

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Sociales

Efectividad clínica de la Terapia Cognitiva de Aaron Beck en el tratamiento de un grupo de pacientes adultos guatemaltecos que han sufrido depresión clínica unipolar

Trabajo de Investigación presentado por Meri Elizabeth Lubina Reyes para optar al grado académico de Licenciada en Psicología

Guatemala,
2007

Efectividad clínica de la Terapia Cognitiva de Aaron Beck en el tratamiento de un grupo de pacientes adultos guatemaltecos que han sufrido depresión clínica unipolar

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Sociales

Efectividad clínica de la Terapia Cognitiva de Aaron Beck en el tratamiento de un grupo de pacientes adultos guatemaltecos que han sufrido depresión clínica unipolar

Trabajo de Investigación presentado por Meri Elizabeth Lubina Reyes para optar al grado académico de Licenciado en Psicología

Guatemala
2007

VoBo.:

(f) Claudia García de la Cadena
MSc. Claudia García de la Cadena

Tribunal:

(f) María del Pilar Grazioso
MA. María del Pilar Grazioso

(f) Claudia García de la Cadena
MSc. Claudia García de la Cadena

(f) Emilio Quinto
Dr. Emilio Quinto

Fecha de Aprobación: Guatemala, 01 de junio de 2,007

PREFACIO

Esta investigación es el resultado de un periodo extendido de recopilación de datos teóricos y empíricos a través de mi experiencia de formación como estudiante de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala.

Su elaboración empieza con una propuesta para realizar un trabajo conjunto entre el alumnado del curso de Terapia Cognitiva para desarrollar investigaciones en torno a la efectividad de la terapia cognitiva con grupos de pacientes guatemaltecos. Luego de haber sido elegida para participar por medio de la presentación de mi propuesta individual, inicié la recopilación de datos empíricos y teóricos específicos para elaborar el presente trabajo. Entre ellos, la selección de cursos selectivos que me brindaron apoyo específico en cuanto al tema.

La experiencia en las prácticas profesionales supervisadas continuó preparándome y proveyéndome de información real y actual sobre el trabajo con la población guatemalteca en ámbitos psicológicos clínicos, laborales y educativos. La creación y puesta en marcha del Centro de Apoyo Integral a la Comunidad de la Universidad del Valle de Guatemala me brindó la oportunidad para contar con un espacio seguro, confiable y factible para trabajar con diversos pacientes.

El respaldo del Departamento de Psicología de la Universidad del Valle y del Dr. Emilio Quinto fue eminente para lograr dar forma y fondo al trabajo práctico y teórico incluido. Sin su dinámica particular, y sus alcances para ofrecer mejores y mayores experiencias para el alumnado no hubiese sido posible elaborar esta investigación.

En especial deseo agradecer a:

- Dios por ser lo que soy, por bendecir mis experiencias al interactuar con el mundo y guiar mis planes y objetivos para el futuro.
- mi padre y madre por prestarse a crear un clima de empresa común entre padre e hija a lo largo y ancho de mi vida basado en la confianza y en la generosidad.
- mis hermanos, César y Ana por ser fuentes de inspiración constantes.
- Billy y Daniela por su paciencia y por proporcionar espacios de verdadero deleite y gozo.
- Hugo por mantener un actitud orientada a resolver problemas y por su deseo de enseñar y aprender.
- Catherine por una amistad excepcional basada en el práctica colaborativa a través de tantas y tantas experiencias de la vida.
- Karin por marcar un claro ejemplo de solidaridad en mi vida.
- Angelique, Iris, Fröken, Julia, y Ester por ser cómplices y compañeras en el desarrollo profesional del estudiante universitario guatemalteco de esta generación.
- Dr. Emilio Quinto por inspirarme, darme la oportunidad y acompañarme en el proceso.
- mis catedráticos, Maria del Pilar Gracioso de Rodríguez, Claudia García de la Cadena, Patricia Rodas de Ruiz , y al Departamento de Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala, por su fuerza y desarrollo, por su ejemplo, y por los recursos volcados hacia mi persona.
- mis clientes/ pacientes bajo práctica supervisada, por su confianza y inspiración.
- usted lector, por fortalecer este trabajo.

RESUMEN

La investigación que a continuación se presenta, aborda el análisis de la efectividad de la Terapia Cognitiva de Aaron Beck para el tratamiento de depresión unipolar aplicada a sujetos guatemaltecos, adultos que han sufrido de este tipo de padecimientos.

Este análisis, se basó en información proveniente de pacientes con un diagnóstico de depresión unipolar, atendidos por el Dr. Emilio Quinto en su práctica privada y de un estudio de caso atendido por mi persona bajo práctica supervisada. Al grupo, se les proporcionó técnicas cognitivo conductuales para promover una mejoría en la sintomatología. En la mayoría de casos revisados, se utilizó una combinación de este tipo de psicoterapia con farmacoterapia.

Para evaluar la efectividad de esta terapia, se utilizaron las Escalas Montgomery-Åsberg de Depresión (MADRS), el Inventario Beck de Depresión, la Escala Hamilton de Depresión, y la Escala Beck de Desesperanza. Los resultados demostraron que la Terapia Cognitiva de Aaron Beck para el tratamiento de depresión unipolar en el adulto es eficaz tanto como tratamiento unimodal o bimodal (en combinación con psicofármacos) en producir una mejoría en la severidad del padecimiento.

Para aplicar esta modalidad terapéutica en Guatemala, se debe estar familiarizado con los tipos y subtipos de depresión unipolar, sus patrones y curso, sus complicaciones y con los factores orgánicos y psicosociales que le rodean. Así mismo es necesario un conocimiento profundo de las pautas, herramientas y técnicas propias de la terapia y entrenamiento formal bajo práctica supervisada.

Tanto para su aplicación como para su investigación, es recomendable un conocimiento sobre el contexto de salud mental en Guatemala y trabajar con un médico especialista en psiquiatría para obtener una evaluación sobre la

aplicación de psicofármacos en combinación con este tipo de terapia para cada caso particular debido al estado actual de conocimiento sobre el tema.

CONTENIDO

PREFACIO.....	v
RESUMEN.....	vii
CONTENIDO.....	ix
LISTA DE GRÁFICAS.....	xii
LISTA DE TABLAS.....	xiii
Capítulos	
I. INTRODUCCIÓN.....	01
II. MARCO TEÓRICO.....	02
A. Depresión Clínica Unipolar.....	02
1. Diagnóstico.....	02
2. Comorbidad.....	05
3. Diagnóstico Diferencial.....	05
4. Variables asociadas.....	05
B. Entorno social en materia de salud mental del paciente/cliente guatemalteco.....	11
C. Datos sobre depresión clínica unipolar en Guatemala.....	17
D. Terapia Cognitiva de Aaron Beck.....	19
1. Antecedentes.....	19
2. Modelo.....	20
a. Conceptos generales.....	21
b. Objetivos.....	23
3. Terapia Cognitiva para el tratamiento de depresión clínica unipolar.....	24

a. Secuencia de sesiones recomendadas.....	24
b. Tratamiento para el paciente suicida.....	26
c. Técnicas, pautas y herramientas.....	27
d. Características deseables en el Terapeuta.....	28
E. Efectividad clínica.....	28
III. METODOLOGÍA.....	31
A. Justificación.....	31
B. Limitaciones.....	32
C. Objetivos.....	32
1. Objetivo general.....	32
2. Objetivos específicos.....	32
D. Instrumentos.....	32
1. Revisión de casos.....	32
2. Estudio de caso.....	33
E. Participantes.....	34
1. Revisión de casos.....	34
2. Estudio de caso.....	34
F. Variables.....	35
1. Descripción de variables.....	35
2. Definición conceptual de variables.....	35
a. Terapia Cognitiva de Aaron Beck en el tratamiento de la depresión unipolar en el adulto.....	35
b. Depresión clínica unipolar.....	35

c. Efectividad.....	35
G. Diseño de estudio.....	36
H. Análisis de datos.....	36
1. Revisión de casos.....	36
2. Estudio de caso.....	45
IV. DISCUSIÓN.....	133
V. CONCLUSIONES.....	139
VI. RECOMENDACIONES.....	141
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	143
VIII. APÉNDICES.....	147
1. Consentimiento informado y compromiso de participación.....	147
2. Contrato anti-suicidio.....	149

LISTA DE GRÁFICAS

Nº. 1 Comparación de grupo de pacientes con depresión unipolar por sexos del Centro de Terapia Cognitiva de Guatemala.....	38
Nº. 2 Pacientes del 1-20 totales con depresión unipolar del Centro de Terapia Cognitiva de Guatemala	39
No. 3 Pacientes del 21-40 totales con depresión unipolar del Centro de Terapia Cognitiva de Guatemala	39
Nº. 4 Pacientes del 41-63 totales con depresión unipolar del Centro de Terapia Cognitiva de Guatemala	40
Nº. 5 Pacientes totales con depresión unipolar del Centro de Terapia Cognitiva de Guatemala al inicio de la terapia	40
Nº. 6 Pacientes totales con depresión unipolar del Centro de Terapia Cognitiva de Guatemala al final de la terapia	41
Nº. 7 # de pacientes por tratamiento en el Centro de Terapia Cognitiva de Guatemala	42
Nº. 8 Pacientes con depresión unipolar que recibieron terapia cognitiva (unimodal) en el Centro de Terapia Cognitiva de Guatemala	42
Nº. 9 Pacientes con depresión unipolar que recibieron terapia cognitiva (bimodal) en el Centro de Terapia Cognitiva de Guatemala	43
Nº 10 Farmacología recetada a pacientes con depresión unipolar en terapia bimodal (Terapia cognitiva/ Psicofarmacología) del Centro de Terapia Cognitiva en Guatemala	43
Nº. 11 Mejoría porcentual en pacientes totales.....	44
Nº. 12 Mejoría en pacientes con Terapia Cognitiva Unimodal.....	44
Nº 13. Genograma familiar.....	50

LISTA DE TABLAS

Nº.1 Artículos con respecto a la salud en la Constitución de la República de Guatemala.....	14
Nº. 2 Errores típicos de lógica.....	23
Nº. 3 Protocolo de Investigación para un Centro de Terapia Cognitiva.....	25
No. 4 Resumen de puntajes iniciales y finales en base al número de pacientes con depresión unipolar según la Escala Montgomery-Åsberg de Depresión.....	41
Nº. 5 Análisis FODA primera sesión.....	67
Nº. 6 Técnicas aplicadas al caso de Brenda Rivas.....	123
Nº. 7 Técnicas aplicadas al caso de Brenda Rivas.....	124
Nº. 8 Técnicas aplicadas al caso de Brenda Rivas.....	125
Nº. 9 Técnicas aplicadas al caso de Brenda Rivas.....	126
Nº. 10 Técnicas aplicadas al caso de Brenda Rivas.....	127
Nº. 11 Técnicas aplicadas al caso de Brenda Rivas.....	128
Nº. 12 Herramientas utilizadas en el caso de Brenda Rivas.....	129
Nº. 13 Pautas aplicadas al caso de Brenda Rivas.....	130
Nº. 14 Pautas aplicadas al caso de Brenda Rivas.....	131
Nº. 15 Pautas aplicadas al caso de Brenda Rivas.....	132

I. INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación pretende demostrar la efectividad clínica de la terapia cognitiva desarrollada por Aaron Beck en el tratamiento de la depresión clínica unipolar en un grupo de pacientes adultos guatemaltecos. Por la evidencia internacional de la efectividad empírica que esta modalidad terapéutica ha tenido al tratar casos con un diagnóstico de trastorno depresivo, se considera importante describir sus particularidades para apoyar y guiar los esfuerzos de investigación en Guatemala. Por ello, el carácter descriptivo y documental de éste tema está relacionado en lo posible al medio guatemalteco.

Este objetivo investigativo se lleva a la práctica por medio de la revisión de publicaciones internacionales sobre el tema y la descripción de éste tratamiento y sus resultados en un grupo de sujetos guatemaltecos. Este grupo de sujetos se ve conformado por casos de clientes adultos, guatemaltecos con depresión unipolar, que acudieron al Centro de Terapia Cognitiva de Guatemala, atendidos por el Dr. Emilio Quinto. El estudio de caso descrito, pertenece a un sujeto referido al Centro de Apoyo Integral a la Comunidad de la Universidad del Valle de Guatemala.

El tratamiento ofrecido a este grupo fue evaluado por medio de la utilización de las siguientes escalas: Escala Montgomery-Åsberg de Depresión, Inventario Beck de Depresión, Escala Beck de Desesperanza y la Escala Hamilton de Depresión. Los resultados obtenidos demuestran que la terapia cognitiva basada en el modelo de Aaron Beck para el tratamiento de desórdenes clínicos depresivos unipolares es efectiva ya que su aplicación indica mejorías en la sintomatología en éste grupo de sujetos.

II. MARCO TEÓRICO

A. Depresión Clínica Unipolar

1. Diagnóstico. Hoy día, el término depresión unipolar, dependiendo del país, de la práctica profesional y de la referencia consultada puede englobar o excluir a algún tipo de clasificación de trastorno depresivo. Por ello, para propósitos del presente estudio, las clasificaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico en su cuarta edición revisada (DSM-IV-TR), servirán para definir el término de depresión unipolar entre aquellos trastornos incluidos en esta categorización.

Depresión unipolar, en el DSM-IV-TR, conforma una de las tres secciones en las cuales este manual divide a los trastornos del estado de ánimo. Conjuntamente, los trastornos del estado de ánimo se dividen en: trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y en los trastornos basados en la etiología (inducidos por sustancias o enfermedad médica) (American Psychiatric Association, 2002).

Para su diagnóstico, se consideran síntomas relacionados al estado de ánimo depresivo: pérdida de interés, fatiga, desvalorización, pobre concentración, excesiva culpabilidad, ideación o intención suicida. Se consideran así mismo, síntomas físicos como: fluctuaciones de peso y de sueño, actividad motora retardada o agitada, fatiga, o pérdida de energía.

Las distintas clasificaciones de trastornos correspondientes a la depresión unipolar se pueden, por ende, aproximar como estados de tristeza, melancolía o desesperanza intensa que han avanzado al punto de ser disruptivos en el funcionamiento social de un individuo o en las actividades de su diario vivir y que cumplen con los criterios del DSM-IV-TR para un desorden depresivo sin episodios maníacos y que no ha sido inducido por sustancias o una enfermedad médica (American Psychiatric Association, 2002).

En específico, el DSM-IV-TR considera como depresión unipolar a tres categorías diagnósticas: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado (American Psychiatric Association, 2002). Para evaluar estos trastornos, se recomienda partir de una aproximación multidimensional, que considere la interacción de varias variables implícitas en la etiología de estos trastornos. (Reinecke y Davison, 2002).

El trastorno depresivo mayor, es el tipo más serio de trastorno depresivo, según algunos informes, en términos del número de síntomas y la severidad de estos. Es importante destacar que existen diferencias individuales de los síntomas y de la severidad de los mismos en cada caso particular. Por ejemplo, no es necesario que una persona sea suicida para padecerle, ni es necesario un historial de depresión (Franklin, 2006).

Se caracteriza el trastorno depresivo mayor, por tener un curso clínico de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Si el estado de ánimo actual es inducido por sustancias o enfermedad médica, se debe codificar y por definición, no se puede considerar como un episodio depresivo mayor. (American Psychiatric Association, 2002).

El diagnóstico de trastorno depresivo mayor puede indicar la presencia de un episodio único o varios episodios recidivantes. Además, su diagnóstico debe tomar en cuenta la gravedad del episodio actual. (American Psychiatric Association, 2002).

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, pueden utilizarse las siguientes especificaciones para describir el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor y los síntomas del episodio más reciente: en remisión parcial, en remisión total, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, o de inicio en el periodo de posparto (American Psychiatric Association, 2002).

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, se debe especificar el estado clínico actual y/o los síntomas: leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, o de inicio en el

periodo de posparto (American Psychiatric Association, 2002). De igual forma es necesario, cuando el trastorno depresivo mayor es recidivante, especificar si ha habido una recuperación ínterepisódica o no, y si ocurre con algún patrón estacional. (American Psychiatric Association, 2002).

El trastorno distímico, difiere del trastorno depresivo mayor, en cuanto a que su naturaleza tiende a ser de larga duración, por lo menos dos años de estar padeciéndole, con intervalos libres de síntomas no superiores a los dos meses. Puede ser de inicio temprano (antes de los 21 años), o de inicio tardío (después de los 21 años), aunque con más frecuencia ocurre durante la niñez o en la adolescencia. El trastorno distímico se clasifica en un nivel bajo de seriedad, pero con un curso crónico. (American Psychiatric Association, 1994).

Con base en la descripción anterior, el DSM-IV, ha retenido el desorden distímico como un constructo sintomático que también simultáneamente, puede cumplir con los criterios de un diagnóstico basado en las características de un desorden de personalidad depresiva (Akiskal y Cassano, 1997). Así mismo, el ICD-10, desarrollado por la Organización Mundial para la Salud en 1992, sugiere que la distimia y la personalidad depresiva representan constructos que se traspasan.

En la práctica actual, existe una tendencia a la confusión entre clínicos, ya que muchos pacientes con un cuadro de trastorno distímico (Akiskal y Cassano, 1997), presentan clínicamente, una patología de personalidad significativa. Como resultado, existe cierta dificultad para verle como un desorden afectivo. Aun así, en general se reportan casos distímicos con episodios depresivos superpuestos, fenómeno conocido como “depresión doble.” (Akiskal y Cassano, 1997).

Existe una tercera categoría diagnóstica de la depresión unipolar. Se le conoce como trastorno depresivo no especificado y puede incluir a personas con depresión crónica-moderada, que no ha estado presente el tiempo suficiente como para obtener el diagnóstico de desorden distímico. Puede incluir así mismo, los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen con los criterios pautados para otros trastornos dentro del DSM-IV (Akiskal y Cassano, 1997).

2. Comorbidad. Los trastornos depresivos considerados dentro del grupo de depresión unipolar en el adulto, exhiben una alta tendencia a ocurrir conjuntamente con trastornos suscitados por abuso de sustancias, desórdenes de ansiedad, desórdenes alimenticios y desórdenes de personalidad limítrofe (Reinecke y Davison, 2002).

3. Diagnóstico Diferencial. Es necesario distinguir depresión clínica unipolar de los síntomas depresivos que pueden atacar a una persona en determinado momento. Si los síntomas depresivos persisten por un periodo de tiempo significativo e impiden significativamente en el día a día del sujeto es necesaria una evaluación pronta por parte de un psiquiatra o psicólogo.

Así mismo es necesario evaluar si existen episodios maníacos en el cuadro clínico y descartar un trastorno de tipo bipolar o se debe de diferenciar de trastornos psicóticos crónicos. Luego, se debe distinguir entre un tipo de demencia tipo Alzheimer que puede incluir una predominancia de los criterios para un episodio depresivo mayor dentro de su cuadro clínico (American Psychiatric Association, 2002).

Además, se debe distinguir entre los trastornos depresivos unipolares y los trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica o abuso de sustancias. Dentro de las enfermedades médicas que pueden inducir trastornos depresivos se encuentran el cáncer, lesiones medulares, ulcera péptica, Enfermedad de Huntington, síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA], insuficiencia renal terminal y algunas lesiones cerebrales (American Psychiatric Association, 2002).

Así mismo la intoxicación o la abstinencia de sustancias como el alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cocaína, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, entre otros, pueden provocar estados clínicos depresivos. (American Psychiatric Association, 2002).

4. Variables asociadas. Actualmente no es posible comprobar una sola causa de la depresión ni una sola variable responsable de su mantenimiento o de su predisposición. Más bien, existe un emergente consenso que la depresión resulta de la interacción de múltiples variables. Al diseñar programas individuales de

tratamiento, se debe considerar cuidadosamente todas las variables contribuyentes al estado depresivo particular de un sujeto (Reinecke y Davison, 2002).

La interacción de estas variables es aún sujeta a estudio y a una gama amplia de teorías. Sin embargo, es posible evidenciar la participación de variables que se dividen en cuatro categorías: variables genéticas y biológicas, variables interpersonales y ambientales, la historia del desarrollo del sujeto, y variables de tipo socio-cognitivas (Reinecke y Davison, 2002).

Estas variables, se sospecha, interactúan en una retroalimentación constante dando pie a ciertos cambios neurobiológicos y a características clínicamente compartidas entre los desórdenes depresivos unipolares (Reinecke y Davison, 2002). Los diferentes modelos de depresión difieren en el énfasis colocado a alguna u otra categoría y en la forma en que se cree que estas variables interactúan.

Las causas orgánicas se basan en evidencia científica sobre el descubrimiento de variables asociadas a la herencia genética que ponen en riesgo a las personas a sufrir de desórdenes afectivos mayores. Es esta evidencia la que sirve como base conceptual para los tratamientos psicofarmacológicos disponibles para aliviar los síntomas de los desórdenes depresivos (Reinecke y Davison, 2002).

Investigaciones recientes sobre las variables orgánicas relacionadas con la depresión, sugieren un vínculo entre la depresión y la producción de neuronas en el hipocampo que forma parte de las estructuras en el cerebro humano que involucran emoción, motivación y asociación emocional con la memoria. Así mismo existe una relación entre los estados depresivos y cambios neuroquímicos vinculados a la serotonina, noradrenalina y dopamina.

Esta evidencia viene de estudios con sujetos vinculados, gemelos y adoptivos. Sin embargo, según Kendler y Gardner (citados por Reinecke y Davison, 2002), las anomalías psicológicas y neuroquímicas presentes entre pacientes de éste tipo con depresión mayor, no prueban que estos disturbios juegan un rol causal en el origen del desorden y las investigaciones con gemelos monozigotos, indican que factores sociales y ambientales juegan un rol crítico en éste tipo de padecimientos.

Las variables psicosociales, se relacionan a factores que vinculan al ser humano en su interactuar con el medio ambiente. Al considerar estas variables, cabe

mencionar la actividad cognitiva del sujeto, su personalidad, las conductas que exhibe, la cultura, el entorno y la sociedad que le rodea como también la historia de su desarrollo.

Aaron Beck describe dos dimensiones de la personalidad disfuncional que pueden predisponer a la depresión en cuanto a aspectos sociales e individuales. La primera dimensión se refiere a la personalidad sociotrópica. Las personas sociotrópicas invierten su energía en intercambios sociales positivos y en obtener ayuda, apoyo y atención de otros, basando su sentido de valor en estas relaciones. (Reinecke y Davison, 2002; Quinto, 2002).

La segunda dimensión se refiere a las personas autonómicas. Estas personas se enfocan en la independencia y en la libertad de lo que consideran como ataduras. Están predispuestos a la depresión en situaciones que representan para ellos una disminución en su capacidad de operar libremente, sin obstáculos o interferencias, queriendo mantener el control por sus propios medios exclusivamente (Reinecke y Davison, 2002; Quinto, 2002).

Estas dimensiones de la personalidad pueden cambiar dependiendo del medio, el estrés o la motivación a la que se enfrenta el individuo en particular situación (Quinto, 2002). Estas diferencias individuales en cuanto a personalidad, pueden explicar las diferencias individuales en la vulnerabilidad de los sujetos a padecer depresión (Reinecke y Davison, 2002).

La depresión clínica unipolar es una de los problemas mayores, en materia de salud mental, alrededor del mundo. Existe un concepto ampliamente manejado en la actualidad por algunos sectores, desarrollado por la Organización Mundial para la Salud (OMS), la Universidad de Harvard y el Banco Mundial en un trabajo de gran envergadura, para medir la carga global de los trastornos mentales.

Este concepto de carga global se traduce del inglés, como años de vida ajustados por discapacidad o *DALYS*, (Disability Adjusted Life Years por sus siglas en inglés). Los *DALYS*, permiten medir la carga de una enfermedad mental con nuevos indicadores: los años vividos con discapacidad que pueden generar los trastornos o enfermedades, o aquellos vinculados a una muerte prematura (Chisholm, Dan, *et. al.*, 2004).

Datos sobre la carga global de la depresión, muestran estimados del año 2000, que indican que los desórdenes unipolares depresivos forman el 4.4% de la carga global de enfermedades equivalente a 65 millones de DALYS (Chisholm, Dan, *et. al.*, 2004).

Se calcula que para el año 2,010, en la región de América Latina y el Caribe, cerca de 36 millones y medio de personas se verán afectadas por trastornos de depresión (un número mayor que la población sumada de varios países centroamericanos), según datos de la Organización Panamericana de la Salud del año 1997, (citados por Levav, 2004).

Los costos económicos asociados con la depresión son sustanciales, mayormente debido a la pérdida en productividad. Esto afecta no solo al individuo sino a sociedades enteras. Los costos anuales de los desórdenes depresivos en los Estados Unidos han sido estimados en \$43 billones, la mayor parte de estos costos siendo generados por un padecimiento de depresión mayor (Reinecke y Davison 2002).

Luego, existe la complicación mortal que puede generar determinado sintomatología depresiva exhibida a través de ideación o intención suicida. Según Datos de la Organización Mundial de la Salud sobre la prevención suicida, en el año 2,000 a nivel mundial, aproximadamente un millón de personas murieron por suicidio, equivalente a una muerte por cada 40 segundo transcurridos (World Health Organization, 2007).

En los últimos 45 años, las tasas de suicidio se han incrementado en un 60% a nivel mundial y los intentos de suicidio son 20 veces más comunes que un suicidio completado (World Health Organization, 2007). Según esta misma fuente, los suicidios entre la vejez, tradicionalmente, han sido más frecuentes. Sin embargo, en la actualidad, las tasas entre la población joven han incrementado al punto de que ahora se han convertido en el grupo de mayor riesgo en una tercera parte del mundo, que incluye tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo (World Health Organization, 2007).

Los desórdenes mentales, son asociados con más del 90% de todos los casos de suicidio, entre ellos los desórdenes depresivos y la esquizofrenia (World Health

Organization, 2007). Sin embargo, es importante notar que el suicidio es el resultado de complejos factores socioculturales y tiende a ocurrir con más frecuencia durante periodos de situaciones de crisis individual, socioeconómica, o familiar ((World Health Organization, 2007).

La estigmatización asociada a los problemas de salud mental genera una serie de condiciones adversas conducentes a la exclusión en salud. La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), comenzó a medir y a estudiar el fenómeno de la exclusión en países de América Latina y el Caribe a principios de esta década.

Las principales causas de exclusión en América Latina dependen de factores como la condición económica, cultural, étnica, de género, geográfica, de empleo u otra (Acuña y Bolis, 2005).

Así mismo pueden ser objeto de exclusión o auto-exclusión, las personas con depresión, por ejemplo, debido a la naturaleza específica de su problema de salud. Esto a la vez, contribuye considerablemente al incremento de los niveles de pobreza de la personas con problemas de salud mental, afectando incluso a las familias quienes deben encargarse de la subsistencia, en muchos casos, del afectado como de los costos de los tratamientos. Este estigma puede conducir a una desvalorización de la posición social de la persona generando autoexclusión por temor a ser discriminadas (Acuña y Bolis, 2005).

En 1991 se firmaron acuerdos en Latinoamérica incluidos dentro de La Declaración de Principios de las Naciones Unidas referentes a la protección de los enfermos mentales y al fortalecimiento en el mundo de la atención en salud mental. Este esfuerzo, es un intento por establecer los derechos del paciente que busca servicios de salud mental y por incentivar un proceso de cambio en cuanto a reformas legislativas y a la calidad de servicios prestados.

En muchos países de la región Latinoamericana y del mundo, permanece una visión negativa del hospital psiquiátrico y de los servicios de salud mental en general. Esta visión negativa proyecta densas sombras sobre los usuarios, sus familias, los prestadores y los servicios, extendiéndose inclusive, el estigma, al vecindario donde se localizan estos servicios de atención mental (Levav, 2004).

Existen fenómenos sociales observados en la historia del desarrollo del sujeto, que han sido reconocidas dentro de algunas familias latinoamericanas, e influyen en la vulnerabilidad de particulares sujetos a desarrollar o mantener ciertos cuadros clínicos mentales entre ellos, cuadros de depresión.

Uno de estos fenómenos, el familismo por ejemplo, definido según Marín, 1991, (citado por Miranda, J., *et. al.*, 1996), se refiere a los valores fuertes y tradicionales de los latinos. El familismo puede predisponer un episodio depresivo en cuanto a que puede ocasionar que la familia, caracterizada tanto por la familia nuclear como la familia extendida, sea central y más importante inclusive que el individuo. Esto, ocasiona a veces, que la particular experiencia del individuo sea obviada o reducida en importancia a contraposición de la salud familiar y el bienestar general del grupo (Miranda, J., *et. al.*, 1996).

El machismo y el marianismo, ambos fenómenos muy particulares de algunas comunidades latinas, pueden influir en la vulnerabilidad y desarrollo de trastornos depresivos y otros. El machismo, según Bernal y Gutiérrez, (citados por Miranda, J., *et. al.*, 1996), se refiere a que el padre o el hombre de la familia es percibido frecuentemente como el miembro mas poderoso de la familia. Es él quien lleva a cabo las mayores decisiones y de quien se espera que provea tanto la estabilidad financiera como económica de la familia. Así mismo se espera que sea éste quien proteja a la familia de cualquier peligro.

Este fenómeno social puede, por ejemplo, predisponer al hombre a no mostrarse tal y como se siente, en cuanto a compartir sus emociones, o sus sentimientos de pérdida o tristeza con los demás. En el hombre, no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo, dificultando su reconocimiento (Miranda, J., *et. al.*, 1996). El hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede, así mismo, enmascarar una depresión por las expectativas que se sostienen a nivel cultural latinoamericano, entorno a que el hombre debe proveer para toda la familia.

El marianismo, fenómeno social implicado íntimamente en la sociedad latina, definido por Bernal y Gutiérrez (citados por Miranda, J., *et. al.*, 1996), se refiere a la suposición cultural de que la madre es espiritualmente superior y capaz de sostener

cualquier sufrimiento y auto sacrificio para ayudar al esposo e hijos. Por ello, frecuentemente muchas mujeres sufren más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños y el mantenimiento del hogar.

Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos, muy común en la familia guatemalteca de hoy en día. La suposición cultural denominada aquí marianismo, puede influir directamente en la vulnerabilidad de la mujer a desarrollar o mantener un cuadro depresivo particular.

Un estudio conducido por la Universidad de Columbia en Nueva York y la Escuela Hebrea de Jerusalén, comprobó que la adversidad social ligada al estatus socioeconómico tiene en ambos géneros una relación causal con el malestar emocional (emotional distress, en inglés) y con la depresión en las mujeres y el abuso de sustancias (alcohol y drogas) en los hombres (Levav, 2004). Por ende, aunque los trastornos mentales son prácticamente iguales en ambos géneros, las mujeres presentan tasas más altas de depresión.

Las razones de estas altas tasas de padecimientos depresivos en la mujer a contraposición del hombre en países en desarrollo se pueden relacionar, así mismo, a las desigualdades sociales entre ambos géneros en detrimento de la mujer. Estas desigualdades están vinculadas al estatus diferente de la mujer dentro de la sociedad, a la dependencia existente del marido/compañero, al aislamiento social, a la privación económica, a las múltiples responsabilidades familiares, al trabajo físico pesado, a empleos mal remunerados, etc. (Levav, 2004).

B. Entorno social en materia de salud mental del paciente/cliente guatemalteco

El entorno social guatemalteco en materia de salud mental, debe ser considerado en cualquier estudio sobre la eficacia de alguna modalidad terapéutica aplicada dentro de éste contexto. El país de Guatemala se encuentra dentro del istmo centroamericano y tiene una población de 12, 293,545 habitantes que se identifican en los siguientes grupos étnicos: ladinos, mayas, xinkas y garifunas (Central Intelligence Agency, 2007).

El idioma oficial es el español aunque se encuentran 21 grupos lingüísticos mayas en el territorio. La pobreza que caracteriza a la mayoría de la población afecta en gran escala a la salud mental guatemalteca. Debido a esta pobreza, muchas personas no pueden acceder a una educación, a infraestructura básica de vivienda, a medicinas y a servicios de salud.

En un artículo publicado por Prensa Libre, en abril 2007, escrito por Claudia Vásquez en la sección de actualidad nacional, se hace referencia al incremento en la preocupación por parte de autoridades médicas de Guatemala, con respecto a los casos de depresión posparto que ocurren en el país. Según esta fuente, existen reportes de defunciones debido a éste trastorno y existe un subregistro de estos casos a nivel nacional ya que muchos de estos casos no son detectados (Vásquez, 2007).

En el año 2006, se reportaron 25 casos no consumados en el área de neonatología del Hospital San Juan de Dios de madres que intentaron asfixiar a sus hijos con almohadas. En el Hospital Nacional de Salud Mental, en el año 2006, se dio seguimiento a más de 200 casos de depresión posparto (Vásquez, 2007).

Las pérdidas ambientales y la reducción en refuerzos sociales se presentan vinculadas a los desórdenes mentales. Muchos países de Latinoamérica, durante las últimas décadas, han sufrido conflictos armados internos que se han caracterizado por la masiva violación a los derechos humanos. Guatemala, no ha sido la excepción.

Una de estas repercusiones se ha hecho notoria, a través de la frecuencia con que se observan trastornos psiquiátricos en los sobrevivientes de muertes violentas masivas en el país, principalmente reportándose episodios depresivos y reacciones de estrés agudo de tipo transitorio (Sánchez, 1998).

Estos y otros casos, frecuentes en el contexto guatemalteco, pueden estar también relacionados con los altos índices de violencia en el país, al alto número de accidentes y altas tasas de violación de derechos humanos, en especial referente a las comunidades mayas.

Según datos de 1989, de la Organización Panamericana de la Salud la proporción de población que vive en condiciones de pobreza fue del 75% a nivel nacional, y un

58% en extrema pobreza. Tanto la pobreza como la extrema pobreza son más frecuentes en las zonas rurales y en la población indígena (Central Intelligence Agency, 2007).

En el año 2004, el porcentaje de gasto gubernamental asignado al Ministerio de Salud Pública para salud mental fue de 1.1%. El 90% de este ingreso corresponde al Hospital Nacional de Salud Mental (OPS/OMS, 2006). Este dato, comprueba el grado de centralización de recursos en materia de salud mental del país en esta institución.

El Hospital Nacional de Salud Mental cuenta con un total de 465 trabajadores de quienes 24 son psiquiatras y 14 son psicólogos de (de Salles y de Bran, 2007). En general, para el país, existe disponibilidad de 0.7 camas para cada 1000,000 habitantes en todo el país (OPS/OMS, 2006).

En Guatemala, es escaso el número de habitantes que tiene acceso a la compra de medicamentos. Por ejemplo, el costo del antipsicótico Haloperidol, significa el 29% del salario mínimo diario y el costo del antidepresivo Fluoxetina es del 17% (OPS/OMS, 2006).

Sin embargo el plan de seguro social dentro de su listado de medicamentos esenciales disponibles para sus afiliados incluye: un antipsicótico, un antidepresivo, un regulador de la afectividad y un anticonvulsivante. La disponibilidad real es relativa y depende de la demanda de servicios y otros (OPS/OMS, 2006).

La población guatemalteca así mismo, se ha visto afectada por un alto índice de problemas sociales y ambientales que en particular, repercuten en la salud mental de la población. Entre ellos: alcoholismo, muertes por violencia, embarazos por debajo de los 18 años, y un alza en el consumo de drogas y en la proliferación de maras.

En un artículo publicado en Prensa Libre en el año 2007, se repasa alguna información incluida dentro del Análisis Global Sobre la Situación de Seguridad y Justicia en el País, por parte del Centro de Estudios de Guatemala (CEGS). Según este artículo, en el periodo de gobierno de Alfonso Portillo (FRG) los homicidios sumaron 14 mil 250, según datos de la Policía Nacional Civil (PNC) y en el periodo

de gobierno de Oscar Berger hasta el mes de abril del 2007, han ocurrido 15 mil 700 homicidios (Monzón, 2007).

Un alza en estas cifras de homicidio se reportan en mujeres, en ataques a defensores de derechos humanos y en el asesinato de casi 600 niños y adolescentes en su mayoría, en situación de calle (Monzón, 2007). Se desconoce si estas cifras, anteriormente mencionadas, se deban a un aumento real en las cifras o a un mejor manejo en el reporte de estos casos por parte de la PNC.

Sin embargo, las cifras se consideran alarmantes y las consecuencias de éstas en la salud mental de la población, se sospecha son considerables. Estos sucesos cada vez con mayor frecuencia, forman parte de la historia psiquiátrica y psicológica relevante del paciente con depresión clínica.

Existe miedo y zozobra en la vida cotidiana del guatemalteco con respecto a la garantía de su seguridad y la de sus familias, viéndose afectados en este sentido todos los niveles socioeconómicos. Por ende, la promoción de la salud mental dentro del contexto guatemalteco es vital en todos los sectores del país.

Con información basada en el Informe Sobre los Sistemas de Salud Mental Guatemala auspiciado por la Organización Mundial de la Salud es posible reconocer que no existe una política de salud mental ni un plan actualizado, aunque se están llevando a cabo esfuerzos por Parte del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) del Ministerio de Salud (OPS/OMS, 2006).

En el campo de salud mental es la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH) la que supervisa el respeto a los derechos humanos de las personas internadas con claros indicadores de necesidades de capacitación, inspección y monitoreo en las unidades que brindan la atención a la población (OPS/OMS, 2006).

La Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada el 31 de mayo de 1985, indica en el título 1, artículo 1 y 2 con respecto a la persona humana, fines y deberes del estado expone:

Tabla No. 1: Artículos con respecto a la Salud en la Constitución de la República de Guatemala

<<Artículo 1.- Protección a la Persona. El Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia; su fin supremo es la realización del bien común. >>

<<Artículo 2.- Deberes del Estado. Es deber del Estado garantizarle a los habitantes de la República la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona. >>

<<Artículo 93.- Derecho a la salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna. >>

<<Artículo 94.- Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social. >>

<<Artículo 95.- La salud, bien público. La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento. >>

<<Artículo 96.- Control de calidad de productos. El Estado controlará la calidad de los productos alimenticios, farmacéuticos, químicos y de todos aquéllos que puedan afectar la salud y bienestar de los habitantes. Velará por el establecimiento y programación de la atención primaria de la salud, y por el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas.

<<Artículo 98.- Participación de las comunidades en programas de salud. Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en el planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.>>

<< Artículo 99.- Alimentación y nutrición. El Estado velará porque la alimentación y nutrición de la población reúna los requisitos mínimos de salud. Las instituciones especializadas del Estado deberán coordinar sus acciones entre sí o con organismos internacionales dedicados a la salud, para lograr un sistema alimentario nacional efectivo. >>

<< Artículo 100.- Seguridad social. El Estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación. Su régimen se instituye como función pública, en forma nacional, unitaria y obligatoria. El Estado, los empleadores y los trabajadores cubiertos por el régimen, con la única excepción de lo preceptuado por el artículo 88 de esta Constitución, tienen obligación de contribuir a financiar dicho régimen y derecho a participar en su dirección, procurando su mejoramiento progresivo. La aplicación del régimen de seguridad social corresponde al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que es una entidad autónoma con personalidad jurídica, patrimonio y funciones propias; goza de exoneración total de impuestos, contribuciones y arbitrios, establecidos o por establecerse. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social debe participar con las instituciones de salud en forma coordinada. El Organismo Ejecutivo asignará anualmente en el Presupuesto de Ingresos y Egresos del Estado, una partida específica para cubrir la cuota que corresponde al Estado como tal y como empleador, la cual no podrá ser transferida ni cancelada durante el ejercicio fiscal y será fijada de conformidad con los estudios técnicos actuariales del instituto. Contra las resoluciones que se dicten en esta materia, producen los recursos administrativos y el de lo contencioso-administrativo de conformidad con la ley. Cuando se trate de prestaciones que deba otorgar el régimen, conocerán los tribunales de trabajo y previsión social. >>

(Constitución Política de la República de Guatemala, 1993) Citado textualmente para fines educativos.

Pese a no contar con un marco legal y político que ampare los servicios de salud mental y garantice los mismos, la Procuraduría de los Derechos Humanos es el organismo encargado de la vigilancia de los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos. Esta procuraduría tiene la autoridad para realizar inspecciones periódicas a los establecimientos de salud mental y a llevar a cabo los procesos de investigación de reclamos (OPS/OMS, 2006).

En Guatemala, el esquema general de atención en salud se constituye a partir de la rectoría, compuesto por el Ministerio de Salud y Asistencia Social que se encarga de las jefaturas de cada área (occidente, oriente, norte, sur y centro) del país (de Salles y de Bran, 2007).

En el centro del país, se encuentran tres grandes hospitales que atienden a la mayor parte de la población- Hospital Roosevelt, Hospital San Juan de Dios y el Hospital Nacional de Salud Mental (de Salles y de Bran, 2007).

Existen algunas organizaciones no gubernamentales (ONG'S), que se dedican a servicios salubres; pero su cobertura es muy limitada. Por ende, el sector privado es una importante fuente de servicios. Este sector se conforma por médicos en práctica liberal ubicados principalmente en la capital y en las ciudades más importantes del interior de la república (Ruiz y Jerez, 2003), citado por de Salles y de Bran (2007).

En Guatemala, los hospitales psiquiátricos existen mayormente, como facilidades públicas para sostener a un gran número de pacientes crónicos, gente en abandono y otras personas institucionalizadas (Alarcón y Aguilar-Gaxiola, 2000). Las clínicas privadas se han incrementado mientras que las unidades psiquiátricas de los hospitales se han reducido.

El resto de la población que no puede acceder a servicios privados, o se beneficia del plan de seguro social, tiene pocas alternativas en materia de atención salubre psicológica o psiquiatra. Las opciones son mínimas y resaltan los servicios prestados en dos centros: El Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico para Menores de la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia y el Hospital Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública (de Salles y de Bran, 2007).

Así mismo se encuentran centros de apoyo a la comunidad y clínicas al servicio de la población en distintas universidades del área metropolitana del país. En ellas estudiantes de los últimos años de las carreras a nivel de licenciatura y maestría en psicología atienden los casos que se presentan, bajo supervisión.

Cada institución de esta categoría tiene lineamientos específicos de atención para la clientela que busca sus servicios y muchos de ellos llevan a cabo estudios socioeconómicos sobre la persona por materia de cobro de tratamientos.

La disponibilidad de atención en estos centros universitarios se sujeta muchas veces a políticas internas de cada universidad y a la disponibilidad de recursos humanos, económicos y de espacio. Tal es el caso del Centro de Apoyo Integral a la Comunidad de la Universidad del Valle de Guatemala, la Clínica de Psicología de la Universidad Francisco Marroquín, el Instituto de Apoyo Psicológico de la Universidad Rafael Landívar y las Unidades de Apoyo Popular de la Universidad San Carlos de Guatemala.

C. Datos sobre depresión clínica unipolar en Guatemala

Los esfuerzos investigativos propios del contexto guatemalteco son limitados, más aun aquellos que se muestran accesibles a través de publicaciones. Aun así, se revisaron datos recopilados a través de los esfuerzos del programa de maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental de la Universidad del Valle de Guatemala publicados en Internet y accesible a la población.

En el Hospital Nacional de Salud Mental, según datos del periodo comprendido entre el año 2001 al 2004, se ha podido determinar que los episodios depresivos figuran en tercer lugar de frecuencia en diagnóstico, según género y morbilidad siquiátrica y los trastornos depresivos recurrentes se encuentran en octavo lugar de frecuencia en diagnóstico (de Salles y de Bran, 2007).

Estos ocurren con mayor frecuencia en mujeres y dentro del grupo de edad de 20 a 44 años. (Otros trastornos principales reportados en esta institución incluyen: esquizofrenia paranoíde, epilepsia, psicosis sin especificación, esquizofrenia

residual, trastorno mental debido a disfunción cerebral, problemas relacionados con el grupo de apoyo, y retraso mental sin especificación) (de Salles y de Bran, 2007).

En el Hospital Nacional de Salud Mental, considerando los datos según edad y género de la totalidad de casos presentados del año 2001 hasta el año 2004, los episodios depresivos representan el 8.63% de los casos en la población masculina tratados y el 19.93% para pacientes femeninas (Cabrera, 2007). Estos datos representan una atención en porcentaje por más del doble de casos en mujeres que en hombres.

Es interesante luego, que en el Hospital de Salud Mental el tratamiento de elección para atender casos de depresión es un tratamiento bimodal de psicoterapia y farmacoterapia (Cabrera, 2007).

A través de un censo informal llevado a cabo por la Lda. Lucía Fuentes Cabrera (2007), dirigido a diez profesionales con licenciatura en Psicología Clínica, que laboran en un edificio compuesto por clínicas privadas guatemaltecas de diferentes especialidades médicas, Edificio Multimédica, ubicado en la zona 15 de la ciudad capital se pudo obtener datos sobre el tipo de terapia utilizada para tratar episodios depresivos.

Este censo reporta que los diez profesionales entrevistados trabajan en conjunto con psiquiatras de manera que se combinen psicofármacos y psicoterapia. Entre ellos se reporta que la modalidad terapéutica predilecta para tratar estos casos es (en orden de mayor a menor utilización): la terapia cognitiva, la terapia conductual, y la terapia cognitiva mas hipnosis (Cabrera, 2007).

No fue posible obtener datos sobre la efectividad empírica de los tratamientos disponibles en Guatemala para tratar los desórdenes clínicos depresivos unipolares, en poblaciones adultas, evidenciado así la necesidad de documentación e investigación publicada e accesible con respecto al tema, en el contexto guatemalteco.

D. Terapia Cognitiva de Aaron Beck para el tratamiento de depresión clínica unipolar

1. Antecedentes. Esta modalidad terapéutica, desarrollada por Aaron Beck nació en la década de los sesenta a partir de sus intentos por proporcionar datos convincentes sobre la depresión a través de estudios controlados. Así mismo se originó del deseo de Aaron Beck por elaborar una forma breve de psicoterapia que se dirigiera específicamente a aliviar la sintomatología del sujeto que padecía de depresión.

Estos estudios e investigación llevaron a Aaron Beck a evaluar de modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y finalmente, toda la estructura del psicoanálisis (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

A través de observaciones sistemáticas y de la comprobación de nuevos instrumentos de evaluación, Beck empezó a notar que los pacientes con depresión, sistemáticamente adoptaban una visión negativa de si mismo, de sus experiencias, y de su futuro y las valoró como formas distorsionadas de interpretar la realidad.

Por ello, luego se dedicó a elaborar técnicas para corregir las distorsiones y a ajustar la realidad en el sistema de procesamiento de información de los pacientes. El uso de asignación de tareas, se incorporó con el objetivo de incrementar el efecto de las sesiones de terapia.

Conforme crecía su trabajo y la comprobación de sus ideas sobre éste tipo de padecimientos, Aaron Beck notó que el hecho de que los pacientes comprobaran su ideas falsas, buscando evidencia en contra o favor de sus supuestos, crearía una serie de éxitos graduales y llevaría al paciente a conseguir objetivos claros, mitigando a la vez la sintomatología depresiva (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

El término “terapia cognitiva” frecuentemente es asociado con el trabajo de Aaron Beck, aunque hay otras modalidades terapéuticas que se suscriben a la familia de terapias cognitivas. Cada una de ellas, varía en sus objetivos y énfasis, aunque comparten un número de supuestos sobre la naturaleza de la depresión y su tratamiento (Reinecke y Davison, 2002).

Por ende, “terapia cognitiva”, como tal, representa una familia de terapias. Como familia, los modelos son conceptualmente y técnicamente similares pero como

modelos individuales, tienden a traslaparse uno con otro, cada uno enfatizando componentes diferentes del desorden depresivo (Reinecke y Davison 2002).

Aaron Beck, del mismo modo, atribuye una gran influencia en su trabajo del movimiento de la terapia de la conducta aunque, hace hincapié en que los síntomas y las disfunciones conductuales son mediadas cognitivamente. Por ende al modificar el pensamiento y las creencias disfuncionales, se sostiene que se producen mejorías.

Justamente, la terapia cognitiva de Aaron Beck forma parte del grupo, pero no es único de las terapias denominadas cognitivo conductuales por las características particulares de su propuesta terapéutica y de su modelo particular.

2. Modelo. La Terapia Cognitiva de Aaron Beck busca a través del cambio cognitivo, moderar la mejoría conductual y emocional, haciendo énfasis en comprender el mundo subjetivo del individuo y los significados que vincula a su experiencia (Reinecke y Davison, 2002).

Es entonces lógico preguntarnos, ¿cómo los factores cognitivos interactúan para mantener el estado depresivo del paciente/cliente? Cada paciente no demuestra cada uno de los déficit cognitivos asociados con la depresión sino demuestra patrones altamente individuales de fortalezas y debilidades cognitivas, de vulnerabilidad y de manejo adaptativo (Reinecke y Davison 2002).

a. *Conceptos generales.* El concepto de esquema mental es particularmente básico para comprender éste modelo particular. Los esquemas son creencias tácitas y estructuras mentales que sirven para organizar y procesar información. (Reinecke y Davison, 2002). Eventos previos en la vida de un sujeto, son codificados en su memoria a través de estos patrones cognitivos. Estos patrones, son relativamente estables y forman la base para la regularidad de interpretaciones de un conjunto particular de situaciones (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

Los esquemas cada vez se hacen más activos al ser evocados inicialmente por eventos similares a aquellos que definieron en un principio el esquema sostenido.

Luego, cada vez con mayor frecuencia, surgen por estímulos que tienen poca relación con ellos, convirtiéndolos en patrones cada vez más rígidos (Quinto, 2002).

Cada paciente con depresión sostiene esquemas distorsionados particulares. Sin embargo, se ha notado que usualmente caen dentro de las categorías de “no amado” o de “desamparo” (Quinto, 2002). Así mismo se caracterizan por percepciones de inadecuación y pérdida, creencias de que otros son poco confiables, que el futuro es desesperanzador, y percepciones de falta de control. (Reinecke y Davison, 2002).

El concepto denominado triada cognitiva, consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, sus experiencias, y su futuro, de un modo idiosincrásico. Estos patrones, van a influir sobre la emoción (tristeza, desánimo), conducta (aislamiento social, abandono del cuidado de sí mismo, etc.), y sobre la fisiología (trastornos del sueño, pérdida o aumento de peso, fatiga etc.) del sujeto (Quinto, 2002).

El primer patrón de la triada cognitiva, se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. En él, se ha observado que el paciente suele verse como desgraciado, torpe, enfermo y con poca valía, atribuyendo las experiencias desagradables por las que pasa a defectos propios que lo hacen ser inútil, y con muy poco valor, haciendo que el paciente se subestime y se auto-critique con base a estos defectos (Quinto, 2002). Así mismo, el paciente piensa que carece de los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad (Quinto, 2002).

El segundo patrón de la triada cognitiva, se relaciona con la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias (su mundo) de una manera negativa. El sujeto piensa que el mundo le hace demandas exageradas o le presenta obstáculos insalvables, por ello, el paciente interpreta sus interacciones con el ambiente en términos de derrota o frustración, evidenciándose estas interpretaciones cuando se observa como el paciente construye las situaciones en una dirección negativa (Quinto, 2002).

El tercer patrón que compone la triada cognitiva, es la visión negativa que sostiene el paciente acerca del futuro. El sujeto con depresión, anticipa un continuo e indefinido flujo de dificultades o sufrimientos, esperando el fracaso al pensar en

llevar a cabo una tarea futura (Quinto, 2002). Esta visión negativa del futuro puede producir una inhibición psicomotriz, y los demás síntomas como la poca motivación, ideas suicidas, dependencia de otros, etc., pueden ser consecuencia de estos patrones cognitivos (Quinto, 2002).

Cuando los esquemas son enfocados en los tres patrones que componen la triada cognitiva, se origina y/o se mantiene el estado depresivo del paciente (Beck, Aaron *et. al.*, 1983). Esto, en los casos depresivos más graves, puede dificultar la concentración en estímulos externos (ej. leer o responder preguntas), o emprender actividades mentales voluntarias (ej. solución de problemas) (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

A través de los pensamientos distorsionados que ocurren rápidamente y subliminalmente mientras las personas pasan por el diario vivir (pensamientos automáticos), es posible iniciar esfuerzos terapéuticos para que la persona con depresión los exponga abiertamente (Quinto, 2002). Esta exposición es con la finalidad de evidenciar el alcance de los mismos y guiar al paciente a realizar modificaciones cognitivas. Este proceso terapéutico es con el objeto de reemplazar creencias maladaptativas por creencias más adaptativas (Quinto, 2002).

Los pensamientos automáticos, que pueden ocurrir en formas de imágenes mentales, pueden tener significados comunes que corresponden a los esquemas mentales que el individuo ha desarrollado a lo largo de su historia personal afectando, así mismo las respuestas emocionales, conductuales y fisiológicas del sujeto que sufre de depresión (Quinto, 2002).

Otro concepto, conocido como “errores en el procesamiento de la información” o “errores de lógica”, producen sesgos sistemáticos en el procesamiento de información. Estos sesgos, se evidencian a través de distorsiones o errores cognitivos, propios del estado depresivo del paciente. Se manifiestan en el pensamiento del depresivo manteniendo la creencia del paciente de que sus conceptos negativos son válidos (Quinto, 2002).

Existen varios tipos de errores de lógica observables que suelen cometer las personas que sufren de depresión. A través de la terapia cognitiva se guía al

paciente a identificar la lógica falsa utilizada para luego reestructurar ideas y cogniciones evitando cometer el mismo error.

Tabla No. 2 Errores típicos de lógica

ERRORES DE LÓGICA	PRESUNCIÓN
GENERALIZACIÓN	Si aplica en un caso, es aplicable a todos los demás Esto me pasa siempre a mí , siempre meto las patas en todo
ABSTRACCIÓN SELECTIVA	Lo único que importa, son los fallos, fracasos, etc.
RESPONSABILIDAD EXCESIVA	Yo soy responsable de todas las cosas malas, fallos, etc.
ASUMIR LA CAUSALIDAD TEMPORAL	Si ha sido verdad en el pasado, siempre será así
AUTOREFERENCIA	Yo soy el centro de la atención de todos especialmente cuando hago mal las cosas, soy la causa de mis desgracias
CATÁSTROFE	Siempre hay que pensar lo peor, es lo más probable que te pase
PENSAMIENTO DICOTÓMICO	Ver la gente, sucesos en términos de todo o nada. (blanco o negro, bueno o malo). "Todos me maltratan"

Reproducido para fines educativos. (Quinto, 2002).

b. Objetivos. El objetivo de la terapia cognitiva de Beck es muy directo: reemplazar las percepciones maladaptativas por creencias más adaptativas. (Reinecke y Davison, 2002). La finalidad es eliminar los síntomas del depresivo y prevenir futuras recaídas. Esto se logra entrenando al paciente a identificar y modificar patrones cognitivos y conductas desadaptativas.

El terapeuta debe elaborar un plan de trabajo, proporcionar un mapa y los instrumentos necesarios. Este plan debe tomar en consideración la fase en que se halle el sujeto en la terapia, los progresos que vaya haciendo, los problemas que más le perturban y la intensidad de la depresión (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

A través de un registro diario de pensamientos distorsionados y un resumen de actividades, que va elaborando el paciente, el terapeuta puede guiarse para establecer los pasos críticos a tratar dentro del plan de trabajo y de esta manera estructurar las sesiones. A largo plazo, los objetivos principales son (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

- Incorporar actitudes más racionales y adaptativas
- Desarrollar métodos más efectivos para manejar o adaptarse a las circunstancias ambientales difíciles o complejas
- Sofisticación o perfeccionamiento de las habilidades sociales

3. Terapia Cognitiva para el tratamiento de depresión clínica unipolar. Esta modalidad terapéutica es de carácter breve y se basa en el aquí y ahora. Requiere de un trabajo colaborativo entre paciente y terapeuta y de un clima de confianza básica.

Durante todo el proceso el terapeuta trabaja en base a hipótesis. Los datos que se van recopilando siguen una secuencia lógica para comprobar una hipótesis, para modificar hipótesis, para descartar hipótesis anteriores, o para derivar hipótesis nuevas (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

El terapeuta se ve en la obligación de construir un marco de trabajo terapéutico, fundamentándose en aspectos teóricos claros derivados del modelo cognitivo, basándose en las particularidades propias de cada caso.

Aun así, se puede a modo de ilustración y guía, conceptualizar un marco de trabajo general, basado en la experiencia y en el trabajo de Aaron Beck y colaboradores, que puede ilustrar al terapeuta sobre el tipo de trabajo que se realiza sesión tras sesión (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

Desde luego, el marco de trabajo de cada cliente, es diferente y con particularidades sujetas a lo anteriormente discutido. El terapeuta se ve en la obligación, de estructurarlo adecuadamente y según las particularidades de cada caso.

a. Secuencia de sesiones. Según el Protocolo de Investigación para un Centro de Terapia Cognitiva para tratar a pacientes con depresión unipolar, se requiere de un máximo de veinte visitas a lo largo de un período de doce semanas en donde cada sesión debe tener una duración aproximada de cincuenta minutos (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

Se programan dos sesiones semanales hasta que el paciente esté preparado para una sesión semanal. Para el paciente medio se estipulan quince visitas. Las

primeras tres semanas constan de dos sesiones semanales y de la cuarta a la décimo segunda sesión, una sesión semanal Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

Este Protocolo, debe ajustarse según las necesidades particulares del paciente:

Tabla No. 3: Protocolo de Investigación para un Centro de Terapia Cognitiva

Evaluación preliminar: en primer orden, se lleve a cabo una evaluación clínica completa del individuo y un diagnóstico basado en criterios específicos utilizando así mismo escalas pertinentes.

Primera sesión: Se discute la frecuencia y duración de las sesiones de tratamiento. La primera sesión consta de las siguientes estipulaciones: establecimiento de rapport, investigación de las expectativas hacia la terapia, elicitación de las posibles negativas hacia sí mismo, la terapia y el terapeuta, concretar los problemas más urgentes y accesibles (p. ej., desesperanza, ideas de suicidio, mal funcionamiento general, disforia grave). Luego se explican las estrategias cognitivo-conductuales, haciendo hincapié en el fundamento teórico de las tareas conductuales y de la asignación de tareas para casa. Finalmente se realiza un cuestionario para registrar las actividades para la siguiente sesión, y se proporciona al paciente con el manual *Como hacer frente a la Depresión* para que lo lea. Durante la sesión se investigan las reacciones. Normalmente, la mayor parte de los pacientes se sienten mejor al final de la primera sesión; de no ser así, el terapeuta debe buscar las razones de esta reacción adversa.

Segunda sesión: La segunda sesión sigue la siguiente dinámica: Se investigan los efectos de la primera sesión, se revisa el registro de las actividades asignadas, se comentan los problemas y los progresos desde la sesión anterior, se programan las actividades para la siguiente sesión, se comentan las evaluaciones de "Dominio" y "Agrado" en el registro de las actividades, se prepara la agenda y se concretan los problemas a discutir, y luego finalmente, se investigan las reacciones ante la sesión.

Tercera sesión: inicia con la preparación de la agenda, luego reinvestigan los efectos de la sesión anterior, se revisan las actividades realizadas, se discuten las reacciones ante la sesión anterior, se discuten los pensamientos automáticos negativos, se demuestra la forma de utilización del contador de pulsera para registrar los pensamientos automáticos negativos, se preparan y asigna tareas, se obtiene feedback sobre la sesión y finalmente se le pide al paciente que redacte una breve autobiografía para la siguiente sesión.

Cuarta sesión: sigue el formato general de la tercera sesión. Así mismo se ofrecen instrucciones adicionales para identificar los pensamientos automáticos negativos (se emplea la "fantasía inducida" o el juego de roles si es conveniente), se explica cómo los pensamientos automáticos constituyen distorsiones de la realidad y están

relacionados con otros síntomas de la depresión. Finalmente se elicitán los pensamientos automáticos, especialmente los relacionados con las tareas asignadas para casa.

Quinta sesión: sigue, así mismo, el formato general de la sesión anterior. Así mismo, se revisa el registro de actividades, con especial énfasis en las evaluaciones de dominio y agrado, luego se revisan y se discuten los pensamientos automáticos negativos y se enseña al paciente modos de evaluar y corregir las distorsiones cognitivas (pensamientos automáticos), así mismo se explica la forma de empleo del Registro Diario de Pensamientos Distorsionados, es decir las columnas 4, 5 y 6, Finalmente, se emplea el contador de pulsera para registrar y llevar un control de los pensamientos automáticos.

Sexta, séptima y octava sesión: siguen el formato general de las sesiones anteriores. En ellas, se continúa modificando los factores psicológicos para recuperar el nivel de funcionamiento anterior a la depresión, se continúa identificando los pensamientos automáticos negativos, se muestran y se proponen respuestas racionales a los pensamientos automáticos, se asignan tareas para la casa y se discute el concepto de Supuesto Básico.

Sesión novena – Sesión décimo segunda: se delega en el paciente una mayor responsabilidad en el establecimiento de la agenda, se incrementa su responsabilidad en relación con las tareas para casa, y se identifican y discuten los supuestos básicos, probando su validez.

Sesiones finales: de la décimo tercera hasta la sesión décima quinta hasta vigésima, dependiendo del caso, se prepara al paciente para el término de la terapia. Se fomenta la continuación de las tareas para casa y la práctica de las distintas estrategias después de haber finalizado la terapia, se enfatiza el hecho de que ésta constituye un proceso de aprendizaje que continúa a lo largo de toda la vida del individuo. Así mismo, se identifican aquellos problemas que se anticipen y se desarrollan y practican estrategias para hacerlos frente.

Reproducido para fines educativos. (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

b. *Tratamiento para el paciente suicida.* La terapia cognitiva, basada en el modelo de Aaron Beck para trastornos depresivos con tendencia al suicidio sigue pautas específicas que se deben de practicar con flexibilidad. Se deja amplio espacio para que el terapeuta trabaje sobre la base de las necesidades más urgentes y de los síntomas más accesibles para cada caso en particular.

De este modo, se debe iniciar con una evaluación cuidadosa del riesgo de suicidio solicitando datos que puedan enriquecer esta evaluación. Desde la primera sesión es recomendable que el paciente sienta algún grado de mejoría o bienestar y los esfuerzos van dirigidos hacia esa causa (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

Luego conforme el tratamiento progresa, se analiza el grado de intencionalidad suicida y se exploran los motivos particulares del cliente, guiando al paciente a inclinar la balanza en contra del suicidio. Para ello, el terapeuta se vale de diferentes técnicas y herramientas así como de la necesidad de entrar al mundo del paciente y ver la realidad desde la óptica propia del sujeto (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983). El enfoque del tratamiento es empírico en donde se guía al paciente en la búsqueda de evidencia real comprobando la validez de sus pensamientos.

La desesperanza suele ser central en este tipo de pacientes. Si es el caso, se induce al paciente a identificar el grado de pensamientos ilógicos y supuestos erróneos que lo llevan a la desesperanza (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

Por ende es útil, acompañar el proceso con la Escala de Desesperanza que sirve como instrumento adicional para evaluar el grado de riesgo de conductas auto agresivas. Se debe orientar el tratamiento para que el paciente haga frente a sus problemas inmediatamente.

Es importante informar repetidamente al paciente sobre la posibilidad de recaídas durante el tratamiento ya que suele suceder que los pacientes que han llevado a cabo intentos de suicidio antes de la terapia, experimenten una intensificación de los deseos suicidas en el transcurso de la misma. (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983). Por ende, se debe adoptar una postura que permita que el paciente vea esta intensificación como una oportunidad para trabajar sobre ellos y no interprete la recaída como un retroceso.

c. Técnicas, pautas y herramientas. Los objetivos de la terapia se alcanzan a través de la utilización de una gama amplia de técnicas, pautas y herramientas específicas para cubrir la gran variedad de componentes que se pueden manifestar en determinado cuadro depresivo. Por lo general, se describen como de carácter cognitivo, didáctico, motivacionales y conductuales.

Las técnicas se utilizan en respuesta a las necesidades específicas de la persona basándose en la búsqueda de evidencia real para apoyar, o modificar determinado pensamiento o creencia distorsionada. Se guía al desarrollo de habilidades y a la sustitución de creencias desadaptativas por creencias más adaptativas de forma gradual y paulatina.

Se entrena a los pacientes/clientes, a monitorear su humor y los pensamientos que le acompañan como también a reconocer las relaciones entre eventos, pensamientos y emociones, evaluando la validez de sus pensamientos.

d. *Características deseables en el terapeuta.* Una gama de características particulares en el terapeuta aparentan ser predicativos en lograr un tratamiento eficaz de la terapia cognitiva para los desórdenes depresivos. Por ejemplo, es deseable que el terapeuta cuente con características de aceptación, empatía y autenticidad. (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983). Es recomendable que genere una relación terapéutica basada en un acuerdo mutuo (*rapport*), en la confianza y en la colaboración (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

Así mismo debe contar con ciertos requisitos. Debe tener un sólido conocimiento del modelo cognitivo de la depresión y un marco conceptual de la terapia cognitiva y de su aplicación específica al tratamiento de la depresión (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

Debe poseer entrenamiento formal en un centro de terapia cognitiva con pacientes con depresión, que incluya supervisión por un instructor calificado. Es recomendable así mismo, un entrenamiento en talleres y la utilización de cintas de video disponibles para guiar al terapeuta (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

E. Efectividad clínica

La efectividad clínica se refiere a (Centre for Health Evidence, 2007);

<< La medida del beneficio que resulta de una intervención para dado problema de salud bajo condiciones usuales de cuidado clínico para un particular grupo; esta forma de evaluación considera tanto la eficacia de una

intervención y la aceptación de la misma por aquellos a quienes le es ofrecida, contestando a la pregunta, “¿Acaso la práctica hace mas bien que mal para las personas a quienes se le ofrece?>>

Los análisis y las herramientas utilizados para determinar la aceptación clínica de una terapia son de amplio número. En la actualidad, sin embargo, el uso de metanálisis, y de estudios de caso son dos herramientas que van tomando cierta notoriedad en el campo de las ciencias sociales, y en específico en la rama de psicología. En el caso del uso de estudio de casos, los datos obtenidos generalmente son de tipo cualitativo y en el metanálisis los datos generados son de tipo estadístico.

Los resultados de un estudio revisado brindan datos sobre la eficacia de la terapia cognitiva basado en metanálisis. Este estudio exhibe que la terapia cognitiva es substancialmente superior a no-tratamiento, lista de espera, y a controles con placebos para tratar depresión unipolar en adultos, adolescentes y en desórdenes depresivos en la niñez (Butler, A., y Beck, J., 2000).

Se sostiene, así mismo, que la terapia cognitiva basada en el modelo desarrollado por Aaron Beck para el tratamiento de desórdenes de depresión unipolar es efectiva para atender a sujetos con depresión unipolar no sicótica y no es recomendable como único tratamiento para las depresiones sicóticas (en las que aparecen alucinaciones o ilusiones) o bipolares (presencia de manía o hipomanía), o para aquellos sujetos que presenten síntomas somáticos graves o trastornos afectivos mayores (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983). Esto debido al estado actual estado de conocimientos

La utilización de esta modalidad terapéutica combinada con farmacoterapia finalmente, en el tratamiento de depresión unipolar o bipolar, queda a criterio del terapeuta en base a las recomendaciones y análisis de un médico psiquiatra en Guatemala. Así mismo, el paciente mismo o el/los sujetos responsables tienen la autoridad para decidir si aceptan o no determinado tratamiento.

Basado en la recopilación de datos de metanálisis, se ha encontrado una pequeña ventaja estadísticamente significativa al utilizar este tipo de terapia en el tratamiento

de la depresión unipolar en el adulto en comparación con el uso de farmacoterapia como tratamiento único. (Butler, A. y Beck J., 2000).

La terapia cognitiva muestra que produce un efecto protector superior a largo plazo con tasas de recaídas por la mitad de las que se producen con un tratamiento unimodal de farmacoterapia (Butler, A., *et. al.*, 2006).

No se encontró evidencia sustancial que describiera si el uso de un tratamiento bimodal de esta terapia y farmacoterapia, producen mejores resultados (Butler, A., y Beck, J., 2000), aunque un estudio revisado por estos autores, sí reporta cierta evidencia de que la combinación de psicoterapia y medicamentos antidepresivos producen resultados significativamente mejores en pacientes severamente deprimidos. (Thase *et. al.*, 1997 citado por Butler, A., y Beck, J., 2000).

Así mismo, se encontró que la terapia cognitiva, es igualmente efectiva que la terapia conductual en el tratamiento de la depresión en el adulto (Butler, A., *et. al.*, 2006). Esta evidencia internacional, sujeto al escrutinio de metanálisis, cubre una muestra de estudios muy amplia y por ende es posible generalizar sus resultados con cierta confiabilidad y validez.

Aun con esta evidencia, no se encontraron datos específicos que analizaran la efectividad de la terapia cognitiva en el tratamiento de sujetos adultos con depresión clínica unipolar en el contexto guatemalteco.

III. METODOLOGÍA

A. Justificación

La terapia cognitiva para el tratamiento de trastornos considerados dentro del grupo de depresión unipolar, basada en la propuesta de Aaron Beck, ha demostrado ser clínicamente eficaz a través de numerosas investigaciones empíricas rigurosas en el ámbito internacional. Su efecto significativo en la prevención de recaídas como también en generar cambios positivos entre la sintomatología inicial y posterior al tratamiento ha sido comprobado internacionalmente.

Más aún, se ha podido demostrar que los pacientes que padecen de dicho trastornos se han visto beneficiados. Aun así en Guatemala, son muy pocos los estudios que han revisado y descrito el tema, sobretodo utilizando datos relevantes de la practica guatemalteca.

Las modificaciones del pensamiento y del procesamiento de información que se dan en el sujeto que padece depresión, cuando recibe tratamiento cognitivo, son áreas que adquieren suma importancia en cuanto a estudio empírico se refiere. A través de ello, es posible observar la factibilidad de la teoría cognitiva y progresivamente irse haciéndose mas precisa, especialmente para la implementación de intervenciones terapéuticas efectivas.

Esta investigación cualitativa y descriptiva busca exponer la relación entre la efectividad clínica de un tratamiento con la teoría que guía la practica para el tratamiento adecuado del paciente que padece depresión, aportando a la comprensión de los procesos y de los factores primordiales a considerar cuando se lleva a cabo éste tipo de trabajo empírico.

Permitirá, una mejor comprensión, así mismo, de la actualidad guatemalteca en materia de salud mental y la atención del paciente que sufre de depresión, explorando la eficacia de un tratamiento cognitivo en un grupo de sujetos en Guatemala.

B. Limitaciones

Este estudio se limita a los datos recopilados a través de un grupo de pacientes guatemaltecos. Se limita a la revisión y descripción de 63 casos de depresión unipolar atendidos en el Centro de Terapia Cognitiva de Guatemala y a un estudio de caso de una paciente con trastorno de depresivo mayor sin síntomas psicóticos, recidivante sin recuperación ínter episódica total. Los resultados no pretenden ser generalizables a la población guatemalteca de pacientes con depresión unipolar.

C. Objetivos

1. Objetivo general: Describir la efectividad clínica de la terapia cognitiva basada en el modelo de Aaron Beck para el tratamiento de depresión clínica unipolar para tratar a un grupo de pacientes con depresión clínica unipolar.

2. Objetivos específicos:

- Revisar casos de pacientes guatemaltecos que recibieron este tipo de tratamiento en forma unimodal o en forma bimodal en combinación con farmacoterapia y observar la efectividad del tratamiento en cuanto a producción de mejorías en el grado de severidad de los síntomas.
- Dar a conocer las implicaciones prácticas de la terapia cognitiva basada en el modelo de Aaron Beck para el tratamiento de depresión clínica unipolar bajo práctica supervisada describiendo los resultados.
- Entrenar a un paciente guatemalteco en el uso de técnicas de modificación conducta y de terapia cognitiva para producir cambios.
- Generar, mediante la aplicación de terapia cognitiva basada en el modelo de Aaron Beck, un cambio en cuanto a la intensidad de riesgos de conductas auto agresivas en un paciente.

D. Instrumentos

1. Revisión de casos. Para llevar a cabo la revisión de casos de depresión en la clínica privada referida, fue necesario contar con los expedientes de los sujetos

con depresión que habían sido atendidos dentro del período previsto. Así mismo fue necesario contar con un computador personal con el programa de computación Microsoft Excel para crear una base de datos.

La severidad de la depresión en estos casos fue medida por el Dr. Emilio Quinto, quien atendió los casos, a través de la Escala Montgomery-Åsberg de Depresión (MADRS, por sus siglas en inglés), que comprende 10 ítems contruidos para ser sensibles al cambio y al tratamiento. (Montgomery y Åsberg, 1979).

2. Estudio de caso. Para realizar el estudio de caso se utilizaron tres escalas para fines de medición y lineamientos específicos para darle forma al estudio de casos. Uno de estos, El Inventario de Depresión de Beck, es un inventario compuesto por 21 preguntas de opción múltiple que mide la severidad de la depresión.

Esta diseñado para adultos de 17-80 años y contiene ítems relacionados a los síntomas de desesperanza e irritabilidad, cogniciones tales como culpabilidad o sentimientos de estar siendo castigado, como también ítems relacionados con fatiga, perdida de peso y falta de interés en el sexo.

El segundo instrumento de medición utilizado fue la Escala Beck de Desesperanza. Esta escala es un inventario de 20 ítems diseñado para medir tres aspectos fundamentales sobre la desesperanza: sentimientos sobre el futuro, pérdida de motivación y expectativas de la persona. Por su evalúo con respecto a la desesperanza es posible generar datos que según una clasificación pueden indicar o no un riesgo para conductas auto-agresivas.

El tercer instrumento utilizado fue la Escala Hamilton de Depresión. Este, es un cuestionario de 21 preguntas que los terapeutas pueden utilizar para medir la severidad de la depresión en un paciente. En el presente, es una de las escalas comúnmente utilizadas para medir la depresión en investigaciones médicas. Este cuestionario clasifica la severidad de los síntomas que se observan en la depresión tales como un humor bajo, insomnio, agitación, ansiedad y pérdida de peso. El terapeuta escoge las posibles respuestas a cada pregunta por medio de la entrevista y a través de la observación de los síntomas en el cliente.

Otro instrumento utilizado para elaborar el estudio de casos se ve relacionado con el contenido del mismo. La información generada por un estudio de casos es ilimitada, por ende es recomendable seguir lineamientos específicos recomendados por institutos de investigación. Por ende se siguieron los lineamientos para la elaboración de estudios de casos recomendado por el Instituto Beck para Investigación y Terapia Cognitiva. Así mismo se grabaron auditivamente las sesiones y se transcribieron posteriormente con el fin de presentar datos de este tipo dentro del estudio de caso para respaldar y describir con más detalle el proceso.

El participante que fue sujeto de estudio para elaborar el estudio de casos llenó un formulario de consentimiento informado, accediendo a una participación voluntaria y a ser grabado auditivamente. Así mismo llenó el Formulario de Derechos del Cliente del Centro de Apoyo Integral a la Comunidad de la Universidad del Valle de Guatemala.

E. Participantes

1. Revisión de casos. La revisión de casos de una clínica privada guatemalteca, incluye datos sobre pacientes adultos (mayores de 18 años), guatemaltecos de ambos sexos, diagnosticados con un trastorno de depresión unipolar entre el periodo comprendido del mes de enero del año 2003 hasta el mes de marzo del año 2007. En total se revisaron los datos provenientes de 63 expedientes que conforman la totalidad de casos de este tipo atendidos durante este periodo en el Centro de Terapia Cognitiva de Guatemala por el Dr. Emilio Quinto.

2. Estudio de caso. El sujeto sobre el cual se elaboró el estudio de caso incluido es de sexo femenino, guatemalteca, de 19 años de edad con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor grave, sin síntomas psicóticos, recidivante sin recuperación ínter episódica total. Así mismo presenta ideación suicida y un historial de intención suicida. El paciente es cliente del Centro de Apoyo Integral a la Comunidad de la Universidad del Valle de Guatemala.

F. Variables

1. Descripción de variables

- Variable dependiente: depresión clínica unipolar en el adulto
- Variable independiente: efectividad de la terapia cognitiva de Aaron Beck en el tratamiento de la depresión clínica unipolar

2. Definición conceptual de variables

a. Terapia Cognitiva de Aaron Beck en el tratamiento de la depresión unipolar en el adulto. Es un tipo de psicoterapia que enfatiza el papel preponderante de la actividad cognitiva como factor causal y manifiesto de la depresión clínica unipolar en el ser humano de 18 años en adelante.

La actividad cognitiva se caracteriza por pensamientos negativos sobre la persona, su mundo y su futuro, por creencias tacitas y estructuras de memoria maladaptativas (esquemas), y por errores de lógica típicos de este estado, precipitados por factores particulares de personalidad. (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

b. Depresión clínica unipolar. La depresión clínica unipolar se refiere a la depresión (estado de tristeza, melancolía o desesperanza intensa) que ha avanzado al punto de ser disruptiva en el funcionamiento social de un individuo o en las actividades del diario vivir y cumple con los criterios del Manual de Diagnóstico Estadístico IV-TR para un trastorno depresivo sin episodios maníacos, es decir sin episodios caracterizados por estados de humor y energía extremadamente elevados y patrones de pensamientos inusuales (American Psychiatric Association, 2000)

c. Efectividad. La aceptación de un efecto terapéutico o de determinada intervención medida a través de la mejoría en sintomatología entre la sesión inicial y final del tratamiento en relación a los síntomas de la depresión unipolar.

G. Diseño de estudio

Es una investigación cualitativa y descriptiva a nivel exploratorio que incluye la revisión de datos de 63 casos de depresión unipolar atendidos por el Dr. Emilio Quinto en el Centro de Terapia Cognitiva de Guatemala y de un análisis retrospectivo tipo estudio de caso, atendido por mi persona bajo práctica supervisada en el Centro de Apoyo Integral a la Comunidad de la Universidad del Valle de Guatemala.

H. Análisis de datos

1. Revisión de casos. De los 63 casos de depresión unipolar en sujetos adultos, que recibieron terapia dentro del período comprendido entre enero 2003 y marzo del 2007, atendidos por el Dr. Emilio Quinto en el Centro de Terapia Cognitiva en Guatemala, se pudo observar una tasa de 3 sujetos de sexo femenino por cada sujeto de sexo masculino (*Véase gráfica N^o.1*).

Todos los casos, ya sea con tratamiento unimodal o bimodal, reportaron mejorías en el grado de severidad de depresión al comparar las puntuaciones en la escala Montgomery-Åsberg para Depresión, al iniciar y finalizar el tratamiento terapéutico (*Véase gráficas N^o. 2, 3 y 4*).

Totalidad de casos

Inicialmente, el 14% de todos los casos (9 sujetos), indicaban depresión menor, un 57% de casos (36 sujetos) indicaban depresión moderada, y un 29% de casos (18 sujetos), indicaban un índice de depresión severa. Posterior a la terapia, 27% de casos (17 sujetos) indicaban no depresión, 68% de casos (43 sujetos) indicaban depresión menor, 5% (3 sujetos) indicaban depresión moderada y ningún caso en la sesión final indicaba depresión severa (*Véase gráficas N^o. 5 y 6 y tabla N^o. 4*).

Numero de pacientes por tratamiento

54 pacientes con un diagnóstico de algún trastorno de depresión unipolar, que acudieron al Centro de Terapia Cognitiva dentro del período comprendido, recibieron un tratamiento bimodal que consistía en terapia cognitiva combinada con terapia

psicofarmacológica. Los 9 pacientes restantes de este grupo, recibieron un tratamiento unimodal de terapia cognitiva (*Véase gráfica N^o. 7*).

Totalidad de casos que recibieron terapia cognitiva (unimodal)

Tomando en cuenta únicamente los datos iniciales de los casos que recibieron terapia cognitiva (terapia unimodal), que comprenden 14% (9 pacientes totales), del grupo total de casos se pudo observar que el 45% (4 sujetos) indicaban depresión menor, 33% (3 sujetos) indicaban depresión moderada, y un 22% (2 sujetos) indicaban depresión severa.

Al finalizar la terapia los resultados para éste grupo indicaban: 22% (2 sujetos) no depresión, 78% (7 sujetos) depresión menor. Ningún caso al finalizar la terapia indicó una apreciación de depresión moderada o severa (*Véase gráfica N^o. 8*).

Totalidad de casos que recibieron terapia cognitiva/ terapia psicofarmacológica (bimodal)

De la totalidad de estos casos, un 86% (54 sujetos), recibieron terapia bimodal (*Terapia Cognitiva con Terapia Psicofarmacológica*). Al inicio del tratamiento, no hubo ningún caso con una apreciación de no depresión, el 9% (5 sujetos) indicó depresión menor, el 60% (32 sujetos) indicó depresión moderada, y el 31% (17sujetos) indicaban depresión severa.

Luego, los índices al finalizar la terapia bimodal, indicaron que 28% (15 sujetos) se encontraban en un rango de no depresión, 67% (36 sujetos) se situaban en un rango de depresión menor, 5% (3 sujetos) indicaron depresión moderada, y no hubo ningún caso al finalizar la terapia que indicara depresión severa (*Véase gráfica N^o.9*).

Mejoría porcentual en la totalidad de pacientes

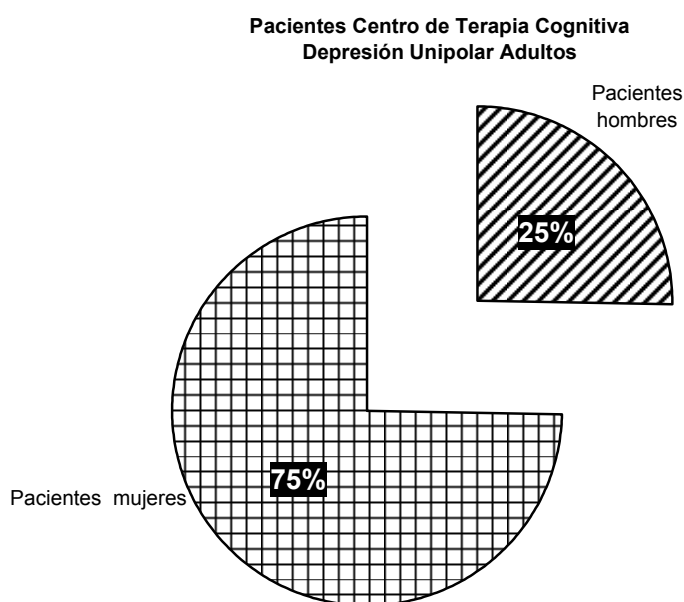
En términos porcentuales con respecto a la totalidad de pacientes, 21 sujetos obtuvieron una mejoría igual o mayor al 75% al finalizar el tratamiento. 28 sujetos obtuvieron una mejoría igual o mayor al 50% y menor al 75% al finalizar el tratamiento. 13 sujetos indicaron una mejoría igual o mayor al 25% y menor que el

50%. 1 sujeto, obtuvo una mejoría al finalizar el tratamiento, menor al 25% (Véase gráfica N°. 11).

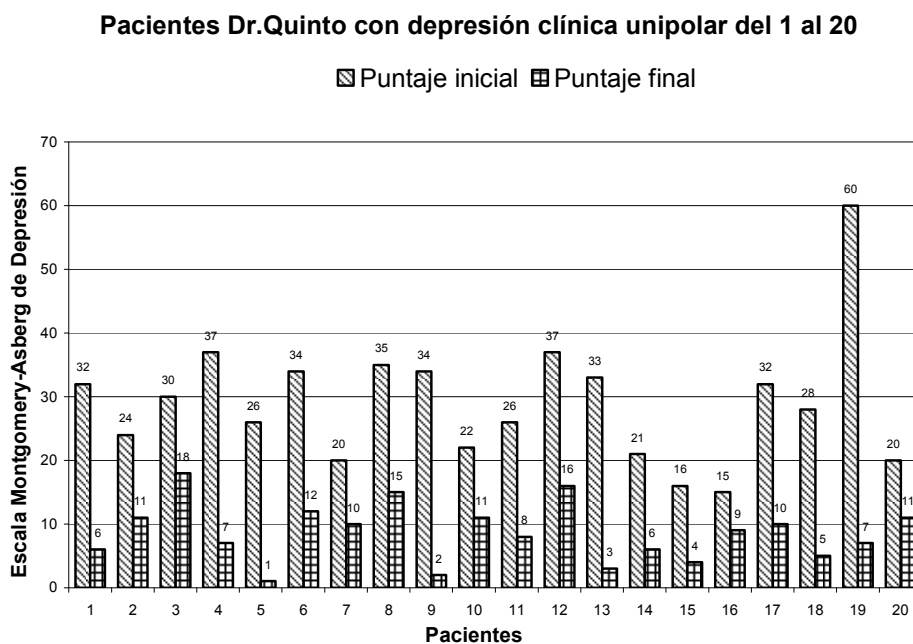
Mejoría porcentual en pacientes que recibieron Terapia Cognitiva como tratamiento único.

Porcentualmente en los 9 casos tratados con esta terapia en forma unimodal, es posible observar que 2 sujetos obtuvieron una mejoría igual o mayor al 75% al finalizar el tratamiento. 6 sujetos de este grupo, obtuvieron una mejoría igual o mayor al 50% y menor al 75%. 1 sujeto, obtuvo una mejoría igual o mayor al 25% y menor al 50%. Ningún sujeto obtuvo una mejoría menor al 25% al finalizar el tratamiento (Véase gráfica No. 12).

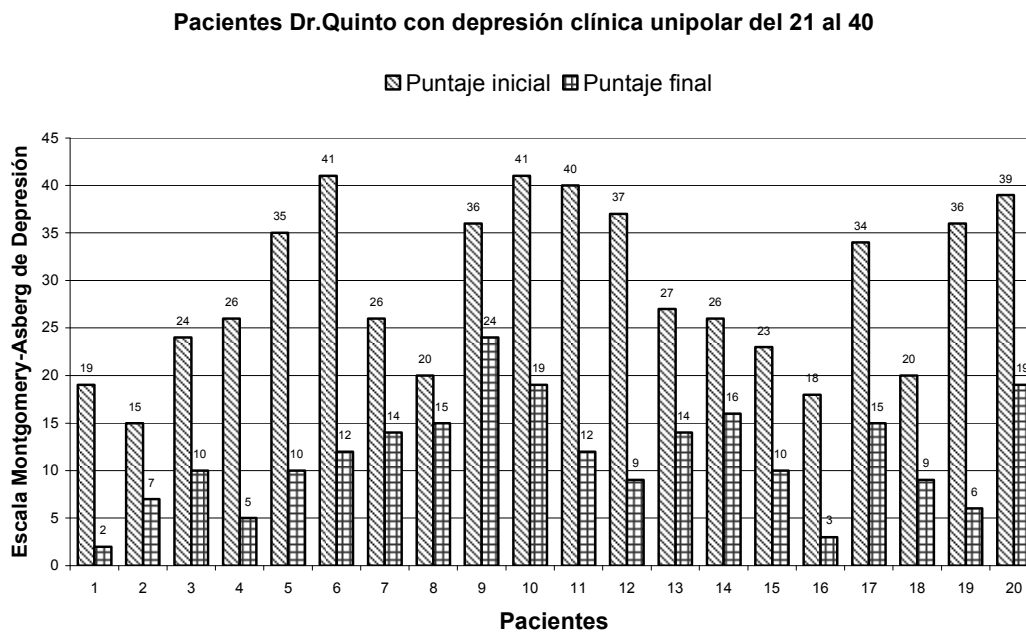
Gráfica No. 1: Comparación grupo de pacientes con depresión unipolar por sexos del Centro de Terapia Cognitiva en Guatemala



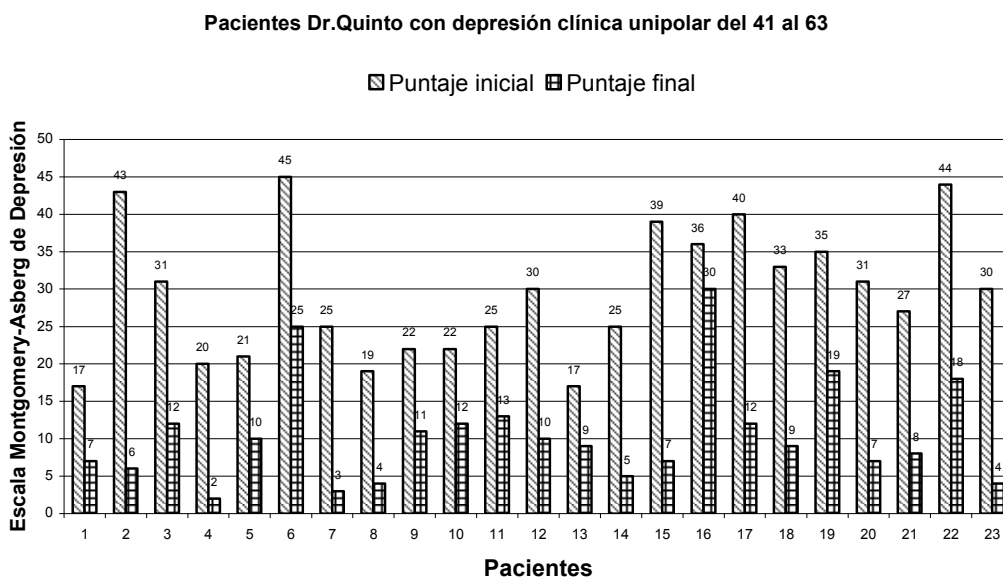
Gráfica No. 2: Pacientes 1-20 totales con depresión unipolar del Centro de Terapia Cognitiva en Guatemala



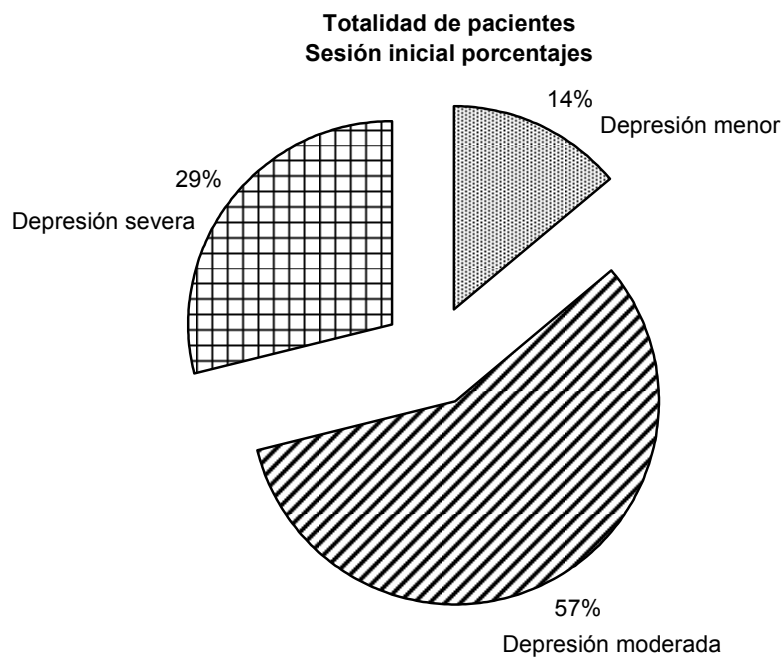
Gráfica No. 3: Pacientes 21- 40 totales con depresión unipolar del Centro de Terapia Cognitiva en Guatemala



Gráfica No. 4: Pacientes 41- 63 totales con depresión unipolar del Centro de Terapia Cognitiva en Guatemala



Gráfica No. 5: Pacientes totales con depresión unipolar del Centro de Terapia Cognitiva en Guatemala al inicio de la terapia



Gráfica No. 6: Pacientes totales con depresión unipolar del Centro de Terapia Cognitiva en Guatemala al final de la terapia

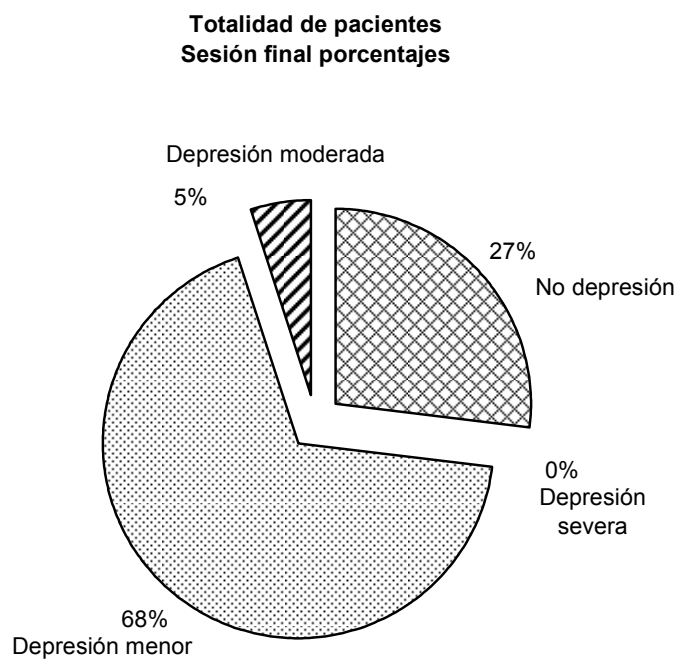
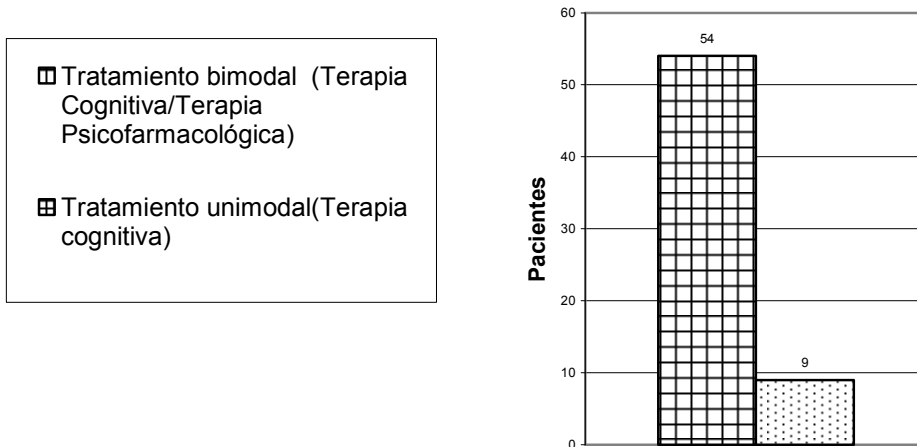


Tabla No. 4: Resumen de puntajes Iniciales y finales con base al número de pacientes con depresión unipolar del Centro de Terapia Cognitiva en Guatemala según escala Montgomery-Åsberg de Depresión

Rangos Escala Montgomery-Åsberg de Depresión	# de pacientes	# de pacientes
No depresión	0	17
Depresión menor	9	43
Depresión moderada	36	3
Depresión severa	18	0

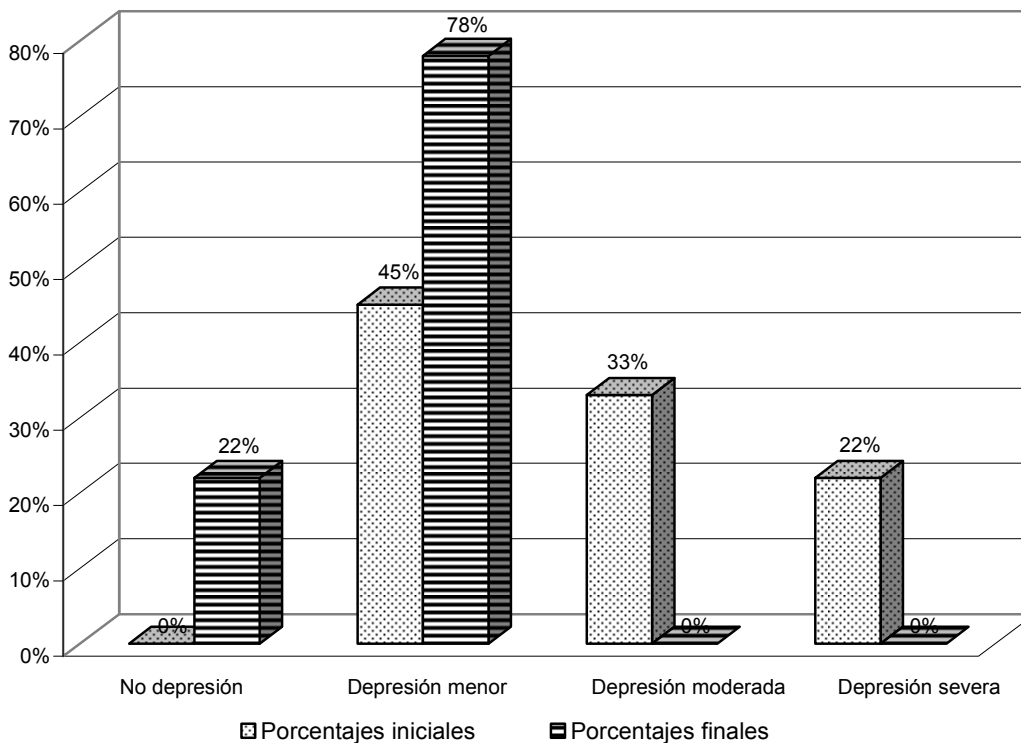
Gráfica No. 7: Numero de pacientes en cada tratamiento

Gráfica de # de pacientes por tratamiento

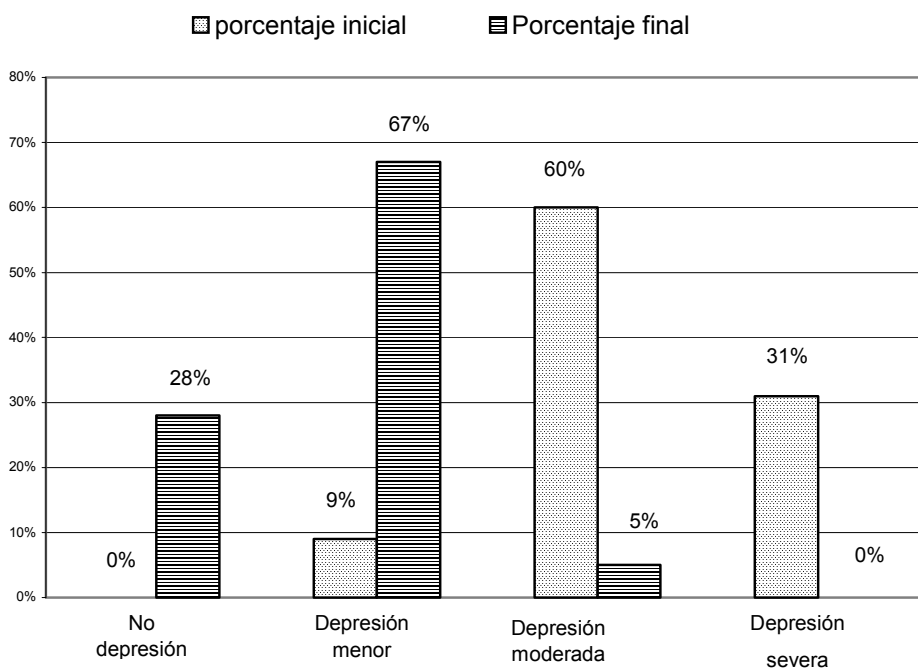


Gráfica No. 8: Pacientes con depresión unipolar que recibieron terapia cognitiva (unimodal) en el Centro de Terapia Cognitiva en Guatemala

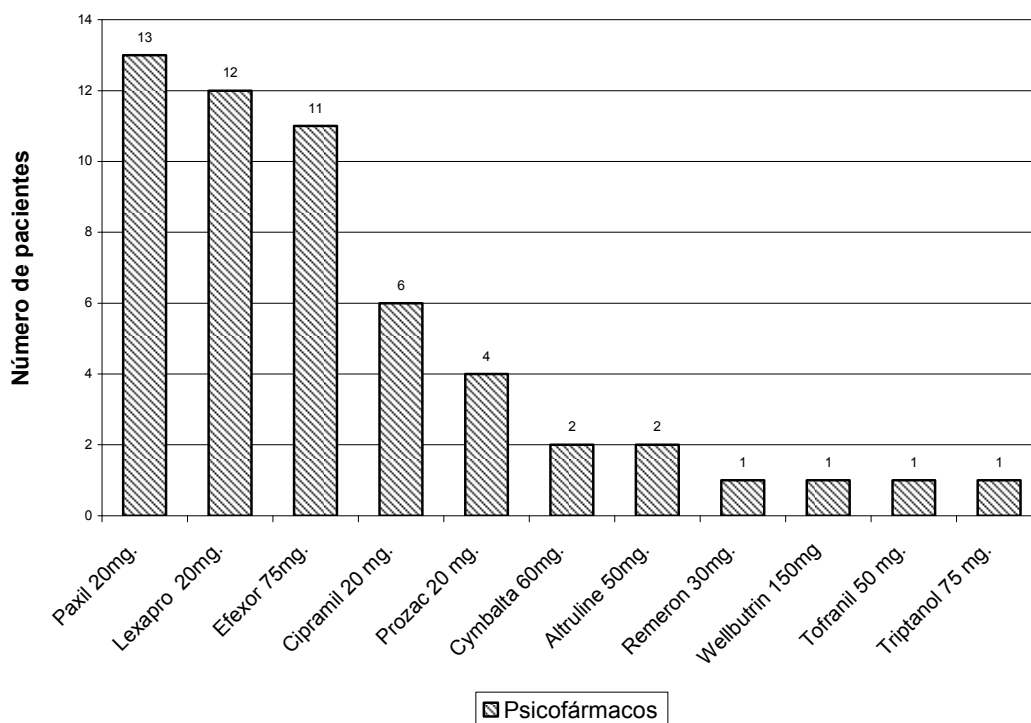
Pacientes terapia cognitiva (unimodal)
Comparación % inicial y %final



Gráfica No. 9: Pacientes con depresión unipolar que recibieron terapia cognitiva (bimodal) en el Centro de Terapia Cognitiva en Guatemala

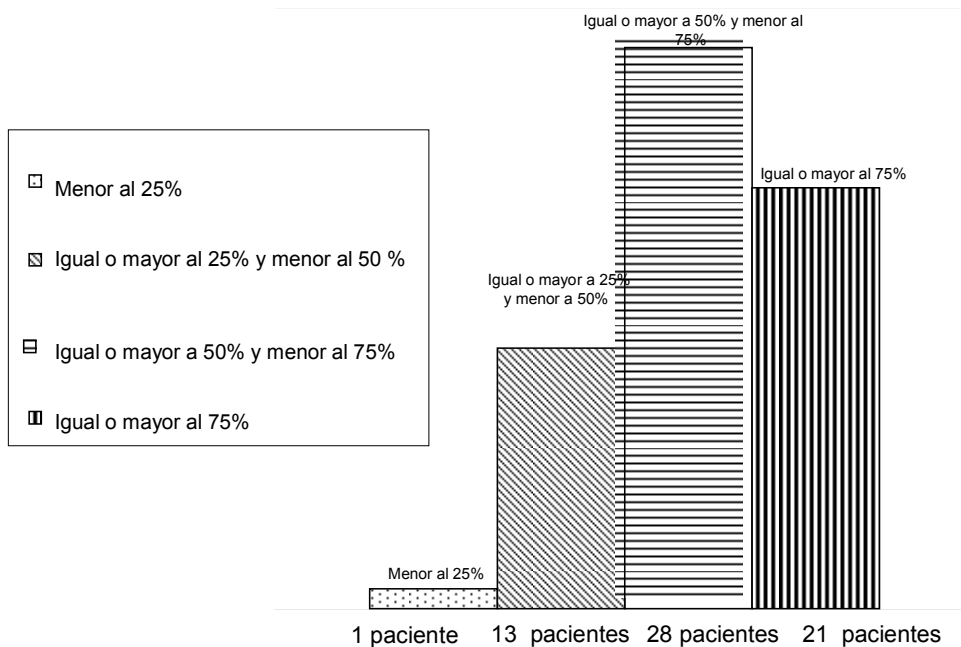


Gráfica 10: Farmacología recetada a pacientes con depresión unipolar en terapia bimodal (terapia cognitiva/psicofarmacología) del Centro de Terapia Cognitiva en Guatemala



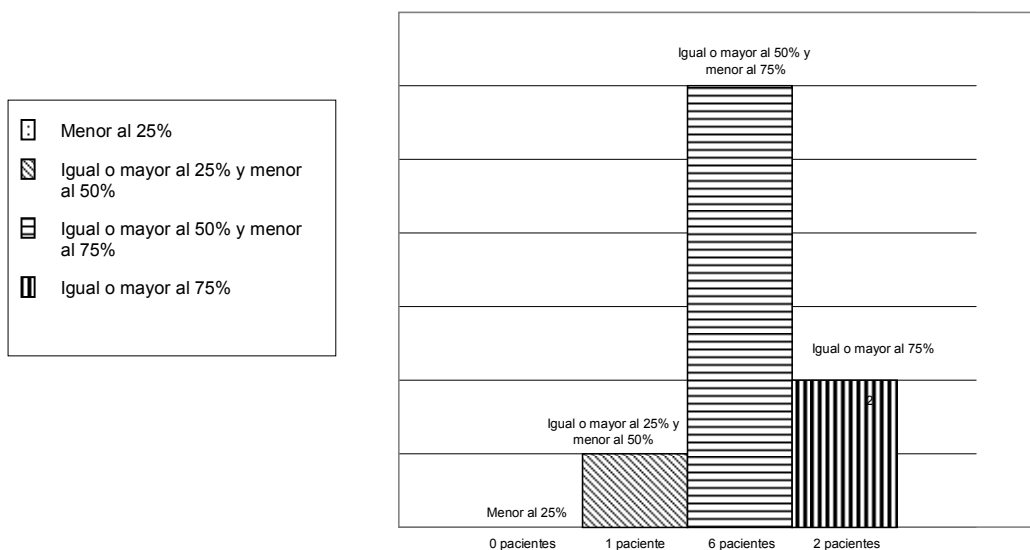
Gráfica No.11: Mejoría porcentual en pacientes totales

Escala Montgomery-Åsberg de Depresión



Gráfica No.12: Mejoría en pacientes con Terapia Cognitiva unimodal

Escala Montgomery-Åsberg de Depresión



2. Estudio de caso. A continuación se describe un estudio de caso siguiendo los lineamientos fijados por el Instituto Beck de Terapia Cognitiva para la descripción de los mismos. Añadiéndole, información descriptiva en forma de inserciones de las transcripciones realizadas.

El curso del tratamiento se detalla mediante la inclusión de información de las sesiones relevantes a la etapa inicial, media y final del tratamiento.

I. Historial de caso

A. Datos generales. Brenda es una joven ladina, de afiliación religiosa evangélica, de sexo femenino, universitaria, soltera de 19 años de edad, con sobrepeso mínimo, con una relación de noviazgo de tres meses. Conoció a su novio actual, de 20 años, en una clase de computación a la cual ella asiste, en donde él es maestro. La paciente aún no ha sostenido relaciones sexuales con ninguna pareja. Tiene tres meses de sostener esta relación de noviazgo.

Brenda vive con ambos padres, y con los padres de la madre, en la casa que pertenece a estos, sus abuelos maternos. Brenda describe a su madre como una mujer a la que no se le puede confiar nada por que ya rápido está haciendo algo al respecto. Es decir la presiona mucho. A su padre, lo describe como agresivo, poco tolerante, ya mayor, con quien tiene muchos roces. Según Brenda, cuando sus padres pelean, ella siempre queda en medio de los problemas.

Tiene un hermanastro por parte de la madre, de 27 años, que ya está casado, pero vive cerca a ellos. La relación entre Brenda y su hermanastro no es muy afectiva ya que según ella, su hermanastro la evita y piensa que es porque éste las resiente a ellas. Según Brenda, es el consentido de su madre. Así mismo tiene una hermanastra de parte de papá con la que nunca ha tenido relación. Luego tiene una hermana del matrimonio de sus papás, de 23 años con la que se lleva muy bien y con la cual Brenda siente el mayor apoyo.

B. Motivo de consulta. Brenda busca atención psicológica debido a su confusión con respecto a su futuro como profesional, siente que no está dando el 100% y no

siente que la carrera que está cursando actualmente la llena del todo. Se siente inútil, ha cambiado su ritmo de actividad y no disfruta de realizar cosas que antes le agradaban. Le gustaría sentirse bien en el ámbito profesional. Eso es lo que más le preocupa.

C. Historia de enfermedad actual. Brenda cuenta que desde pequeña recuerda haber jugado con ideas de muerte y de suicidio, especialmente cuando sus padres la dejaban y se iban varios días al pueblo natal del padre.

De niña escribía testamentos. Aun así, en términos generales, recuerda su infancia en general, como una infancia feliz. Siempre, sabía que había limitaciones en el aspecto económico y sintió mucha presión por salir adelante en el ámbito profesional, en parte por aliviar un poco la carga económica en casa y en parte por probarse a sí misma y a su familia que podía ser una profesional con éxito.

Esto se vino abajo cuando no pudo aparecer en el primer acto público que hacía constar su avance en materia educativa: su acto de graduación del colegio, suceso que motivó un intento suicida por medio de cortarse las muñecas hace dos años con una herramienta médica filosa.

Luego, Brenda tuvo mucha confusión al escoger una carrera, y sus pobres notas e inseguridad con respecto a sus habilidades hizo que reprobará clases en la universidad, concretamente en la carrera de Ingeniería, carrera que Brenda aun alberga esperanzas de poder estudiar algún día.

Por lo tanto, Brenda cambió de carrera a un Profesorado de Enseñanza Media, en parte, porque pensó que iba a ser una carrera menos exigente y, en parte, porque sus padres le hicieron notar de forma indirecta que no podían continuar desperdiciando el dinero en algo para lo que ella no rendía.

En la actualidad, Brenda está muy confundida en cuanto a cómo y en qué sentirse útil. Todavía alberga ideas suicidas aunque la intensidad de éstas han aminorado a comparación con hace dos años. Ha pensado en varias formas de cometer suicidio, desde cortarse las muñecas, tirarse de un puente o tomar una mezcla de medicamentos.

Aún, se corta las muñecas con navajas pero dice que esta conducta ya no la realiza con intención suicida sino como un acto de auto lesión que le ayuda a aliviar su tristeza y dolor.

El estado depresivo de Brenda presenta ciertos síntomas conductuales, cognitivos y conductuales importantes de notar. Brenda emocionalmente siente mucha culpa, tristeza e inseguridad en sus decisiones y en sus actividades. Esto a raíz, de cogniciones confusas e indecisas en las cuales se destacan las autocríticas y la desesperanza. De este modo, sus conductas tienden a ser inertes y pasivas. Existen alteraciones físicas como palpitaciones y cansancio.

Los mayores estresores en la vida de Brenda giran alrededor de tres grandes ejes. Siendo estos: problemas relativos a la enseñanza y elección de carrera, problemas relativos al grupo primario de apoyo, y problemas relativos a la situación económica.

Con respecto al ámbito académico, Brenda tiene particular dificultad por actualmente estudiar una carrera en donde se siente que no está logrando algo en términos de lo que desea. Así mismo, le preocupa la falta de apoyo de su padre en sus elecciones profesionales y sus reclamos, sobretodo en el aspecto económico. Quiere llegar a satisfacer los estándares profesionales que sus padres esperan de ella.

Siente temor por llevar a cabo malas decisiones profesionales por miedo que tarde o temprano se confirme que no tendría éxito profesional. Así mismo, Brenda se siente excluida del grupo de alumnos del profesorado por no poseer un bachillerato en magisterio y por la poca interacción social que tiene con ellos. Las consecuencias de este conflicto en particular han alterado su habilidad para tomar decisiones propias y en sus niveles de concentración.

D. Historia psiquiátrica. Hace dos años, Brenda tuvo un intento de suicidio a raíz de no poder graduarse del colegio y darle a sus padres la satisfacción de verla en el acto de graduación. Tiene dos años, aproximadamente desde que se sintió así de deprimida, con periodos de más de tres meses en donde no se sentía deprimida. Sus pensamientos suicidas han disminuido en un 35% desde entonces, según la propia paciente, al inicio del tratamiento.

Aun alberga ideas suicidas, y ha considerado diferentes formas de terminar con su vida aunque hace constar a través del tratamiento que los cortes que se realiza en las muñecas son solamente para aliviar su tristeza y dolor y no con una intencionalidad suicida.

Ha pensado en dos formas concretas de cometer suicidio durante estos dos años: saltando de un puente o ingiriendo una mezcla de medicamentos. Actualmente, según la propia paciente, no piensa realizar un acto de suicidio sólo sostiene ideaciones suicidas cuando el dolor y la desesperanza son muy grandes. No ha recibido atención psicológica o psiquiátrica en el pasado.

E. Historia personal y social relevante. Brenda describe a su padre como un ser distante y estricto y a su madre como fría y calculadora la mayoría de veces. Si bien ha tenido un historial de relaciones de noviazgo poco satisfactorias, su relación actual es satisfactoria y siente mucho respaldo en su pareja, a pesar de que llevan solamente tres meses de noviazgo y pertenecen ambos a religiones muy distintas. Durante el tratamiento la relación de noviazgo termina y se trabaja en ello dentro del curso del tratamiento.

Actualmente tiene muy pocas amistades dentro del grupo de alumnos de su carrera y no disfruta tanto de la compañía de amistades que anteriormente fueron cercanas.

Su estructura de soporte básicamente se reduce a su hermana mayor, su novio y en alguna medida su padre y madre. Así mismo emocionalmente está muy conectada a sus abuelos maternos con quienes comparte vivienda. Su hermanastro por parte de madre, vive cerca y representa rechazo, desinterés, y un sentido de competencia por el amor y la atención de la madre.

Dentro de sus intereses, Brenda menciona que disfruta de cocinar, ir al gimnasio (actividad que realiza desde hace un año), sentarse a la mesa en familia, cuidar y atender a otras personas, hacer planos y maquetas y realizar dibujos técnicos. Alberga siempre la ilusión de poder construir su casa propia y de desarrollarse plenamente en el ámbito profesional.

Brenda está muy preocupada sobre su desarrollo profesional y el futuro de éste. En particular quiere estudiar una carrera en donde sienta que esta logrando algo. Quiere llegar a satisfacer los estándares profesionales que sus padres esperan de ella.

Siente temor por llevar a cabo sus propias decisiones y se autocrítica constantemente. Se siente culpable y avergonzada por las consecuencias de su intento de suicidio de hace dos años y siente mucha confusión sobre sus capacidades reales.

La dinámica familiar que se vive en casa, representa estresores igualmente importantes. La madre y el padre de Brenda tienen una relación conyugal problemática. El padre denigra a la madre constantemente y amenaza con retirarles su apoyo y su confianza constantemente.

La abuela materna con quien vive la paciente, está enferma y constantemente necesita de atención médica. El abuelo materno, presenta un problema de alcoholismo e ideación suicida. La hermana de la paciente, ha tenido gran dificultad en la universidad, reprobando materias constantemente y según relatos de la paciente, presenta ideación suicida.

El intento de suicidio de Brenda hace dos años, todavía repercute de forma importante sobre la dinámica familiar. Muchos de los integrantes de la familia constantemente están en vigilia, y la perciben como alguien débil y sensible. De modo que Brenda recibe constantemente estos mensajes que a la vez la llenan de culpabilidad, tristeza y un sentimiento de inutilidad. Los cortes que se realiza en las muñecas le causan mucho estrés aunque aparentemente, momentáneamente le alivian. *(Ver en próxima página genograma familiar de Brenda Rivas)*

cometer un acto suicida pero que sostiene ideas sobre ello. A veces realizando planes específicos para suicidarse.

Es evidente un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica Brenda Luego, se evidenciaron sentimientos de inutilidad y de culpa excesiva e inapropiada casi cada día.

Su estado de ánimo depresivo, ha tenido una duración de dos años, con periodos por más de tres meses en donde no se siente deprimida y luego recae. Es evidente su dificultad para concentrarse y tomar decisiones.

H. Diagnóstico (DSM- IV-TR)

Eje I:

(F33.2) Trastorno depresivo mayor, grave sin síntomas psicóticos, recidivante sin recuperación ínter episódica total.

Eje II:

Z032. 2 [V71.09] Ninguno

Eje III:

Ninguno

Eje IV:

Problemas relativos al grupo primario de apoyo

- Discusiones frecuentes entre padres
- Presión por éxito profesional de su hija

Problemas relativos al ambiente social

- No se siente parte del grupo de alumnos de la universidad; rechazo, exclusión.

Problemas relativos a la enseñanza

- Problemas académicos

Problemas laborales

- Conflictos para buscar trabajo

Problemas económicos

- Economía insuficiente

Eje V

Principio: 51-60

Final: 71-80

II. Formulación de caso

A. Agentes precipitantes. El intento de suicidio de Brenda de hace dos años, y consecuentes ideaciones suicidas, predisponen la recurrencia de depresión. Ella optó por querer quitarse la vida cuando no logró graduarse con el resto del grupo ya que sintió que éste era un fracaso muy grande. Ahora mantiene un estado de inestabilidad, confusión y constantes cambios de carrera universitaria que refuerzan sentimientos de inutilidad y de poco valor.

No tener éxito en poder actuar según sus deseos de cursar la carrera que ella quiere, así mismo, hace que Brenda se sienta insegura con respecto a que le depara el futuro. Existe un problema económico constante en casa, lo que le ocasiona estrés, y no obtiene la aceptación y la aprobación que ella desea de algunos familiares y compañeros de estudio, lo que no le permite ser feliz.

Esto le hace sentir rechazada y no amada, inútil y con poco valor. Razones por las cuales adopta patrones de dependencia regresiva con varios miembros de la familia. Ha adoptado conductas de evitación y de auto lesión como habilidades desadaptativas de manejo, precipitadas por ideas y creencias que mantienen la desesperanza y los sentimientos de tristeza profunda entre otros síntomas.

B. Análisis transversal de las condiciones y conductas actuales. Una típica situación problemática recurrente en la vida de Brenda se puede ejemplificar a través de un evento en donde ambos padres de Brenda discutieron por problemas económicos. El padre llamó a Brenda y empezó a maltratarle verbalmente y a decirle que era una fracasada y una carga. Al otro día los padres ya estaban contentos pero Brenda pensaba; “Yo tengo la culpa de todo, y tengo que hacer como que si nada, como que si no me duele.” Emocionalmente ella se siente triste y débil y opta por quedarse callada y aislarse por temor a ser acusada de muy sensible.

Una segunda situación típica se puede reflejar en una ocasión en donde la madre de Brenda iba acompañarle a su cita, pero antes de ello, se suponía que la madre iba a quedarse a cuidar a los abuelos (maternos) en casa hasta que llegase Brenda y salieran juntas para acudir a la cita. Al llegar Brenda a casa no encontró a su madre y la fue a encontrar en la casa de su hermanastro. Brenda fue a buscarle y le preguntó si le iba a acompañar a lo que la madre accedió, pero en forma reacia. El pensamiento automático de Brenda fue, “Los prefiere a ellos que a mí.” Luego Brenda se siente no amada, rechazada y una carga. Adopta una conducta pasiva agresiva, caminando rápido por todo el trayecto.

Una tercera situación ocurre platicando con un compañero universitario al salir de clases. Brenda le comenta que había ganado el semestre. El compañero le contesta que de no haber sido así sería una vergüenza porque ella se la pasa toda la semana en casa. Sus pensamientos automáticos son, “Para nada sirvo” y “Soy una inútil” Estos pensamientos generaron tristeza, enojo, vergüenza y un sentimiento de culpabilidad. Hace que Brenda evite a sus compañeros y participe en clase.

C. Análisis Longitudinal de Cogniciones y Conductas. Brenda creció en un hogar compuesto por su familia nuclear, por sus abuelos maternos y una tía y una prima. La casa es propiedad de sus abuelos maternos. Su padre es un hombre de 63 años distante emocionalmente, demandante y crítico. Su madre, es la proveedora del hogar, y es una mujer muy trabajadora, con baja auto-estima y distante emocionalmente. Ambos padres tienen hijos fuera del matrimonio. Los abuelos maternos son muy cercanos a la paciente.

La abuela es una mujer muy enferma que constantemente necesita de atención médica y el abuelo sufre de alcoholismo y sostiene ideas suicidas. La paciente es más cercana emocionalmente a sus abuelos que a sus padres. De manera temprana, la paciente desarrolló las creencias de que era defectuosa y no querida, las cuales fueron reforzadas por la falta de comunicación emocional entre sus padres y debido a que ella al crecer, recibe la noticia luego, de que tenía hermanastros por parte de ambos padres.

Sus pensamientos en extremo negativos sobre el aumento de las expectativas de su rendimiento académico, sobre su aportación económica al hogar y consecuente imposibilidad de graduarse del colegio con el resto de compañeros evidencian esquemas rígidos desadaptativos.

Su indecisión profesional y el no sentirse parte del grupo de estudiantes influye en el desarrollo de las siguientes presunciones claves: “Para ser feliz, debo de hacer lo que dicen los demás.”, “Mi valía personal depende de lo que los otros piensan de mí.”, “Si he fracasado en el pasado, seguro soy inepta.”

Sus estrategias conductuales compensatorias incluían evitar cualquier conflicto, hacer lo que los demás le dicen, auto lesionarse y depender regresivamente de ciertas personas a su alrededor.

D. Fortalezas. Brenda es una joven que le gusta socializar y tratar con personas. Tiene muchas ganas de tener éxito y ayudar en casa económicamente. Sabe que sirve para algo aunque aun no sabe para qué. Cuenta con el apoyo de su madre, su hermana y algunas tías para acudir a terapia.

E. Hipótesis de trabajo. Podemos entender que Brenda se ve a sí misma no querida o defectuosa por las circunstancias en su infancia. Siendo la hija de padres distantes emocionalmente, críticos y en relación de abuso verbal y de poder, como también creciendo en un hogar conformado por varios núcleos, se sentaron bases que reforzaron la visión negativa de si misma.

Así mismo su sentido de incapacidad, sostenido por el acontecimiento de que no pudo graduarse hace dos años del bachillerato, crea una ausencia de expectativas positivas y desesperanza.

Esta visión negativa se activa en situaciones de relación interpersonal donde ella percibe rechazo o inutilidad. Se siente culpable por su intento de suicidio, por ser una carga y por autolesionarse aunque de esta forma logra llamar la atención de otras personas debido a una incapacidad para comunicar los propios problemas de forma adaptativa.

Ella estableció reglas rígidas para poder funcionar en éste mundo: Para ser feliz, debo hacer lo que dicen los demás.”,” Mi valía personal depende de lo que los otros piensan de mi.”, “Si he fracasado en el pasado, seguro soy inepta, si lloro, soy débil.” Para operacionalizar estas creencias; Brenda ha elegido las siguientes estrategias conductuales compensatorias: evitación, sumisión, auto lesionarse, dependencia regresiva.

II. Plan de tratamiento

A. Lista de problemas

Psicológicos/Psiquiátricos

1. Intención suicida (explorar)
2. Ideación suicida (explorar)
3. Auto-lesiones: Se hace pequeños cortes en las muñecas para mitigar el dolor emocional una o dos veces por mes inicialmente.

Interpersonales

1. Aislamiento y evitación: Queriendo ser amada, pero temiendo el rechazo.
2. Dependencia regresiva: Sobre todo con hermana, abuela y madre.
3. Resentimiento hacia los padres y hermanastro por falta de apoyo y amor.

Ocupacionales

1. Desesperanza por ser una carga económica y no poder tener éxito en tomar decisiones adecuadas sobre todo en el campo profesional por ver un futuro incierto.

2. Depresión, especialmente desesperanza, tristeza, culpabilidad y autocrítica.
3. Desvalorización de Brenda (sentirse inadecuada y débil)

Financieros

1. Poca disponibilidad de recursos financieros

B: Metas del tratamiento. Producir mejorías en el grado de severidad de depresión a través de:

1. Contrarrestar pensamientos suicidas y conductas auto agresivas, proporcionando recursos inmediatos (contrato anti-suicidio, tarjeta de defensa, plan de acción, lecturas sobre las auto lesiones y posterior discusión y análisis terapéutico en las sesiones).
2. Contrarrestar síntomas afectivos de estado depresivo tales como tristeza, pérdida de la alegría, desesperanza y la pérdida de la gratificación.
3. Contrarrestar síntomas motivacionales de estado depresivo: deseo de escapar (vía suicidio o lesiones auto-inflingidas) y el deseo de evitar problemas.
4. Contrarrestar síntomas cognitivos de estado depresivo: Identificar y modificar distorsiones cognitivas, búsqueda de respuestas alternas basándose en evidencia real, creencias nucleares, identificar y modificar pensamientos de tipo autocrítica
5. Contrarrestar síntomas conductuales de estado depresivo: pasividad, conductas de evitación o huida.
6. Entrenamiento en desarrollo de habilidades de asertividad y de confrontación efectiva.

C. Plan de tratamiento. El plan de tratamiento de Brenda inicia con un esfuerzo por obtener datos generales de la paciente y por crear un clima de trabajo y de confianza básico. Luego, se busca elicitación información esencial sobre la intensidad de la depresión, y el grado de intención suicida para determinar el grado de urgencia. Se dirigen inmediatamente los esfuerzos para encontrar puntos de intervención basado en la desesperanza y en las actitudes negativas de la paciente

hacia el futuro y en sus ideas en extremo negativas sobre ella misma y el mundo que le rodea.

Luego, se busca ampliar las perspectivas de la paciente cuestionando los esquemas de la paciente, entre ellos: “Soy inútil”, “No soy amada”, “Tengo la culpa de todo” determinando significados y probando otras fuentes de satisfacción que puedan ser importantes para ella.

Esta búsqueda se acompaña guiando a la paciente a responder a sus pensamientos automáticos, examinándolos y sometiéndolos a prueba de realidad, buscando respuestas alternas.

Así mismo se planeó facilitarle a Brenda varias técnicas específicamente diseñadas para contrarrestar determinados síntomas y patrones conforme estos se iban identificando en el transcurso del tratamiento. Por último, se trabaja con la paciente buscando generar datos más precisos y reales. Se concluye el tratamiento reforzando su independencia y la capacidad de ayudarse a sí misma.

III. Curso del tratamiento

El curso del tratamiento por ende se describe a continuación de la siguiente manera:

- **Etapas iniciales: Sesión primera y sesión tercera**
- **Etapas intermedias: Sesión sexta y sesión octava**
- **Etapas finales: última Sesión: Décimo sexta sesión**

ETAPA INICIAL

Primera sesión

A. Relación terapéutica:

Se facilita la comunicación con Brenda desde el inicio ya que es una persona que disfruta de iniciar intercambios sociales con personas nuevas. Así mismo la revisión de los Derechos del Cliente y del Consentimiento Informado ayudó a que Brenda se sintiera más segura sobre el tratamiento y su participación dentro de él.

Brenda se mostró especialmente preocupada porque no se mencionaran nombres propios reales en ningún momento dentro de las transcripciones de las sesiones. Preocupación que se discutió a fondo, asegurándole por escrito y en forma verbal que todos los nombres propios serían reemplazados por seudónimos. Luego, se discutieron aspectos sobre la duración del tratamiento y la posibilidad de que se dieran días malos tras una mejoría, facilitando de este modo el establecimiento de rapport. (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

B. Intervenciones/ Procedimientos:

1. Invitar al paciente a formar parte del estudio
2. Proporcionar un espacio para la discusión y revisión de los derechos del cliente, del consentimiento informado y sobre las expectativas del cliente.
3. Explicar el plan general y el fundamento teórico de la terapia cognitiva en el tratamiento de depresión.
 - Énfasis en los pensamientos automáticos y cómo estos influyen en la conducta, emociones y fisiología. (Introducción al concepto)
 - Una de las terapias más investigadas en el extranjero
 - Explicación de qué es una terapia de tiempo corto con duración aproximada de 15 a 20 sesiones.
 - Breve introducción al concepto de pensamientos automáticos mediante ejemplos.
 - Tendencia a ver en extremo negativo su persona, su futuro y el mundo que le rodea.
 - Introducción a la idea de que la depresión es una enfermedad que conlleva altibajos y de la posibilidad de recaídas dentro del curso del tratamiento.
 - Asignación de tareas al finalizar cada sesión
4. Discusión de objetivos generales del tratamiento
 - Ofrecerle al paciente un conjunto de herramientas para que ella misma, al finalizar pueda lidiar con su enfermedad de un modo sano, generando cambios.

T: Entonces, aquí se trata de que tú tengas las herramientas al finalizar, para que tú misma puedas estar tratando y lidiando con la depresión de un modo sano y que te va ayudar a ti a salir adelante. Lo que es lo más importante, que tú tengas las herramientas al finalizar. Porque la depresión es una patología que tiene sus altos y bajos, o sea va así (Gestos manuales de altos y bajos en una línea).

P: Sí, porque hay días en que me siento bien, y hay días que me siento mal.

T: Exacto. Entonces puede ser que durante estas sesiones tú te encuentres bien y de repente tú recaigas. Y eso es normal porque así es como funciona la depresión. Pero, esas recaídas no son del todo negativas. Porque esas recaídas, te pueden ayudar a ti a realmente poner las estrategias y técnicas en práctica.

P: Hm.

T: ¿Verdad?

P: Sí

T: Porque cuando nosotros terminemos aquí, sí te va a tocar ir y enfrentar el mundo por ti sola. Entonces si esas situaciones se dan aquí, y nosotras las trabajamos conjuntamente, cuando a ti te sucedan fuera de aquí, lo ideal es que tú sepas manejarlas e identificarlas antes de caer en una crisis.

P: Sí

T: ¿Me doy a explicar bien?

P: Sí.

T ¿Algo que quisieras preguntarme o algo que no te hay quedado claro de esto?

P: No. Me ha quedado claro todo.

- Que la paciente por sí misma aprender a buscar comprobar o refutar sus pensamientos basándose en la búsqueda de evidencia.

T: *Pues eso es lo que sucede. Entonces realmente mi motivo de estar aquí, no es convencerte a ti de nada, si no lo que quiero es que tú misma vayas comprobando o refutando las ideas que tú sostienes. Entonces, en eso es lo que vamos a trabajar.*

Otra cosa que te quería decir es, bueno, ¿si me entendiste eso de la visión negativa de sí mismo, de tu mundo y de tu futuro?

P: *Sí. Porque uno a veces dice, bueno a mí me pasa muchas veces, me están viendo, me mira una equis persona, pero yo en mi mente, ya va..., de plano le caigo mal, o de plano la hice sentir mal por eso me está viendo así.*

Pero uno a veces sólo mira el lado malo o piensa lo malo y no. Puede ser que le gusté o puede ser que me haya agradado a mí.

Eso sí. Está muy claro.

5. Explorar las razones por las cuales Brenda sostiene ideación suicida para encontrar un punto para la intervención terapéutica.

T: *Bueno Brenda, la vez pasada habíamos hablado que han pasado dos años desde tu intento de suicidio. Y que ahora, me habías dicho que en un 35% más o menos..., estas ideas todavía pasan por tu cabeza.*

P: *Hm. Sí.*

T: *¿Ha cambiado esta cifra desde la vez pasada que nos hablamos?*

P: *Sí, me asusté porque, o sea, no es que piense tanto en suicidarme. O que mañana ya no quiera vivir.*

Pero sí, ha bajado bastante. Porque sí, es sólo cuando me pongo muy, muy triste. Pero ahora casi no me he puesto muy triste porque no hay tiempo.

Pero, sí ha cambiado ese porcentaje. Creo que es tal vez un veinte por ciento..., si mucho. O sea no es muy grande, ni tampoco muy pequeño.

T: ¿Y has pensado en algún plan específico de cómo llevarlo a cabo?

P: ¿De intentar suicidarme?

T: ¿Sí?

P: A veces pienso en sólo tirarme. Me bajo. Una vez, ... este año fue, o el año pasado fue..., yo iba caminando cabal en un puente y había algo que me hacía sentir ¿por qué no tirarme al vacío?

Y yo decía ¡Ay vaya!

Pero ahí sí me asusté yo porque dije, “¡Ay no, tirarme y caer encima de muchos carros y que me aplasten muchos no!”

Y dije que no. ¡Qué como iba a hacer eso!

Esa ha sido otra forma. Pero no..., no me atreví, y gracias a Dios no lo hice. La verdad es que yo desde chiquita; así jugábamos, saber por qué pensaba así de matarme.

¡Porque siempre que mis papás se iban de viaje a San Mateo, me dejaban y yo cómo lloraba! Y no me querían llevar.

Yo siempre hacía mis testamentos y hacía un montón de como cosas..., mezclaba muchas cosas..., y siempre amenazaba que me las iba a tomar y tampoco lo hice.

Pero sí, así de tomar cosas. O a veces pienso..., antes pensaba..., en tomar muchas pastillas, intoxicarme o cosas así. Pero ahora no he pensado.

6. Concretar los problemas más urgentes y accesibles mediante preguntas para elicitación de la información esencial sobre la intensidad de la depresión, el grado de intencionalidad suicida, y la emergencia de los deseos suicidas.
7. Ofrecer una herramienta práctica para ganar tiempo, generar una alternativa inmediata (números de teléfono), y reforzar alianza terapéutica: Contrato anti-suicidio.
8. Formular preguntas adecuadas con objeto de hacer un análisis inicial clínico más profundo y de desglosar los problemas principales aparte de intención e ideación suicida.

T: Bueno, entonces vamos a resumir un poco lo que hablamos la semana pasada. Resumiendo los distintos problemas que parecen afectarte, encontramos tres áreas principales. Tú me dirás si estamos en lo cierto o no, o si falta algo. Bueno, en primer lugar estás angustiada por los problemas que se te presentan en el área profesional, concretamente en tu elección de carrera.

P: Así es.

T: Estás preocupada y te sientes culpable porque tienes pensamientos de inseguridad sobre tu carrera actual, Profesorado de Enseñanza Media, a pesar de que estás sacando buenas notas y sientes que tienes vocación por la enseñanza. ¿Verdad?

P: Ajá.

T: La segunda área está relacionada con tus padres. Más que todo con tu padre. Estás preocupada por su falta de apoyo en tus elecciones profesionales y en tu carrera. Temes no llegar a cumplir con sus estándares profesionales impuestos sobre ti y por sentir que eres una carga económica para ellos.

P: Exacto.

T: ¿Lo que podría significar que no está dando el 100%? Temes llevar a cabo malas decisiones vocacionales por miedo a que tarde o temprano se confirme que no tendrás éxito profesional.

P: Ahí estamos.

T: ¿Sí? Así mismo te sientes culpable por haber lastimado a muchas personas con el intento de suicidio de hace dos años, porque en ese momento sostenías la creencia de que no servías para nada. Creencia que ahora ha evolucionado a que ahora sí sabes que sirves para muchas cosas pero no sabes cómo y en dónde aplicar todos tus conocimientos y habilidades de la manera más provechosa.

P: Así es

T: ¿Sí?

P: Sí.

T: ¿Están aquí representados todos tus problemas Brenda?

P: Sí. Los que más me agobian, sí.

T: ¿Puedes destacar los más importantes?

P: ¿Los más importantes? Los tres son importantes, porque son con los que convivo día a día.

Tarea Asignada: Registro de actividades diarias con registro de niveles de *dominio* (Sentido de logro obtenido al realizar la actividad) y *agrado* (sentimientos de placer, o alegría derivados de una actividad) evaluando estos de 0 a 5 puntos en donde 0 representaría la ausencia de dominio/agrado y 5, el máximo de dominio y agrado. (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

Esto, con los objetivos de identificar discrepancias entre los logros conseguidos y los sentimientos experimentados, introducir al paciente en la importancia de examinar objetivamente los datos, y buscar oportunidades para que Brenda asimile los éxitos y satisfacciones en su diario vivir en un intento por minar gradualmente la creencia del paciente de “No soy amada”, “no sirvo para nada”

T: En cada sesión, al finalizar, es parte del proceso terapéutico dejar una tarea. Entonces, yo quería repasar la primera tarea contigo. Yo creo que tal vez no te va a alcanzar el espacio para llenarlo aquí, pero vas a tener la idea.

Nosotros nos vemos el próximo jueves, a las 2:30..., o déjame ver porque creo que es feriado, cualquier cosa yo te aviso.

Entonces quería que registraras las actividades que llevas a cabo diariamente, en un calendario como éste. ¿OK? Desde la hora en que te levantes..., de forma general.

P: ¿No tiene que ser específico?

T: No, para nada. Entonces quiero que los registres hasta que nos veamos la otra vez. A la par de cada explicación o descripción de cada actividad que realices durante las diferentes horas del día, quiero que anotes, con qué grado de dominio y con qué grado de agrado realizas cada actividad.

Va de cero a cinco puntos. Cero siendo el más bajo y cinco el más alto. Por ejemplo, si a la una de la tarde, por un supuesto, jugaras fútbol, entonces en la sección de dominio, si lo hicieras con mucha precisión y control..., pondrías cinco.

P: ¿Si meto un gol, sería tres?

T: Exacto. E igual, en el apartado de agrado, que quiere decir con qué gusto y con qué placer realizas cada actividad, también de cero a cinco. Siendo el cero el más bajo y cinco el más alto.

P: ¿A la par de cada actividad?

T: Exacto. ¿Sí me doy a entender?

P: Sí

T: ¿Alguna pregunta Brenda?

P: Digamos si tengo que lavar los platos es... ¿cómo lo hago? De dominio es cuánto creo que, si lo hice rápido..., eso. Le tengo que dar valoración de cero a cinco.

T: Exacto eso sería dominio.

P: Y en agrado, ¿si me gustó hacer la actividad o no me gustó?

T: Exacto. Sí. Entonces el próximo jueves vamos a revisarlo conjuntamente.

P: ¿Desde hoy en la noche o mañana?

T: Desde hoy. Sí.

C. Obstáculos:

1. Confusión sobre qué es lo que realmente Brenda quiere estudiar en la universidad. No están claros los motivos por los cuales está en la carrera que está y qué es realmente lo que quiere y en qué medida esta decisión se ve perjudicada por el aspecto económico, por su educación, y por las reglas rígidas que Brenda sostiene.

P: Es que mis papás no querían que yo estudiara magisterio. Porque yo quería hacer magisterio, pero como yo quería en un establecimiento en la zona 1. Pero ellos dijeron que no, que muy peligroso.

Empezaron los peros. Entonces la única carrera que me gustaba en donde mi hermana estudió fue un bachillerato en construcción. Y, entonces, a mediados de año ya estaba inscrita en la carrera.

T: ¿Para Bachiller en Construcción?

P: Sí. Entonces tal vez ahí también tenga un origen.

T: Ajá. ¿Eso fue este año?

P: No. Este año me presionaron mucho para que siguiera una carrera más fácil, según para mis papás, pero para mí no era más fácil porque no me adaptaba a una, entonces cómo pensaba adaptarme al grupo.

T: Entonces vamos a ver si lo tengo claro. Empezaste en Ingeniería. ¿Verdad? ¿Te saliste de Ingeniería...?

P: Por las cosas y por el mismo miedo de no..., saber si iba a poder sacar esas clases que había dejado. Que mis papás..., mi papá más que todo, me decía, "Vamos a seguir gastando y no se van a ver los frutos." Entonces todo eso ocasionó mi cambio a una pedagogía.

T: ¿Entonces de Ingeniería te fuiste a Pedagogía, que es el Profesorado en Enseñanza Media?

P: Sí.

T: ¿Y el Bachiller en Construcción? ¿Ese no lo has cursado todavía?

P: Bien. De eso fue de lo que me recibí en el Colegio.

T: Perdón. ¿Cómo se llamaba?

P: Bachiller en Construcción.

T: Ah, ahora ya me queda un poco más claro. ¿Por eso tu primera elección fue ingeniería?

P: Ajá.

2. Las siguientes reglas rígidas que sostiene Brenda, “Para ser feliz, debo de hacer lo que dicen los demás.”, “Mi valía personal depende de lo que los otros piensan de mí”,

D. Resultados:

1. La paciente accede a formar parte del estudio y a firmar consentimiento informado. Así mismo está informada sobre sus derechos como cliente del Centro de Apoyo Integral a la Comunidad de la Universidad del Valle de Guatemala y de sus derechos como participante voluntario en este estudio de investigación.
2. Dada la ideación suicida, parecía evidente que éste era el problema clínico principal y que la desesperanza sería el punto más apropiado para la intervención. Aceptó con seriedad esta ideación, guiándole a que evalúe de 0 a 100 la intensidad de estos deseos para lograr ver esta intencionalidad desde un punto de vista más objetivo.
3. Información adicional recopilada importante para análisis clínico.

Tabla No. 5: Análisis FODA primera sesión

<p style="text-align: center;">Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> •Asiste al gimnasio (1año) •Quiere ser alguien en la vida •Duerme bien •Tiene interés por ser una profesional •Actitud cooperadora 	<p style="text-align: center;">Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> •No se siente acusada ni condenada al finalizar esta sesión, según sus propias palabras •No le va mal en la universidad actualmente •Acepta firmar contrato anti-suicidio •Siente que tiene vocación para enseñar Tiene un grado de bachillerato en construcción •Le gusta ayudar a los demás •Le gusta pasear
<p style="text-align: center;">Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> •Pobre relación con papá •Intento de suicidio hace dos años •Miedo por no saber que hacer •Pobre relación entre padres • (discusiones constantes) •Problemas para concentrarse •Cansancio, poco interés en realizar actividades que antes eran placenteras •No tiene grado de magisterio 	<p style="text-align: center;">Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> •Relación estrecha entre mamá y medio hermano •No saber lo que quiere hacer en el ámbito profesional •Problema económico constante de la casa •Siente que es una carga •No saber que va a pasar con ella, que va a hacer •Baja en nivel de actividad desde hace dos años •Culpa •Autocrítica

4. La tarea asignada en esta sesión se discutió en la segunda sesión. Brenda calificó varias de sus actividades con un grado de dominio y de agrado de medio o alto. Esto propició un diálogo sobre cómo sus pensamientos negativos sobre su mundo y su persona (inutilidad, no ser amada) pudiesen en realidad ser muy extremos, tomando como base los resultados de esta tarea.

Así mismo, propició sentimientos de gratificación en la paciente al darse cuenta de que en realidad, disfrutaba de varias actividades y las podía

manejar con cierto grado de dominio, mejorando así su auto concepto y estado de ánimo.

Luego, sentó las bases para propiciar la importancia de discutir lo que ella pensaba sobre sí misma, en un esfuerzo por ver bajo otra perspectiva la regla que Brenda se auto impone de, “Mi valía personal depende de lo que los otros piensan de mí.”

5. En cuanto a los resultados obtenidos por medio de la solicitud de retroalimentación del cliente, Brenda expresó que se sentía cómoda ya que no se sentía acusada ni condenada. Así mismo comentó que era muy importante para ella el haber sacado una buena calificación en la universidad ya que esto la hizo sentir muy bien.

Tercera sesión

A. Relación terapéutica: La capacidad de Brenda para expresar sus pensamientos y sentimientos va en aumento evidentemente, aunque aún tiene dificultad para permitirse llorar debido a su creencia tan arraigada de “Si lloro, soy débil”. Aparentemente, basándome en (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983). Brenda se mostró deseosa de hacer una descripción intelectual de sus sentimientos, inhibiendo la expresión de las emociones y incapaz de percibir los beneficios de una verdadera “catarsis.” Por ello buscó la manera de identificar las objeciones que Brenda se hace para expresar sus propios sentimientos para ver si de éste modo se permite expresarlos.

T: *¿Y por qué crees que tienes ganas de llorar?*

P: *Porque siento que soy mala, me dan ganas de llorar, es una forma de desahogarme.*

T: *¿Y cómo puedes controlar no llorar?*

P: Así como ahora..., no estoy llorando. Me repito en la mente... “No voy a llorar..., no voy a llorar.” Ahora no tengo que llorar. Y eso hago. “¡Y Dios mío, voy a llorar!” (Empieza a llorar la paciente)

T: ¿Y cómo se siente el poder llorar?

P: Bien..., pero es que eso demuestra mucha debilidad.

T: ¿Y qué tiene que me demuestres a mí mucha debilidad?

P: Hay que siempre ando demostrando eso..., entonces no me gusta.

T: ¿Por qué?

P: Porque antes demostraba mucho que era muy débil y eso causó que muchas personas se burlaran de mí. Y eso me hacía sentir mal. Entonces por esa razón ya no lloro enfrente de las personas.

T: ¿Y tú crees que yo me voy a burlar de ti?

P: No. Yo sé que no, pero porque voy a llorar ahora..., no, ya no.

Es evidente el sentimiento de vergüenza en Brenda al compartir sus emociones de irritación con respecto a la madre y la hermana en específico, y en general con respecto a emociones negativas que siente por aquellos quienes son importantes para ella.

Es obvio que le cuesta hablar de estas emociones, pero es una buena señal para la relación terapéutica que lo lleve a cabo dentro del contexto de la terapia ya que a los pacientes depresivos, estos tópicos en especial son muy difíciles de expresar y no es muy probable que el paciente los saque a coalición hasta que el terapeuta no haya establecido una buena relación con él y éste se muestre comprensivo con las reacciones de “vergüenza” del paciente” (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

T: Supongamos que lo que está haciendo tu mamá es malo. ¿Cuánto crees que lo que hizo tu mamá es malo?

P: ¡El cien por ciento!

T: ¿Por qué?

P: ¡Porque me dejó!

T: Vamos a hacer una cosa. (Hago una tabla de pensamientos automáticos) ¿La situación fue...?

P: Mi mamá se fue a ver a mi sobrino y dejó a mis abuelito solos en vez de acompañarme

T: (Anotó la situación en la tabla) ¿Pensamiento automático?

P: Soy una carga para ella

T: (Se anota el pensamiento automático) ¿Algún otro pensamiento?

P: No, sólo... porque soy una carga

T: ¿Emoción?

P: Me sentí egoísta y mal.

T: ¿Mal, cómo?

P: Culpable

T: ¿Qué otra cosa?

P: Decepcionada, enojada, tenía ganas de llorar, egoísta un cien por ciento.

T: ¿Culpable?

P: Cien por ciento

T: ¿Decepcionada?

P: Cien por ciento

T: ¿Enojada?

P: cien por ciento

T: ¿Ganas de llorar?

P: Noventa y cinco por ciento

T: Y ¿por qué no lloraste?

P: Porque todos me iban a ver. Y como iba en la calle me dio más pena. Aquí me pongo a llorar, pero en otro lado no quiero que me miren así.

T: ¿Hiciste algo para demostrar tu enojo?

P: Sí. Caminé más rápido y les dije, “¡saben qué, me voy a ir solita!”

T: ¿Hiciste algo para demostrar que estabas decepcionada?

P: En la cara se me notó.

T: ¿Tú crees que notaron que estabas decepcionada?

P: Sí, por la forma en que les hablé y les dije que mejor se quedaran o se fueran para la casa.

T: ¿Tú crees que eso le demostró a tu mamá que estabas enojada o que estabas decepcionada?

P: Enojada creo que se notó más, la decepción tal vez no lo notó.

T: ¿Y qué hiciste que demostró que eras egoísta?

P: Cuando le dije, “¡mamá ya es tarde!” y la saqué de la casa de mi hermanastro.

Según Aaron Beck y colaboradores (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983), es probable que la aceptación por parte del terapeuta de los sentimientos negativos del paciente reduzca los sentimientos de culpabilidad y castigo, por lo tanto, uno de mis objetivos en esta sesión es abrir espacios para que Brenda se sienta en libertad para expresar estos sentimientos negativos y de esta forma beneficiar la relación terapéutica.

B. Intervenciones/ Procedimientos:

1. Discutir y revisar herramienta de Tabla de Pensamientos Disfuncionales (Quinto, 2002), hasta la cuarta columna. Es decir identificar, la fecha y hora, la situación, los pensamientos automáticos generados por o sobre la situación particular, y las emociones que éstos generan con tres objetivos principales en mente:

- Elicitar las cogniciones específicas del paciente, relacionadas con efectos desagradables y conductas inadecuadas y cuestionarlos
- Que el paciente empiece a familiarizarse con la tabla y a reconocer los pensamientos automáticos negativos y cómo estos pueden influir sobre la conducta, las emociones y fisiología con ejemplos reales propios de experiencia de la paciente.
- Introducir a la paciente a la búsqueda de respuestas alternas mediante búsqueda de evidencia y de alternativas

P: (Saca su cuaderno) Digamos en la situación en que le comenté a un amigo que había ganado el semestre él me dijo, que si no lo hubiera ganado que qué vergüenza. Así me contestó.

Entonces le pregunté que ¿por qué? Y me dijo. "¡Como te la pasas toda la semana en la casa!

Esos dos comentarios me hicieron sentir que yo era una gran haragana y que si en esa carrera fallaba no era nada, era bien estúpida.

Eso me ofendió. Los pensamientos automáticos que tuve, vamos a ver..., fueron que “Para nada sirvo” y “Soy una inútil,” y “Nada puedo hacer”

Y esto lo sentí en un cien por ciento en ese momento porque sí me dolió bastante. Mi emoción fue..., me sentí triste, enojada, ofendida, ignorante, y culpable. Con mucha vergüenza.

T: Bueno, a ver, analicemos esto primero, ¿ha cambiado tu forma de pensar sobre esta situación?

P: Sí, me duele que haya pensada así, pero tal vez lo dijo sin querer o pensé que no me iba a afectar tanto. No sé. Y como yo soy una que se toma todas las cosas en serio. Sí, creo ser una esponjita.

T: ¿Y quieres seguir siendo una esponjita?

P: No.

T: Bueno entonces vemos aquí cómo lo que otra gente puede pensar, que realmente no sabemos si es real lo que tú piensas que ellos piensan, y tal vez nunca lo vamos a poder comprobar, puede afectarte a tal grado. Al grado en el que te afecta. El grado en que tú permites que te afecte.

P: Ay, sí..., eso me baja mucho.

T: Sí, Es cierto que nosotros nos movemos en el mundo y hay mucha gente a nuestro alrededor. Pero si dejamos que comentarios como éste, o aún algunos peores; que los pueden haber, nos afecten al grado que nos hacen sentir que no servimos para nada, o al grado de hacernos pensar que somos inútiles, o al grado de decirnos a nosotros mismos que no podemos hacer nada al respecto, te das cuenta, al grado en que nos pueden hundir en una situación tan desesperanzadora y tan triste. ¿Te das cuenta?

P: Sí, le dan ganas a uno de ya no existir.

T: Exacto. Si yo estuviera en tu situación, estaría tal vez igual o peor, porque he estado permitiendo que estas ideas y estos pensamientos se vuelvan tan familiares

y que influyan a tal grado. Yo puedo comprender porqué estás en esta situación ahora y porqué te sientes así.

Porque hay una visión en extremo negativo, sobre nosotros mismos, sobre nuestro mundo y sobre nuestro futuro. Y tú hasta ahora, no has tenido las herramientas a la mano para poder salir de eso, de ese hoyo negro que nos hunde. Pero tenemos que luchar para poder salir de eso confiando en ciertas herramientas, modificando nuestros pensamientos, pensando que es posible lograrlo. Pero se necesita reestructurar y aprender. Si no sabemos cómo, no lo vamos a hacer.

Éste es un excelente ejemplo. ¿Miras tú bien como el pensamiento da origen a estas emociones?

P: Sí, porque todo lo que pensaba era negativo entonces todo lo que sentía era negativo y lo que hacía era negativo.

T: Qué crees tú que hubiera pasado si en vez de decirte a ti misma, “para nada sirvo,” te hubieras dicho; ¿Cómo se llama tu amigo?

P: Sergio

T: Sergio puede pensar que si no hubiera ganado me hubiera sentido muy avergonzada...

P: ¡Ay, eso es muy poco a comparación de lo que pensé!

T: ¡Ajá! Pero imagínate si hubiéramos hecho el esfuerzo por modificar el pensamiento,...Sergio puede pensar que si yo pierdo, yo me voy a sentir muy avergonzada, que es muy probable. Pero también pudiera ser que me sintiera esperanzada o motivada a hacerlo mejor el próximo semestre, o a probar lo contrario... En vez de sentirme avergonzada lo puedo tomar como una oportunidad para crecer.

O en vez de pensar que eras una inútil, pensar por ejemplo, tengo errores como todos los demás seres humanos. Mi vida no va estar llena sólo de éxitos sino también de fracasos. Pero unos van a ser éxitos y otros fracasos. Y en lo posible me voy a esforzar por tener más éxitos que fracasos y aprender de ambas situaciones.

Si tú hubieras dicho eso por ejemplo, puede ser que las emociones hubiesen sido totalmente diferentes.

P: Sí. Sólo me hubiera sentido avergonzada o chiviada o un poco tímida, pero ya.

T: Además, esperanza, tal vez un deseo de luchar, contra tal vez lo que crees que el otro piensa. Mostrarle lo contrario. Más empoderada. O tal vez hasta decir...

P: ¿Quién se cree éste?

T: Exacto. Y no se trata de que nos llenemos sólo de pensamientos positivos. Sino de modificarlos al punto de hacerlos más realistas. Porque nuestra visión está muy sesgada. Hacerlos más reales.

2. Identificar y discutir presunciones, creencias (soy una carga) o reglas que sostiene Brenda

T: ¿Lo mismo?... pero tu pensamiento automático fue que eras una carga no que te dejó plantada. ¿Qué notas de diferente entre ambos pensamientos automáticos?

P: Que son muy diferentes, sí. Porque, "Soy una carga" es como de una vez..., me hace ver como alguien egoísta o muy envidiosa de una vez,... a mi punto de ver las cosas.

En cambio, "Me dejó plantada" es como una desilusión, pero no es tan fuerte como lo primero.

T: Tú en el primer pensamiento estás automáticamente catalogándote como una carga porque tu mamá no quiso acompañarte aquí el día de hoy. ¿Piensas esto frecuentemente o fue por esta situación en especial?

P: No. No, porque ha habido veces que no me ha acompañado por otras situaciones. Pero cuando se trata de mi hermanastro y mi sobrino creo que son las que más me duelen.

T: ¿Por qué?

P: Porque ella los quiere mucho. Son más su adoración. Media vez ellos estén, a uno lo borra, lo elimina.

T: ¿Y qué significa eso para ti?

P: Que no me quiere.

T: ¿Qué tanto crees eso, del 1 al 100?

P: Cien por ciento. ¡Porque se le olvida que uno está ahí!

T: O sea que tú piensas que tu mamá puede quererte y cuando está con ellos de una vez, en un 100 por ciento dejar de quererte.

P: Sí.

T: Tú piensas que tu mamá tiene esa capacidad.

P: No sé si la tiene, pero sí lo logra reflejar en mí. O sea sí me lo demuestra.

T: ¿Pero tú crees que sí es posible, en tu mamá o en cualquier persona, que pueda cambiar sus sentimientos tan rápido, y anularlos así en un 100%?

P: Tal vez, sólo los guarda y los esconde.

T: ¿Qué esconde?

P: ¿Sus sentimientos hacia mí?

T: ¿Por qué?

P: ¿Porque digamos, si hay alguien más que me quita mi espacio?

T: ¿Pero que alguien te quite tu espacio no significa que tu mamá no te quiere?

P: No. Yo sé que me quiere, pero me duele que los quiera más a ellos.

T: (Repito el pensamiento en voz alta y lo anoto en la Tabla de Pensamientos Automáticos)

3. Identificar y discutir creencias centrales:

- Determinar síntomas objetivos que presenta la paciente. Es decir, cualquiera de los componentes de la depresión que implique malestar o inmovilidad y pueda reformarse en términos de un problema resoluble (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983). Pueden ser componentes afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos.
- Al enfocarse en uno de ellos o en la combinación de varios se puede conseguir la modificación del síndrome depresivo y una percepción más profunda de la alteración en la organización cognitiva del paciente (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983).

4. Observar y discutir con Brenda los errores típicos de pensamiento que comete

5. Tarea: Preparar y asignar tareas: Buscar errores típicos que comete la paciente, identificarlos y tratar de modificarlos evitando llevar a cabo el error identificado. *(Se le entrega una copia con la información sobre los errores a la paciente para que lleve a casa)*

C. Obstáculos:

Brenda venía alterada en esta sesión ya que estaba molesta con la madre. Esto reactivo sus esquemas mentales relacionados con “No soy amada”. Se aprovecha la oportunidad para practicar respuestas alternas a sus pensamientos automáticos y al desarrollo de una creencia nueva y más sana.

P: ¡Hoy estoy peleando con mi mamá! ¿No vengo muy tarde? Perdón.

T: No, cuéntame.

P: *Es que hoy fuimos a la casa de mi cuñada, y estábamos va de tocar la puerta y en eso oí la voz de mi mamá ahí en la casa. Y supuestamente ella tenía que haber estado en la casa de mi abuelita. Entonces yo me dije a mí misma..., saber qué ondas con mi mamá..., entonces entramos y estuvimos ahí un ratito, después le dije a mi mamá si me iba a acompañar y me dijo, “Ah, sí,” pero casi a la fuerza y eso me dolió bastante.*

T: *¿Y por qué te dolió?*

P: *Porque yo le pedí favor de que se fuera con los abuelitos porque los dos están grandes y necesitan de que alguien esté con ellos. Porque se les puede entrar un ladrón y ¿qué? (Error de lógica: pensamiento catastrófico)*

O ellos como toman medicamento si no lo llevan bien les puede pasar algo. Y entonces en la forma en que lo dijo o en la forma en la que yo lo tomé fue la que me dolió. Que así como prefería estar con mi sobrino..., sí, es muy bonito mi sobrino, y tierno pero sí me dolió, porque prefirió quedarse ahí...

T: *¿Prefirió estar con tu sobrino que con tus abuelitos?*

P: *Y aparte que no me quería acompañar y ya cuando salimos de la casa vino y me dijo..., yo le dije que sí íbamos, porque ya era tarde y yo sentí que ya no llegábamos y me dijo, ¡Ay!*

Y empezó a llorar César porque así se llama mi sobrinito. Porque vio que ya nos veníamos y él se iba a quedar. Y mi mamá hizo un gesto como que se quería quedar y entonces vine yo y le dije “¡Si se quiere quedar, quédese!”

Y me dijo que no, que se iba a venir pero ya no de una forma muy agradable. Y por eso vine peleando en el camino con ella y eso me duele bastante porque no creo que deba ser así y talvez, no sé...

T: *¿Te dolió porque ella no hizo lo que tú querías hacer?*

P: *Sí.*

T: *¿Y te dolió la forma en que te habló?*

P: *Sí. No es que la actitud. Prefirió estar con mis sobrinos que conmigo, que con mis abuelitos.*

T: ¿Y eso qué se significa para ti?

P: Que prefirió estar con mi sobrino. No, pero es que me imagino que es porque no lo ha visto..., pero ella tiene toda la semana para que lo vaya a ver y entonces... ¿por qué hoy?

T: Pero el hecho de que ella quiera, supongamos porque en realidad no lo sabemos, que ella prefería en ese momento estar con tu sobrino, y no acompañarte a ti hoy a tu terapia, ¿qué significa esto para ti?

P: Que no me quería acompañar. ¡Sí, porque supuestamente me iba a acompañar y me la encuentro en la casa de mi hermanastro!

T: ¿Y que estaba en la casa de tu hermanastro en ese momento cuando tú la necesitabas qué significó para ti?

P: No sé. No sé. Me dolió.

T: ¿Por qué?

P: Porque la actitud que tomó no me gustó teniendo toda la semana. Eso es lo que no entiendo.

T: ¿Acaso te sentiste que valías menos que tu sobrino para tu mamá?

P: Más o menos.

T: ¿Te sentiste menos persona que tu sobrino?

P: Sí, eso sí

T: ¿Sí?

P: Sí.

T: Te sentiste... (Interrumpe paciente)

P: Me sentí mal porque fue como que yo la fui a sacar de ahí para que viniera.

T: ¿Y si fuese eso cierto?

P: Me sentiría mal porque tampoco..., o sea, yo sé que ella no lo mira todo el tiempo, y talvez como ni me esperaba. O no me imaginaba que ella iba a estar ahí metida y eso me impresionó más.

T: Y si tu mamá te hubiera dicho, "Mira Brenda, yo prefiero estar ahora con mi sobrino que ir a cuidar a mis papás o acompañarte."

P: Me hubiera puesto a llorar en ese ratito. Me hubiera muerto. Hubiera dicho que no significo nada para ella.

T: ¿Que no significas nada para ella? ¿A pesar de que ella te ha acompañado todas las veces anteriores?

P: Sí.

T: ¿Y con una vez que ella no te acompañe, tú te dirías a ti misma que no significas nada para tu mamá?

P: Sí, pero de todos modos en el camino decidí que la otra vez mejor voy a venir sola.

T: ¿Y por qué decidiste eso?

P: Porque así puede ella estar con quien ella quiera y necesite.

T: ¿Y a ti te gustaría hacer lo que tú quieres y lo que tú necesites?

P: A mí sí me gustarla (risa nerviosa)

T: ¿Sientes que tu mamá debería de hacer lo que ella quiere y lo que ella necesite?

P: Sí.

T: ¿Te gustaría darle eso a tu mamá o ayudarla en ese sentido?

P: Sí, porque no le voy a quitar su tiempo conmigo. Entonces ya no voy a ser una carga para ella.

D. Resultados:

1. Pensamientos automáticos discutidos en esta sesión:

- Mi mamá prefiere estar con ellos (familia del medio hermano) que con mis abuelitos.
- Mi mamá prefiere estar con ellos (familia del medio hermano) que conmigo.
- No me quiere acompañar
- Me duele que no está cuando la necesito.
- Me siento mal por ir a sacarla
- Soy una carga
- Los demás me hacen sentir culpable

2. Presunciones, creencias, o reglas:

- Si lloro, soy débil
- Si actuó mal, soy mala

3. Creencias centrales:

- No significo nada
- No me quiere
- Soy inútil
- Soy mala

4. Síntomas objetivo identificados hasta ahora:

- culpa
- tristeza
- cólera
- dependencia regresiva: con mamá y abuela

- indecisión/confusión

T: OK. Confundida. ¿Por qué crees que estás confundida?

P: Porque con todo lo que hemos visto no sé si actué mal o actué bien. Si está bien lo que hice o si suelo ser muy egoísta. Me da miedo ser muy egoísta.

T: OK. Vamos a ver (En un papel escribo dos columnas una con título actué bien y otra con título actué mal y se lo muestro a la paciente)

Bueno, a ver. Vamos a decidir qué pasó. Dime todas las razones por las cuales crees que actuaste bien.

P: ¿Al sacarla de la casa?

T: Sí.

P: No. No sentí que actué bien. ¿O tal vez porque le dije que sí quería que se quedara?

T: (Anotó en columna actué bien) ¿Y esto por qué está bien?

P: Porque le di a elegir si quería quedarse. Le di la opción.

T: OK. ¿Por qué más actuaste bien?

P: Porque fui a visitar a mi sobrino aunque fuera sólo un ratitío. No, no eso no. Sólo eso.

T: ¿Sólo por eso actuaste bien?

P: Sí.

T: ¿Y por qué actuaste mal?

P: Porque le hablé fuerte. La fui a sacar. ¿Y qué más? La hice sentir mal. No le hablo ahora.

T: *¿Bueno, entonces cuál crees que ganó?*

P: *Actué mal.*

T: *¿Cuánto crees en eso?*

P: *Un cien por ciento.* (Vuelve a llorar la paciente)

T: *¿Y por qué te pones triste al decir eso?*

P: *Porque eso quiere decir que soy mala.*

T: *O sea que actuaste mal una vez y por eso eres mala.*

P: *Sí.*

T: *¿O sea que si yo vengo y te digo alguna vez durante la terapia algo que te haga sentir mal, entonces yo voy a ser una mala persona para ti?*

P: *No.*

T: *¿Entonces por qué aplicas esa regla para ti y no la aplicas para mí?*

P: *Porque yo soy diferente.*

T: *¿Porque eres diferente?*

P: *Porque tengo aspectos o cosas que de una vez hacen sentir mal a las personas.*
(Creencia de inadecuado)

T: *¿Pero y eso quiere decir que eres mala? Porque todos en algún momento podemos hacer sentir mal a una persona.*

- Percibir los problemas como abrumadores
- Autocrítica
- Pensamiento absolutista

- Problemas de habilidades sociales

5. Errores de lógica típicos en cogniciones de Brenda

- Aplica ciertas reglas para ella que no aplicaría hacia los demás
- Abstracción selectiva: Todo lo que apoye que la paciente es mala

T: Bueno, pero esa es otra situación en la que tú piensas que actuaste mal.

P: Sí, porque ella me dijo.

T: Pero eso no significa que eres mala.

P: Sí, porque me entrometí en la vida de ella.

T: Sí, pero si ponemos tu vida en una línea.

P: Tiene muchas curvas.

T: Tiene muchas curvas o muchos errores o veces en que actuaste mal. Pero tiene también un montón de veces que has actuado bien.

P: Sí

T: Lo que pasa es que tú seleccionas específicamente algunas situaciones que respaldan la idea que eres mala persona y rechazas todas las demás situaciones.

Por ejemplo, hoy, decidiste hablar sobre dos situaciones en las que actuaste mal. Las seleccionaste como que si hubiera un pozo de agua y pudieras escoger dos gotitas de ese pozo de agua y sacarlas gotita por gotita para contarme. Y dejaste todo lo demás afuera. Y yo apuesto que dentro de esas cosas malas también hubo cosas buenas. Una por ejemplo, que tengo yo como evidencia es que vinieras hoy aquí.

P: Dos que acompañé a mi hermana. Tres...

T: ¿Ya empezaste la universidad?

P: No hasta este sábado.

T: ¿Ya preparaste tu material?

P: Ya. Mis cuadernos y carátulas para cada clase. Lavé mis rápido grafos. Molesté a mi abuelita.

T: ¿Hiciste reír a alguien esta semana?

P: Sí a bastantes.

T: ¿A quién?

P: A Iris antes. Molesté por Internet.

T: ¿Con tu novio?

P: Platicamos, pero ayer tuvimos un lío.

T: Bueno, pero ya viste. Todos lo que pudimos enumerar así rapidito. ¿Entonces cómo te puedes calificar como una persona mala si tienes un montón de cosas buenas?

P: Sí, porque yo sé que hay veces que hago cosas muy buenas. Lo malo es que resaltan las que más me impactan o las que más guardo yo y son las malas y las buenas..., las deajo. Porque como sé que están buenas no me preocupan porque sé que están bien. Pero las malas son en las que como que pongo carga y por ello resaltan.

- Generalización: Todo me va a salir mal

T: Bueno quiero que revisemos unas hojas. Tú sabes que en la depresión cometemos muchos errores de pensamiento. Les llamamos errores porque así lo han denominado expertos en el tema y no es más que formas que automáticamente decidimos utilizar para crear nuestros pensamientos. Esta lista que te entrego menciona algunos errores típicos que se encuentran que se cometen cuando alguien padece de depresión.

Por ejemplo, el primero se llama generalización. Lo que se hace al cometer un error de generalización es que pensamos si se aplica a algún caso, entonces se aplica a todos los demás. Por ejemplo, esto me pasa siempre a mí. Siempre meto la pata en todo. Ahí, por ejemplo, estamos generalizando. Otro ejemplo es digamos, si perdimos un examen ayer nos decimos automáticamente, como perdí el examen ayer voy a perder todos los exámenes de este semestre.

P: O todo me va a salir mal.

T: Exacto.

P: ¿Es como cuando me pongo triste por cualquier comentario? Tal vez alguien me hizo un mal comentario y pienso que todas las demás personas que me encuentren ese día me van a hacer un mal comentario. Tal vez las personas ni siquiera lo hacen con querer lastimarme, pero yo ya lo percibo así. Entonces empiezo a ponerme triste.

- Personalización

T: Exacto. Pero para poder fijarnos en estos errores, tenemos que primero estar al tanto de ellos y conocerlos. Si uno no conoce los errores típicos que se cometen, entonces cómo los vas a poder detectar. ¿Verdad? Y más aún, ¿cómo los vas a poder modificar?

El otro se llama personalización. Ahí es cuando tienes pensamientos de tipo, yo soy responsable de todas las cosas malas, de los fallos, etc.

P: Con ése me puedo identificar bastante.

T: ¿Cómo? ¿Cuéntame?

P: Porque si hay algo malo en la casa o si se pierde algo yo soy la de la culpa.

T: Exacto. Por ejemplo, tú sientes que es por algo malo en ti que tu mamá decidió estar con tu sobrino. ¿Puedes mencionarme algún otro ejemplo?

P: Sí. Por ejemplo, yo siento que es mi culpa que Iris esté mal con su novio.

T: Exacto.

P: Y que se comporten así por mi culpa.

T: Exacto. Tú no puedes ser responsable o ser causante de los fracasos o errores en la relación de ellos

P: Yo espero que no.

T: No. Es esa tendencia a querer personalizar. Querer ver todo lo malo que existe en nuestro mundo como nuestro o nuestra responsabilidad.

- Pensamiento catastrófico

T: Bueno, de ahí esta catástrofe. Esto es muy importante y un error muy común. Y es la tendencia a pensar lo peor. O que siempre hay que pensar lo peor.

P: Sí.

T: Es mejor que yo piense lo peor porque si pasa algo mejor no importa porque yo ya estaba preparada para lo peor.

P: Sí algo así como me pasa con mis exámenes. Yo lo aplicaría a la universidad. ¡Porque yo pienso..., si me va mal en este examen, de una vez despedida de la Universidad! Y qué, si no resultó ser así.

6. Retroalimentación por parte de la paciente al finalizar sesión:

- “Miro las cosas un poco más claras”
- “Estoy más tranquila”

ETAPA INTERMEDIA

Sexta sesión

A. Relación Terapéutica:

En esta sesión, los resultados del Inventario Beck de Depresión, indicaron un aumento muy marcado en cuanto a la severidad de la depresión (42 puntos: depresión severa) Es decir, el punteo más alto en todo el tratamiento. Así mismo un aumento en la Escala Beck de Desesperanza (18 puntos: riesgo de conductas auto agresivas), también el punteo más alto en esta escala de todo el tratamiento. Es evidente que la paciente está pasando por una crisis. Se encuentra menos comunicativa y en su rostro se refleja preocupación y tristeza.

A partir de estos datos se trabaja con la paciente para lograr una mejoría, buscando alternativas y ampliando la perspectiva del paciente. Se busca reforzar el sentido de capacidad en Brenda de ayudarse a si misma y mejorar la calidad de la alianza terapéutica, elicitando la confianza y el trabajo conjunto. Se comparten los resultados de las evaluaciones con la paciente, justo al inicio de la sesión.

T: La vez pasada me llenaste unas evaluaciones como siempre. Estas evaluaciones contienen los síntomas que se pueden dar cuando existe depresión. Entonces, conforme las vas llenando, vas revisando lo síntomas que has tenido en esta semana y cuales ya no. También nos sirve para ver si ha habido mejorías, o si ha habido recaídas, dándonos una idea general de como vas tú.

Entonces, te quería contar que la semana pasada, tú obtuviste un puntaje de dieciocho puntos. Hoy sacaste un puntaje de cuarenta y dos, indicando un grado de depresión severa. ¿Sí?

P: Sí

T: Te lo cuento para que tú también estés pendiente e informada de cómo vas.

P: Sí.

B. Intervenciones/ Procedimientos:

1. Discusión de resultados de la tarea en sesión anterior que consistía en afrontar a la tía en cuanto a algunas acusaciones que ésta le había hecho a Brenda y que ella pensaba que eran erróneas. Estas, le habían causado mucho dolor y sentimientos de inseguridad.

Brenda no llevó a cabo la tarea, debido a que le daba mucho miedo, según las propias palabras de la paciente. El objetivo de la tarea era que Brenda tratase de realizar esta actividad para disminuir la tendencia a huir o evitar los problemas y ejercer cierto grado de control sobre una base experimental para corregir algunos pensamientos erróneos (Mi valía personal depende de lo que los otros piensan de mí.” “No soy amada.” “Soy inútil”

También se buscaba proporcionar en alguna medida una experiencia satisfactoria de poder expresar por una vía más adaptativa su dolor, frustración y tristeza. Se vuelve a discutir esta tarea y se reprograma como tarea de esta sesión.

T: Bueno. A ver. Empecemos por esto. Aquí tengo algunos apuntes que nos habían servido la semana pasada al trabajar en esta situación. Permíteme sacarlos. Ahora que ya pasó una semana Brenda desde que pasó esta situación, ¿cómo te sientes al respecto? ¿Qué has pensado sobre esto?

P: Pues ahora con lo de mi tía ya no le doy mucha importancia. Porque han sucedido otras cosas más importantes que ahora me tienen muy confundida. (Evitación)

T: OK. Entonces, con lo de tu tía vamos a quedar pendiente. ¿Sí?

P: Sí.

T: ¿Trajiste tu cuaderno?

P: Sí.

T: Anotemos esto como algo pendiente: yo aquí y tú en tu cuaderno.

P: Sí.

T: Pon “Pendiente hablar con mi tía”. ¿Sientes todavía que es buena idea o algo ha cambiado que te hace pensar que ésta ya no es buena idea?

P: No, no es que algo ha cambiado sino que me da miedo cómo va a reaccionar.

Y como ahora no está mi abuelita, como se fue de viaje ayer, puede que la haga sentir mal al decirle eso y ella no va a tener con quién desahogarse.

T: ¿Y si lo cambiamos un poco? ¿Cómo crees tú que puedas hablar con ella tratando la manera de que ella, en lo posible, no se sienta tan mal? Tú que conoces a tu tía.

P: Tal vez que sólo ya no le ponga atención porque hablarle..., la voy a hacer sentir como que si ha fallado.

T: ¿Pero cómo puedes hablarle de una forma en la que ella siente que no ha fallado, pero que puedas al mismo tiempo hablarle de cómo esa situación te incomoda, o que no fue realmente lo que esperabas de ella? A ver, pensemos en algo que podamos elaborar juntas. (Confrontación)

P: Tendría que decirle. Tía podemos hablar un momento. Yo le diría que me disculpara porque no había tenido la oportunidad de hablarle antes. Pero que hay algo que necesito decirle que me afectó bastante.

Y como yo sé que ella me quiere bastante y no le gusta verme triste, le tengo que decir que hubo un comentario que ella hizo que me afectó bastante y que trate por favor, en lo posible de evitar hablarme así o que me prepare antes.

T: ¿Y cómo puedes decir lo mismo, pero de una forma más corta?

P: Tía, me duele lo que me hiciste. No me hagas eso.

T: ¿Qué piensas que sentiría ella si se lo dices así? Si le haces este comentario con esa sonrisa con la que lo acabas de hacer aquí.

P: Pensaría que estoy bromeando pero, tal vez diría que sí es cierto.

T: ¿Quieres empezar por ahí? ¿O con cuál crees tú que es más fácil empezar?

P: Con la broma, porque va broma pero va la verdad.

T: ¿Y si le escribes una carta?

P: ¡Já! Mucho más fácil.

T: ¿Sí?

P: Sí porque le pondría todo lo que siento.

T: Bueno, entonces ¿por qué no trabajamos en esa carta?

P: ¡Jesús! Mejor se lo digo. Más cortó.

T: Bueno de todas formas escribamos lo que vas a decir. Yo necesito que tú me digas qué crees que es lo que va a funcionar mejor.

Que va a funcionar mejor para ella y para ti. Más para ti. Porque yo siento que es importante que tú aprendas a expresar tus sentimientos hacia otras personas, más cuando estás calmada y en control. Puede que te sientas mejor o peor. No lo sé. Lo tenemos que poner a prueba. Pero lo que sí sé es que la gente a tu alrededor, con la que tu convives, va a empezar a conocer mejor cuales son las situaciones que a ti te ponen muy mal.

Entonces se mejora la comunicación. No necesariamente te va a entender. Pueda ser que no. Pero al hacerlo, ya pudiste dar un paso hacia adelante. No tiene que ser un gran discurso como el que repasamos la semana pasada. Puede ser más pequeño. Lo importante es que trates de expresar tus sentimientos.

P: ¡Ah, bueno! Entonces mejor se lo digo de frente. Primero es el saludo. Le diría, tía tienes un minuto. Luego, le diría quisiera hablar contigo de algo que sucedió el domingo.

T: ¿Qué tal si le pones ahí, de una vez, ¿tía, tu te acuerdas de lo que pasó la semana pasada?

P: Sí mejor. Pero ella no sabe que me afectó.

T: Exacto pero ahí te va a decir sí o no. Entonces esto te va a dar la pauta para saber cómo seguir. Lo más probable, según tú, es que te diga que no...

P: Bien, porque me preguntó.

T: Bien. Entonces puedes seguir, fijate tía que lo que me afectó...

P: ¿Qué hayan dicho..., y, ¿pongo lo que me afectó?

T: Exacto. Y puedes seguir con..., porque esto se significó para mí... (La paciente escribe lo que ella piensa)

P: Un gran dolor. ¡Sí, porque sí me hizo sentir que era egoísta!

T: Claro. ...que te hizo pensar a ti que ella piensa que eres egoísta.

P: Manipuladora, también.

T: Entonces,...porque eso significó para mí que tú pensabas que yo era manipuladora y egoísta.

P: ¿Ahora tengo que poner en qué grado me afectó?

T: Si crees que es importante, sí.

P: Sí.

T: ¿A ver en qué grado te afectó?

P: ¿Le tengo que decir que me afectó hasta al punto de querer suicidarme?

T: ¿Quieres decírselo?

P: No.

T: Entonces, ¿cómo crees que sería una buena forma de terminar?

P: Que yo no soy así.

T: Bueno, ponle entonces que tú no eres así y que querrías que ella lo supiera. Le puedes añadir también si quieres, lo importante que es para ti aclarar eso con ella para mejorar la comunicación o la relación con ella.

P: Relación, porque comunicación no tengo con ella.

T: OK. Puedes finalizar agradeciéndole por escuchar.

P: Sí.

T: Y tal vez puedes terminar preguntándole si ella quiere decirte algo.

P: Sí

2. Aislar los factores desencadenantes de esta recaída que se presentan en esta sesión. Inducir la expresión de sus emociones y luego cuestionar conclusiones de la paciente buscando respuestas alternas, reforzando el contacto con la realidad. De este modo, buscando generar cierta mejoría al final de la sesión.

Factores desencadenantes:

- Acusaciones del padre de que iba a salir embarazada del novio.
- Su hermana la dejó sola ante las acusaciones del padre
- Padre empezó a decirle a la paciente por qué desaprobaba al novio como pareja de su hija
 - i. Diferente estatus social
 - ii. No la puede mantener
 - iii. Nuevamente, sale a relucir que la abuelita se había ido y la había dejado sola

Búsqueda de respuestas alternas: Proceso

- Trabajamos en esta situación conforme a los pasos de la tabla buscando respuestas alternas
- Salen a discusión mas problemas

- Es obvio que hay demasiada información, (darle prioridad a lo más importante) Tono más directivo:

T: *¿Cuál de las tres situaciones quieres trabajar aquí hoy?*

P: *Las acusaciones de mi padre*

T: *OK. Retomemos lo que pasó con tu papá*

P: *Y entonces mi papá me empezó a hablar así. Porque digamos para mi papá, él (refiriéndose al novio) es de diferente estatus social.*

P: *Pero digamos él es sencillo, y para mí eso no es malo pero parece que para mi familia sí. Entonces me empezó a hablar que él apenas podía mantenerse él y que ya en un futuro, mantenerme a mí iba a ser una carga. Me hizo sentir un montón de cosas que me dolieron bastante. (Paciente empieza a llorar).*

P: *MI mamá se acercaba y no decía nada. Mi papá sólo me acusaba y me decía un montón de cosas que me hacían sentir mal.*

T: *¿Qué te decía?*

P: *Que era una carga y que de plano...*

T: *Vamos a apuntar. ¿Esto cuándo fue?*

P: *Ayer*

T: *¿A qué hora?*

P: *A las diez y media, once de la noche.*

T: *OK. La situación fue...*

P: *Que mi abuelita se había ido y me queda sola.*

T: *Sin ella, porque sola no estás.*

P: Ah, sí. Pero digamos en la mañana me iba a quedar sola con mi hermana y empezaron a decir que tal vez podían llegar unos tipos a robarnos o a asaltarnos la casa.

T: OK. (Escribiendo)...sola en la mañana. Esa fue una situación. De ahí la otra situación, ¿cuál fue?

P: De que mi papá me dijo que no me quedara a solas con el novio porque iba a quedar embarazada.

T: Eso te lo dijo sólo tu papá o tu mamá también.

P: Mi mamá ni habló.

T: (Escribo la segunda situación en la tabla) ¿Alguna otra situación?

P: Sí. Él me decía que no iba a tener futuro con mi novio y que lo dejara.

T: Cuando tu padre te dijo que no ibas a tener futuro con tu novio, ¿Qué pensaste o qué imagen pasó por tu mente en ese momento?

P: Que eso no era así. Porque los dos estamos empezando. Nos queremos y estamos haciendo el intento por salir adelante. Y él está trabajando y yo estoy estudiando.

Y él ahora no está estudiando, pero fue por una situación que se dio en su casa y ahí sí no me puedo meter ni yo ni mis papás.

T: Exacto. ¿Y qué te llevó a esa conclusión?

P: Porque como yo soy la novia yo sé lo que le pasa. O al menos, como tenemos comunicación, sé por qué cosas está pasando o qué es lo que se puede resolver ahora y qué no.

Pero mis papás no. Si yo le contestaba a mi papá me iba a salir peor a mí.

T: Pero dices saber que tu papá no se puede meter en eso, porque es problema de tu novio. ¿Lo crees así o no del todo?

P: Bien. Pero mi papá dijo que porque nos quiere, se mete.

T: OK. ¿Qué otra cosa dijo tu papá que te hirió?

P: Que si quedaba embarazada que ni siquiera me asomara a la casa y empezó a hablar así.

T: Bueno, Brenda entonces de estas tres cosas: la situación de que tu abuela se fuera de casa y te quedaras sola; que no podías quedarte sola porque ibas a quedar embarazada según tu padre; y la última, de que tu padre piensa que no tienes futuro con tu novio, ¿cuál de estas tres quieres trabajar aquí hoy?

1. Se busca elicitación de las emociones de Brenda generadas por esta situación, buscando aliviar en cierta medida su dolor y tristeza al poder expresarlas abiertamente.

P: ¡Cómo se le ocurre! Si nos han educado y nos han enseñado. Hasta ahí llegó Iris. Y digamos mi mamá tuvo a un hijo antes del matrimonio, mi papá también. O sea a lo que voy es que son errores que ellos tuvieron, a nosotros nos han enseñado algo. Pero él (padre) no, él piensa que uno va a cometer los mismos errores.

T: Hm. ¿Qué sentiste en ese momento?

P: Me defraudó porque de plano ha de pensar que ya tuve relaciones sexuales. Me hizo sentir pura basurita.

T ¿Y qué se siente cuando uno se siente pura basurita?

P: Que no valgo nada.

T: ¿Y que emoción te produce eso?

P: (Llora profusamente) ¡Que no valgo nada!

T: ¿Pero en términos de emoción?

P: Sí. Mucha tristeza. ¡Me duele porque es mi papá! Y si el tiene esos pensamientos, ¿qué puede entonces pensar la demás gente?

T: Hm. ¿Te dio cólera?

P: Sí. Pero en ese ratito no se lo demostré porque me podía ir peor, pegarme o gritarme, entonces en ese ratito opté mejor por distraerme. Pero mis lágrimas salían y salían y yo..., no podía.

T: Ya. ¿Alguna otra emoción?

P: Sólo tristeza..., mucha tristeza y dolor. Vergüenza. (Llora profusamente)

T: Hm. ¿Tristeza de 1 a 100 cuanto Brenda?

P: Más de cien, porque casi ni hablamos y cuando me habla me baja de un solo.

T: ¿Cólera?

P: 100

T: ¿Vergüenza?

P: 110. Me impactó mucho que él me hablara así y que nadie le diga nada.

T: Bueno, vamos a trabajar en esto. Yo sé que es difícil lo que tú estás pasando ahora. Más porque no cuentas con el apoyo de tu papá y más porque hirió y desconfió de ti, poniendo en tela de juicio como has llevado tu relación. Y hasta cierto punto, denigró a tu novio diciendo que no eran del mismo estatus, que no tenías futuro con él. El hecho de que tu abuelita no esté, me imagino que también influyó.

P: Sí, porque él sabe que si mi abuelita hubiera estado ella me hubiera defendido o me hubiera dicho algo.

T: Tu pensamiento automático fue: ¡Cómo se le ocurre a mi papá pensar eso! Escríbelo en tu tabla sí. Bueno, ahora pensemos ¿cómo crees tú que tu padre llegó a esa conclusión de que pudieras quedar embarazada?

2. Se buscan respuestas alternas

T: ¿Qué otra cosa pudo haber sido que le dé esta idea a tu padre?

P: Que él que yo tenga novio le recuerda a su pasado y que uno es joven y que sabe que uno puede cometer muchos errores. Otra puede ser porque me quiere mucho.

T: ¿Y por qué si él te quiere mucho, puede pensar que tú quedes embarazada?

P: Porque no le gustaría que yo pasara eso. Que quedara embarazada.

T: ¿Otra razón?

P: Porque él piensa que no voy a salir adelante. Con hijo o sin hijo.

T: OK Brenda. ¿Por qué crees eso?

P: Porque el duda de mi capacidad.

T: ¿De qué capacidad Brenda?

P: Para los estudios, para cocinar y para todo.

T: ¿Algo más?

P: Como me quedo en la casa y él se va, ha de pensar que a saber con quién me quedo. Eso es todo. Me tiene desconfianza.

T: ¡Ajá!

P: Porque no tiene comunicación conmigo.

T: De todas estas razones que me has dado, ¿cuál sería para ti la peor?

P: Que le recordara a su pasado y a su juventud.

T: ¿Esa para ti es la peor?

P: Que él pensara, sí.

T: Hm.

P: Sí, porque entonces quiere decir que me tiene desconfianza. Pero si él me educó entonces, ¿por qué va a desconfiar de mí?

T: Hm. ¿Y tú pudieras vivir con eso?

P: ¿Con su desconfianza?

T: ¿Sí?

P: Ya he vivido toda esta vida.

T: ¿Cuántos años?

P: ¡Ay!, de cosas que me han tocado vivir sufriendo de todos sus rechazos, tal vez unos diez años.

T: Hm. ¿Y qué habilidades has desarrollado tú en el camino para poder lidiar con esos rechazos?

P: Llorar. Decírselo a alguien, pero como a veces se dan cuenta. La mayoría de gente me dice que ya me debería de acostumbrar a que me trate así.

3. Luego, se pasa a discutir tema del novio. Búsqueda de más información sobre el novio. Es evidente que la paciente tiene ideas encontradas sobre el novio. Está muy confundida y le causa dolor. La animó a que confié en sus ideas sobre su relación, buscando crear un sentimiento de que sus ideas y lo que piensa si tiene

validez pero puede estar sujeto a un análisis posterior. Empezamos a trabajar en la lista y de tarea debe finalizar esta lista para la siguiente sesión.

T: Bueno Brenda te queda terminar esta lista de ventajas y desventajas de tarea.

Esto te va a servir para ver de manera más objetiva las cosas. Porque a veces nos facilita ver las cosas de una manera más organizada y menos confusa y nos sirve para orientarnos a tomar una decisión.

Entonces, después de hacer este ejercicio, quisiera que tú me dijeras, con base a tu pensamiento automático con el cual empezamos a trabajar que era, “¿Cómo se le puede ocurrir eso a mi papá!,” cuál sería el resultado al cambiar este pensamiento.

P: No sé

T ¿Qué pasa por tu mente ahora al recordar esta situación?

P: Me duele porque me confundió mucho mi forma de pensar. Iris me dice que cuando uno se enamora no debe ver lo económico o sea sí pero no pedir lujos.

Y ahora resultó que mi papá sí quiere lujos. Eso es lo que más le importa a él. Gracias a Dios sus hermanas, o sea mis tías, sí se casaron con hombres que sí las pueden mantener, y de una buena forma.

Tengo una tía que vive en una zona muy lujosa. Entonces él me puso de ejemplo a ella. Pero yo no soy de la manera de ver las cosas así. Entonces, yo tengo una base y él me pone otra enfrente entonces no sé cuál es la que tiene validez. Me hace dudar mucho de mis pensamientos, entonces eso.

T: ¿Cuál crees tú que vale la pena más creer en?

P: Para mí, la mía. Porque yo no tengo que andar discriminando a nadie y así como hay personas que son pobres pueden sobresalir no es necesario que siempre sean pobres. Para mí eso no es algo tan malo tampoco.

T: Entonces como respuesta alterna, podríamos decir...; no sé tú me dices, la que piensas que es más real. Al pensamiento automático, “¿Cómo puede pensar mi papá eso!” Ahora que lo hemos analizado podemos poner...

P: *Lo puede pensar porque a veces cuando llega él a veces mi novio está en la casa.*

T *Cuando piensas en esto como una respuesta alterna, ¿cómo te sientes?*

P: *No me siento mal porque como papá me imagino que ha de sentir miedo que le quiten a su hija.*

T: *Hm. ¿Qué emoción te produce este pensamiento alterno?*

P: *Querida..., porque sé que mi papá me quiere. Que me cuidaría.*

T: *¿Qué tanto crees en eso?*

P: *Un ochenta por ciento.*

T: *Entonces Brenda podemos ver cómo las cosas puede ser modificadas si nos atrevemos a modificar y a cuestionar nuestros pensamientos automáticos en extremo negativos.*

¿Te acuerdas que platicamos que cuando hay depresión solemos ver todo en extremo negativo?

P: *Sí. Hoy por la mañana miraba todo así. Para mí pues. Porque sí es cierto todo esto, pero estoy intentando cambiar.*

T: *Pero eso tú lo sabes y qué bueno que lo tengas tan presente porque eso es la verdad. Y eso te lo puedo decir yo porque sí tengo evidencia de que estás tratando de cambiar. Sé que lo estás intentando.*

P: *(Risas)*

T: *No es solamente tener un pensamiento positivo sino buscar la realidad. Yo quisiera que pensaras en esto. A veces los papás reaccionan de una forma muy diferente a lo que quisiéramos. Quisiéramos que también quisieran a las personas que nosotros elegimos querer, pero no siempre se puede porque siempre va a ver una duda porque no quieren que nos lastimen o que no seamos felices.*

Están jugando su rol de protectores y hay quienes lo hacen muy bien y quienes no.

B. Obstáculos:

El grado de disforia de Brenda en esta sesión era grave. Por ende, había mucha confusión y un auto concepto muy negativo debido a las acusaciones del padre. Por ello era de suma importancia, reducir la problemática inicial en pequeñas unidades para poder conseguir un grado de mejoría en alguna medida al finalizar esta sesión. La perspectiva de Brenda era muy reducida y a la vez, se debía buscar ampliar la gama de respuestas alternas.

Así mismo era evidente que la paciente estaba pasando por unos días muy difíciles. Ayudó en esta oportunidad, las reiteradas veces que se tocó el tema de las recaídas, y que se podían aprovechar para poner en practica las diferentes habilidades y técnicas aprendidas.

D. Resultados:

1. A través de la sesión y en forma gradual, se logró cierta mejoría en los síntomas de Brenda y un sentido de mejoría en la paciente. De igual forma, la búsqueda de respuestas alternas, generó un mayor sentido de confianza en si misma y de alivio.

La catarsis experimentada dentro de la sesión brindó un espacio para que Brenda pudiera expresar sus emociones e ideas y de esta forma aliviar en alguna medida la carga emocional con la que venia.

Así mismo la forma en que se trabajó el problema principal en pequeñas unidades, fomentó claridad en sus ideas y sentimientos.

2. Asignación de tres tareas:

- Hablar con la tía (tarea de sesión anterior que no se llevo a cabo y se replantea en esta sesión y se vuelve a asignar)

- Listado de ventajas y desventajas del novio
- Seguir trabajando en la tabla, y buscar respuestas alternas

3. Retroalimentación:

P: ...Sí, yo tenía mucho qué hacer de la universidad, pero quería venir. Tengo los ojos cansados de tanto llorar. Porque he estado triste y sólo quería llorar en la casa.

Pero dije, no, sino sólo me voy a hundir yo solita más. Por eso es que no me dan ganas de hacer nada cuando estoy triste. Sólo tirarme a la cama y llorar.

T: Hm. A mí me pone en qué pensar porque, a veces tú vienes con estos problemas y en la casa te sientes muy, muy mal con emociones muy extremas y muy negativas pero son las que tú sientes en ese momento. Y cuando las trabajamos aquí pues mejoran un poco.

P: Bastante. Ya no me siento tan cargada.

T: Hm. Entonces yo quisiera que de tarea, si sucede una situación similar, que la trabajes en casa, así, y que vayas pensando en respuestas alternas a tus pensamientos automáticos en extremo negativos.

Una forma es haciendo una lista de ventajas y desventajas para llegar a una respuesta alterna.

...Entonces es eso. Darte la oportunidad de pasar por este proceso por ti misma para ver qué resultados te da.

P: Sí, gracias. ¿Me puedo llevar esto?

T: Sí, todo lo que te sirva mejor. ¿Para terminar quería preguntarte si hubo algo de esta sesión que no te gustó?

P: No. Sí me siento bien. Cuando no me guste algo yo lo diré.

T: OK. Eso es bien importante porque me va a servir a mí un montón. No tengas pena de decírmelo porque al contrario nos va a ayudar a ambas mucho.

P: Sí. Muchas gracias porque sí me está ayudando bastante. Si no, a saber qué hubiera hecho.

T: Sí, pero es importante que empieces a confiar en ti también.

P: Sí, pero es que ayer me pusieron mucho a prueba.

T: Sí. Pero hay que ver cómo uno empieza a ver resultados, poco a poco.

P: Sí

T: ¿Algo que te gustó en especial o que te pareció importante que hemos platicado hoy?

P: Lo de mi tía porque, o sea, yo guardo muchas cosas aquí (apunta a su corazón) y guardo y guardo y como que las olvido.

...No es que las olvide porque sí me afectan. En cambio, aquí como que las recuerdo y sé que las tengo que limpiar para estar bien.

T: Exacto. Y eso está muy bien, que tú misma llegues a esa conclusión y te des cuenta de cómo funcionabas antes y qué cambios debes de realizar ahora.

P: Sí, muchas gracias.

T: Bueno Brenda entonces nos vemos el otro jueves, sí.

P: Sí.

T: ¿Te espero con tu tarea?

P: Sí, ahora tengo tres.

T: Sí, en las tareas recuérdate que no es tan importante que uno las haga al pie de la letra. Porque a veces no se puede, pero por lo menos intentarlo y cuando no se puede tal vez investigar en nosotros mismos el porque no se hizo. Tal vez hay otras razones y al platicarlo...

P: Sale.

P: Exacto.

T: Te cuidas mucho, te espero el jueves.

Octava sesión

A. Relación terapéutica:

Ya son evidentes ciertos progresos en cuanto a aspectos más profundos en la relación colaborativa de la alianza. Brenda sabe reconocer y registrar interpretaciones negativas automáticas que hace de sus experiencias y se muestra más motivada a utilizar medios para buscar evidencia concreta que apoye o refute sus pensamientos, aliviando así en cierta medida su tendencia a la evitación. De igual forma la tendencia a la pasividad, indecisión y a la falta de motivación va en disminución.

B. Intervenciones/ Procedimientos:

- Buscar respuestas alternas a través de datos generados por la herramienta de listar las ventajas y desventajas del novio.
- Guiar a que la paciente se percatara de que no perdía ella su valor, separándose de su novio ya que de hecho, ella ya no estaba muy segura de querer continuar con él.
- Tratar el síntoma objetivo de autocrítica con la paciente abiertamente.

P: Exacto. Mientras vaya aceptando la idea de la realidad. Ahí me va a tocar que aprender.

T: Yo ahora que estoy en este tema contigo me estoy dando cuenta de que así como podemos discutir sobre lo que podría pasar y analizando distintas opciones para ver las cosas, es evidente que hay mucha autocrítica. Te voy a leer todo lo que has dicho ahora en donde te has auto criticado.

P: (Paciente ríe nerviosamente)

T: ¿O prefieres tú leérmelo a mí?

P: No, mejor usted.

T: A ver, te voy a leer sólo de esto último. (Leyendo anotaciones) **No soy digna, no lo merezco, no pertenezco, hice algo mal, creo que estoy pintada.**

Y puede que tú creas que ésta sea la realidad porque es parte de esa conversación interna que tú mantienes y entonces lo empiezas a creer.

Por ejemplo, léeme lo que tienes escrito en tus pensamientos automáticos que anotaste como parte de la tarea.

P: (Leyendo de tarea) **Soy injusta, me culpo por todo, soy egoísta, me permito que me manipulen, soy muy sentimental, soy muy insegura, soy muy miedosa, entrego mi corazón y confío mucho en las personas, me ahogo en un vaso de agua y eso no me permite ver más allá, siento que a nadie merezco, que no soy importante, no me considero una persona importante para tener buenas ideas, físicamente estoy gorda y sin forma, soy un fracaso en todos los aspectos, nada puedo hacer, soy esponjita, no puedo dejar de llorar, no le encuentro sentido a mi vida ni dirección, me preocupo más por los demás que por mí.**

T: Hm. ¿Qué crees que son los resultados de pensar así?

P: Una depresión. Mi mundo negro.

T: Exacto te hace sentir peor y afecta tu ejecución en el diario vivir. Al llevar a cabo tareas, al relacionarte con los demás, al determinar tus intereses, tus logros, tus sueños, tus metas, todo eso lo va afectando.

Por ello, lo que me gustaría hacer para la próxima semana, debido a la presencia de estos pensamientos automáticos negativos, es que trates de ignorar cada autocrítica que te haces a ti misma.

Por ejemplo si te das cuenta que te estás diciendo a ti misma, “Es que yo no me merezco a Pedro”, entonces, proponerte ignorar éste pensamiento de autocrítica.

Para poder ignorarlo puedes elegir concentrarte en otra cosa. Porque la realidad es que ese tipo de pensamientos no te van a hacer ningún bien. ¿No crees?

P: Sí, y ya me estoy cansando un poco de pensar así. Estoy muy de acuerdo.

- Buscar alternativas para el área educativa/profesional de Brenda, guiándole a que tome una decisión con la cual ella se sienta satisfecha y que sea una decisión propia de ella basada en los recursos a su alrededor.

P: Ahora he sacado cien en el curso de computación, porque yo me lo saque, porque yo me esforcé.

En la universidad me está hiendo bien, mejor que antes porque estoy leyendo más. Antes no tenía el hábito de lectura. Todavía me cuesta, pero voy avanzando.

Ahora tengo muchas cosas qué hacer en la universidad. Tengo que entregar un montón de trabajos. Me está hiendo bien. Trato la manera de estar solvente en la universidad.

T: Hm. ¿Y tratas la manera de estar contenta en la universidad?

P: Sí (inseguro)

T: O no. ¿No has intentado trabajar en eso?

P: Bien. Mi meta es terminar el profesorado.

T: ¿Cuándo tienes planeado terminarlo?

P: Dentro de dos años.

T: ¿Esa es tu meta?

P: Sí.

T. ¿Y cuál es tu plan para alcanzar esto? Por qué no lo anotamos.

C. Obstáculos:

La paciente empieza a generar pensamientos más reales, pero aun se siente un poco incierta con estas nuevas modificaciones. Así mismo, debe mostrarse más

asertiva en el ámbito universitario ya que siente temor por resolver dudas. Su participación en clase es casi nula.

Busco la forma de motivarle a participar más en clase asignándole la tarea de hacer por lo menos tres preguntas en cada clase y una pequeña lista de qué cambios observó la paciente al llevar esto a cabo para que luego, podamos tener datos reales sobre los beneficios o las amenazas reales que existen por participar mas en clase, aprovechando progresos motivacionales y en auto concepto.

Sin embargo, a través de este tratamiento, es evidente también que su grado de interacción es mayor, y realiza más preguntas para resolver ciertas dudas o inquietudes dentro del ámbito terapéutico.

P: Sí. Digamos una meta más cercana que estoy ya por cumplir es sacar el curso de computación y yo llevo las mejores notas.

T: Exacto. ¡Brenda, qué buenísimo!

P: (Risa) Pero... ¡Ay, no!

T: ¿Por qué “peros”? ¿Cuando tú me dices algo positivo de tí, no has notado que siempre me sigues la frase con algún “pero”? Me dices, “Esto es positivo pero...” ¿Lo has notado?

P: (Risa) Sí. Es que se me hace difícil aceptar que pasen cosas muy buenas a mí alrededor. Es muy grande.

T: ¿Por qué grande?

P: Porque he estado acostumbrada a sentirme muy chiquita, chiquita y es muy grande lo que me regalan.

T: Pero es un regalo que tú misma te estás haciendo.

P: Sí.

D. Resultados:

1. A pesar que Brenda inicia la sesión con un sentimiento abrumado emocionalmente, al finalizar la sesión comenta sobre su deseo de realizar aún muchas cosas en la vida a pesar de que aun mira estos como pasos muy grandes. Comenta sobre un sentimiento de esperanza que le motiva a luchar por lograr ciertos objetivos.
2. Mejoras motivacionales que la llevan a enfrentar situaciones temidas en búsqueda de datos reales y de este modo evitar en cierta medida la huída o la evitación.

P: Entonces ellas fueron al mercado y yo me quedé solita pensando, debatiendo conmigo misma si lo llamaba o no.

Y dije, "No es que yo no lo tengo que llamar." Y lo que me motivó en ese ratito fue que mi mamá, tal vez pensó que lo iba a llamar. Entonces dije "No, no lo voy a llamar." Pero después cuando llegaron ellas de vuelta, sí lo llamé.

Y vine y le traté de hablar así normal, y le pregunté. Le dije, "Ay, mira, disculpa pero recibí tu mensaje y no sé cómo interpretarlo y no quiero mal interpretar las cosas. Yo no quiero eso. Y vino y me dijo que él quería tiempo, que necesitaba tiempo para pensar las cosas porque ahora sí afecta lo de la religión."

T: Y considerando todas las opciones que me diste, sobre las posibilidades que pueden explicar el por qué de esta decisión que Pedro tomó, por ejemplo, la opción de que Pedro conoció a alguien. Si esta opción fuera real, y de esta forma él fuera feliz, tú estarías bien con eso.

P: Sí, me dolería pero si él es feliz con otra persona yo no puedo hacer mayor cosa. Estaría tranquila de que él estuviera bien.

T: ¿Estarías tú bien?

P: Entraría a un proceso. Al principio me dolería.

T: Exacto. Es la realidad, verdad. A cualquiera que sufre una pérdida pasaría por cierto tiempo en donde se sentiría muy mal. No podríamos esperar que estuvieras contenta.

Si fuera así entonces sí en realidad estarías en otros problemas. Cuando se termina una relación en donde hubo amor, es normal que uno se sienta mal por cierto periodo de tiempo.

3. Cambios en su manera de organizar sus ideas, creencias y respuestas:

T: ¿Y tú crees que este tiempo que él pidió se deba sólo al aspecto de religión o crees que hay otros factores?

P: Yo me imagino que hay algo más. Pero qué es, no sé. No tengo evidencia.

T: ¿O sea, no crees que le importes?

P: No, porque si quería tiempo me lo hubiera dicho y de cara y yo lo hubiera entendido o me hubiera tranquilizado. No, que mi mente pensó un montón de cosas que él permitió y yo también permití de plano.

P: Es como... lo voy a poner así. Un rico y una pobre. O sea un rico no se puede enamorar de una pobre porque ella no se lo merece. Así me siento. No me merezco a Pedro.

T: ¿Y Pedro se merece a Brenda?

P: Ahora ya no. No sé. Estoy tratando de debatir lo bueno y lo malo de mis pensamientos pero...

T: ¿Pero qué crees tú ahora?

P: Que él tiene la razón.

T: Es decir, que eres tú la que no mereces a Pedro?

P: Sí. Así pienso.

T: Y que él sí te merece a ti.

P: No.

T: Tampoco. O sea que: No me merezco a Pedro y Pedro no me merece a mí.

P. Sí

T: ¿Cuánto crees en “no me merezco a Pedro?”

P. Cien por ciento.

T: Y cuánto crees en “Pedro no me merece a mí”.

P: Un setenta y cinco por ciento.

4. Retroalimentación por parte de la paciente:

T: ¿Algo Brenda que crees que nos hizo falta discutir?

P: No nada.

T: ¿Algo que no te haya gustado de esta sesión?

P: No, me siento más tranquila. Creo que puedo analizar mejor las cosas. Más tranquila.

T: OK. ¿Algo qué crees que fue importante que discutimos?

P: Darme cuenta de cómo me critico a mí misma.

ETAPA FINAL

Sesión décimo sexta

A. Relación terapéutica

El tratamiento finaliza con esta sesión. Es evidente un clima de empresa común y de colaboración. Así mismo Brenda exhibe una sensación de exploración y de descubrimiento en su vida.

P: Entonces yo me motive solita. Dije que no, que ya había pasado eso y que era capaz de compartir ese día y ese momento con la familia y estar bien.

P: Y lo importante es que yo no lo estoy diciendo sino que con sólo el hecho de verme, en mis actitudes, en mi forma de expresarme, se nota el cambio y eso me hace sentir a mí bien porque miro el esfuerzo de lo que antes creía que no iba a poder.

P: Sí bastante. Me dijo que me quería (un amigo del colegio) y que me extraña y yo le dije que disculpara..., que yo no le podía corresponder en estos momentos porque estaba saliendo de una relación de noviazgo que me había afectado bastante y que ahora no pensaba formar otra relación.

Y me dijo que estaba bien que me respetaba. Yo le dije, que no lo viera como un no definitivo sino como el inicio de una nueva amistad que podemos tener. (Carcajada)

Ya se venía preparando paulatinamente a la paciente durante las sesiones anteriores para esta última sesión. Aún así, Brenda muestra resistencia a dar por finalizada las sesiones. Por ello se dedica una parte de esta sesión a discutir las razones por las cuales ella piensa que se debe continuar y a sus emociones.

Resulta ser que Brenda se siente en deuda y de alguna forma quisiera mostrar su agradecimiento. Se siente triste y quiere darme algo a cambio. Sopesé los beneficios de aceptar un regalo de la paciente como muestra de su agradecimiento a no aceptarlo. Decidí entonces aceptar su gesto.

Se fomenta la idea de seguridad e independencia en Brenda. De igual manera el énfasis es en el desarrollo y en el crecimiento futuro de la paciente fuera del tratamiento.

Se discuten los planes y las metas de Brenda en los diferentes ámbitos de su vida. Se programa una sesión de apoyo en los tres meses siguientes si ella lo desea, dejando abiertas vías de comunicación.

A los tres meses se trata de localizar a Brenda. Brenda recibe un mensaje de notificación, pero nunca llama a confirmar la sesión.

P: A mi abuelita voy a traer la próxima vez que venga. ¡Se va a sorprender del cambio!

T: Eso es lo que quiero que tomes en cuenta. Que en vez de estar triste pienses en salir adelante. Porque yo espero oír muy buenas noticias de ti de aquí en el futuro.

P: Hay gracias. Sí. (Más calmada)

T: Y algún día tal vez reciba por ahí una invitación de tu graduación que ya hay alguien que me ayude a mí a hacer mi casita.

P: ¡Sí claro!

T: Bueno, Brenda, fue un gusto.

P: Gracias igual. Muchas gracias. (Se despide la paciente con un abrazo)

B. Intervenciones/ Procedimientos

1. La tarea final asignada en la sesión anterior, para su discusión en esta sesión, consistía en pedirle a Brenda que generara pensamientos lo más negativos posibles sobre sí mismo, su mundo y su futuro para luego, discutir sus sentimientos y emociones en esta sesión.

Se le pidió a la paciente que respondiera a cada uno de estos pensamientos y que volviera a evaluar sus emociones. El efecto de este procedimiento suele ser el de contrarrestar la creencia en el paciente de que no será capaz de manejar sus sentimientos de tristeza una vez finalizada la terapia (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983). Por

ello, se eligió esta tarea como tarea final para culminar el proceso terapéutico con Brenda.

P: *Al principio, pues me costó bastante el generar los pensamientos tan negativos porque como casi ya no lo hago. Entonces me costó pero yo puse estos. Y sólo llegué a siete.*

T: *OK. Muy bien. A ver.*

P: *(Leyendo) Que no puedo hacer las cosas bien. Ese tal vez es el que puedo ver a futuro que pienso que si me estancarían. También, el que me rechacen los que yo quiero.*

Un ejemplo, el rechazo de mi mamá o de algún novio, eso creo que me afectaría pero si doy al cien por ciento todo mi corazón. O sea, en el sentido de que entregué todas mis emociones y dependa mucho de esa persona. O que le de el control de mi vida a esa persona.

P: *Sí porque he aprendido a... digamos, yo sé que tarde o temprano los voy a tener que perder (en referencia a abuelos maternos) porque esa es la ley de la vida. Y pues, veo que sí puedo vivir sin ellos pero los extraño.*

T: *O sea, sí esa es la realidad. ¿Verdad? Si se pondría difícil la situación, porque uno está acostumbrado a tener ese apoyo, pero la vida continua y uno tiene que vivirla.*

P: *En cambio, si yo pensara ahora como antes pensaba así extremadamente negativo, si se va cualquiera de los dos yo también me hubiera muerto. Me hubiera ido. Me muero de la pura tristeza o yo misma hubiera intentado matarme.*

T: *Pero ahí sería como que realmente le estás otorgando la fortaleza a la muerte y no a Brenda.*

P: *Sí, es como darle mi poder.*

T: *Exacto. Bueno.*

T: Bueno en la tarea también se te pedía que respondieras a cada uno de estos pensamientos negativos ahora. Por ejemplo, con el primero, “No puedo hacer nada bien.” Responderías: “Puedo hacer las cosas cuando me lo propongo.” (Leyendo)

Con el pensamiento, “No me merezco que me amen, “responderías, “Todos tenemos a alguien que nos ama.” (Leyendo)

Con el pensamiento, “Si pierdo a las personas que me aman no sé cómo voy a reaccionar,” tú responderías ahora, “Es doloroso pero la vida sigue adelante.” (Leyendo)

Exacto, podemos tomarlas como oportunidades que se nos presentan para probarnos a nosotros mismos que sí podemos.

Bueno Brenda, muy bien. Tal vez luego, vuelves a evaluar tus emociones según estás respuestas que anotaste.

P: Sí, cambian. Me costó pensar en los pensamientos negativos.

2. Se discuten los objetivos y las metas trazadas por la paciente con respecto a diferentes ámbitos de su vida.

- **Ámbito Educativo/Profesional**

T: Otra cosa que quisiera hacer hoy Brenda es discutir los planes y los objetivos que te has planteado ahora. Platícame sobre ellos.

P: Bueno ahora mi objetivo principal y el más cercano es poder sacar el examen de admisión para cursar arquitectura.

Sea satisfactorio el resultado o no, tengo otra meta (plan B) que es empezar nuevamente con ingeniería, pero de un modo diferente. Más sincera conmigo y con los demás. Siendo honesta. Esforzarme más, dedicarle más.

Dar lo mejor de mí porque si es algo que al principio no valoraba o sea sentir una verdadera pasión por una carrera. Pero yo soy feliz hablando de cimientos o hablando de una carretera o un problema matemático relacionado que aunque no entienda pero media vez yo lo repase, soy feliz.

Entonces el ver que tengo ahora la posibilidad de retomar esto, es una satisfacción para mí como ser humano porque es algo que a mí me agrada.

Tal vez ahora no lo pueda desempeñar pero al ir teniendo más cursos ya voy a tener mas campo en el sentido de trabajos. Media vez llegue a la práctica, los conocimientos que he adquirido me van a ayudar bastante, porque lo he experimentado en mis prácticas.

Otra meta cercana es no dejar el profesorado de enseñanza media porque he aprendido que todo lo que es enseñanza me va a servir bastante, por lo mínimo que sea.

El haber perdido matemática en ingeniería y ahora ganar con buenos puntos parciales en el profesorado en el curso de matemática me ha ayudado

T: ¿O sea que lo que has aprendido de matemática en el profesorado te va a ayudar en ingeniería?

P: Sí. Y en el profesorado quiero tener la oportunidad de trabajar como maestra algún día y en arquitectura que es lo que más me gusta. Puede ser que... pues, sí me puedo ver en el futuro, siendo catedrática universitaria en alguna materia de arquitectura porque tengo una buena base de maestra. En un futuro sí me va a servir y también con mi propia familia porque los puedo educar.

- **Ámbito emocional**

Otra meta que ya alcancé es aceptarme y creer en lo que pienso. Tengo más seguridad en mí. Y eso me ayuda bastante a saber a qué personas les puedo abrir mi corazón y decirles lo que sinceramente está pasando o sino con las demás personas tratarlas con todo el respeto y abirme pero no con la misma confianza como la que tendría con las demás personas.

Seguridad al hablar con los demás. Eso también tengo ahora. Me gusta compartir con los demás más ahora. Y el ver que mi forma de ser ayuda a las demás personas... esos son objetivos que aunque no me los tracé se están realizando y por eso creo que soy una persona muy agradable. Y sé que algunas personas valoran bastante eso entonces, eso me hace sentir más contenta conmigo misma.

- **Ámbito social**

P: *Pues en el social, ese es el que más estoy experimentado ahora, porque me reúno mucho con mis compañeros con los que estudiaba antes. Con los de básicos y los de carrera. No ahora mismo porque ahora si no puedo pero sí. Y salir con mi familia ahora para Navidad y compartir con mis primos.*

T: *¿A dónde vas ahora para Navidad?*

P: *A Quetzaltenango. Pasamos unas fechas aquí y otras allá.*

T: *Hm. ¡Qué bonito!*

P: *Y cuando vengan mis abuelos voy a hacer que se reúna toda la familia. ¡Hay que disfrutarlos ahora que están vivos! ¿Qué mas? También he cambiado muchísimo en el sentido de que yo misma puedo enfrentarme a algo, como pedir ayuda.*

Yo antes pensaba que iba a molestar a la gente pero ahora digo, “Ay no, que me perdone pero voy a preguntar” Y eso me ha servido bastante en mi comunicación con los demás no solo con los que conozco sino también con los que no conozco. ¡Ahora hasta me han salido admiradores que no me gustan! (Risa)

- **Ámbito salud**

T: *OK Brenda. ¿En términos de salud Brenda, cuáles objetivos y metas te has planteado?*

P: *Estar más pendiente de mi salud. En mi salud emocional, seguir construyendo. O sea, respetarme a mí misma, valorarme a mí misma, porque sí ha sido una tarea difícil. Y el ver que he logrado un montón de cosas en el sentido de respetarme a mí misma..., digamos, ahora yo baso mucha evidencia de esto en lo relacionado con mi ex novio porque es lo que más me ha tocado en lo emocional.*

Digamos al pensar en llamarlo pienso, “¿Y para qué lo voy a llamar, para qué me trate mal? ¡No!” Eso sería demostrarle que no tengo dignidad. Y yo tengo dignidad y yo misma me he estado alimentado.

He crecido en el sentido de que primero tengo que ver por mí y después por los demás. También ya no permito que cualquier palabra me afecte tanto como antes. Yo le doy el poder de cuanto permito que me afecte. Ese ha sido un objetivo que he estado manejando todos los días.

P: Sí entonces pensar objetivamente fue otro objetivo. Ya no soy tan extremista. Sino que me doy opciones, oportunidades, y trato de ver las cosas de manera realista. No cómo las quiero ver o cómo los demás las quieren ver sino cómo son.

- **Ámbito espiritual**

OK. En el plano espiritual Brenda, yo sé que casi no tocamos esa área de tu vida pero, ¿tienes algún objetivo o alguna meta en éste sentido?

P: Sí. De ir a la iglesia pero, sería los domingos y ya sólo me queda este domingo de ir al curso.

- **Ámbito familiar**

T: OK. ¿Y relacionado con el ámbito familiar, Brenda, tienes algún plan o meta?

P: Bueno en el plano familiar mis retos son mis objetivos. En el plano más cercano está tener una comunicación más abierta con mi mamá con mi papá con mi hermana y con los demás familiares.

Para mí es muy importante tener a mi familia. Más con ellos que son con los que convivo. Entonces con ellos estoy haciendo cambios que sí me cuestan, pero que no son imposibles entonces, me gusta.

Y con mi papá pues, ahora trato la manera de hasta molestarlos y ellos me molestan también. Y las cosas han cambiado bastante.

3. Se enfatiza el concepto de pensamientos automáticos como ideas mentales.
4. Se presentan muchas de las ideas negativas originales que Brenda sostenía al principio del tratamiento, pidiéndole que discuta éstas en la actualidad y como las enfrentaría ahora.
5. Retomar el tema de la posibilidad de que se den recaídas en el futuro.

T: Bueno. Hablando de las recaídas, ¿qué tienes en mente sobre como piensas enfrentarlas si éstas se dan?

P: Bueno, yo sé que es más o menos como una montaña rusa. Ahora estoy muy bien. Pero sé que puede haber algún momento, porque eso no depende del todo de mí, sino de ciertas circunstancias, voy a tener una recaída. Pero ahora va depender de mí levantarme más rápido o estancarme ahí.

T: Exacto y también es muy importante recuerdas que las tomes como oportunidades para tomar en práctica todo lo que has aprendido. Oportunidades para crear tu auto terapia.

P. Sí.

6. Dejar un espacio al finalizar para despedirme formalmente de la paciente, e invitarla a una sesión de apoyo dentro de tres meses.

C. Obstáculos

El obstáculo principal en esta sesión giró alrededor del hecho de que Brenda presentó cierta resistencia por dar por terminado el proceso. Obstáculo que se manejó discutiendo las razones por las cuales la paciente estaba triste e incentivando a Brenda a poner en práctica todo lo aprendido dentro del proceso. Así mismo, dejando la puerta abierta para sostener una reunión de apoyo dentro de tres meses.

D. Resultados

1. Brenda exhibe cierta dificultad para generar pensamientos en extremo negativos
2. Brenda responde sin dificultad a pensamientos extremadamente negativos exhibidos al principio del tratamiento de una forma más realista.

T: Hm. ¿Qué significado tiene para ti ahora el no poder haber estado en tu acto de graduación?

P: Que no se los pude dar pero o sea, yo aprendí que un acto no es el que me va a dar a mi el crédito de saber o no saber. Al menos eso pienso ahora.

P: Sí porque he aprendido a... digamos, yo sé que tarde o temprano los voy a tener que perder porque esa es la ley de la vida. Y pues, veo que sí puedo vivir sin ellos, pero los extraño.

T. O sea, sí esa es la realidad, verdad. Sí se pondría difícil la situación, verdad, porque uno está acostumbrado a tener ese apoyo pero la vida continua y uno tiene que vivirla.

P: En cambio si yo pensara ahora como antes pensaba así extremadamente negativo..., si se va cualquiera de los dos yo también me hubiera muerto. Me hubiera ido. Me muero de la pura tristeza o yo misma hubiera intentado matarme.

T: OK. Bueno Brenda, ¿en cuanto a tus ideas de suicidio?

P: Bueno, pues ahora no he pensado en eso y no.

T: ¿Qué piensas del suicidio ahora?

P: Siempre he pensado que es una tontería. Pero antes preferiría enfrentarme a la tontería que a la realidad.

T: ¿Y que piensas de Brenda y el suicidio?

P: Ahora están muy separados. Son caminos muy diferentes.

T: ¿Alguna vez crees que ya no vas a pensar en eso?

P: Ah, eso sí está difícil. Yo sé que eso siempre va a estar conmigo porque el sólo hecho de haber pensado en eso antes pues siempre voy a llevar como el paquetillo. Pero eso no quiere decir que no lo pueda enfrentar. Puede estar ahí pero no le voy a dar importancia.

T: Y puede ser que alguna vez pues estos pensamientos ya no estén presentes.

P: Ah bueno. ¡Mejor! (Risa)

T: Y acuerdas que habíamos hablado de las tres cosas que sí puedes aprender a controlar con la depresión que eran la frecuencia, su intensidad y su duración. Y las ideas de suicidio están muy relacionadas con la intensidad de la depresión. Entonces cuando la depresión alcanza un nivel muy intenso y pensamos que tenemos cero controles, es cuando estas ideas más están presentes.

P: Se vuelven más grandes que cualquier cosa. Sí.

T: Con respecto a pensamientos sobre que no eres capaz o que no puedes, ¿Qué me puedes decir?

P: Yo ahora estoy experimentando que hay cosas que sí puedo. Pero van a ver cosas que se me dificultan más.

Pero eso no quiere decir que no las puedo hacer sino que conforme vaya saliendo de una grada, eso me va a ayudar a subir al otro escalón. Porque me voy a fortalecer, más que en el principio.

T. OK. ¿Qué tan productiva te sientes ahora Brenda?

P: Hm. (Pausa) El cien por ciento. Sí porque he sacado lo mejor de mí entonces doy lo mejor de mí. Y trato la manera de estar bien conmigo misma para poder estar bien con los demás.

3. La paciente organiza, planea y se traza objetivos en diferentes ámbitos de su vida.

4. La paciente exhibe una conducta proactiva hacia situaciones antes temidas. Una muestra de ello muy significativa es que Brenda decidió asistir al acto de graduación de su prima, que se iba a sostener dentro del mismo colegio del cual ella no pudo graduarse y que le ocasionó hace dos años tantos problemas.

El resultado fue que volvió a compartir con ex compañeros del colegio, comprobó que podía enfrentar esta situación y salir avante y que muchas personas que no había visto en mucho tiempo le dijeron que notaban en ella un cambio positivo.

5. Existe muy poca evidencia de autocrítica, culpabilidad y desesperanza.

Resultados en base a escalas: Caso Brenda Rivas

Valoración inicio de tratamiento:

- Inventario Beck de Depresión: 24 puntos (Depresión severa moderada)
- Escala Hamilton de Depresión: 16 (Menos que depresión mayor)
- Escala Beck de Desesperanza: 17 (Riesgo para conductas auto agresivas)

Valoración octava sesión: (mitad de tratamiento)

- Inventario Beck de Depresión: 34 (Depresión severa)
- Escala Beck de Desesperanza: 12 (Riesgo para conductas auto agresivas)
- Escala Hamilton de Depresión: 13 (Menos que depresión menor)

Valoración término de tratamiento:

- Inventario Beck de Depresión: 4 (No hay depresión)
- Escala Beck de Desesperanza: 0 (No hay riesgo para conductas auto agresivas)
- Escala Hamilton de Depresión: 7 (Normal)

Técnicas aplicadas:

Tabla No. 6: Técnicas aplicadas al Caso Brenda Rivas (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983)

Técnica	Objetivo	Ejemplo
Detección de los pensamientos automáticos	Hacer manifiestas las cogniciones inadecuadas	Preguntándole a Brenda: ¿Qué pasa por tu mente en éste momento? / Al llenar la Tabla de Pensamientos Disfuncionales
Descenso vertical	Identificar las creencias, reglas o presunciones del paciente	Se utilizó para identificar la creencia de que para ella el hecho de que su mamá prefería estar algunos momentos con el hermanastro de Brenda se significaba para ella que no la quería.
Examinar y poner a prueba de realidad las imágenes y los pensamientos automáticos	Que el paciente suscite un análisis más correcto de cómo son las cosas en realidad	Que va a salir mal en un examen a pesar de haber estudiado
Técnicas de retribución	Atribuir la responsabilidad de ciertos actos o eventos a quien realmente corresponda con el fin de aminorar pensamientos de culpa en Brenda	Las acusaciones falsas por parte de tu padre son responsabilidad de él y no de Brenda
Búsqueda de soluciones alternativas	Generar cambios a través del reconocimiento del paciente de que su situación no es tan desesperada	En vez de cortarse las muñecas para aliviar el dolor emocional pudiese optar por manejar un cubo de hielo en la mano
Mitigar la tristeza animando al paciente a sentir autocompasión	Aliviar el sentimiento de culpabilidad ya que la autocompasión es incompatible con el sentimiento de culpabilidad y mitigar la tristeza	Al considerar Brenda, las críticas constantes del padre hacia ella

Tabla No. 7: Técnicas aplicadas al Caso Brenda Rivas (Beck, Aaron, et. al., 1983)

Técnica	Objetivo	Ejemplo
Mitigar la tristeza para reducir sentimientos dolorosos a través de técnicas de distracción	Que la paciente cuente con una nueva habilidad para hacer frente a los problemas	Hacer ejercicio, leer, escuchar música alegre, etc., cuando se presenten cogniciones acerca del suicidio muy fuertes/ aumentando su disponibilidad sensorial
Utilizar el humor para distraer al paciente de los sentimientos de tristeza.	Distraer la atención del paciente, aunque sea solo por un rato, de la tristeza y crear una habilidad más en el paciente para hacer frente a los problemas.	Al tener que estar presente en las peleas entre su padre y madre pensar en algo cómico que tenga puesto alguno de ellos.
Construir un piso bajo la tristeza	Animar a Brenda a construir un “piso bajo la tristeza” mentalmente para aumentar su tolerancia a la tristeza y su sentimiento de control	Aumentar el tiempo transcurrido entre el sentimiento de tristeza y la puesta en práctica de cortarse las muñecas para sentir alivio
Preguntar “¿Por qué eres responsable?”	Mitigar la culpa	Al sentirse culpable por la enfermedad de su abuela o por los malos tratos de su hermanastro hacia su madre
Inducir al paciente a adoptar una filosofía de anti-vergüenza	Mitigar sentimientos de vergüenza	Con respecto a su intento de suicidio hace dos años se anima al paciente a adoptar esta filosofía simplemente reconociéndole como un error en lugar de ocultarlo
Explicarle al paciente la diferencia entre dependencia adaptativa vs. dependencia regresiva	Lograr mitigar la dependencia excesiva y la solicitud de ayuda que excede las necesidades reales del paciente.	Cuando la paciente presentó quejas y exigencias a la madre para que la acompañase <u>siempre</u> a las sesiones de terapia.

Tabla No. 8: Técnicas aplicadas al Caso Brenda Rivas (Beck, Aaron, et. al., 1983)

Técnica	Objetivo	Ejemplo
Guiar al paciente en el registro del número de veces que elige la independencia y que gradualmente lo vaya incrementando	Mitigar dependencia	Registro de veces que decidió Brenda llevar a cabo pasos concretos para responder en clase
Asignación de tareas	Generar espacios de auto-terapia entre sesiones y proporcionarle a Brenda tareas dirigidas a incrementar su sensación de logro y motivarle a emprender tareas más difíciles.	Hablar con su tía para aclarar y confrontarle con respecto a algunas acusaciones que había echo sobre Brenda y que la paciente consideraba injustas <i>P: ... Entonces por eso iba con un poco de inseguridad, y en Agrado puse cuatro porque me gustó la idea de correr con mi mamá. (Risas) Por la camioneta y después, vamos a ver, preparé mis cosas para ir al gimnasio. Preparé mi pants, mi ropa, todo eso mis accesorios, y lo hice con Dominio Cuatro, no me acuerdo por qué, pero de plano y Agrado cinco porque sí me gusto..., molesté en el gimnasio. (ejemplo sesión #2)</i>
Registro diario de actividades realizadas con registro de grado de dominio y de agrado	Inducir al paciente a darse cuenta de cuales son las actividades que le proporcionan una mejoría y sensibilizare a sus sentimientos de satisfacción y agrado y por ende, a formar cogniciones mas objetivas.	<i>P: ... Entonces por eso iba con un poco de inseguridad, y en Agrado puse cuatro porque me gustó la idea de correr con mi mamá. (Risas) Por la camioneta y después, vamos a ver, preparé mis cosas para ir al gimnasio. Preparé mi pants, mi ropa, todo eso mis accesorios, y lo hice con Dominio Cuatro, no me acuerdo por qué, pero de plano y Agrado cinco porque sí me gusto..., molesté en el gimnasio. (ejemplo sesión #2)</i>
Programación de actividades	Aminorar la conducta de evitación del paciente al realizar actividades que anteriormente a la enfermedad le resultaban placenteras para lograr un cambio en las actitudes y servirse de esto para facilitar luego, la modificación cognitiva	Pedirle a Brenda: Hacer por lo menos tres preguntas durante las cátedras universitarias para que la paciente cambiara su actitud con respecto a que era mejor quedarse callada que preguntar y luego, generar cambios en su ideas sobre que iba a ser ridiculizada o que el maestro no la tomaba en serio.

Tabla No. 9: Técnicas aplicadas al Caso Brenda Rivas (Beck, Aaron, et. al., 1983)

Técnica	Objetivo	Ejemplo
Listar ventajas y desventajas de determinada decisión, situación o postura	Mitigar indecisión y motivarle a tomar decisiones propias.	Se le pidió a Brenda que listara las ventajas y desventajas de continuar con su novio
Aclarar que la certeza absoluta no existe en la vida	Mitigar indecisión para explorar alternativas	Con respecto a que carrera estudiar en éste momento y para contemplar planes futuros con respecto al tema.
Concentración en errores de lógica típicos que la paciente comete y enseñarle a reconocerlos.	Enfatizar la importancia de procesar la información adecuadamente y generar cambios a través de la detección oportuna de ellos por parte de la paciente.	Sobre generalización, Abstracción selectiva, pensamiento absolutista. Pensamiento dicotómico
Explicarle al paciente que el fin de la terapia es que aprenda nuevas técnicas y herramientas para resolver problemas y ser mas independiente	Mitigar dependencia en el terapeuta	En las etapas finales del tratamiento se enfatiza éste punto preparando al paciente para el término de la terapia.
Enseñarle al paciente modos creativos de resolución de problemas	Mitigar la percepción de ver los problemas como abrumadores	Se le preguntó a Brenda sobre que soluciones le habría ofrecido ella a otra persona cercana que estuviera contemplando quitarse la vida.
Mostrarle al paciente que puede hacerle frente a muchas situaciones	Mitigar la percepción de ver los problemas como abrumadores	Se le enseñó a Brenda a aumentar sus posibilidades de rectificar y aminorar la exageración de sus dificultades buscando ayuda e información sobre la carrera de arquitectura y los exámenes de aptitud
Práctica Cognitiva	Contrarrestar la tendencia a divagar y prestar atención a detalles esenciales.	Se le pidió a Brenda que imaginase los pasos que componían la ejecución de la tarea asignada de afrontar a su tía.

Tabla No. 10: Técnicas aplicadas al Caso Brenda Rivas (Beck, Aaron, et. al., 1983)

Técnica	Objetivo	Ejemplo
Hacer que el paciente se de cuenta de que la autocrítica esta presente en casi todas las situaciones y que realice una evaluación objetiva de los pensamientos de auto-culpabilización	Incrementar la objetividad del paciente respecto a la auto-culpabilización	Al auto-criticarse por haber obligado a la madre a acompañarle a una sesión de terapia en contra de la voluntad de la madre
Formular la pregunta: "Suponga que yo cometiese los mismo errores que usted. ¿Me despreciaría por ello?"	Incrementar la objetividad del paciente respecto a la auto culpabilización generado por las autocríticas	Se formuló esta pregunta en relación a la culpa que sentía Brenda por pensar que su padre no la valoraba para nada
Enseñarle al paciente a emitir respuestas racionales automáticas ante cualquier pensamiento automático negativo	Que Brenda aprenda a determinar la validez de pensamientos negativos de autocrítica y a sustituirlos por evaluaciones de si misma mas razonables	Brenda aprendió a pensar en la libertad que le podría producir enfrentar acusaciones falsas en vez de sentirse egoísta o con poca valía
Técnicas dirigidas a reactivar habilidades sociales	Aumentar el sentido de asertividad en Brenda y de control en condiciones sociales	Visitar amistades antiguas, sostener conversaciones con compañeros universitarios fuera del aula
Listar razones de la persona para morir reestructuradas y para vivir	Ayudar al paciente a reconocer las razones para vivir, ya que muchas veces no se ven por el estado depresivo	Una razón para vivir de Brenda era que quería probarse a si misma que si podía tener éxito profesional.
Detección de tendencia al suicidio en expresiones verbales	Evaluar riesgo de suicidio	Soy una carga
Explorar posibles motivos para la ideación suicida actual	Proporcionar puntos de entrada para la intervención terapéutica	Pensamientos de inutilidad y de ser una carga para su familia
Inclinar la balanza en contra del suicidio	Aminorar ideación suicida	Hacer que el paciente se sienta implicado en el proceso animándolo a tomar la iniciativa y elegir que temas son importantes para él

Tabla No. 11: Técnicas aplicadas al Caso Brenda Rivas (Beck, Aaron, et. al., 1983)

Técnica	Objetivo	Ejemplo
Entrenar al paciente a elaborar soluciones a sus problemas	Inocular el stress	Averiguar las razones reales que el novio tenía para poner fin a la relación en vez de solo imaginarse estas razones
Guiar al paciente a probar otras fuentes de satisfacción que sean importantes para ella	Ampliar las perspectivas de la paciente	Tomar la iniciativa para mejorar la relación entre ella y su prima
Discutir el concepto de autoestima y de los factores que ella considera forman su valía personal	Marcar la importancia de basar estos conceptos en lo que ella piensa y no en lo que los demás piensan	<p><i>T. OK. ¿Que tan productiva te sientes ahora Brenda?</i></p> <p><i>P: Hm. (Pausa) El cien por ciento. Sí porque he sacado lo mejor de mí entonces doy lo mejor de mí y trato la manera de estar bien conmigo misma para poder estar bien con los demás. (ultima sesión)</i></p>
Discutir objetivos y metas del paciente y guiarle en la elaboración de planes para llevarlos a cabo	Ampliar la perspectiva del paciente	<p><i>P: Sí entonces pensar objetivamente fue otro objetivo. Ya no soy tan extremista. Sino que me doy opciones, oportunidades, y trato de ver las cosas de manera realista. No como las quiero ver o como los demás las quieren ver sino como son. (ultima sesión)</i></p>
Listar los problemas que la paciente piensa puedan afectarle en un futuro y que describa como los afrontaría ahora (Terminación de la terapia)	Aliviar la preocupación de paciente por el termino de la terapia	Con respecto a perder a sus abuelos por que se mueran. Sabe que pasaría un momento de tristeza y que luego aprendería a vivir sin ellos.

Herramientas utilizadas:

Tabla No. 12: Herramientas utilizadas en el caso Brenda Rivas (Beck, Aaron, et. al., 1983 ;Quinto, 2002).

Herramienta	Objetivo
Consentimiento informado	Garantizar que el paciente/cliente conoce y accede a los términos del estudio y a la forma en que se manejará la información
Formulario UVG Derechos del Cliente	Informar al paciente/cliente de los derechos que tiene como paciente/cliente del Centro Comunitario de Apoyo de la UVG
Protocolo de Investigación para un Centro de Terapia Cognitiva	Guiar los procedimientos de la TC aplicada a casos bajo estudio
Folleto de Depresión Mental Institute of Mental Health	Para que la paciente lo lea
Tabla de Pensamientos Disfuncionales	Apoyar el trabajo de identificación de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y la formulación de respuestas alternas.
Diagrama de conceptualización cognitiva	Permite una conceptualización gráfica de los factores particulares involucrados en un caso particular a través del modelo cognitivo.
Contrato anti-suicidio	Establecer desde el inicio un la idea de que nunca va a estar bien morir a causa de un suicidio y ofrecerle un listado de nombres y números de personas que Brenda puede contactar si siente el impulso de cometer suicidio para que cuente con vías de acceso de ayuda
Tarjeta de defensa	Ser una herramienta accesible para el paciente que contiene un enunciado de defensa, y un plan con descripciones de actividades y personas a las cuales puede recurrir cuando se sienta suicida.
Escala Beck de Desesperanza	Para evaluar el riesgo de suicidio
Inventario Beck de Depresión	Medir severidad de la depresión
Escala Hamilton de Depresión	Medir severidad de la depresión
Manual de Terapia Cognitiva	Para apoyar la intervención terapéutica y proporcionar herramientas específicas.
Libro Terapia Cognitiva de la depresión	Para guiar el proceso de la TC

Pautas generales aplicadas:

Tabla 13: Pautas aplicadas al caso Brenda Rivas (Beck, Aaron, et. al., 1983)

Pauta	Objetivo	Ejemplo
Crear un clima de empresa común y de colaboración con el paciente	Incrementar la efectividad de la TC	Recordarle a la paciente que es importante que comparta sus sentimientos tanto positivos como negativos sobre la terapia o sobre mi persona porque esa información es muy valiosa para ambas partes
Centrarse en las variaciones y fluctuaciones que pueden darse en la depresión	Incrementa efectividad de la TC	<i>T: Exacto. Entonces puede ser que durante estas sesiones que tú estés algunas veces muy alto y de repente tú caigas. Y eso es normal porque así es como funciona la depresión. Pero esas caídas no son del todo negativas. Porque esas recaídas, te pueden ayudar a ti a realmente poner las estrategias y técnicas en practica (sesión #1)</i>
Enfatizar la autoexploración en el paciente	Incrementar efectividad de la TC	<i>T: Entonces, aquí se trata realmente de que tú, tengas las herramientas al finalizar, para que tu misma puedas estar tratando y lidiando con la depresión de un modo sano y que te va ayudar a ti a salir adelante. Que es lo más importante (sesión #1)</i>

Tabla No. 14: Pautas aplicadas al caso Brenda Rivas (Beck, Aaron, et. al., 1983)

Pauta	Objetivo	Ejemplo
Evitar estereotipar al paciente	No cerrarme a posibles soluciones a los problemas del paciente ya que es probable que disponga de los recursos para salir y mejorar	Brenda en sí no es el problema, sino el cuadro depresivo que padece
Consentimiento informado y Derechos del Cliente.	Aclarar las condiciones de su intervención y lo que se espera y puede esperar de éste proceso	Número de sesiones, grabaciones en audio, derecho a retirarse del estudio en cualquier momento
Recordar empatía, aceptación, autenticidad	Facilitar la aplicación de la TC	Expresar aceptación en el tono de voz, y en el modo de construir frases
Crear clima de confianza básica	Sopesar la necesidad de autonomía y la necesidad de estructuración y ajustar el nivel de actividad y estructurarlo según las necesidades del paciente	Un clima más estructurado al inicio y luego mas autónomo conforme el progreso de Brenda
Rapport	Lograr acuerdos armoniosos entre paciente y terapeuta	Reflejando y devolviéndole al paciente sus propios sentimientos en forma de sumarios
Colaboración terapéutica	Facilita el esfuerzo común para alcanzar determinados objetivos	Trabajo conjunto para determinar como y que piensa Brenda
Emplear preguntas como instrumento terapéutico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obtener datos 2. Formarse una idea general de la naturaleza del problema 3. Obtener una visión general de la naturaleza del problema 4. Evaluar mecanismos y habilidades del paciente 5. Convertir quejas en problemas mas concretos 	<p>¿Están aquí representados todos tus problemas?</p> <p>¿Puedes destacar los más importantes?</p> <p>¿Qué pasa por tu mente en éste momento?</p> <p>¿Eso fue éste año?</p>

Tabla No. 15: Pautas aplicadas al caso Brenda Rivas (Beck, Aaron, et. al., 1983)

Pauta	Objetivo	Ejemplo
Preparar al paciente para la TC	Comprender el fundamento teórico y preparar al paciente para fluctuaciones en el nivel de intensidad de la depresión	Explicarle a Brenda mediante un ejemplo como la manera en que un apersona interprete sus experiencias puede influir en sus sentimientos
Conocer el “paradigma personal del paciente”	Entrar en la realidad del sujeto para conocer sus observaciones e interpretaciones sobre la realidad y partir de ello para trabajar	Conocer la tríada cognitiva del paciente, los esquemas y errores de lógica que típicamente comete
Informar al paciente sobre la posibilidad de recaídas	Que el paciente valore las recaídas como oportunidades para aplicar las técnicas y habilidades aprendidas y no como retrocesos ya que el curso natural de la depresión conlleva altibajos	<i>T: ...Exacto. Entonces puede ser que durante estas sesiones que tú estés algunas veces muy alto y de repente tú caigas. Y eso es normal porque así es como funciona la depresión. Pero esas recaídas no son del todo negativas. Porque esas recaídas, te pueden ayudar a ti a realmente poner las estrategias y técnicas en practica. (transcripción sesión #1)</i>
Formular un plan para cada sesión	Trabajar en base a una serie de pasos sucesivos encaminados a definir problemas objetivo enseñar la paciente determinadas estrategias o habilidades	Establecer un agenda de trabajo, solicitar feedback al terminó de la sesión
Tratar la desesperanza como factor primordial asociado a ideación suicida	Manejar ideación suicida para mitigarle	Demostrándole las contradicciones existentes en su sistema de creencias

IV. DISCUSIÓN

Este estudio presenta descriptivamente y cualitativamente, el análisis de datos sobre 63 casos de pacientes guatemaltecos con depresión unipolar atendidos en el Centro de Terapia Cognitiva de Guatemala por el Dr. Emilio Quinto y de un caso retrospectivo de terapia cognitiva basado en el Modelo de Aaron Beck para tratar desórdenes clínicos de depresión unipolar atendido en el Centro de Apoyo Integral a la Comunidad de la Universidad del Valle de Guatemala por mi persona bajo práctica supervisada.

La efectividad de esta modalidad terapéutica ha sido comprobada en amplios estudios científicos internacionales, como tratamiento unimodal. No es recomendado como tratamiento único, sin embargo, para depresiones unipolares que presentan síntomas somáticos graves, síntomas psicóticos en las que aparecen alucinaciones o ilusiones (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983) o trastornos afectivos mayores (Thase *et. al.*, 1997 citado por Butler, A., y Beck, J., 2000).

Se ha encontrado una pequeña diferencia estadísticamente significativa al utilizar este tipo de psicoterapia en el tratamiento de la depresión (Butler, A., *et. al.*, 2006), en comparación con el uso de farmacoterapia. Una razón de ello, es debido a que produce una persistencia superior a largo plazo de sus efectos con tasas de recaídas por la mitad de las que se producen con un tratamiento unimodal de farmacoterapia (Butler, A., *et. al.*, 2006).

La inclusión de farmacoterapia finalmente debe sujetarse a consideración y al escrutinio médico de un psiquiatra en el contexto guatemalteco, ya que el psicólogo o terapeuta en este país no cuenta con la autorización ni el conocimiento requerido para llevar a cabo tal evaluación.

No se encontró evidencia sustancial que describiera si el uso de un tratamiento bimodal de esta terapia en combinación con farmacoterapia, produce resultados significativamente mejores aunque un estudio revisado por estos autores, si reporta cierta evidencia de que la combinación de psicoterapia y medicamentos antidepressivos producen resultados significativamente mejores en pacientes severamente deprimidos. (Thase *et. al.*, 1997 citado por Butler, A., y Beck, J., 2000)

Así mismo, se expone que la terapia cognitiva basada en el modelo de Aaron Beck para el tratamiento de la depresión clínica unipolar, es igualmente efectiva que la terapia conductual en el tratamiento del adulto con depresión (Butler, A., *et. al.*, 2006).

Esta evidencia internacional, sujeto al escrutinio de metanálisis, cubre una muestra de estudios muy amplia y por ende es posible generalizar sus resultados con cierta confiabilidad y validez. Sin embargo no se encontraron datos particulares sobre la efectividad clínica de la terapia cognitiva con una población guatemalteca con este tipo padecimientos.

Con esta limitación en mente, se buscó comprobar la efectividad de esta modalidad terapéutica particular, en un grupo de sujetos guatemaltecos. Este propósito, se hizo posible empíricamente, al analizar a un grupo de 63 pacientes adultos guatemaltecos con depresión clínica unipolar atendidos en el Centro de Terapia Cognitiva de Guatemala por el Dr. Emilio Quinto y a un caso atendido en el Centro de Apoyo Integral a la Comunidad de la Universidad del Valle de Guatemala.

Los resultados muestran que la terapia cognitiva basada en el modelo de Aaron Beck para el tratamiento de la depresión clínica unipolar, producía mejorías en el grado de severidad de los síntomas. Así mismo, este mismo resultado fue observado, con respecto a la reducción del riesgo de conductas auto agresivas. El diseño particular de este estudio, permitió el análisis de los datos medidos.

El estudio de un caso incluido, pertenecía a un sujeto de sexo femenino de 19 años de edad, con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor, recidivante grave sin síntomas psicóticos sin recuperación ínter episódico total. Presentaba, así mismo, síntomas de culpabilidad, tristeza autocrítica y desesperanza excesiva. Luego, la paciente contaba con un historial de intento de suicidio, y en el momento de formar parte del estudio y en la etapa inicial, era evidente una ideación suicida y conductas de auto lesión. La paciente tenía dificultades académicas, familiares y sociales.

Sus niveles de estima y valía personal eran muy bajos. Por lo mismo, se decidió plantear objetivos, conjuntamente con la paciente, para aliviar la sintomatología presente y producir una mejoría. Esta mejoría se midió a través de las escalas utilizadas.

Los resultados de estas escalas, al finalizar el tratamiento, indicaban que no había depresión y que no existía riesgo para conductas auto agresivas.

El curso del tratamiento para este caso particular, tuvo una duración de 17 sesiones, incluyendo la sesión inicial de evaluación. El proceso terapéutico fue realizado bajo práctica supervisada. Cada sesión se llevó a cabo semanalmente, salvo los días en que el día programado de las citas caía en feriado oficial.

Se realizó la terapia en base al Protocolo de Investigación para un Centro de Terapia Cognitiva (Butler, A., *et. al.*, 2006). realizando ajustes para formular un tratamiento adecuado a las particularidades individuales del caso.

Durante la quinta sesión, se solicitó la asesoría del Dr. Emilio, que funge como supervisor de esta tesis, y tiene un grado de doctorado en psiquiatría para que evaluase en particular, si el caso requería, a su juicio profesional, de psicofármacos para acompañar el tratamiento.

Su evaluación del caso, indicó que no consideraba que fuera necesario utilizar fármacos. Se basó en la información descriptiva del caso, en la información cuantitativa que mostraban las escalas hasta esa fecha, y en su conocimiento teórico médico y empírico.

Se considera pertinente destacar algunas intervenciones primordiales que se suscitaron. En la primera sesión, se invitó al paciente a firmar un contrato de no suicidio con el objetivo de atender, en alguna medida, este factor ofreciéndole un listado de número de teléfonos y personas que podía contactar y para volverle un tema mucho más accesible en sesiones posteriores.

Con nuevos datos sobre el caso en particular con respecto al factor suicidio, en la cuarta sesión se animó al paciente a crear una tarjeta de defensa y a armar un plan de acción (Quinto, 2002), para cuando sintiese que la intención suicida o la ideación suicida se intensificara a tal punto que consideraba estar en riesgo para cometer un acto suicida.

Así mismo se informó a la paciente sobre la naturaleza de las auto lesiones que cometía, ofreciéndole información sobre esta práctica, sobre su desarrollo y guiándole al desarrollo de otras habilidades para lidiar adaptativamente con su ira, frustración y dolor.

A partir de la décimo segunda, los riesgos para cometer conductas auto agresivas, según la Escala Beck de Desesperanza se encontraba en cero y continuó así hasta terminar el tratamiento. Así mismo, a partir de la décimo tercera sesión, El Inventario Beck de Depresión (7 puntos) indicaba que no había depresión.

Al considerar el tema de depresión clínica se debe considerar la interacción entre el ambiente en el que se desenvuelve el sujeto, y los factores psicosociales y orgánicos que acompañan éste tipo de cuadro clínico. Las causas exactas de la depresión aun no se han comprobado pero de forma hipotética existe una teoría la cual explica que los estados clínicos depresivos unipolares, pueden producirse por, la interacción retroalimentativa de diversos eventos orgánicos y psicosociales que dan pie a ciertos cambios a nivel neurobiológico y a ciertas características comunes entre el grupo de desórdenes depresivos unipolares (Reinecke y Davison, 2002).

Por ende, la salud mental de una región es primordial al considerar este tipo de desórdenes. Sus características son claves para comprender vulnerabilidades particulares, comprender el historial de desarrollo particular, para conceptualizar las fortalezas, las amenazas, las debilidades y las oportunidades que pueden acompañar al sujeto y al abordaje terapéutico.

América Latina, se puede describir como limitada en materia de recursos y en la participación de los diversos sectores que pudiesen contribuir a su desarrollo eficaz en materia de salud mental. El reto para Guatemala en cuanto a mejoras en salud mental para los próximos años es grande debido a las limitaciones socioculturales y económicas presentes en el país.

En este sentido amerita destacar que el gasto asignado por parte del gobierno al sector salud mental es mínimo e insuficiente para atender a las necesidades de la población (OPS/OMS., 2006).

El recurso humano en los principales centros e instituciones que desempeñan labores en el gremio de salud mental, es escaso, se sujeta a condiciones laborales extremas en cuanto a necesidades y disponibilidad de recursos médicos o psicológicos, calificados y remunerados adecuadamente.

El sector privado cubre en gran parte y en la mayoría de países de la región latinoamericana, las necesidades de la población que puede costear determinado tratamiento y tiene accesibilidad a ellos en materia de distancias. El resto de la población, en la mayoría de casos, el grueso de la población, depende del sector público, instituciones de caridad y de los sectores informales de cuidado.

En Guatemala, un país pluricultural y multiétnico, con un historial de conflictos armados internos y con una tasa alta de violencia, pobreza, discriminación y desarraigo, entre otros; el tema de salud mental no ha sido prioritario. Esto se evidencia a través de la asignación presupuestaria gubernamental tan baja al sector salud mental. Generando así limitados centros de atención y cuidado en relación a la necesidad existente.

La mayoría de estas instituciones ubicadas dentro de la metrópoli de la ciudad, dejando a la mayor parte de la población que es vulnerable a la depresión clínica, los habitantes del interior de la república, con menor accesibilidad.

No existe una política de salud mental ni un plan actualizado en cuanto al tema aunque se están llevando a cabo esfuerzos por parte del Programa de Salud Mental (PNSM) del Ministerio de Salud Mental (OPS/OMS., 2006).

El sistema de salud del país en general, es limitado. Su capacidad por ende, para ofrecer servicios de calidad hacia la población se ve afectada. Es evidente entonces, la necesidad de reformas y de tratamientos psicológicos que sean eficientes tanto en costos como en la brevedad con que producen mejorías y la duración de las mismas, para de éste modo aliviar en alguna medida la carga de los limitantes en materia de salud mental del contexto guatemalteco, y dirigir los esfuerzos a hacer posible el acceso a estos servicios para un mayor número de pobladores que padecen depresión.

Se sostiene, que es posible a través de la terapia cognitiva, basada en el modelo de Aaron Beck para tratar la depresión unipolar, aliviar en alguna medida la carga que produce en el individuo y en la sociedad, el sufrimiento de éste tipo de padecimientos.

De comprobarse en otros grupos de sujetos guatemaltecos con estas mismas características, será posible ampliar las vías para generalizar su efectividad en éste contexto particular, y apoyar la investigación sobre la depresión clínica unipolar que se presenta en el país. De este modo, generando criterios, pautas, herramientas y técnicas específicas para ofrecer al paciente adulto con depresión unipolar en Guatemala una mejor atención y servicio, basado en características eficaces.

V. CONCLUSIONES

En este estudio que aborda el análisis de la efectividad de la terapia cognitiva de Aaron Beck para el tratamiento de depresión unipolar aplicada a sujetos guatemaltecos adultos, se buscó contestar a la pregunta: ¿Es efectiva esta modalidad terapéutica en el tratamiento de este grupo particular?.

Colectivamente, los resultados detallados en este estudio, sugieren que la terapia cognitiva de Aaron Beck para el tratamiento de este grupo particular es efectiva en cuanto a que produce una mejoría en el grado de severidad de los síntomas de todos los sujetos del grupo compuesto por 63 pacientes atendidos en el Centro de Terapia Cognitiva de Guatemala, por el Dr. Emilio Quinto, y por un paciente atendido por mi persona, bajo practica supervisada en el Centro de Apoyo Comunitario de la Universidad del Valle de Guatemala.

Así mismo, fue posible proveer respuestas con relación a los efectos de la terapia cognitiva en combinación con psicofármacos, práctica bimodal de terapia que fue observada en la mayoría de casos atendidos por el Dr. Emilio Quinto en el Centro de Terapia Cognitiva de Guatemala.

Esta modalidad combinada, mostró ser efectiva en producir una mejoría en el grado de severidad de los síntomas de todos los sujetos del grupo tratados con terapia bimodal. Para reducir el riesgo de conductas auto agresivas, la terapia mostró ser efectiva en el tratamiento de una paciente de éste grupo. Esta efectividad se midió a través de la Escala Beck de Desesperanza que permite medir tres aspectos fundamentales sobre la desesperanza: sentimientos sobre el futuro, pérdida de motivación y expectativas de la persona.

A través del análisis retrospectivo del caso incluido, es posible agregar a nuestro conocimiento, mediante un análisis descriptivo, observando como los efectos de la terapia cognitiva llevan al paciente a reemplazar las percepciones maladaptativas, con creencias más adaptativas.

Luego, es posible ofrecer una descripción del proceso terapeutico y del entrenamiento al cliente, mediante las pautas, técnicas y herramientas disponibles (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983), guiando al paciente a identificar, reconocer y modificar los patrones cognitivos y las conductas desadaptativas.

La revisión bibliográfica llevada a cabo provee respuestas específicas en cuanto a la efectividad de esta terapia en ámbitos internacionales generando sugerencias específicas, basadas en datos de metanálisis que cubren una muestra muy grande de resultados de diferentes estudios. No es recomendado como tratamiento único, sin embargo, para depresiones unipolares que presentan síntomas somáticos graves, síntomas psicóticos en las que aparecen alucinaciones o ilusiones (Beck, Aaron, *et. al.*, 1983) o trastornos afectivos mayores (Thase *et. al.*, 1997 citado por Butler, A., y Beck, J., 2000)

Se ha encontrado una pequeña ventaja, al utilizar este tipo de psicoterapia en el tratamiento de la depresión (Butler, A., *et. al.*, 2006) en comparación con el uso de farmacoterapia. Una de estas razones se debe a que la terapia cognitiva produce una persistencia superior a largo plazo de sus efectos con tasas de recaídas por la mitad de las que se producen con un tratamiento unimodal de farmacoterapia.

La inclusión de farmacoterapia finalmente debe de sujetarse a consideración y al escrutinio médico de un psiquiatra en el contexto guatemalteco, ya que el psicólogo o terapeuta en éste país no cuenta con la autorización ni el conocimiento requerido para llevara a cabo tal evaluó.

No se encontró evidencia sustancial que describiera si el uso de un tratamiento bimodal de esta terapia en combinación con farmacoterapia, producía mejores resultados (Butler, A., y Beck, J., 2000).

Así mismo, se expone que la terapia cognitiva basada en el modelo de Aaron Beck para el tratamiento de la depresión clínica unipolar, es igualmente efectiva que la terapia conductual en el tratamiento del adulto con depresión (Butler, A., *et. al.*, 2006)

Aun así, no fue posible encontrar datos sobre la eficacia de éste tipo de terapia dentro del contexto guatemalteco. Estos datos serían de beneficio para ayudar a enfrentar los retos asociados al contexto social guatemalteco, particularmente en materia de salud mental y calidad de vida para la población en general, y en específico para las personas que padecen éste tipo de padecimientos clínicos.

VI. RECOMENDACIONES

Se sugiere a los profesionales de la Psicología manejar los conocimientos con respecto a la depresión clínica unipolar y las variables asociadas de tipos orgánicas y relacionadas al medio ambiente particular en el que el sujeto se desenvuelve.

Por los altos índices que existen de este tipo de padecimientos en el mundo, y la efectividad comprobada de la terapia cognitiva en ámbitos internacionales, se recomienda llevar a cabo estudios representativos y generalizables sobre la población guatemalteca en esta materia para de esta forma, contribuir a enfrentar los retos asociados con la efectividad empírica al tratar este tipo de padecimientos.

Para aplicar esta terapia, es necesario que se conozcan las pautas, técnicas y herramientas por las cuales se proporciona esta terapia, y basarse en el Protocolo de Investigación para un Centro de Terapia Cognitiva que permite cierta flexibilidad y la adecuación del proceso a las características particulares de cada paciente. Así mismo, se recomienda el evaluó de un médico psiquiatría para acompañar o no determinado caso con psicofármacos.

Las limitaciones de este enfoque terapéutico y de este estudio deben mantenerse en mente al generar conclusiones. La necesidad de análisis sobre una muestra mayor es sugerida.

Sin embargo, diseños de estudios similares a nivel exploratorio sobre otros grupos de sujetos guatemaltecos que padecen de depresión, se considera podrían beneficiar la comprensión y la promulgación de información válida y confiable en el contexto guatemalteco y ampliar los resultados y el análisis expuesto en esta investigación.

Se recomienda la creación de un proyecto a nivel intrauniversitario e interuniversitario en donde se entrene, se supervise y se certifique al estudiante en terapia cognitiva para luego, describir, evaluar, y medir la efectividad de la terapia en el contexto guatemalteco en una muestra más amplia, buscando el beneficio de la población que no puede acceder a servicios privados.

Este esfuerzo se podría apoyar en los estudiantes de otras facultades para colaborar a crear un servicio válido, confiable y accesible para una mayor población y un cúmulo de datos más amplio.

Luego, se sugiere a los profesionales en las ramas de psicología y psiquiatría del sector privado que sometan los datos de su práctica a investigaciones para contribuir a reducir la brecha en información sobre el tema.

Una vía posible para ello es aprovechar el requerimiento de trabajos de graduación de estudiantes en los últimos años de la carrera para llevar a cabo un trabajo conjunto enriqueciendo tanto al estudiante, como al profesional y al país. Las entidades universitarias del país pudiesen servir como un importante vínculo entre el profesional y el estudiante.

Así mismo se considera pertinente recomendar a entidades públicas y privadas incentivar la investigación de este tipo de padecimientos y la efectividad de los distintos tipos de tratamientos disponibles en Guatemala en distintos grupos (hospitales nacionales, práctica privada, ONG's, y en el sector participativo folklórico (tradiciones, cultura, mitos, supersticiones relacionados al estado de ánimo depresivo y al tratamiento de los mismos).

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, Cecilia y Bolis, Mónica. 2005. *La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas*. [en-línea]. <www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/leg-estigmatización-esp-pdf> [Consulta: 8 de abril, 2007]
- Akiskal, Hagop y Cassano, Giovanni. 1997. *Dsythimia and the Spectrum of Chronic Depressions*. New York, The Guilford Press. 228 págs.
- Alarcón, R.D. y Aguilar-Gaxiola, S.A. 2000. *Mental Health Policy Developments in Latin America*. Bulletin of the World Health Organization. World Health Organization, 2000. [en línea] <www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2000/issue4/bu0580.pdf> [Consulta: 20 de marzo de 2006]
- American Psychological Association (APA). 2000. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*: Masson multimedia.
- American Psychological Association (APA). 2002. *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Texto Revisado (DSM-TR)*: Masson multimedia.
- Beck, T. Aaron, et al. 1983. *Terapia cognitiva de la depresión*. 13ª edición. Bilbao, Editorial Desclée De Brouwer. 394 págs.
- Butler, Andrew y Beck, Judith. (2000). *Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analyses*. Journal of the Norwegian Psychological Association, 37, Págs.1-9.
- Bulter, Andrew, et al. 2006. *The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses*. Clinical Psychology Review, 26. Págs 17-31 [en-línea] <[www. Psuch. Yorku.ca/bohr/6480_2005/documents/ReviewOfMetaAnalysescbt2006.pdf](http://www.Psych.Yorku.ca/bohr/6480_2005/documents/ReviewOfMetaAnalysescbt2006.pdf)> [Consulta: 11 de abril, 2007]
- Cabrera, Lucia. 2007. *Episodios depresivos en Guatemala*. Universidad del Valle de Guatemala. Guatemala. [en-línea] <www.coedu.usf.edu/zalaquett/cic/ed.htm> [Consulta: 10 de marzo 2007]

- Centre for Health Evidence. *Clinical Epidemiology Glossary*. [en-línea] Estados Unidos: 2004.<www.med.ualberta.ca/ebm/define.htm#effy> [Consulta: 26 de abril, 2007]
- Chisholm, Dan, *et al.* 2004. *Reducing the Global Burden of Depression*. <<The Royal College of Psychiatrists>>. *British Journal of Psychiatry*. 184 págs 393-403. [en-línea] <www.bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/bjprcpsych> [Consulta: 21 de marzo, 2006]
- Constitución Política de la Republica de Guatemala (Reformada por Acuerdo legislativo No. 18-93 del 17 de Noviembre de 1993) versión html. [En-línea]. <[www.icrc.org/.../124778ed614167a4c125704d0024455f/\\$FILE/Constitution.Guatemala.ESP.pdf](http://www.icrc.org/.../124778ed614167a4c125704d0024455f/$FILE/Constitution.Guatemala.ESP.pdf)> [Consulta: 11 de abril, 2007]
- Central Intelligence Agency (CIA). *The Online World Factbook*. [en-línea]. Washington D.C: 2007<www.cia.gov/cia/publications/factbook/index.html> [Consulta: 11 de abril, 2007]
- de Salles, Claudia y de Bran, Monika. 2007. <<Incidencia de trastornos mentales en instituciones del sector público de la República de Guatemala>>. Universidad del Valle de Guatemala. Guatemala. [en-línea] <www.coedu.usf.edu/zalaquett/cic/itm.htm> [Consulta: 21 de marzo, 2006]
- Figuroa, Gustavo. 2002. La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*. (Vol.4) supl.1. [Consulta: 14 de noviembre, 2003]
- Franklin, D. *Types of Depression* [en-línea]. Psychology Information Online, Estados Unidos:2006.<[ww.psychologyinfo.com/depression/depression_types.html](http://www.psychologyinfo.com/depression/depression_types.html)>[Consulta: 20 de marzo, 2006]
- Instituto Beck. <Beck Institute Outcome Research>. [en línea]. Beck Institute: 2004. <www.beckinstitute.org/beck.html>[Consulta: 26 de julio 2004]
- Levav, Itzhak. *Salud mental, prioridad en la salud pública*. [en línea] Ministerio de la Salud, Jerusalén, Israel. 2004. Norte de Salud Mental. www.ome-aen.org/norte/19/Norte-19-030-9-22.pdf [Consulta 10 de marzo, 2006]

Montgomery S.A. y Asberg M.A. 1979. *A new depression scale designed to be sensitive to change*. Br J Psychiatry 134: págs.382-9.

Monzon, Marielos. 2007 <<Estado capturado (II)>>. *Prensa Libre [Guatemala]* 10 de abril, pág.16. col.1.

Miranda, Jeanne *et. al.*, 1996.<< Recruiting and Retaining Low-Income Latinos in Psychotherapy Research>>. [en línea]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64. No.5 <www.personal.kent.edu/~dfresco/CRM_Readings/Miranda_1996.pdf>[Consulta: 10 de abril, 2007]

National Institute of Mental Health (NIMH).2007 <<Depression>>. [en línea] Bethesda (MD): National Institute of Mental Health, US Department of Health and Human Services; 2003. (Publicación de NIH : No.SP04-3561)<www.nimh.nih.gov/publicat/spdep3561.cfm> [Consulta 13 de abril, 2007]

OPS/OMS, 2006. <<Informe Sobre los Sistemas de Salud Mental en Guatemala>> [en-línea].Organización Mundial de la Salud. <www.who.int/mental_health/Nicaragua_ElSalvador_Guatemala_WHO_AIMS_Report2.pdf> [Consulta: 11 de abril, 2007]

Pinsker, H. Noviembre, 1998. <<The Supportive Component of Psychotherapy>>. [En-línea] *Psychiatric Times*. Vol. XV, 11 emisiones. www.psychiatrictimes.com/p981160.html [Consulta: 20 de abril, 2007]

Poliano-Lorente, A. 2000. *La depresión*. España, biblioteca de psicología, psiquiatría y salud Serie SALUD 2000. 164 págs.

Quinto, See King. 2002. *El modelo cognitivo: la psicoterapia. Manual de terapia cognitiva*. Guatemala. 78 págs.

Reineke, Mark y Davison, Michael. 2002. *Comparative Treatments of Depression*. Nueva York, Springer Series on Comparative Treatments for Psychological Disorders. 510 págs.

Sarason I. & Sarason B., *Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. 7 ed. Capítulo10: Trastornos del estado de ánimo. Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., 1996. págs. 284-322.

- Sánchez, Jorge Rodríguez. 1998. <<Manejo de Cadáveres en Situaciones de Desastre: Capítulo 5: Aspectos Psicológicos.>> [e-n línea] <www.paho.org/spanish/dd/ped/manejocadaveres-cap5.pdf> [Consulta: 3 de abril, 2005]
- Strunk, Daniel y DeRubeis, Robert. 2001. <<Cognitive Therapy for Depression: A Review of its Efficacy>>. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4, págs.289-298.
- Vásquez, Claudia. 2007. <<Preocupación casos de depresión posparto>>. *Prensa Libre* [Guatemala]. 11 de abril, 2007. pág.2, sección inferior.
- Wikipedia. 2007 <<Efficacy>>. Wikimedia Foundation, Inc. [en línea] <<http://en.wikipedia.org/wiki/Efficacy>> [Consulta 14 de abril, 2007]
- Wikipedia. 2007 <<Case study>>. Wikimedia Foundation, Inc. [en línea] <http://en.wikipedia.org/wiki/Case_study#Illustrative_case_studies> [Consulta: 14 de abril, 2007]
- World Health Organization. (WHO). 2007. <<Suicide Prevention>> [en línea] www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/ [Consulta: 13 de abril, 2007].

VIII. APÉNDICES

1. Consentimiento informado y compromiso de participación

Formulario de consentimiento informado

Investigador: Meri Elizabeth Lubina Reyes

Institución: Universidad del Valle de Guatemala

Teléfono:

Gracias por acordar a participar en este estudio que va tener una duración de mínimo 15 sesiones y máximo 20 sesiones de duración de 50 minutos cada una. Este formulario resume los propósitos del estudio y provee una descripción de su participación y sus derechos como participante voluntario en éste estudio.

El propósito de este proyecto de tesis es:

- 1) Cumplir con los requerimientos de trabajo de tesis para obtener el grado académico de Licenciatura en Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala
- 2) Para ganar conocimientos y experiencia en el tratamiento del trastorno depresivo en pacientes guatemaltecos

Los métodos utilizados para recolectar información para éste estudio se explican a continuación. De la información recolectada; yo escribiré un estudio de casos sobre usted.

- Apuntes escritos sobre observaciones del proceso terapéutico
- Grabaciones de audio
- Cuestionarios de evaluación
- Transcripciones de sesiones sustituyendo nombres propios y de lugares por seudónimos

Se le anima a llevar a cabo preguntas en cualquier momento sobre la naturaleza de éste estudio y los métodos que yo vaya utilizar. Sus sugerencias y dudas son importantes para mí; por favor contácteme en cualquier momento a mi teléfono listado arriba.

Yo utilizaré la información de este estudio para escribir un reporte de casos que se incluirá dentro de mi trabajo de tesis.

Yo le garantizo que las siguientes condiciones van a ser cumplidas:

1) Su nombre real no va a ser utilizado en ningún momento en el reporte de casos escrito o en la tesis, muy por el contrario, su nombre y el de cualquier otra persona o lugar involucrados en el caso será reemplazado por un pseudónimo que será utilizado en todos los records verbales y escritos como también en todos los reportes.

2) Si usted da permiso para llevar a cabo grabaciones de audio, los archivos de audio no van a ser utilizados para otros propósitos que no sean del estudio en cuestión, y no van a ser reproducidos para otros propósitos que no sean del estudio. Luego, serán destruidos.

3) Su participación en este estudio es voluntario; usted tiene el derecho de ya no participar en él en cualquier momento, por cualquier razón.

¿Accede usted a ser citado directamente? Sí ___ No ___

¿Autoriza usted el permiso para ser grabado (audio)? Sí ___ No ___

¿Autoriza usted el permiso para transcribir las sesiones? Sí ___ No ___

Yo estoy de acuerdo con los términos /sujeto voluntario)

Nombre _____ Fecha _____

Firma _____

Yo estoy de acuerdo con los términos /Investigador)

Nombre _____ Fecha _____

Firma _____

2. Contrato anti-suicidio

CONTRATO DE NO SUICIDIO

Yo, _____ prometo (me comprometo) a que no voy a matar, herir o causar daño a mí misma de ninguna forma sin primero hablar con alguna persona responsable, interesada por mí, que me brinde soporte.

Así, mismo, en el caso de que me vuelva depresiva o me sienta desamparada en cualquier momento del día o de la noche, yo voy a contactar a alguien con quien yo pueda hablar sobre mis problemas.

Yo reconozco que he recibido números telefónicos, de familiares, amigos y profesionales que pueden estar a la mano durante distintas horas del día. Si por alguna razón no les puedo encontrar en algún momento, yo esperaré a hablar con alguien antes de tomar alguna decisión que involucre el causarme sufrimiento.

Personas importantes en mi vida con las que yo puedo platicar y a las que voy a contactar son:

Nombre	Relación	Número telefónico
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Mi nombre

Mi firma

Fecha

Hora

Testigo _____

