividad. Al menos uno de los síntomas debe ser de (a) o (b):

(a) estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día como lo describe el propio individuo (p. ej. Se siente triste o vacío) o como lo describen los demás (p. ej. Siempre parece estar llorando)

(b) acusada disminución de interés o el placer por toda o casi todas las actividades la mayor parte del día y casi todos los días (tal como indica el propio individuo o quienes lo rodean)

(c) pérdida de peso significativa en ausencia de un régimen de adelgazamiento o ganancia de peso (p. ej. una variación en un mes de más del 5% del peso corporal), o aumento o disminución del apetito casi cada día.

(d) insomnio o hipersomnia casi cada día.

(e) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (objetivables por otros y no una mera sensación subjetiva de intranquilidad o enlentecimiento por parte del individuo).

(f) fatiga o falta de energía casi cada día.

- (g) sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o de culpa (que pueden revestir carácter delirante) casi cada día (no una mera sensación de autodesaprobación o de culpa por estar enfermo).
- (h) disminución de la capacidad para pensar o para concentrarse, o indecisión, casi cada día (tanto si la refiere el propio individuo como si la describen los demás)
- (i) ideas recurrentes de muerte (no el simple miedo a morir), ideas recurrentes de suicidio sin un plan específico o bien intento de suicidio o plan específico para llevarlo a cabo.

(2) los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

(3) los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. Droga, fármaco) o de una enfermedad médica (p. ej. hipotiroidismo)

(4) los síntomas no se explican mejor por la existencia de un sentimiento de duelo (p. ej. reacción normal ante la muerte de un ser querido)

B. Nunca ha habido un episodio depresivo mayor y no se cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno Distímico.

C. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y no se cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno ciclotímico.

D. Las alteraciones del estado de ánimo no aparecen exclusivamente durante una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno esquizoafectivo, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

1.3.2 Trastorno Distímico.- Distimia significa estado de ánimo defectuoso o enfermo, se caracteriza por un estado de ánimo deprimido crónico presente la mayor parte del día, tiene

una duración mínima de dos años, y no puede tener un período mayor de dos meses seguidos libre de sintomatología, los períodos de ánimo deprimido se pueden interrumpir por períodos asintomáticos cortos (días o semanas) pero los sentimientos deprimidos son dominantes, presenta la mayoría de los síntomas que aparecen en la depresión mayor, aunque dichos síntomas suelen ser menos intensos en este caso y se prolongan más en el tiempo; en ocasiones es difícil distinguir de un trastorno de personalidad.

Durante los períodos de depresión ocurren por lo menos dos de los siguientes síntomas: anorexia o hiperfagia, insomnio o hipersomnias, poca energía o fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse o tomar decisiones y sentimiento de desesperanza. (Toro, Yepes, *“Psiquiatría”*, 163) Estos síntomas pueden estar acompañados de irritabilidad, inestabilidad y escaso desarrollo de las habilidades sociales.

Debido a que el 70 u 80% de los casos comienzan en la infancia o adolescencia y su presencia es de manera insidiosa la persona siente que “siempre fue así”, que esa es “su forma de ser” por lo que no se busca ayuda. La distimia pura puede presentarse en un 12% de los casos sin embargo, también puede acompañar a otros trastornos (depresión breve recurrente o episodio depresivo mayor); siendo las mujeres en quienes más prevalece este trastorno.

Para el diagnóstico de distimia, el paciente debe presentar dos o más de los siguientes síntomas la mayor parte del tiempo durante al menos un año: sentimientos de desesperanza, baja autoestima, dormir demasiado o incapacidad para dormir, fatiga extrema, dificultades para concentrarse, falta de apetito o comer en exceso.

1.2.3 Trastorno Depresivo no especificado.- la categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios

para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. (DSM-IV, 427) Como ejemplo tenemos:

- Trastorno histórico premenstrual.
- Episodio depresivo menor.
- Trastorno depresivo recidivante.
- Trastorno depresivo pospsicótico.
- Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante.
- Casos en el que el clínico ha llegado a la conclusión de que no hay un trastorno depresivo.

1.4 Causas de la depresión

La depresión es el resultado de varios factores, las causas varían de una persona a otra; es decir la depresión puede estar causada por: niveles bajos de neurotransmisores, los mismos que limitan la capacidad de la persona de sentirse bien y dificultan las actividades cotidianas; Es probable que la genética también intervenga en los trastornos depresivos (en estudios realizados a gemelos idénticos: si un gemelo presenta depresión, es muy probable que el otro también la presente). Los acontecimientos significativos de la vida, como la muerte de un ser querido, un divorcio, una ruptura amorosa, el estrés social, las enfermedades o cualquier tipo de pérdida pueden causar depresión.

1.4.1 Factores de riesgo

Algunos de los factores de riesgo que pueden desencadenar un trastorno depresivo son los siguientes:

- Género: las mujeres son más propensas a tener estados de ánimo depresivos, probablemente se deba a que las mujeres buscan y reciben más apoyo social que los hombres y por ende brinden mayor apoyo.
- Edad: un primer episodio depresivo, cualquiera que sea su grado prevalece en mujeres de entre 20 y 29 años, para los hombres el riesgo es mayor entre los 40 y 49 años.
- El estado civil: tiene una relación relativa con la presencia de depresión. (casados 2.1 %, separados o divorciados 6.1%, solteros 2.8%, viudos 2.1%). La ruptura afectiva puede ser un factor de riesgo.
- Es probable que las mujeres experimentemos más estrés que los hombres; debido a los distintos roles en la sociedad y a que brinda más apoyo a los demás.

1.5 Síntomas de Depresión

Se han identificado cuatro clases de síntomas: afectivos, cognoscitivos, motivacionales y físicos; indistintos en cada paciente.

- **Síntomas afectivos:** ánimo abatido, autoaversión, pérdida de gratificación, pérdida emocional, momentos de llanto, pérdida de la respuesta de alegría.
- **Síntomas motivacionales:** pérdida de motivación, deseos suicidas.
- **Síntomas cognitivos:** baja auto-evaluación, expectativas negativas, autculpa y crítica, indecisión, autoimagen deformada.
- **Síntomas físicos:** pérdida de apetito, perturbación del sueño, pérdida de la libido, fatiga.

1.6 Teorías de la depresión

1.6.1 Teorías biológicas de la depresión

Según las teorías biológicas las probables causas de depresión se encuentran en los genes o en un deficiente funcionamiento fisiológico; De acuerdo a aspectos bioquímicos varios estudios demuestran que la depresión es el resultado del desequilibrio de neurotransmisores bioquímicos cerebrales, la disminución o inhibición de monoaminas (dopamina, noradrenalina o serotonina) en la sinapsis inhiben el impulso eléctrico o un potencial de acción dando lugar a trastornos afectivos.

1.6.2 Teorías psicodinámicas

Este enfoque postula que: la conducta anormal surge de procesos internos complejos formados en la infancia; es decir los desordenes de personalidad serian el producto de un desbalance de fuerzas internas ocultas arrastradas desde la infancia.

Karl Abraham postuló que el odio es un sentimiento dominante en el depresivo, dicho sentimiento es reprimido y proyectado; la persona se siente odiada y rechazada por los demás, por sus defectos inherentes lo cual desencadena depresión.

Para Freud, en la depresión, la conciencia del ego introyecta el objeto perdido, al no conseguir sus objetivos, se vuelve muy fuerte y castigador, mediante este mecanismo de defensa controla el enojo y los sentimientos agresivos y hostiles que lastimarían a otras personas. En esta dinámica están involucradas las experiencias de la primera infancia las mismas que son activadas mediante experiencias similares creando una fijación del ego al estado de impotencia.

Freud explica la depresión desde el punto de vista psicoanalítico, hace relación la melancolía con los procesos normales de duelo (la pérdida del objeto amado causa dolor).

Postula además que la melancolía no solo aparece con la pérdida real del objeto, sino está relacionada con una pérdida inconsciente; la depresión es una aflicción confusa no relacionada con el entorno y en apariencia es injustificada lo que causa sufrimiento insoportable; las suposiciones creadas en la niñez sobre su incapacidad de ser amado hacen que la persona lo asuma inconscientemente y no podrá controlar lo que suceda en su vida.

Para Bowlby, la pérdida o separación de la figura materna o alguna figura que tenga un valor significativo en la infancia, provoca sentimientos de tristeza, enojo y ansiedad que pueden ser determinantes en las relaciones emocionales adultas.

Las terapias psicodinámicas abordan los sentimientos del pasado así como las habilidades interpersonales puesto que en su mayoría las personas tienden a provenir de hogares conflictivos, además de manifestar problemas en las relaciones con los demás.

1.6.3 Teoría humanista existencial

Estos teóricos existencialistas se enfocan hacia la pérdida de la autoestima. El objeto perdido puede ser real o simbólico (poder, rango social, o dinero) pero en sí la pérdida no es tan importante como el cambio en la autoevaluación del individuo como resultado de ésta. Muchas personas basan el concepto que tienen de sí mismas en quienes son y qué tienen...ciertas identificaciones ofrecen una verificación externa del valor de la persona en su mente. (Sarason R., Sarason B., *“Psicología Anormal”*, 285)

“La desesperación, no es por el objeto externo, sino siempre por nosotros mismos...la pérdida insoportable no lo es por sí misma. Lo que no podemos soportar es despojarnos del objeto externo. Quedamos desposeídos y vemos el abismo intolerable en nosotros mismos.” 285

Carl Roger hace énfasis en la diferencia entre el yo ideal y las percepciones que la persona tenga del estado real de las cosas como fuente de depresión y ansiedad “es probable que la depresión emerja cuando la diferencia entre el yo ideal y el real se hace tan grande que el individuo no puede tolerarla.” 285. Esto se puede evidenciar en personas que tienen grandes aspiraciones de logro y desempeñan varios papeles en su vida de manera simultánea, de manera que el individuo no se desempeña al máximo en cada actividad, esto provoca discrepancia entre el yo ideal y el yo real lo que probablemente cause estrés y sentimientos depresivos.

1.6.4 Teoría conductual

Los conductistas consideran que cuando las personas se exponen a situaciones estresantes tienen cierta tendencia a reaccionar tardíamente en un intento de conseguir apoyo emocional (buscan información antes de alguna acción); es probable que en la búsqueda de apoyo se quejen mucho para ganar simpatía y afecto obteniendo un efecto adverso pues hacen sentir a las demás personas culpables y solo consiguen que éstas se sientan incómodas y se alejen; con el tiempo este tipo de conductas se vuelve un círculo vicioso que empeora las situaciones de vida del deprimido. Existen evidencias de que una persona deprimida, causa una impresión negativa en otras personas debido al déficit de habilidades sociales, lo cual produce una espiral negativa pues las personas deprimidas son propensas a pensar que a su presencia las personas responden de manera negativa lo que podría ser así por su carencia de habilidades sociales y su comportamiento.

Ferster (1965) formula que la conducta patológica es el resultado directo de la interacción del individuo con su ambiente y como resultado de su historia de reforzamiento; es decir existiría una relación conducta-ambiente en la cual los

procesos predominantes son el ambiente pero son altamente manipulables; Lazarus y Fersters consideran a la depresión como “una función de los reforzadores inadecuados o insuficientes”. (Leitenberg. “*Modificación y terapia de Conducta*” 244-245)

Otros teóricos conductuales, creen en la existencia de factores externos que influyen sobre las conductas depresivas, consideran la existencia de dos circunstancias ambientales relacionadas a la depresión: el reforzamiento positivo insuficiente y el control aversivo, “los elogios escasos a una ama de casa y un incremento en la cantidad de trabajo muestran una alteración en la relación conducta/recompensa” 244

Este enfoque propone el entrenamiento de habilidades sociales; reforzar solo el comportamiento apropiado: 1.- se enseña al paciente las habilidades verbales y no verbales centrados en patrones de comportamiento deseado; 2.-se trabaja con tareas, con el objetivo de adaptar la nueva habilidad para que ésta sea empleada por el paciente en su entorno; 3.- se entrena al paciente en las percepción de señales que manifiestan otras personas en su entorno para que aprenda a transformar su comportamiento de acuerdo a los cambios ambientales; 4.- finalmente el paciente aprende a adoptar criterios realistas para el desempeño y se le enseña a ser un reforzador propio.

1.6.5 Teorías Cognitivas

El enfoque de esta teoría postula que los estados de ánimo son producidos por ideas erróneas que las personas albergan en su interior; la depresión es el resultado de aplicar las distorsiones a las experiencias, a su vez son aplicadas de forma rápida y están fuera de conciencia inmediata lo que produce un flujo de pensamiento negativos y afecta significativamente en la manera de sentir y actuar.

Beck, cree que la vulnerabilidad es un aspecto que se encuentra en la forma en que los seres humanos perciben el mundo, la información es interpretada y organizada mediante esquemas, según hechos de la vida diaria y es allí donde dichos esquemas son distorsionados en forma negativa lo que puede producir depresión.

Beck afirma que la secuencia que conduce de la percepción al conocimiento y a la emoción en los individuos normales (en los que la cognición determina el afecto), existe también en los depresivos. A diferencia de las cogniciones normales, las depresivas están dominadas por procesos y contenidos idiosincráticos. Estas cogniciones determinan la respuesta afectiva en la depresión en ellas descubrió ideas distorsionadas e ilusorias. Las verbalizaciones de los pacientes y sus asociaciones libres, revelaron repetidamente aspectos de baja autoestima, ideas de pérdida, autocrítica y autoculpa, problemas y deberes de irresistibles autopreceptos y mandatos y deseos de huida y de suicidio. Estos preceptos son distorsionados e irreales porque los pacientes tienden a exagerar sus defectos y los obstáculos de la vida. (Leitenberg, *“Modificación y terapia de Conducta”* 242)

La depresión se debe a errores cognitivos, el depresivo distorsiona la realidad, se ve de forma negativa a sí mismo, al mundo y a su futuro. En los síntomas depresivos existe un vínculo entre las cogniciones y las emociones que mantienen un contenido de pensamientos negativos de si mismo del medio ambiente y de su futuro, producto de las tendencias a generalizar y sobredimensionar los acontecimientos; ya que los objetos externos son siempre asimilados a: un esquema mental o a una estructura mental organizada, la terapia tiene como objetivo identificar porque el paciente maneja de manera negativa y contraproducente los estímulos y experiencias sobre su vida a pesar de que

existan cosas positivas que demuestren lo contrario de su visión de los acontecimientos, que serian adecuados para tener una buena calidad de vida.

1.7 Modelo Cognitivo de la depresión

Aarón Beck divide las ideas erróneas que explican la dinámica de la depresión de la siguiente manera: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. “Como la persona ha sido rechazada o lo cree así, se siente triste. Debido a que todas las tareas le parecen insuperables y aburridas, muestra indiferencia y deseos de evasión. Cuando éstas sensaciones se intensifican y asocian con sentimientos de impotencia e inutilidad, el paciente se vuelve extremadamente dependiente y puede intentar el suicidio”. (242)

1.7.1 La triada Cognitiva: el paciente tiene una visión negativa de sí mismo, de los acontecimientos y del futuro, si los síntomas son progresivos y llegan a dominar, el paciente se vuelve cada vez más depresivo y se manifiestan síntomas no cognitivos.

1.7.1.1 Visión Negativa de sí mismo: el paciente ve todos los acontecimientos en su vida como negativos y los atribuye a sí mismo; culpa a todos de sus defectos personales de todas sus desgracias; está convencido de que nunca tendrá tranquilidad y felicidad, es autocrítico se cree inútil, se siente triste, tiene baja autoestima porque se subestima; es muy duro consigo mismo, esto obscurece cualquier auto concepto positivo.

1.7.1.2 Visión Negativa de la Experiencia: la persona malinterpreta todas las experiencias, éstas han sido y son negativas; son obstáculos que no le permiten un desarrollo eficaz para alcanzar sus propósitos, esta forma de pensar le causa frustración.

1.7.1.3 Visión Negativa del Futuro: las expectativas de una persona deprimida son pesimistas y desalentadoras con respecto al futuro, no realiza planes a futuro pues todo será un fracaso, su tristeza y desgracias durarán toda la vida según su percepción.

1.7.2 Los esquemas

Un esquema es la forma de procesamiento de información, es la manera de organizar e interpretar acontecimientos cotidianos. Una persona deprimida capta e interpreta de manera errónea-negativa es decir distorsiona la información, el resultado son sentimientos depresivos.

1.7.3 LOS ERRORES COGNITIVOS

Son creencias que la persona arraiga y que no le permiten discernir la realidad de manera positiva, algunos errores cognitivos son los siguientes:

Inferencia arbitraria: se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión sobre sí misma a pesar de la ausencia de evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria (lectura de mente: saben lo que los demás están pensando; error del adivino: predicen y dan por hecho su predicción); “si el pasado fue cierto, siempre lo será.”

Abstracción selectiva: la persona llega a una conclusión basándose en uno de los factores que influyen en una situación, un solo elemento es extraído del contexto global el cual es sobrevalorado dejando de lado los demás factores; “los únicos sucesos que importan son los fracasos, la privación, etc.”

Sobregeneralización: la persona llega a una conclusión absoluta basándose en un solo acontecimiento a menudo insignificante; “Si es cierto en un caso, se aplica en cualquier caso aunque solo sea ligeramente similar”.

Magnificación y minimización: la persona tiende a exagerar los problemas o sus fracasos dejando de lado los logros y éxitos.

Personalización: la persona tiene tendencia a atribuirse los acontecimientos externos, esto sin evidencia existente; lo que ocurre es por su culpa o porque todo el mundo está en contra de él o le juzgan sin bases existentes; “soy responsable por todas las cosas malas, los fracasos, etc.”

Pensamiento dicotómico o polarización: “es blanco o negro” tienen tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios; no existen puntos intermedios; “todo se encuentra en un extremo u otro.”

El enfoque de la terapia Cognitivo conductual es muy aceptado porque es un procedimiento activo, directo, estructurado y de tiempo limitado que brinda resultados significativos en las terapias depresivas; en este caso el objetivo de la terapia es identificar cuáles son los pensamientos y emociones que inducen a estados depresivos para reestructurar las falsas creencias que acompañan experiencias pasadas arraigadas en el paciente desde su infancia; al reestructurar dichos pensamientos se ayudará al paciente a valorar desde otra perspectiva las situaciones que se presenten en su vida, de manera que no causen ansiedad y que permitan tener una buena calidad de vida esto influirá positivamente en futuras relaciones con su entorno social y familiar.

1.8 Las pérdidas

Las pérdidas son experiencias universales (nadie está exento de ellas) dolorosas, pero necesarias para poder crecer emocionalmente. Las pérdidas pueden ser: físicas; por accidente o por una cirugía (perder una extremidad o un órgano), se puede perder a un ser

querido, o una mascota, por muerte o abandono; las pérdidas sociales implican: pérdida del estatus económico, pérdida de poder en una organización a la cual se pertenece, etc. Existen pérdidas inevitables en las cuales la muerte o separación son inminentes, cada una de estas pérdidas, en forma inmediata o acumulativa ya sea sorpresiva o frecuente, evidenciada o no, genera una herida emocional, un daño para el organismo.

A más de los sentimientos de dolor, depresión y tristeza, existen otras reacciones ante una pérdida como son: la sensación de indefensión, temor, vacío, desesperación, pesimismo, irritabilidad, enojo, culpa, etc., son normales durante o después de una pérdida independientemente del grado o magnitud de la misma; son parte del proceso natural que el organismo emplea como mecanismos de defensa para afrontar la pérdida, es decir toda pérdida lleva a un duelo que de no ser elaborado de manera adecuada puede causar patologías físicas o psicológicas.

1.9 El duelo

El duelo es un proceso normal que se pone en marcha frente a una pérdida, es decir el duelo es un ajuste emocional, en él están inmersos varios sentimientos distorsionados y negativos; perder lo que amamos genera inseguridad, confusión e incertidumbre; esto a su vez genera sentimientos, emociones y actitudes que afectan a todos los sistemas involucrados.

En el caso de una separación, el duelo causa incertidumbre con respecto a cómo seguir “solos”, sin embargo en muy pocas ocasiones los dos integrantes de la diada están en condiciones similares pues alguno de ellos lo considerará como una opción válida mientras el otro puede tomarlo como un retroceso significativo en su vida dando inicio a un trastorno depresivo. Si bien es cierto la pérdida es dolorosa, pero se debe asumir una posición activa,

para lograr aproximarse a un proceso de cambio, porque la pérdida lo despoja a uno de algo y asumir una posición pasiva no permite elaborar el duelo.

1.9.1 El proceso de duelo según Freud:

Freud estudió las diferencias entre el duelo normal y el anormal. En el duelo normal la persona lamenta la pérdida de un ser amado, propiedad o creencia ideológica, se siente triste, perdido e incapaz de disfrutar nada. Freud pensaba que después de la pérdida, la libido era retirada del objeto amado e investida en el sujeto. Este se retrae, siente culpa, ambivalencia por pecados de omisión y comisión hacia la persona perdida y agresión por sentirse abandonado. A través del duelo el sujeto se libera poco a poco de la persona perdida y así puede de nuevo interesarse en otra cosa o personas. Durante este periodo la sociedad y la cultura proveen apoyo al doliente, quien así puede reorientarse y asumir nuevas tareas y vínculos. En el duelo anormal el paciente se comporta como si la pérdida fuera más severa y los factores inconscientes son oscuros para la persona; basado en este estudio Freud postuló que la depresión es el resultado de la situación de pérdida y la ambivalencia que el niño siente en contra de sus padres en los periodos tempranos de la vida. (Toro, Yepes, “*Psiquiatría*” 155)

Aparentemente los acontecimientos de la infancia relacionados con pérdidas (pueden ser simbólicas), predisponen a las personas a padecer depresión.

1.9.2 Etapas del Duelo

El proceso de duelo incluye etapas diferentes que pueden explicarse separadamente pero que no se presentan de un modo ordenado. Pueden enmascarse y mezclarse entre sí, pero lo que sí hay que saber es que para completar el proceso de curación hay que

experimentarlas todas. En ocasiones algunas emociones prevalecen sobre otras: por ejemplo, sentir rabia durante demasiado tiempo puede indicar que se está luchando contra la tristeza y viceversa, sentirse encallado en la tristeza y la depresión podría indicar el no haber podido reconocer y superar la rabia.

Las etapas se podrían clasificar de la siguiente manera:

- **Impacto:** se presenta la sensación de paralización, desorientación e incredulidad; la atención se concentra en la pérdida sentimental, existe bloqueo en las emociones, dificultad en la concentración, trastornos del sueño y de la alimentación, ésta etapa puede durar un día o un mes, pero no más. Suele estar acompañada de síntomas físicos (ansiedad, vértigo, crisis de pánico, cansancio extremo, etc.)
- **Negación:** Es particular la incapacidad de aceptar que la relación ha terminado, también sucede cuando se vive la muerte de un ser querido. Hay personas que se estancan en esta etapa durante años, con la esperanza de que vuelva la persona que se fue.
- **Pena y depresión:** puede afectar a los dos cónyuges. Suele manifestarse como un sentimiento de vacío, como si faltara una parte de uno mismo, que en ocasiones impulsa a buscar otra relación o el refugio en alcohol o drogas. La pena proviene de la pérdida de la persona, del tiempo que se compartió y del “fracaso” del matrimonio; que finalmente pueden conducir a la depresión.
- **Culpa:** es sentida por los dos cónyuges (piensan sobre qué fue lo que falló), La parte negativa y no saludable es la que lleva a culparse a uno mismo de manera imparcial e injusta. Las personas que lo hacen, son aquellas que son incapaces de

sentir rabia hacia la ex pareja y dirigen la rabia hacia sí mismos. Creen que todo ha sido culpa suya. Si no se consigue superar la culpa, no es posible finalizar el duelo.

- **Rabia:** es normal durante el duelo; nace de sentirse herido, aunque no haya nadie a quién culpar, la rabia puede causar irritabilidad y nerviosismo, su lado positivo es que ayuda a sobrellevar los malos momentos y motiva a reconstruir la vida, sin embargo puede existir una rabia destructiva manifiesta en deseos de venganza con la utilización de los hijos en contra de la otra persona; la rabia puede materializarse mediante la proyección de la misma en una siguiente relación. Es importante discernir si la rabia es saludable o destructiva.
- **Resignación:** el adiós, es la transición más difícil del proceso de duelo. Es la aceptación que la relación se ha terminado; hay que liberarse de ella por completo, recuperando la energía que se invirtió en la relación. Existe la probabilidad de quedarse atrapado en esta etapa, cuando el agotamiento nervioso deja a la persona sin motivación para seguir adelante.
- **Reconstrucción:** se empieza a reconstruir activamente la vida, la persona vuelve a centrar la atención en sí mismo y a sus propias necesidades y vuelve a desear conocer a otra persona, la persona se siente mejor pero necesita construir su fortaleza desarrollando el amor propio y la seguridad en sí misma.

1.10 El divorcio

El divorcio consiste en la disolución instrumental y funcional de la pareja es decir es la disolución del vínculo matrimonial, es un proceso doloroso tanto para los cónyuges e hijos como para el entorno familiar y social. Conlleva conflictos emocionales: individuales (sensación de fracaso, auto reproches, resentimiento, enojo, etc.) y sociales (modificaciones

y adaptaciones a un nuevo estilo de vida) que en algunos casos pueden causar trastornos físicos.

El divorcio es un proceso de duelo sin respuestas preestablecidas pero desde el punto de vista analítico se articula a partir de tres etapas que a su vez dan origen a etapas posteriores, dichas etapas están relacionadas entre sí y se diferencian de acuerdo a dos criterios: 1. Las cualidades de cada pareja (tiempo de duración de cada etapa), 2. La secuencia que implica la aparición y transición de una fase y/o estadio a otro. Sin embargo se debe considerar el contexto y las características particulares de los grupos de población, además del enfoque de género, que implica analizar las visiones y vivencias de hombres y mujeres con una perspectiva relacional.

1.10.1 La pre-ruptura: es el resultado de los modos de interacción que asumen los cónyuges en la realización de actividades cotidianas. La atención se centra en los aspectos negativos de la relación, domina la tendencia a ser crítico con el cónyuge; en esta etapa se identifica dos fases:

- **Distancia emocional:** reflejada en la insatisfacción con el vínculo y con las expectativas asociadas a él; hay negación de la realidad y surgimiento de sentimientos de inseguridad, desilusión, tristeza, ira e irritabilidad.
- **Conflicto manifiesto:** en la cual al menos uno de los integrantes de la pareja adquiere conciencia de las causas reales de los conflictos y de la determinación interpersonal de estos, puede tener lugar como resultado la reevaluación de la relación o la definición de la ruptura.

1.10.2 La Ruptura: es el proceso mismo de la separación una vez tomada la decisión. Incluye la elaboración y asimilación de acuerdos sobre la nueva situación, que contiene el

distanciamiento físico de la pareja (planificación y concreción de los arreglos y de los bienes comunes e individuales), puede incluir o no el divorcio legal. Se evidencia las siguientes etapas en una ruptura:

- **La decisión:** la mayoría de los matrimonios llega a tomar la decisión de divorciarse después de meses o años de disputas, desilusiones, ofensas y frustraciones y trae consigo sentimientos de culpa, pérdida de la autoestima, aislamiento, dificultades de planeamiento, en algunos casos, ansiedad o depresión.
- **Planeamiento de la ruptura:** la pareja debe lograr acuerdos para su bienestar y el de los hijos. En esta etapa son comunes la rabia, la descalificación mutua, los sentimientos y las conductas agresivas.
- **Separación:** supone la aceptación de la pérdida de la relación de la pareja. Caracterizada por la desorientación y la necesidad de reconfirmar afectos y vínculos preexistentes a la separación, que deben funcionar como redes de apoyo.
- **Desvinculación:** implica la aceptación de la pérdida y el inicio de nuevos vínculos existe la posibilidad de comenzar una nueva relación de pareja.

Las rupturas dependen de varios factores como son: rasgos de personalidad o sensibilidad, aspectos cognitivos, recursos propios (autoestima, recursos de afrontamiento de dificultades) y grado o importancia de la relación (grado de intimidad, apoyo social, etc.)

1.4.2 Elaboración de la ruptura: se refiere al reconocimiento de la ruptura, a la reestructuración personal, con una reorganización de la propia identidad (incluye la ejecución de acuerdos de la etapa anterior). Las siguientes fases pueden o no relacionarse en su realización pero exigen un determinado grado de elaboración: divorcio económico (ingresos); divorcio social (relaciones familiares con la familia de origen y la del cónyuge,

redes de apoyo social y amistades que antes se compartían); nueva realidad coparental, (reestructuración de la relación parental); divorcio emocional, se logra completar el proceso psicológico de elaboración de la pérdida, con aceptación íntegra de la realidad de sí mismo y del otro, con autonomía e independencia con aumento de la autoestima y confianza en sí mismo.

CAPITULO II

DIAGNÓSTICO DEL CASO

2. HISTORIA CLÍNICA

Fecha de Evaluación: 17 de abril de 2010

2.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: A. R. I. M.

Lugar y fecha de Nacimiento: Cuenca, 8 de noviembre de 1984

Edad: 25 Años 5 Meses

Fuente de información: Directa (paciente/hermana)

2.2 MOTIVO DE CONSULTA

Análisis de Caso

Padecimiento actual

La paciente presenta un estado de ánimo decaído, fatiga (presente en las actividades cotidianas y laborales) pérdida de interés ante varias actividades, pérdida de peso, dificultades en la toma de decisiones, dicho estado de ánimo se agudiza tiempo después del divorcio.

Antecedentes Personales

Andrea recuerda que durante su infancia era callada, un poco tímida, tenía amigas y le gustaba jugar y distraerse, cumplía siempre con las tareas escolares, manteniendo un buen rendimiento escolar, sin embargo el padre exigía más.

2.3 PSICOBIOGRAFÍA

Núcleo Familiar

Andrea proviene de un hogar disfuncional, compuesto por 8 miembros: su padre Froilán (fallecido), su madre Rosa (63 años vive en España, QQDD), Nery (38 años, hijo mayor vive en España, electricista, soltero), Nathalia (36 años vive en España, QQDD, soltera tiene 2 hijos), Ma. Augusta (35 años, es Monja vive en Cuenca), Priscila (28 años vive en Cuenca es Ing. Química, casada tiene 1 hija), Andrea (25 años, vive en Cuenca, empleada privada, divorciada, tiene 1 hija) y Adrian (24 años, vive en Cuenca, es bombero, casado, tiene 2 hijos).

Froilán, se mostraba a menudo con sus hijas celoso y controlador, le gustaba que todo esté en orden, limpio, exigía mucho, él era muy serio y drástico, siempre exigía que saquen buenas calificaciones. Existían roces frecuentes con el padre porque Andrea no quería obedecer, cuando le llamaban la atención solo se retiraba a su cuarto para no escuchar lo que le decían, Priscila la hermana mayor de Andrea refiere que aparentemente su hermana odiaba a su padre porque él le castigaba por su rebeldía además lo culpaba por la partida de su madre a España, “ella aún le guarda resentimiento”.

La madre era sumisa, muy rencorosa; su esposo quería que ella pase en la casa, haciendo labores domésticas, él le celaba mucho lo que causaba frecuentes discusiones llegando en ocasiones al maltrato físico, sus hijos siempre estaban expuestos a aquel tipo de conflictos.

Condición socioeconómica: la familia era grande y las dificultades económicas eran fuertes a pesar de que el padre y el hijo mayor trabajaban duro para solventar las necesidades de la familia, es por ello que Nathalia la hija mayor decide viajar a España para ayudar económicamente a su familia, a la vez, también escapa a una ruptura amorosa (“ella

tuvo decepciones amorosas porque papá se interponía, no le dejaba tener enamorados; él siempre les molestaba a las mayores, les celaba mucho, no les dejaba salir”)., la situación económica de la familia mejora significativamente luego de un año del viaje de Nathalia; es cuando la madre cansada de las discusiones decide viajar a España lo que crea un conflicto aún mayor por los celos infundados de su esposo.

Conflictos Significativos: En 1999, el padre es diagnosticado con leucemia, su salud empieza a deteriorarse, en el 2000, deciden llevarle a España para realizarle un tratamiento médico con la esperanza de curarle; ya en España empiezan nuevos conflictos porque el padre comienza a “molestarle a Nathalia”; ella vivía en unión libre y con su pareja tenía un hijo “eso no era aceptado por mi papá, ellos debían casarse”, en el tiempo que estuvo allá por sus frecuentes reclamos y problemas (por la unión libre) la pareja decide separarse definitivamente, por lo que la hija mayor también le guardaba resentimiento; en el 2001 el padre regresa a Ecuador más enfermo y fallece en el 2002. Nery, el hijo mayor se queda a cargo de sus hermanos menores sin embargo el tiempo no le alcanzaba por sus trabajos, lo que aprovechaban sus hermanos para salir a bailes y reuniones con amigos. Luego la madre le lleva a España y asume la responsabilidad de los hermanos menores Priscila, (se hace cargo de todas las labores domésticas sólo) “ella no podía controlarnos”; entonces Ma. Augusta se retira del convento para asumir la responsabilidad de sus hermanos pero al notar su desinterés regresa al convento luego de dos años, “cuando estábamos en la casa cada quien pasaba en su cuarto, casi no hablábamos, “Andrea y Adrián no ayudaban en nada”.

Primera Infancia: Niñez/etapa escolar

El desarrollo psicomotor fue normal, sin complicaciones y sin enfermedades significativas, la paciente recuerda como más significativo, las discusiones frecuentes de

sus padres, éstas eran causadas por las dificultades económicas que tenían, además recuerda que él padre era muy controlador con sus hermanas mayores, recuerda que siempre jugaba y conversaba con su hermano Adrian; con la madre mantuvo siempre una buena relación; recuerda haber recibido maltrato físico por parte de su padre a quien aparentemente aún le guarda rencor.

Adolescencia: En el colegio, se caracteriza por ser una estudiante promedio hasta cuarto curso; tuvo más amistades pero con la partida de la madre empieza a salir con amigos a discotecas y a beber, pierde el año en quinto curso “por el viaje de mamá”; conoce a Juan (en un grupo de boy scouts) se hacen amigos y empiezan a salir, refiere que salía mucho, Andrea queda embarazada de Juan y al enterarse de que su hermana Nathalia vuelve a Ecuador por vacaciones (tres meses “era un infierno ella quería poner límites y a nadie le gustaba porque era grosera, déspota”) siente mucho temor de lo que su hermana iba a decir, entonces sus hermanos mayores le aconsejan que vaya a vivir con su novio Juan, a lo que Andrea accede; cuando nace su hija Paula, ellos se casan y continúan viviendo en la casa de los padres de Juan (2 años aproximadamente), luego arriendan un departamento (en el que viven 1 año 8 meses), luego van a vivir con la familia de Andrea porque su madre regresa de España y arrienda una casa grande para que vivan sus hijos (todos casados) con sus familias, con el fin de ayudarles económicamente (allí viven 1 año).

Edad Adulta: Andrea recibe apoyo económico de sus familiares de España para que estudie Arquitectura pero ella se retira, luego empieza a estudiar Economía; al ser evidente su falta de interés y la necesidad de la niña de tener a su madre cerca (“Paula solo pasaba llorando”), deja de estudiar y la familia le retira el apoyo económico. Al no estar de acuerdo con las exigencias de la madre; Andrea arrienda un departamento para vivir con su familia.

Luego de 5 años de matrimonio Andrea se divorcia, manifiesta haber recibido maltrato físico y psicológico de su ex esposo “él me empujaba, me jalaba, me gritaba, no me quería dejar salir, me encerraba en el cuarto, una vez me quiso ahorcar”; su hermana asegura que hasta la fecha actual tienen conflictos, Andrea ha llamado en varias ocasiones a su hermano menor para que vaya a defenderle. Su hermana Priscila dice que Andrea le ha confesado que ella aún mantiene contacto frecuente con su ex esposo y que siempre discuten, porque Andrea exige a su ex esposo, tomar las responsabilidades que él tiene de su hija; “él no demuestra interés por la niña, no acude a ninguna reunión, él no es responsable en lo absoluto de la niña” Su hermana refiere que en ocasiones la ha visto llorar, (“se queja de todo”) también afirma que a raíz de su divorcio cambió a peor porque antes no era grosera, no estaba tan delgada ni pasaba de mal genio tanto tiempo “parece que busca la compasión de todo el mundo”. Andrea refiere que tiene dificultad en conciliar el sueño, “no puedo dormir, sueño feo, a veces duermo tres o cuatro horas, me levanto cansada y no me da ganas de ir a trabajar, pero no tengo dinero, nadie me ayuda ni siquiera cuidando a Paula, a veces no tengo ni para comer, los de España no me ayudan, tengo que trabajar, por lo menos antes vivía con el papá de mi hija”. El médico le dijo que ha bajado significativamente de peso, Andrea dice sentirse triste y en ocasiones se desespera por la situación, “a veces he pensado en matarme con mi hija”, tiene dificultades para tomar decisiones, se siente frustrada y cualquier cosa le pone irritable; Priscila refiere que Andrea “piensa feo, todo es malo para ella, que si el arriendo, la comida, su hija, etc. ella no es cortés y eso cansa”, a la hija le grita y hasta le pega, “yo quise hacerme cargo de mi sobrina pero ella no quiere”.

Relaciones Familiares: Andrea refiere que fue muy apegada a su madre, pero le culpa por lo que le pasa “si no se hubiera ido yo no tuviera una hija, habría estudiado...si mi mamá no se hubiera ido... no me hubiera casado, por culpa de mi papá ella se fue...no me hubiera divorciado y estaría bien”, Andrea mantiene una buena relación con su hermano menor, confía en él, con sus demás hermanos casi no se lleva, refiere que a España si llama para pedirle que le ayuden económicamente y para que sepan “que no estoy bien”.

Historia Laboral: A partir del divorcio Andrea empieza a trabajar porque su ex esposo no le apoyaba económicamente; ha trabajado como cajera y asistente de ventas la paciente manifiesta no tener energía para trabajar, “me siento cansada, si trabajo es porque no tengo plata y nadie me ayuda”; Priscila refiere que el desempeño de Andrea es deficiente, desde el año pasado hasta la fecha ha tenido 4 trabajos que luego de periodos cortos de tiempo (1, 2 y máximo 3 meses) los abandona porque dice que “el ambiente no le gusta”.

Relaciones Interpersonales: Las relaciones sociales son deficientes, no tiene amigos, no sale, es poco comunicativa, refiere no confiar en las personas por “malas experiencias” que ha tenido, refiere no tener amigas, “solo conocidas”.

Embarazo y Parto: sujeto a estresores sociales (miedo a la presencia y carácter de la hermana mayor), Su hija nace por un parto normal a término, sin complicaciones.

Personalidad pre mórbida: alteraciones del estado de ánimo, sentimientos de tristeza y desamparo con ideaciones suicidas.

Andrea esta vestida de acuerdo a su edad y sexo, un poco desaliñada (cabello), es evidente su bajo peso, accede sin dificultad a la entrevista y a la aplicación de reactivos su pensamiento es de catastrofización, su afecto es deprimido, en sus expresiones hace evidente su abatimiento y desesperanza, su lenguaje es pausado y en ocasiones rápido.

Alimentación: refiere no tener apetito, ha bajado significativamente de peso.

2.4 EVALUACIÓN DEL CASO.

En la entrevista realizada a la paciente son evidentes las siguientes distorsiones:

Sobregeneralización ("Todo, ninguno, siempre, nunca...")

Falacia de control ("No puedo hacer nada con...")

Falacia de justicia ("Él/Ellos son injustos (familia, jefes)")

Falacia de cambio ("Si esa persona (ex esposo; si la situación cambiara (económica), entonces yo entonces podría estar mejor...")

Culpabilidad ("Por su culpa")

Deberías (" Él/Ellos deben...")

Polarización ("Bueno-Malo", "Blanco-Negro")

Inferencia arbitraria o interpretación del pensamiento ("parece que a ellos...")

2.5 RESULTADO DE LOS TESTS APLICADOS

- **Escala de Depresión de Beck:** Depresión Moderada
- **Escala de Depresión de Hamilton:** Depresión Moderada
- **Cuestionario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan:** Sobregeneralización, Falacia de cambio, Falacia de Justicia, Pensamiento polarizado, Interpretación de pensamiento, los debería, falacia de control.

2.6 DIAGNÓSTICO

La paciente presenta una depresión moderada; el diagnóstico se justifica por la presencia de los siguientes síntomas:

- Falta de energía manifestada por la paciente como fatiga.
- Disminución del interés por actividades que antes eran placenteras.
- Frustración y sentimientos de abandono.
- Irritabilidad, ira, preocupación, ansiedad.
- Dificultades para conciliar el sueño.
- Pérdida de peso.
- Dificultad en la toma de decisiones.
- Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.
- Nunca ha habido un episodio depresivo mayor y no se cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno Distímico.

Los síntomas están presentes la mayor parte del día provocando malestar significativo además de deterioro social y laboral además de baja autoestima. A dichos síntomas se suma la triada cognitiva común en los estados depresivos.

CAPÍTULO III

ESTRATEGIAS Y RECURSOS

3.1 Propuesta psicoterapéutica

Debido al diagnóstico de depresión moderada se propone el diseño de un plan psicoterapéutico con enfoque Cognitivo Conductual para modificar distorsiones cognitivas y supuestos personales, siendo un factor detonante que le produce depresión el divorcio de la paciente.

El temor irracional de la paciente al abandono de sus padres, presentes en la infancia ha formado estructuras de personalidad insegura, siendo evidente en la adolescencia y posteriormente en las relaciones interpersonales y en la vida de pareja, manifestando dependencia emocional, siendo este un patrón persistente en la vida de la paciente quien ha tratado de satisfacer de manera incorrecta sus necesidades emocionales insatisfechas, resultando de ésta conducta, episodios frustrantes y perturbadores (autodestructivos) presentes en el historial de la paciente y causales de ansiedad, tristeza e ira, impidiendo mantener un estado de bienestar.

Según la historia clínica se puede evidenciar un tipo de apego ansioso; en éste, están presentes tres componentes: temor a la pérdida de la figura vinculada, búsqueda de proximidad, y protesta por la separación; el divorcio, es vivido por la paciente como fuerte estresor de acuerdo con sus creencias; creando la necesidad imperiosa de afecto, temor y la sobrevaloración del rechazo, resultado de rasgos de personalidad que en este caso predisponen a la depresión.

Es evidente que la paciente tiene una autoestima deficiente, manifiesta sentimientos de soledad y profunda necesidad de afecto que le han conducido a cierta dependencia emocional; siendo su relación de pareja el detonante que desarrolló la depresión moderada; manteniendo un estado de ánimo disfórico, con tendencias a sufrir preocupaciones excesivas por todo acontecimiento presente en su vida. El divorcio entraña la pérdida del vínculo conyugal, provoca dolor, genera inseguridad, confusión e incertidumbre sobre cómo adaptarse a un nuevo estilo de vida y sobre cómo continuar con nuevos roles y formas de vida.

El propósito del presente plan psicoterapéutico es brindar a la paciente nuevas experiencias para corregir distorsiones, comprobar su validez y a su vez desarrollar nuevas habilidades para interpretaciones futuras que mejorarán la calidad de vida de la paciente.

3.2 Estructura del plan psicoterapéutico.

Se programa un número de 15 sesiones con una duración de 1 hora por sesión, de la 1ra a la 4ta semana se propone el trabajo de 2 sesiones por semana para luego trabajar 1 sesión semanal. La propuesta está enfocada también a disminuir el número de recaídas, a más de técnicas cognitivas, se incluirá psicoeducación.

NÚMERO DE SESIÓN	TÉCNICAS	ACTIVIDADES
Sesión 1 a la 4	Identificación de procesos cognitivos desadaptados.	Realización de la Historia Clínica Aplicación de reactivos
Sesión 3	Semejanza: relación entre pensamientos-afecto-conducta	Explicación de fundamentos teóricos concernientes a la depresión
Sesión 2, 5, 6 y	Detección y manejo de	Registro de pensamientos

7	pensamientos automáticos	inadecuados: ventajas y desventajas de los supuestos personales Explicar tareas para la casa: (pruebas de realidad)
Sesión 7, 8 y 9	Comprobación de la validez de los supuestos personales	Predecir el posible resultado de acontecimientos, verificar hipótesis Explicar tareas para la casa: (pruebas de realidad)
Sesión 9 – 10	Programación de actividades Escala Dominio/placer	Hacer un registro semanal de actividades Evaluación de actividades placenteras Explicar tareas para la casa: (pruebas de realidad)
Sesión 10 y 11	Asignación de tareas graduadas Entrenamiento asertivo para resolver dificultades	Elaborar con la paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta alcanzar la conducta determinada. Explicar tareas para la casa: (pruebas de realidad)
Sesión 12 y 13	Técnica de la triple columna	Cuestionar determinados pensamientos automáticos y generar interpretaciones realistas y útiles Explicar tareas para la casa: (pruebas de realidad)
Sesión 14 y 15	Entrenamiento en relajación	Técnicas de respiración

3.3 Objetivos de la psicoterapia Cognitivo conductual

- Las 4 primeras sesiones, buscan identificar la influencia de los componentes cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos presentes en el caso.
- En las sesiones 5 y 6 se detectará y modificará pensamientos automáticos, como productos de las distorsiones cognitivas.

- En las sesiones 7, 8 y 9 se analizarán los supuestos personales de la paciente, sintomáticos: (interrelación entre cogniciones-afectos-conductas) y los factores de tipo cognitivo (distorsiones y supuestos personales), la paciente aprenderá a reconocer las reacciones depresivas (pensamientos, sentimientos y reacciones hacia acontecimientos cotidianos), a la vez que se motivará a aumentar los pensamientos positivos.
- El objetivo de las sesiones 9 y 10 es motivar a la paciente a realizar actividades que le proporcionen sentimientos de bienestar, cambiando así su foco de atención de negativo a positivo.
- Las sesiones 10 y 11 tienen como objetivo Feedback de comprensión.
- Programar conductas reforzadoras positivas.
- Las 4 sesiones finales, tienen como objetivo reforzar la autoestima de la paciente; identificar y corregir los problemas u obstáculos que pueden aparecer durante la realización de las actividades y que podrían impedir la finalización de las tareas y objetivos.

Las tareas encomendadas a realizarse mediante experimentos, están centradas en comprobar hipótesis concretas que mantiene la paciente; mientras que las evaluaciones están centradas en realizar autoregistros de actividades, síntomas y creencias a nivel cognitivo.

3.4 Explicación de Técnicas cognitivo conductuales propuestas para el tratamiento presentes en el caso.

Recogida de los pensamientos automáticos: se explica a la paciente el autorregistro (situación – pensamiento - estado emocional). También se explica la relación pensamiento-afecto-conducta y la importancia de detectar los pensamientos automáticos. Se indica a la paciente que debe recoger sus pensamientos automáticos en los momentos de perturbación emocional.

Identificación de los supuestos personales: Durante la entrevista con la paciente, se pueden hacer hipótesis acerca de los supuestos personales escuchando cómo la paciente justifica su creencia en un determinado pensamiento automático y sus respuestas a la importancia que da a un acontecimiento.

Comprobación de la validez de los supuestos personales: se diseña con la paciente tareas conductuales, a modo de "experimentos personales, para comprobar el grado de validez de los supuestos personales. Por ejemplo, con la paciente referida se podría comprobar si ella puede ser feliz (con una definición clara de "su felicidad"), con actividades ajenas a las muestras afectivas provenientes del entorno. Para ello se realiza una lista de ventajas y desventajas o inconvenientes para tomar decisiones en función de ese listado, o comprobar si las muestras de desacuerdo de otros, producen necesariamente su infelicidad.

Técnica de la triple columna: el autorregistro consta de 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, se anotan pensamientos alternativos, tras valorar las evidencias para los pensamientos automáticos anteriores; la paciente aprende a cuestionar la evidencia que tiene para

mantener un determinado pensamiento automático y a generar interpretaciones más realistas o útiles.

Técnica de la flecha descendente: con esta técnica se logra anticipar los resultados de los pensamientos automáticos, así la paciente puede valorar si sus supuestos obtuvieron o no los resultados anticipados, también se puede descubrir los temores ocultos, se lleva a cabo identificando el pensamiento inicial.

Corrección de reglas “Debería”: la percepción de los acontecimientos mantienen reglas poco realistas de lo que en realidad son, lo cual causa sentimientos de frustración o fracaso “soy fiel, por lo tanto él debería amarme” los “debería” son interpretados como “no merezco nada”, este tipo de pensamientos deben ser reemplazados por pensamientos realistas como: “qué bonito sería...”

Programación de actividades: Se utiliza para que la paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema (p.ej. gimnasia en lugar de rumiar).

Predicción de placer: El paciente deprimido cree que no tiene sentido realizar ninguna actividad; el paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona, se debe anotar la satisfacción pronosticada antes de realizar la actividad y la satisfacción real luego de realizar dicha actividad. Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.

Asignación de tareas graduadas: Esta técnica se emplea cuando un paciente tiene dificultades para ejecutar ciertas conductas, se elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.

Entrenamiento asertivo: Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.

Entrenamiento en relajación: Se utiliza para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y la inhiba a través de la distensión muscular.

Observaciones:

El presente caso se trata de una paciente de 25 años de edad, divorciada luego de 5 años de matrimonio, tiene una hija de 6 años de edad, es empleada privada; los frecuentes estados de ánimo, la dificultad para mantener empleos y las conflictivas relaciones interpersonales, revelan como diagnóstico la presencia de una depresión moderada, siendo un factor detonante el divorcio, sin embargo el estado de ánimo actual de la paciente se debe a una estructura de personalidad que se inicia en la infancia, marcada por las relaciones afectivas con su padre; siendo las respuestas afectivas de la paciente no adaptables al ambiente físico las que no permiten regular las relaciones sociales, como resultado, la comunicación no es efectiva, teniendo dificultades con el entorno inmediato.

Los síntomas depresivos que presenta la paciente hacen evidente la triada cognitiva; los diversos roles que debe asumir, las responsabilidades, la marcada influencia patriarcal, la intensidad de sus emociones, el grado de apego y las estrategias de afrontamiento de la paciente hacen que el padecimiento actual no le permita mantener un buen desempeño global, por ello es importante trabajar en las estructuras cognitivas erróneas.

Conclusión:

Las experiencias tempranas son trascendentales en la constitución de la personalidad del individuo, esquemas posteriores se asimilan y se fundamentan en los iniciales, y a la vez el paciente adapta sus experiencias a información reciente, manteniendo esquemas derivados de las respuestas o reacciones complementarias del entorno. En el presente caso la relación inicial con la figura paterna muestra una desvinculación afectiva lo que provoca inseguridad y baja autoestima, favoreciendo a la paciente a mantener relaciones insatisfactorias.

En el caso A.R.I.M. los esquemas cognitivos erróneos son patrones intrínsecos producto de experiencias infantiles, que son la base del aprendizaje posterior y han combinado actitudes, valores y creencias que determinan la manera de interpretar el mundo y la manera de actuar ante diversas situaciones, estas primeras experiencias han formando esquemas cognitivos y emocionales erróneos que en interrelación con el proceso de duelo por el divorcio impiden a la paciente pensar de forma correcta, pues solo percibe parte de la realidad de sus problemas, además de que dicha manera de pensar impide el aprendizaje positivo y provoca errores en la solución de problemas, a su vez las relaciones interpersonales son tensas por lo que la paciente no cuenta con un grupo de apoyo para mitigar sus conflictos.

Al ser el duelo, un proceso normal presente en todas las transiciones sociales (niñez, adolescencia, vida adulta, vejez), ayuda a atenuar los acontecimientos para que el conflicto sea resuelto y la pérdida sea asimilada de manera saludable; en este caso el impacto del divorcio desencadenó gran cantidad de sentimientos negativos: culpa, ira, rencor, frustración, baja autoestima. La terapia es importante para que la paciente reconozca su

nueva realidad, se acople a la misma, acepte la separación, aprenda a identificar sus emociones, supere la pérdida emocional presente y aprenda a solucionar y enfrentar nuevas dificultades y a su vez, que ésta, no se convierta en un proceso patológico autodestructivo.

Recomendación:

La terapia Cognitiva Conductual está basada en la reestructuración de los pensamientos, las acciones y los sentimientos, este modelo plantea la importancia de identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen en los estados de ánimo, para tener un mayor control sobre los sentimientos. Es indispensable la modificación de estructuras mentales erróneas causantes de depresión, para que la paciente mejore su calidad de vida aprendiendo a manejar adecuadamente las situaciones presentes y así prevenir posibles recaídas.

BIBLIOGRAFÍA:

- BARON, Robert A., BYRNE, Donn, “*Psicología Social*”, Madrid 1998.Ed. Prentice Hall
- DE LA TORRE, Francisco, “*Relaciones Humanas*”, Ed. Trillas, Mexico 1998.
- FREDERICK, H. Kanfer, GOLDSTEIN, Arnold, “*Como Ayudar al Cambio en Psicoterapia*”, Ed. Desde de Brower, Bilbao 1987.
- GARRISON, Mark, HERNÁNDEZ, Olga, “*Psicología*” 2da. Edición, Ed. Mc. Graw Hill, México 2004.
- LARSEN, Randi, BUS, David B., “*Psicología de la Personalidad*”, 2da. Edición, Ed. Mc. Graw Hill, México 2005.
- LEITENBERG, Harold. “*Modificación y terapia de Conducta*”, Ed. Morata, S.A. 1982.
- “*Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV –TR)*”, Cuarta España 2003. edición, Ed. Masson, 2002.
- MORRIS, Charles, Maisto, Albert, “*Psicología*” 10ma. Edición, Ed. Prentice Hall México 2001.
- PALMERO, Francesc, FERNÁNDEZ, Enrique, CHOLIA, Mariano, “*Psicología de la Motivación y de la Emoción*”, Ed. Mc. Grill, España 2002.
- PAPALIA, Diane E., WENDKOS, Olds, FELDMAN, Ruth “*Desarrollo Humano*”, 9na. Ed., Ed. Mc. Graw Hill. México 2006.

- RUBIO, Martos Ana, “*Las mil caras del Maltrato Psicológico*”, Ed. Mc Graw – Hill 2003.
- SARASON, G. Irwin., SARASON R. Barbara, “*Psicología Anormal*”, 7ma Edición, Ed. Prentice Hall, México 1996.
- TORO, Ricardo J., YEPES R. Luis Eduardo., “*Psiquiatría*”, CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS, Medellín, Colombia, 2004.
- www.psicologiaconductual.com
- www.psicooactiva.com
- www.psicologia-online.com
- www.psicoterapeutas.com
- www.depresion.psicomag.com/terapia_conductual.php
- www.cognitivoconductual.org
- www.comportamental.com/articulos/51.htm
- www.hipocampo.org/hamilton.asp

ANEXOS

ANEXO 1 TEST APLICADOS

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombres _____ **Edad** _____ **Fecha** _____

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de ellas. A continuación, señale cual de las afirmaciones de cada grupo, describe mejor sus sentimientos durante la **ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**. Marque la afirmación que considere aplicable a su caso. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5)

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mi mismo.
- Me odio a mí mismo.

8)

- No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

- No tengo ninguna idea de matarme.
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- Me gustaría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

- No me irrito más ahora que antes.
- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13)

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

- No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- Me preocupa que esté pareciendo viejo (a) sin atractivos.
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
- Creo que me veo horrible.

15)

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.

- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- No he notado cambio alguno reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo el interés por el sexo.

PUNTUACIÓN TOTAL _____ NIVEL DE DEPRESIÓN _____

EXAMINADOR _____

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

Instrucciones: Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación.

1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

0 = Ausente.

1 = Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados.

2 = Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.

3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto.

4 = El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

2. Sensación de culpabilidad

0 = Ausente.

1 = culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.

2 = Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.

3 = La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.

4 = La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad

3.- Idea de suicidio

0 = Ausente.

1 = Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.

2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.

3 = Ideas o amenazas de suicidio.

4 = Intentos de suicidio.

4.- Insomnio precoz

0 = Ausente.

1 = Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.

2 = Dificultades para dormirse cada noche.

5.- Insomnio medio

0 = Ausente.

1 = El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.

2 = Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).

6.- Insomnio tardío

0 = Ausente.

1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.

2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

7.- problemas en el trabajo y actividades

0 = Ausente.

1 = Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones.

2 = Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.

3 = Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.

4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

8.- Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)

0 = Palabra y pensamiento normales.

1 = Ligero retraso en el diálogo.

2 = Evidente retraso en el diálogo.

3 = Diálogo difícil.

4 = Torpeza absoluta.

9.- Agitación

0 = Ausente.

1 = "Juega" con sus manos, cabellos, etc.

2 = Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

10.- Ansiedad psíquica

0 = No hay dificultad.

1 = Tensión subjetiva e irritabilidad.

2 = Preocupación por pequeñas cosas.

3 = Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.

4 = Terrores expresados sin preguntarle.

11.- Ansiedad somática: signos o síntomas somáticos concomitantes de la ansiedad, como:

- Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.
- Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias
- Respiratorios: hiperventilación, suspiros
- Frecuencia urinaria.
- Sudoración.

0 = Ausente.

1 = Ligera.

2 = Moderada.

3 = Grave.

4 = Incapacitante.

12.- Síntomas somáticos gastrointestinales

0 = Ninguno.

1 = Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.

2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.

13.- Síntomas somáticos generales

0 = Ninguno.

1 = Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.

2 = Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.

14.- Síntomas genitales como pérdida de la libido y trastornos menstruales

0 = Ausente.

1 = Débiles.

2 = Graves

3 = Incapacitantes

15.- Hipocondría

0 = No la hay.

1 = Preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 = Preocupado por su salud.

3 = Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.

4 = Ideas delirantes hipocondríacas.

16.- Pérdida de peso (completar sólo A o B)

A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)

0 = No hay pérdida de peso.

1 = Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.

2 = Pérdida de peso definida según el enfermo.

B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)

0 = Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).

1 = Pérdida de peso de más de 500g por semana (de promedio).

2 = Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).

17.- Insight (conciencia de enfermedad)

0 = Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.

2 = Niega estar enfermo.

El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista, excepto para los ítems del sueño, que se refieren a los dos días previos. Se suma la puntuación de todos los ítems para obtener la puntuación global. Proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro.

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0 = nunca pienso eso; 1= a veces lo pienso; 2 = bastantes veces lo pienso; 3 = los pienso con mucha frecuencia.

1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan.	0	1	2	3
2. Solamente me pasan cosas malas.	0	1	2	3
3. Todo lo que hago me sale mal.	0	1	2	3
4. Sé que piensan mal de mí.	0	1	2	3
5. ¿Y si tengo una enfermedad grave?	0	1	2	3
6. Soy inferior a la gente en casi todo.	0	1	2	3
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor.	0	1	2	3
8. ¡No hay derecho a que me traten así!	0	1	2	3
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.	0	1	2	3
10. Mis problemas dependen de los que me rodean.	0	1	2	3
11. Soy un desastre como persona.	0	1	2	3
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa.	0	1	2	3
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas.	0	1	2	3
14. Sé que tengo la razón y no me entienden.	0	1	2	3
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa.	0	1	2	3
16. Es horrible que me pase esto.	0	1	2	3
17. Mi vida es un continuo fracaso.	0	1	2	3
18. Siempre tendré este problema.	0	1	2	3
19. Sé que me están mintiendo y engañando.	0	1	2	3
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3
21. Soy superior a la gente en casi todo.	0	1	2	3
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean.	0	1	2	3
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así.	0	1	2	3
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo.	0	1	2	3
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas.	0	1	2	3
26. Alguien que conozco es imbécil.	0	1	2	3
27. Otros tienen la culpa de lo que me pasa.	0	1	2	3
28. No debería cometer estos errores.	0	1	2	3
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto.	0	1	2	3
30. Ya vendrán tiempos mejores.	0	1	2	3
31. Es insoportable, no puedo aguantar más.	0	1	2	3
32. Soy incompetente e inútil.	0	1	2	3
33. Nunca podré salir de esta situación.	0	1	2	3

34. Quieren hacerme daño.	0	1	2	3
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas que quiero?	0	1	2	3
36. La gente hace las cosas mejor que yo	0	1	2	3
37. Soy una víctima de las circunstancias	0	1	2	3
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0	1	2	3
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0	1	2	3
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0	1	2	3
41. Soy un neurótico	0	1	2	3
42. Lo que me pasa es un castigo que me merezco	0	1	2	3
43. Debería recibir más atención y cariño de otros	0	1	2	3
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0	1	2	3
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0	1	2	3