



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ATLACOMULCO
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**



***“TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA
DEPRESIÓN, UN ANÁLISIS DE CASO”***

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARÍA AZUCENA HERNÁNDEZ SILVA

NÚMERO DE CUENTA: 0242620

ASESOR:

MTRO. SERGIO GONZÁLEZ ESCOBAR

ATLACOMULCO, MÉXICO

MAYO DE 2010.



ÍNDICE

ÍNDICE	I
ÍNDICE DE GRÁFICAS	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTOS	IV
RESÚMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	3
CAPÍTULO I: Modelo de Intervención Cognitivo-Conductual	3
1.1.- Principios Generales de la Terapia Cognitivo Conductual	5
1.1.1.- Características de la terapia	6
1.2.- Estructura de las sesiones terapéuticas	11
1.3.- Técnicas de la terapia Cognitiva Conductual	14
1.3.1.- Técnicas Cognitivas	15
1.3.2.- Técnicas Conductuales	16
1.4.- Intervención de la depresión con la Terapia Cognitivo Conductual.	18
CAPÍTULO II: Madres con Hijos Discapacitados	25
2.1.- Esperanza que tienen las mujeres de tener un hijo sano	26
2.2.- Reacciones emocionales de la llegada del hijo discapacitado.	28
2.2.1.- Depresión en madres con hijos discapacitados	32
METODOLOGÍA	35
Objetivos	35
Objetivo General	35
Objetivo Específico	35
Planteamiento del Problema	35
Sujeto	37
Instrumentos	37
Procedimiento	40
Diseño de Investigación	40
Fases	41
Fase A (Pre-evaluación)	41
Fase B (Intervención)	41
Descripción General de la Persona	41
Descripción General del Problema	43
Descripción de los Resultados de la 1ª Evaluación	44
Descripción Cognitiva	45
Tratamiento (Agenda de Sesión)	47
Fase A (Post-evaluación)	51
RESULTADOS	52
Tratamiento de lo datos de la Intervención Cognitivo-Conductual....	52
DISCUSIÓN	64
CONCLUSIONES	71
SUGERENCIAS.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	81



ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.- Aplicación del Inventario de Depresión de Beck a las mamás que acuden al CENEPRE Atlacomulco.....	52
Gráfica 2.- Primera y Segunda Aplicación del Inventario de Depresión de Beck	53
Gráfica 3.- Primera y Segunda Aplicación del CES-D	55
Gráfica 4.- Evaluación del Estado de Ánimo en las Sesiones	56
Gráfica 5.- Nivel de Relajación antes y después de las sesiones de intervención	57
Gráfica 6.- Termómetro del Estado de Ánimo	59
Gráfica 7.- Evaluación de las Sesiones	63



DEDICATORIAS

Hoy se cumple una meta importante en el transcurrir de mi vida, justamente hoy es cuando se manifiesta la transición de estudiante a profesional; y mi camino empieza a cobrar dirección, entre los sueños contruidos de niña y las promesas creadas para un mejor mañana.

Sé que el camino lo construyo con los cimientos del amor, la fortaleza, la lucha por mis sueños y proyectos, la educación, el respeto que tengo hacia mí misma y los demás, así como de otros elementos que me han formado. También sé que las caídas serán para ampliar mi fortaleza y podré tener en cada situación la fuerza, el coraje y el valor para ir más allá de lo que mis miedos pudieran detenerme.

Todo este aprendizaje me ha sido concedido principalmente por **Dios**, así como de **mis raíces, mis ancestros, mis padres, mi familia, mis maestros, mis amigos y compañeros**, así como de **aquellas personas que han trascendido en mi vida** y que los llevaré siempre en mi corazón; a todos ustedes les dedico la presente tesis.

“Hoy me comprometo conmigo misma y con ustedes a ser mejor persona, a ser capaz de forjar y cumplir mis sueños; a ser un profesional que cumpla con sus deberes hacia la sociedad y que pueda compartir los conocimientos que me han sido otorgados, a favor de construir un mejor presente, día con día”.



AGRADECIMIENTOS

*En este momento especial y significativo de mi vida, donde se fusionan los sentimientos, aprendizajes y experiencias, me permito agradecer a todas las personas que han sido el motor de mi vida y a los que han trascendido en mi corazón con sus consejos y compañía durante mi camino. Por eso **hoy agradezco:***

A DIOS

La oportunidad de concederme la vida, por permitirme caer, levantarme y aprender día a día de todas las experiencias; así como de estar y compartir con todas aquellas personas que me han impulsado a seguir adelante.

A MIS PADRES, MARGARITA E ISAIAS

Les agradezco infinitamente desde lo más profundo de mi corazón, por convertirme en una buena hija, estudiante, mujer y ahora profesionalista. **¡MUCHAS GRACIAS!** Por su amor, su comprensión, su paciencia, sus consejos, sus regaños, su entrega y sacrificios; ahora entiendo que todo fue para formarme y para llegar a cumplir esta y muchas metas.

¡Los amo y amaré hasta el último día de mi vida, Dios los proteja y bendiga por toda la eternidad!

A MIS TÍOS, BARTOLO Y MALENA

Gracias por compartir la responsabilidad con mis padres, por recorrer este camino tan cerca de mí, por ser parte de mi formación y por su apoyo incondicional.

A MIS ABUELITOS:

Sé que la vida nos ha juntado en algún momento, todos los días les puedo decir que siempre están en mi corazón y educación, ahora puedo decirles que su labor ha sido cumplida, pues ustedes nos enseñaron la lucha por la vida y nunca rendirnos ¡Gracias!



A MI FAMILIA (Hernández, Sánchez, Mendez, Ramírez y Servín):

A cada uno de ustedes les doy mis más sinceros agradecimientos, por compartir muchos momentos gratos conmigo, en los cuales me han abierto las puertas de su corazón y de su hogar, así como me han otorgado sus valiosos consejos y enseñanzas, que fortalecieron mi formación tanto personal como profesional.

A MI DIRECTOR DE TESIS:

A usted Mtro. Sergio González Escobar, le doy infinitamente las gracias, por ser guía de este fabuloso camino que me lleva hoy a cumplir una de mis metas.

A MI REVISORA:

Mra. Laura Guadalupe Zárate Moreno, le doy las más sinceras gracias por los consejos brindados en la preparación de esta tesis y durante los años de mi formación profesional.

A MI REVISOR:

Le agradezco al Mtro. Felipe Medina Flores por todo ese incondicional apoyo, tiempo y aprendizajes obtenidos durante la carrera y en especial en la formación de esta tesis.

A TODOS MIS MAESTROS DE LICENCIATURA:

Muchas gracias, por todos los conocimientos que me enseñaron durante este camino recorrido por cuatro años y medio, en los cuales me dieron los elementos necesarios para llegar a este momento importante de mi vida.

A MIS AMIGAS Y AMIGOS:

A **Marianita, Oli, Nadia, Yusi, Pao, Gaby, Liz S., Brenda, Yeira, Lulú, Nancy, Mar, Michelle, Adriana, Jorge Manuel Herrera, Yarek**, por mencionar algunos; a todos ustedes muchas gracias por compartir los momentos más importantes de mi vida, así como darme la oportunidad de aprender a ser más fuerte y luchar por mis sueños.

¡A todos les agradezco por todo el amor y apoyos brindados!

MARÍA AZUCENA HERNÁNDEZ SILVA



RESUMEN

A partir de identificar la prevalencia de depresión, surge la importancia de brindar atención psicológica con un modelo terapéutico encaminado a disminuir las manifestaciones de éste, como es el caso del Modelo Cognitivo-Conductual (MCC).

El presente estudio manifiesta el proceso efectuado para disminuir las manifestaciones de depresión en una madre con un hijo discapacitado, a partir de la intervención con este modelo.

Éste utiliza un diseño A-B-A, el cual inicia con una primera evaluación del inventario de Beck y el CES-D, para identificar el grado y los síntomas de este trastorno. El segundo paso se enfoca a la intervención del MCC; y al finalizar se evalúa para identificar el impacto obtenido.

Por tanto, la intervención efectuada fue satisfactoria, pues en la primera evaluación con el inventario de Beck se obtuvo un puntaje de 23 (depresión entre moderada y severa), manifestándose 16 síntomas; y en el CES-D se perfiló en una depresión mayor (40 puntos), con 14 síntomas frecuentes en la semana (4 a 7 días). Mientras que en la segunda evaluación del inventario expresó 4 puntos con la presencia de 5 síntomas (ausencia de manifestaciones), notando la disminución de 11 síntomas; y en el CES-D se obtuvo 2 puntos, con la presencia de los síntomas a un día por semana.

Bajo esta intervención, se considera que el MCC es un modelo adecuado para intervenir en la disminución de las manifestaciones de depresión en casos particulares como éste.

Palabras clave: Depresión, MCC, maternidad, intervención, discapacidad.



ABSTRACT

After the identification of the depression prevalence, emerge the importance of providing psychological care with a therapeutic model aimed to reduce the manifestations of it, such as Cognitive-Behavioral Model (CBM).

This study became evident the process carried out to reduce the depression manifestations in a mother with a disabled child, after the intervention with this model.

This one uses an A-B-A design, which starts with a first assessment of the Beck inventory and the CES-D, to identify the rank and symptoms of this disorder. The second step focuses on the intervention of the CBM, and at the end it is tested to identify the impact.

Therefore, the statement made was satisfactory, since at the first evaluation with the Beck inventory it was obtained a score of 23 (moderate to severe depression), and presented 16 symptoms, and CES-D was outlined in a major depression (40 points) with 14 common symptoms during the week (4 to 7 days). While in the second evaluation of the inventory it demonstrated 4 points with the presence of 5 symptoms (lack of manifestations), nothing the decrease of 11 symptoms; and in the CES-D it was obtained 2 points, with the presence of symptoms for a day per week.

Under this intervention, it is considered that the CBM is a suitable model to intervene in the reduction of the depression signs in special cases such as this.

Keywords: Depression, CBM, maternity, intervention, disability.



INTRODUCCIÓN

Hoy en día las personas son vulnerables a distintos problemas sociales y personales que desembocan en enfermedades físicas y mentales; y ante la búsqueda de soluciones, el individuo expone la integridad de su salud mental originando trastornos que aquejan su estado de ánimo, como es el caso de la depresión.

Para Yapko (2006), la depresión no sólo se concibe como enfermedad que afecta el área emocional y al cuerpo, sino que también autores como Beck (1983), la consideran como trastorno que altera el estado de ánimo, haciendo que la persona genere respecto de sí, un sin número de pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica. Pues todo lo que el individuo genera como cogniciones repercute a nivel emocional, conductual y en la salud, induciendo a la persona a un estado en el que le es imposible resolver los problemas de la vida diaria.

Cuando este trastorno se presenta en un contexto donde prevalece la discapacidad, genera estragos en especial a los padres; pues como lo señala Bavin (1987) la discapacidad de antemano connota discriminación, carga emocional y social que al articularse con la depresión impactará negativamente en la salud emocional; pues como padres deberán brindarle a su hijo una educación y cuidados pertinentes para su estabilidad.

Así pues, la depresión surge a partir del momento en que los padres se enteran de la discapacidad de su hijo, y por lo tanto pasarán por un proceso de aceptación y adaptación de la situación. Bavin (1987), señala que durante este transcurso los padres cambian las expectativas generadas durante el embarazo en función de tener un hijo sano, inteligente, que se parezca a ellos y que durante su crecimiento lo puedan ver gatear, caminar, correr y desarrollarse como cualquier niño, por aquellas necesidades actuales relacionadas a la discapacidad que presenta su hijo y que en su caso tendrán que cubrir.



Sin embargo, la madre es quien asume la presión que conlleva el proceso de enfrentarse a tal situación; pues ella debe cumplir con su rol al proporcionarle los cuidados pertinentes que impliquen las necesidades del desarrollo del niño, así como velar por los intereses y estabilidad de la propia familia, lo que puede generar alteraciones emocionales que desembocan en la presencia de la depresión, provocadas por la creación de pensamientos erróneos que afectan a nivel emocional y conductual. Tales alteraciones se manifiestan en dimensiones cognitivas, conductuales, físicas y sociales. Si a estas manifestaciones presentadas en las madres se les da una intervención oportuna con un modelo que se enfoque a tratarlas a partir del cambio de cogniciones que se generan, entonces la presencia de la depresión será controlada y con éxito disminuida.

Por tal la presente investigación desarrolló un análisis de caso que describe el uso del modelo cognitivo conductual para identificar y disminuir las manifestaciones de la depresión en una madre que tiene un hijo con discapacidad.

En general se puede comentar que el modelo terapéutico cognitivo-conductual es uno de los tratamientos efectivos que sustentan la atención a estos trastornos; ya que de acuerdo a las condiciones presentadas en tal trabajo, permite respaldar la efectividad que se le da al uso de este modelo de intervención, en la atención a la depresión de este caso en particular.



MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I.- MODELO DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL

En este capítulo se analizará la importancia que tiene el Modelo Cognitivo Conductual (MCC, de aquí en adelante) en la práctica clínica de la psicología. Esto permitirá comprender el fundamento teórico de éste modelo en el tratamiento de la depresión. Así pues se describirán los supuestos generales, características, estructura de las sesiones y el uso de técnicas que en conjunto guían al terapeuta en la intervención clínica.

Este modelo teórico ha sido estudiado bajo dos enfoques psicológicos que fusionados conforman al MCC. Uno de ellos es el enfoque cognitivo, tales aportaciones tienen sus orígenes filosóficos con Zenón de Citio (siglo IV a.C.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio (en Beck, 1983); todas estas aportaciones se centran en que *“las emociones humanas están basadas en ideas, por lo tanto el control de los sentimientos más intensos se logra por medio del cambio de ideas”*.

Así también dentro de este enfoque se han generado diversas teorías que consideran a las cogniciones como elementos centrales de intervención. Algunas de las teorías cognitivas elaboradas son:

A) Teoría del Procesamiento de la Información, ésta enfatiza al hombre como un sistema que se encuentra dentro de un entorno cambiante y que a su vez demanda capacidades adaptativas sobre la información de sí mismo y del mundo, provocando una transformación cognitiva que afecta a sus emociones y conductas. En esta teoría se interrelacionan tres elementos fundamentales <cognición-emoción-conducta> (Beck, 1967 y Teasdale, 1983; en Belloch, Sandín y Ramos, 1995);

B) Teorías Cognitivas Sociales, éstas hacen referencia a la manera en cómo los sucesos ocurridos en el medio externo influyen en la esperanza y expectativas que tiene la persona de poder controlar las situaciones externas; así pues una manera



de comprender el origen de la depresión, radica en la forma en cómo la persona percibe tales situaciones externas y lo que genera a partir de aquellas expectativas negativas y sentimientos de indefensión que la llevan a la desesperanza (Seligman, 1975; Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Abramson, Melsky y Allay, 1989; en Belloch, Sandín y Ramos, 1995),

C) Teorías Cognitivas Conductuales, que marcan la fusión con el enfoque conductual considerando el manejo que se le da a la regulación de las conductas a partir de un ajuste, adaptación y readaptación de éstas dentro de un conjunto de circunstancias ambientales cambiantes. Y la explicación que le da a trastornos como la depresión se basa en que los factores ambientales y cognitivos son los responsables de la presencia de este trastorno, pues los últimos manipulan los efectos del ambiente en que se desarrolla la persona (Rehm, 1977 y Lewinsohn, 1985; en Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

El segundo enfoque psicológico a considerar dentro de este modelo teórico es el conductual, pues en éste se realiza el manejo de las conductas a partir de las teorías del aprendizaje. Las primeras aportaciones hacia la comprensión conductual de trastornos como la depresión, fueron emitidas por Skinner (1953), quien postuló que éste es considerado como una *“reducción generalizada en la frecuencia de conductas”*, de la misma manera Ferster (1965), Lewinsohn (1974) y Castello (1972) reafirman que tal trastorno se caracteriza por la reducción de reforzadores positivos que le ayudan a la persona a controlar el medio que le rodea (en Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Por tal motivo es de considerar que el trabajo realizado bajo estos dos enfoques psicológicos han marcado el amplio contenido del MCC, gracias a las teorías cognitivas y conductuales; y sobre todo a las aportaciones emitidas por Beck (1967), Lazarus (1972), Kelly (1955), Berne (1961) y Ellis (1957) (en Beck, 1983); que en conjunto abordan y respaldan el trabajo del MCC a partir de la premisa de la reestructuración o modificación de cogniciones (ideas/creencias irracionales) en función de un cambio previo o posterior de conductas.



Así pues, este modelo teórico ha sido eficazmente empleado en el tratamiento de trastornos como los de personalidad (Beck, 1983), ansiedad (Orgilés, Rosa, Inglés, Mendez, 2003) y depresión (Pérez y García, 2001); así como de otras alteraciones como la esquizofrenia (Muñoz y Ruiz, 2007) y agresividad (Pérez, Fernández y Rodríguez, 2005); por mencionar algunos.

Por lo tanto lo descrito manifiesta la pauta de que el MCC es uno de los modelos eficaces para la atención a diversos trastornos que presenta el individuo y que por lo tanto brinda un tratamiento efectivo en la erradicación del síntoma que se manifieste.

Es por tal, que esta modalidad terapéutica permite una atención oportuna y efectiva, partiendo de la intervención de distorsiones cognitivas que preceden y originan comportamientos inapropiados. De esta manera se reiteran las ventajas de este modelo, definiéndolo como efectivo en la práctica clínica de las alteraciones psicológicas, en especial de la depresión.

1.1.- Principios Generales de la Terapia Cognitivo-Conductual

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

Así pues, la terapia cognitiva-conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico, tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos (Yapko, 2006). En este modelo terapéutico se consideran dos elementos primordiales de intervención, el primero hace referencia a las cogniciones o pensamientos y el segundo a las conductas que se originan a partir de creencias irracionales.



De acuerdo con Beck (1983), este modelo terapéutico manifiesta como supuesto teórico que *“los efectos y la conducta que tiene un individuo, están en gran medida determinados por el modo en que estructura el mundo”*. Esto quiere decir que el MCC se centra en la atención de las cogniciones, identificadas como elementos básicos de intervención, debido a que los pensamientos son fortalecidos por aquellas actitudes que se han aprendido a lo largo de las experiencias previas que ha tenido el paciente, y que han sido elaboradas correcta e incorrectamente; llegando así a formar y reforzar los comportamientos que realiza la persona en su entorno.

Dada la atención terapéutica bajo este modelo a la presencia de alteraciones, se comienza por la intervención de los errores o de las distorsiones cognitivas que elabora el propio paciente y que desencadenan actitudes, emociones y comportamientos que lo desequilibran emocionalmente, generando así la presencia de trastornos del estado de ánimo y de la personalidad (Beck, 1983).

Considerando a partir de esto, que mientras la persona tenga una creencia irracional, o bien una inadecuada percepción del entorno que le rodea, ésta puede reforzar sus pensamientos distorsionados, generando así comportamientos que retroalimenten la prevalencia y elaboración de cogniciones irracionales; y por tal motivo se presentan síntomas y trastornos que le aquejan al individuo en el área física, psicológica y social.

1.1.1.- Características de la Terapia Cognitivo Conductual.

De acuerdo con Beck (1983), las cuatro principales características que debe ofertar este procedimiento al paciente, radican en que éste deberá ser activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado.

Las primera característica hace referencia a que dentro de la intervención, la relación existente entre paciente y terapeuta debe de ser activa; es decir que el terapeuta se encontrará en continua actividad e interacción intencionadamente



con el paciente, fungiendo un papel de guía a lo largo de las sesiones de intervención. Al igual que la participación activa del paciente, pues es de considerar que es la persona indicada para reformular las cogniciones existentes.

La segunda, menciona que el proceso debe de ser directivo, debido a que debe poseer un objetivo de intervención, el cual será atendido mediante la estructuración que le dé el terapeuta a lo largo de las sesiones, con la finalidad de atender las demandas del paciente mediante el empleo de técnicas y estrategias que permitirán el cumplimiento del objetivo de la terapia.

Así también, la intervención bajo el MCC deberá ser estructurado en función del objetivo terapéutico que manifieste el paciente; con base en esto, el terapeuta estructurará la terapia de acuerdo al tiempo, técnicas y estrategias que empleará para que el paciente participe activamente en la reestructuración de sus cogniciones y comportamientos.

Y la última característica que enuncia Beck (1983), manifiesta el tiempo limitado que deberá poseer el proceso de intervención; durante éste, el terapeuta debe de formular estrategias encaminadas a cumplir con el objetivo terapéutico.

Otra característica que guía al MCC, se refiere a la atención oportuna de los síntomas objetivos que presenta el paciente a la hora de la terapia; a partir de éstos se busca la identificación de aquellas cogniciones que fortalecen a los síntomas presentados y se someten a evaluación lógica y empírica para fortalecer o debilitar a los mismos. A partir de este procedimiento, se prosigue a modificar la conducta, con el objetivo de erradicar los pensamientos que fortalecen al surgimiento de aquellos comportamientos que dan origen a la presencia de trastornos (Gavino, 2002).

Y para poder erradicar los pensamientos, es necesario que el terapeuta emplee estrategias y técnicas oportunas; tal es el caso del uso de las preguntas como instrumento terapéutico, pues de acuerdo con Beck (1983) éstas permiten obtener datos acerca del paciente, proporcionan una idea general sobre la situación



problemática que éste muestre, logran la obtención y evaluación de aquellos factores y situaciones que generan ansiedad, así como determinan el significado que el paciente le asigna a las situaciones o circunstancias que configuran la demanda terapéutica; todos estos usos que se les da a las preguntas, se conjugan para generar métodos de resolución a los problemas que presenta el paciente a partir de la reformulación de sus distorsiones cognitivas.

Así también, para lograr un tratamiento efectivo con éste modelo, es conveniente considerar un conjunto de elementos para fortalecer la relación terapéutica a la hora de la intervención. De acuerdo con Beck (1983), el terapeuta deberá de contemplar tres elementos indispensables que van a influir a lo largo del tratamiento, las cuales son: aceptación, empatía y autenticidad. Éstas serán determinantes para lograr un incremento en la efectividad del tratamiento mediante las actitudes y conductas que el terapeuta emita durante la intervención.

La primer característica nombrada “aceptación” hace referencia a la preocupación sincera y al interés que el terapeuta muestra hacia el paciente, esto permite contribuir a corregir determinadas distorsiones cognitivas que se formen en función de la relación terapéutica que se tenga. Habitualmente esta característica es empleada por el terapeuta mediante la expresión de sus gestos, tono de voz y el modo de construir las frases que le proporciona al paciente.

La segunda consiste en la forma en que el terapeuta puede entrar al mundo del paciente, para ver y experimentar la vida como lo hace éste. Mediante ésta, el terapeuta podrá entender cómo el paciente estructura ciertos eventos y cómo responde ante éstos. Así pues, Beck (1983) aclara que esta característica se conforma de un componente intelectual, en el que es necesario saber y conocer la base cognitiva de los sentimientos del paciente, sin rechazarlos por la carencia de lógica en los pensamientos que los desencadenan, es decir, que el terapeuta deberá de rescatar toda aquella base cognitiva que muestre el paciente a la hora de la terapia sin juzgar e incomodarle, con la finalidad de que él mismo pueda reestructurar aquellas cogniciones distorsionadas que presenta.



Y la autenticidad, permite vislumbrar a un terapeuta capaz de ser honesto consigo mismo y con el paciente, éste deberá conjugar la honestidad con la diplomacia, es decir, deberá poseer la capacidad de comunicar su sinceridad con asertividad, permitiendo así la penetración de confianza y honestidad en los comentarios que emita hacia aquellas distorsiones que presente el paciente, a fin de transmitir una imagen realista y facilitando la corrección de ideas poco razonables y conductas que puedan ser contraproducentes.

Así pues, una vez considerando las características que el mismo proceso terapéutico maneja para proporcionar tanto el confort como la efectividad a la hora de intervenir al paciente, es necesario contemplar también aquellas características que el terapeuta cognitivo conductual deberá poseer para proporcionar un tratamiento adecuado; Beck (1983) describe que la presencia de la confianza, el rapport y la colaboración, son de vital importancia para mantener una apropiada relación terapéutica.

Para esto, la confianza es considerada un elemento básico, que se comprende de una serie de comportamientos que el terapeuta debe de tomar en consideración a la hora de mantener una relación terapéutica; éstos comprenden la importancia de la autonomía que presente el paciente y la necesidad que el terapeuta tenga hacia la estructuración de la terapia, es decir, éste deberá ser directivo ante las técnicas y estrategias que formulará para solucionar el problema; es conveniente que tenga el control de las sesiones, por medio del establecimiento de los límites ante las situaciones que deberá enfrentar el paciente, sin perder de vista la cordialidad que el terapeuta manifieste en la relación; así también deberá de ser objetivo y discreto ante el problema que se plantea. De esta manera, la primera parte del tratamiento suele configurarse por la iniciativa, que el terapeuta posea para dirigir el proceso hacia el objetivo; mientras que la segunda, se espera que el paciente realice más cosas por sí solo al reorganizar sus pensamientos y comportamientos.

El rapport, también viene a ser un elemento fundamental en ésta relación, pues se entiende como aquel acuerdo armonioso que consiste en una combinación de



componentes emocionales e intelectuales. Éste permite que el paciente perciba al terapeuta como alguien que sintoniza sus sentimientos y actitudes; que es simpático, empático y comprensivo; que le acepta con todos sus defectos; y con quien puede comunicarse sin tener que explicar detalladamente lo que siente y menos desmenuzar todo cuanto dice. De la misma manera, el terapeuta se siente más interesado por el paciente, respira con libertad en la comunicación, experimenta empatía y sabe que puede hablar espontáneamente sin temer que sus palabras sean malinterpretadas, en concreto, el paciente tiene la sensación de ser aceptado y comprendido. Además, el rapport también puede utilizarse para reforzar aquellas conductas adaptativas del paciente, es decir, se logrará mantenerlo motivado para el tratamiento y para emprender los procedimientos establecidos a lo largo de la intervención.

Y la colaboración terapéutica es aquel componente en el que se pretende comprometer al paciente en una especie de alianza de cooperación terapéutica; esto facilitará el esfuerzo que tanto el terapeuta como el paciente tendrán en común, para alcanzar el objetivo terapéutico, mediante un trabajo en equipo.

Mediante esta explicación, se puede considerar que bajo estas características que presenta el modelo terapéutico Cognitivo-Conductual, se logra una intervención oportuna hacia la atención de diversos trastornos; todo parte del objetivo principal que recae en la investigación de aquellos pensamientos, sentimientos y conductas del paciente durante la sesión terapéutica y entre las sesiones. De tal manera que el terapeuta colabora activamente con el paciente en la exploración de dichas experiencias psicológicas y en la elaboración de programas de actividades y tareas que facilitarán la reestructuración y el cambio de cogniciones, así como de aquellas conductas que estén distorsionadas.



1.2.- Estructura de las Sesiones Terapéuticas

Así pues el MCC como proceso terapéutico, retoma una serie de pasos que el terapeuta deberá tomar en consideración a la hora de implementar este modelo terapéutico en la intervención. Gavino (2002), sugiere que para emplearlo, es necesario que el terapeuta, primero identifique el motivo de la consulta mediante las quejas y demandas que manifieste el paciente (que se convertirán en los objetivos terapéuticos). El terapeuta comenzará tal proceso con la recogida de datos que giren en torno a la problemática, esto se logrará mediante la aplicación de instrumentos de evaluación (entrevista, autoinformes, registros y pruebas psicométricas).

La información recolectada estará formulada por aquellas condiciones que describan al paciente, su entorno, tiempos y situaciones que expliquen la problemática presentada. Una vez obtenida, el terapeuta procede a realizar un análisis topográfico, en el cual se muestran cuáles son las quejas que deberán desaparecer y las demandas que el paciente desea alcanzar. De la misma manera, se procederá a ejercer un análisis funcional, en el cual el terapeuta tiene la posibilidad de identificar las variables que tendrá que intervenir para que las quejas desaparezcan y las demandas se cumplan. Una vez identificadas éstas, se configuran los objetivos que deberán trabajarse a lo largo del proceso terapéutico.

Durante el tratamiento, se emplearán las técnicas más propicias para desaparecer las quejas y alcanzar las demandas, es decir, se deberán elegir aquellas que faciliten la erradicación de aquellos comportamientos inadecuados; y también aquellas que retroalimenten las conductas establecidas como metas a conseguir. Para ello, es necesario identificar aquellas a tratar y el orden en el que se efectuará la intervención de las mismas.

A lo largo de la aplicación del tratamiento, el terapeuta deberá recolectar resultados de la intervención, con la finalidad de observar si los objetivos se van logrando conforme avanza la terapia, es decir, si se muestran indicios de evolución del tratamiento.



Una vez terminada la intervención, se sugieren sesiones posteriores de seguimiento, las cuales consisten en contactos esporádicos del terapeuta con el paciente durante determinado tiempo, con la finalidad de comprobar si los resultados del tratamiento se mantienen, han mejorado o existe la presencia de recaídas. En este tiempo de seguimiento se analiza si el paciente suele utilizar las estrategias y técnicas aprendidas durante la terapia, para poder evaluar si los resultados del tratamiento se mantienen o incluso mejoran; si esto se cumple, entonces se puede decir que la intervención clínica ha finalizado con éxito y que se han cubierto los objetivos terapéuticos planeados. En caso de que el paciente tenga recaídas, se le vuelve a inducir al tratamiento para reafirmar el objetivo terapéutico mediante las técnicas empleadas, o para tratar nuevas demandas.

De esta manera, se puede comprender la estructura de las sesiones terapéuticas planteadas bajo este modelo; sin embargo también Beck (1983) plantea una estructura formal de la intervención bajo los lineamientos de la terapia cognitiva, la cual consiste en una serie de pasos que parten desde la obtención de los datos del paciente y de la situación problemática, hasta la preparación del paciente hacia la terapia cognitiva; partiendo de la necesidad de que el paciente deba conocer acerca de la naturaleza y el fundamento teórico del modelo de intervención.

La explicación del sustento teórico se realiza durante la primera sesión y parte de la segunda, durante éstas, el terapeuta le presenta el plan general y el fundamento teórico de la terapia, donde se le muestran ejemplos acerca de los elementos básicos a intervenir, los cuales son “las cogniciones o pensamientos”. El terapeuta podrá reiterarle al paciente durante las sesiones de intervención, sobre la conexión que se establece entre pensamiento y sentimientos (considerando que bajo el MCC, se toma en cuenta la relación entre pensamientos, sentimientos y conductas).

Una vez obtenido el conocimiento acerca de la dinámica de trabajo del modelo terapéutico, se prosigue a implementar algún programa de intervención de



acuerdo a las condiciones particulares que se presenten. El terapeuta tratará de hacer el tratamiento lo más comprensible y apropiado al paciente, de tal manera que este último pueda participar activamente, con la finalidad de que identifique sus propios problemas y comience a aprender nuevas maneras de resolverlos.

Para formular el plan de terapia de cada sesión, es recomendable que el terapeuta tenga presente que los objetivos principales que regirán a éste, partirán de que el paciente aprenda a identificar las cogniciones distorsionadas y comportamientos inapropiados, para que comience a reconocerlos y cambiarlos por aquellos más apropiados a la realidad; así como de eliminar los síntomas que se presenten y prevenir las recaídas durante y después del tratamiento.

Es necesario establecer una agenda al comienzo de cada sesión, la cual deberá contemplar aquellos temas determinados por el paciente y terapeuta, los cuales son de relevancia para la persona y el tratamiento. Así también contemplará un orden, que comenzará por incluir aquellas experiencias que el paciente tiene desde la última sesión a la actual, tomando en cuenta aquellos sucesos que presenta y las tareas de la terapia que elabora en casa. Ésta también podrá incluir aquellos registros diarios de pensamientos y conductas, los cuales permiten al terapeuta analizar el impacto de la terapia durante las sesiones. Y posterior a la revisión de estos datos, se retomarán las técnicas que propondrán una pauta de solución a los problemas planteados por el paciente.

Así pues, durante la intervención se deben de atender las demandas del paciente y al finalizar ésta, se cumplirá con el objetivo terapéutico propuesto, mediante el empleo de las estrategias y técnicas planeadas por el terapeuta.

La intervención, generalmente consta de 15 a 20 sesiones, realizadas una vez por semana, y en casos más graves se plantea realizarlas dos veces por semana durante un periodo de 4 o 5 semanas; y posteriormente se van disminuyendo hasta comprender un plazo de 10 a 15 semanas con una sesión semanal. Al finalizar el tratamiento, se recomienda realizar 4 o 5 sesiones de apoyo durante



todo el año, para reforzar lo aprendido durante la terapia y evitar recaídas (Beck, 1983).

Ambas propuestas manifiestan la estructura de las sesiones, plantean un proceso que el terapeuta debe de efectuar en una intervención terapéutica, la cual parte desde el conocimiento que debe de tener el terapeuta sobre el paciente y su situación problemática que manifiesta; una vez obtenido los datos, se prosigue a intervenir mediante la planeación de cada una de las sesiones, las cuales deberán contemplar las técnicas más aptas para el cumplimiento del objetivo terapéutico. Una vez terminado dicho tratamiento, se reconsiderará la posibilidad de retomar sesiones esporádicas para evitar recaídas en el paciente.

1.3.- Técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual

Para que se logre el objetivo terapéutico, es recomendable que el terapeuta utilice una serie de estrategias en las cuales emplea un conjunto de técnicas, que vienen a ser una forma de psicoterapia breve y estructurada, las cuales proporcionan un aprendizaje al paciente, en la solución de aquellos problemas que presenta como demanda terapéutica; algunos de éstos pueden referir la presencia de trastornos como la depresión y ansiedad, por mencionar algunos (Mckain, 1993; en Valadez, 2002).

Las técnicas empleadas bajo este modelo terapéutico, son coadyuvantes en el tratamiento de diversos problemas clínicos (Sánchez, Rosa y Olivares, 1999), debido al abordaje que se le da a éstos por medio de las estrategias oportunas y adecuadas.

De acuerdo con Méndez, Olivares y Moreno (1998, en Sánchez, Rosa y Olivares, 1999), dichas técnicas se apoyan en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Su supuesto central sostiene que los patrones básicos de la personalidad que sean



irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio. Esto permite reafirmar la premisa que Beck (1983) aporta, respecto a que todo comportamiento que tiene el individuo es determinado por la manera en cómo éste perciba su entorno, bajo la interacción establecida entre ambos.

De esta manera, las técnicas que prevalecen bajo este modelo terapéutico, se retroalimentan de los dos enfoques que lo conforman y fortalecen, es decir, constan de técnicas tanto cognitivas como conductuales, ambas se compenetrán para que el paciente logre reformular las cogniciones distorsionadas existentes y con ello la modificación de las conductas desencadenadas.

1.3.1.- Técnicas Cognitivas

Las técnicas cognitivas facilitan al paciente la oportunidad de reorganizar la estructura cognitiva, esto se logra mediante la identificación que realiza sobre sus pensamientos ilógicos, así como la comprensión de las reglas que se formulan para organizar la realidad que soportan a estas cogniciones (Beck, 1983).

Considerando la efectividad de las técnicas cognitivas, Knell (1997, en O'Connor y Schaefer, 1997) en su manual de terapia con el modelo cognitivo conductual en la intervención a niños, retoma tres técnicas predominantes. La primera es nombrada "*estrategias de cambio cognoscitivo*", la cual permite que el paciente haga un ejercicio en donde se promueve la comprobación de las hipótesis bajo un corte científico o lógico, para que puedan ponerse a prueba todos aquellos pensamientos; éste ejercicio implica juzgar la evidencia, sondear las alternativas y analizar las consecuencias. Mientras que las "*autoafirmaciones de enfrentamiento*" consisten en aquellas afirmaciones que parten de la reestructuración cognitiva y que promueven la retroalimentación de aquellos pensamientos que refuerzan cogniciones apropiadas, bajo la lógica de la realidad. Y la "*biblioterapia*" facilita al paciente la oportunidad de refugiar la atención en libros de autoayuda, los cuales permiten que el propio individuo pueda cuestionar sus creencias irracionales y

comience por considerar aquellas opciones alternas que faciliten la solución de sus problemas.

1.3.2.- Técnicas Conductuales

Estas técnicas sugieren que la atención terapéutica se centre en la conducta observable del paciente, y todas las actividades estarán dirigidas hacia el cumplimiento del objetivo terapéutico, a partir de la atención del comportamiento. Estas técnicas tienen como propósito, el lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente para que se promueva una mejoría en su ejecución, lo que permite llegar a comprobar la validez de los pensamientos negativos; y cuando éstas se ven refutadas, la persona se siente motivada para realizar tareas y actividades que pueden considerarse con mayor dificultad, al grado de enfrentarse con sus propias barreras (Beck, 1983).

Así pues, las técnicas conductuales que Beck (1983) propone en la intervención hacia la atención de trastornos como la depresión, hacen referencia al empleo de la *“programación de actividades”*, *“técnicas de dominio y agrado”*, *“asignación de tareas graduales”*, *“práctica cognitiva”*, *“role playing”* y *“tareas para casa”*.

La primera manifiesta la necesidad de formular actividades planeadas con la finalidad de contrarrestar la escasa motivación del paciente, esto permite que la planificación del tiempo, lo mantengan ocupado e impidan que retroceda a un estado de inmovilidad, que propicie el reforzamiento de los pensamientos distorsionados y los comportamientos inapropiados hacia su persona. Por lo que las actividades que se contemplen en el programa, deberán de ser graduales y del agrado del paciente.

Las técnicas de dominio y agrado permiten que el paciente incremente aquellas actividades que le promueven forjar sentimientos de placer, diversión o alegría; pues de lo contrario, si realiza actividades que no le aportan satisfacción,



promoverá la presencia de los pensamientos distorsionados que le afectarán su área emocional.

En cuanto a la asignación de tareas graduales, es necesario que el terapeuta formule un plan de acción, en el cual deberá estar contemplado por un proceso que radica desde la definición del problema, planteando con esto la formulación de un proyecto en el que se establecerán las tareas tanto simples como complejas que se deberán realizar. Así pues, durante la intervención se observará al paciente en el logro de cada tarea llevada a cabo con éxito; aunado a esto, se promueve la estimulación hacia la persona, para que evalúe de forma realista todo aquel componente que le impida realizar las actividades; y con esto es conveniente que el terapeuta enfatice en las capacidades y esfuerzos para llevar a cabo exitosamente cada actividad planeada; y por último, se procede a reasignar nuevas tareas más complejas.

La cuarta técnica “*práctica cognitiva*” hace referencia a la manera de inducir las cogniciones del paciente hacia un ejercicio de imaginación, en la cual se pretende que la persona divague sobre alguna actividad, en ésta se identificarán los posibles obstáculos que pudieran interferirle, a lo cual es recomendable que el terapeuta identifique y desarrolle soluciones ante los problemas prevaletentes.

Mientras que el *role playing* constituye una manera de adoptar un papel en la que se tendrán como objetivos el clarificar todas aquellas cogniciones contraproducentes y facilitar la expresión de emociones del paciente, para que puedan reestructurar los pensamientos distorsionados a partir de la expresión de ideas y emociones de otro personaje asumido.

Y la última técnica empleada por Beck, para el tratamiento de trastornos como la depresión, manifiesta la importancia de asignar tareas conductuales para casa, éstas permiten que el paciente pueda identificar y hacer frente a los problemas que le suceden día con día, la finalidad de ésta, es obtener una visión de cómo



reacciona la persona y qué estrategias puede emplear para resolver determinadas situaciones.

Así pues, con estas técnicas propuestas planteadas por Beck, se puede vislumbrar cómo el paciente a partir de la reestructuración cognitiva y conductual, puede modificar la percepción que tiene del mundo y la existencia de trastornos psicológicos que le aquejan día con día.

1.4.- Intervención de la depresión con la Terapia Cognitivo-Conductual.

La depresión ha sido abordada en diversos estudios, que tienden a buscar la validez y los datos normativos, como lo es en la aplicación de las escalas como la de Beck (Sanz y Vázquez, 1998) (Melipillan, Cova, et al, 2008) y Zung (Rivera, Corrales, et.al., 2007) por mencionar algunas; otros analizan la prevalencia en la población como la mexicana (Bello, Medina, et al, 2005) y en el género femenino (Lara, Mondragón, Rubi, 1999); de la misma manera, marcan la pauta para desarrollar tratamientos para la depresión (Pérez y García, 2001; Lara, Narvino y Navarrete, 2004); en otras investigaciones se trata de comprender la importancia de estudiar a ésta en las etapas de desarrollo del ser humano, como lo es en la niñez (Vinaccia, Milena, et.al; 2006), adolescencia (Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004) y en el adulto mayor (Espinosa, Caraveo, et al, 2007); así también muestran el interés de la investigación en estratos económicos (Maldonado y Salgado, 1993; Berezon, 2004). No olvidando el abordaje que se le da a los estudios que combinan a este trastorno con otras variables como el estrés (Palacios y Jiménez, 2008) y la ansiedad (Bragado, Hernández, et al, 2008) por mencionar algunos.

Así pues todas las investigaciones orientan sus esfuerzos para confirmar y complementar la conceptualización que se le ha dado a la depresión.



A partir de estos estudios formulados, se han llegado a generar concepciones de la depresión. Algunas definiciones propuestas se describirán a continuación.

Garza (2004), describe que la depresión es una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían, pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad.

Otra explicación que se le da a la depresión, pone de manifiesto la conceptualización que el DSM IV de la American Psychological Association propone para el diagnóstico de éste; comienza por retomarla como un *estado de ánimo*, posteriormente se toma en la concepción de *síndrome* por agregarle la serie de síntomas a la existencia del estado de ánimo; y al último se considera como un *trastorno* depresivo, debido a la explicación de que un episodio depresivo no se debe en mayor medida a los síntomas propios de una condición clínica, sino que tienen una explicación en la que intervienen otros elementos como algún duelo, situación familiar, problemas económicos, entre otros (Vázquez, Hernán, et al, 2006; en Caballo, 2006).

De la misma manera Dio (1999), retoma a la depresión como aquel malestar que afecta a todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; alterando la forma en cómo la persona come y duerme, así como el deseo sexual, la opinión de sí mismo y el concepto de la vida en general; sin embargo también toma en consideración el término trastorno para poder diferenciarlo de un pasajero estado de ánimo triste y realzándolo como una condición que se puede alejar a la voluntad.

Así también se le ha dado un abordaje médico, por ejemplo Quinn (2003) define a ésta como una condición médica grave que afecta no sólo los sentimientos y las emociones del paciente sino también su salud, sus relaciones interpersonales, su habilidad para trabajar de manera eficiente y su capacidad para concentrarse y pensar con claridad.



De la misma manera, las teorías psicológicas han conceptualizado y entendido a la depresión, basándose en los supuestos teóricos que sustentan a cada una de ellas. A continuación se abordarán dichas definiciones:

Desde la perspectiva del psicoanálisis con Freud (1950, citado en Yankura y Dryden, 1999), la depresión es considerada como aquel resultado de la hostilidad retroflectada. Surgiendo a partir de este modelo, una premisa que manifiesta la “necesidad de sufrir” que tiene el individuo depresivo; ésta fue considerada como aquella capaz de describir la sintomatología de la depresión. Sin embargo surge otra concepción que viene a considerarse actualmente como el fundamento explicativo de la depresión bajo este modelo terapéutico, ésta consiste en *“la vuelta de la agresión hacia sí mismo”*, la cual esta asociada al origen de aquellos dolores no resueltos por pérdidas durante la niñez, es decir, cuando el niño siente la sensación de abandono, es entonces cuando vuelca aquella agresión hacia sí mismo.

Algunos conductistas también proponen una definición a la depresión, por ejemplo Skinner (1953, en Caballo, 1998) la define como el resultado del debilitamiento de la conducta y de aquella interrupción de secuencias establecidas que habían sido reforzadas positivamente por el ambiente social; mientras que por su parte Lewinshon (1985, en Caballo, 1998) manifiesta que es el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones

Así por su parte, el modelo interpersonal explica que la depresión es considerada como un trastorno emocional que se origina a partir de inadecuadas relaciones.

Mientras que el modelo cognitivo dirigido por Beck (1983), define a la depresión como aquel trastorno que altera el estado de ánimo, permitiendo que la persona genere respecto de sí, un sin número de pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica. Pues todo lo que el individuo genera como cogniciones repercute a nivel emocional, conductual y en la salud, induciendo a la persona a un estado en el que le es imposible resolver los problemas de la vida diaria.



Por todas las definiciones expuestas; se puede concretar que diversos autores han conceptualizado a la depresión como una enfermedad, síndrome y/o trastorno que le afecta al individuo en la esfera emocional. Así pues se logra observar, la habilidad de autores por definir o conceptualizar a la depresión a partir de la sintomatología de ésta y de cada modelo terapéutico que la explique.

Es así, que de acuerdo a todas las definiciones expresadas, se toma en consideración la propuesta por Beck (1983), debido a que se puede comprender a partir del modelo cognitivo-conductual como un trastorno del estado de ánimo que afecta al individuo y también proporciona una explicación originada a partir de la intervención de las precepciones y conductas generadas por los pensamientos irracionales.

Para poder entender al modelo de intervención cognitivo-conductual, es necesario abordar las premisas de este autor, pues retoma una que direcciona el entendimiento de este trastorno, la cual refiere a la prevalencia de una “triada cognitiva” en la que intervienen tres patrones cognitivos que tiene el paciente con depresión. Estos patrones refieren a la manera de percibirse a sí mismo, a sus experiencias (pasado) y a su futuro.

El primero considera la visión negativa que tiene el paciente acerca de sí mismo, es decir, su autoestima es baja, pues menosprecia sus habilidades y a su persona, por lo regular atribuye aquellas experiencias desagradables a un defecto suyo (ya sea de corte psicológico, moral y físico). De la misma manera, tiende a subestimarse y a pensar que carece de los elementos necesarios para ser una persona alegre, feliz y competente.

El segundo elemento cognitivo, hace referencia a la forma negativa que tiene para interpretar todas aquellas vivencias que ha tenido, considerando que todo lo que el mundo le demande parece exagerado y con la presencia de obstáculos que le impiden alcanzar sus objetivos. Así pues todo lo que ha realizado, suele considerarse por él mismo como una derrota o aquello que le acarrea frustración.



Y el tercer elemento de la triada cognitiva, retoma la visión negativa que tiene la persona acerca de su futuro. Ante ésta, se puede considerar la prevalencia de realizar proyectos en los que se forman expectativas muy altas y en las cuales se anticipan las dificultades, frustraciones, privaciones, el sufrimiento y fracaso que pudiera tenerse al momento de emprender dichos proyectos.

Así pues, los síntomas presentes como aquellos que retoman a la motivación, la poca fuerza de voluntad, los deseos de suicidio, la creciente dependencia, la apatía, las pocas energías, entre otros indicadores, explican la preponderancia en la prevalencia y vínculo que se tiene con las cogniciones negativas.

De esta forma, el proceso del pensamiento de la persona con depresión, suele caracterizarse por una pérdida del control voluntario de sus cogniciones y por sentirse incapaz de reformular esquemas de pensamiento más adecuados. Esto se puede explicar de acuerdo al nivel de depresión de la persona; por ejemplo en el caso de las depresiones leves, el paciente tiene cierto grado de objetividad ante los pensamientos negativos que formula, logrando acceder a la reformulación de los mismos. Sin embargo, a medida que éste se agrava, los pensamientos prevalecientes se vuelven más dominados por las ideas negativas y por la ausencia de conexión lógica entre la realidad y las interpretaciones negativas formuladas; ante esto, en niveles significativos de este trastorno se considera que la persona está incapacitada para reformular sus esquemas cognitivos acordes a la realidad, pues la característica de estos pensamientos radica en la frecuencia, perseverancia, la dificultad que generan para concentrarse en los estímulos externos y para emprender actividades mentales de forma voluntaria.

También, para poder formular una intervención efectiva, es necesario comprender aquellos errores que surgen en el procesamiento de la información, que marcan la pauta de atención y reestructuración cognitiva.

Beck en la terapia cognitiva de la depresión, manifiesta seis tipos de errores en el procesamiento de la información que posee la persona depresiva; el primero, "*inferencia arbitraria*" manifiesta la elaboración anticipada de una conclusión sin



obtener la evidencia que la respalde, mientras que la “*abstracción selectiva*” refiere a la atención que se le da a un determinado aspecto, logrando ignorar algunas características relevantes de la situación; la “*generalización excesiva*” se obtiene a partir de hechos aislados que le permiten a la persona el poder concluir o elaborar una regla; así pues, la “*maximización y minimización*” son errores que se emplean para emitir una evaluación que se realiza hacia la magnitud e impacto que tiene una situación y que viene a promover la distorsión de los pensamientos en el individuo. Por otro lado, la “*personalización*” consiste en la tendencia a atribuirse a sí mismo aquellas situaciones externas que no marcan la conexión con la situación presente. Y el *pensamiento absolutista* refiere a la forma de mantenerse en algún extremo de las categorías que maneje la persona, por ejemplo bueno-malo, inocente-culpable, por mencionar algunos.

Ahora bien, el paciente con depresión suele promover el pensamiento primitivo, el cual se caracteriza por la tendencia a emitir juicios globales cuyo contenido marca la pauta de ser extremo, negativo, categórico y absolutista; y por tanto se reafirma una respuesta emocional tanto negativa como extrema, dando pie a la ausencia de un pensamiento maduro que permita la reestructuración de la cognición en función de una evaluación lógica de la realidad.

Por lo tanto, se considera que la depresión puede desencadenarse por una anomalía o enfermedad física que activa aquellas creencias latentes que dan paso a la cognición de una vida poco placentera y llena de sufrimientos. Justamente, las situaciones desagradables de la vida vienen a desarrollar aquellas ideas negativas acerca de los aspectos más relevantes de la persona.

Así pues, este autor señala que científicamente el paradigma personal del paciente cuando se encuentra en un estado depresivo, da lugar a una visión distorsionada de sí mismo y del mundo, por tanto aquellas ideas y creencias negativas pueden ser sustentadas por la persona como su realidad. Por lo que los cambios negativos producidos en tal estructuración cognitiva llevan a la



prevalencia de una variedad de síntomas que son el resultado del procesamiento inadecuado de la información.

Consiguientemente la terapia cognitiva busca la atención y reestructuración de los pensamientos negativos que formula la persona con depresión. A su vez trata de mitigar las alteraciones emocionales y aquellos síntomas prevalecientes en este trastorno. Beck (1983) reporta que los medios de intervención que se emplean para el cumplimiento de la finalidad de ésta terapia, se centran en las interpretaciones erróneas del paciente, en su conducta contraproducente y en sus actitudes inadecuadas.

Es por tanto, que tal modelo terapéutico centra su atención en el tratamiento de las cogniciones y comportamientos que posee la persona con depresión, tomando en consideración el trabajo con las emociones. Todo ello se logra a partir de la formulación del objetivo terapéutico, estructuración de las sesiones y el establecimiento de las técnicas que le apoyarán en la intervención.



CAPÍTULO II.- MADRES CON HIJOS DISCAPACITADOS

En el presente capítulo, se describirá la importancia que tiene la maternidad en la sociedad, para poder comprender los roles que tienen las mujeres una vez considerándose madres; así también, se explicará sobre la formulación de expectativas que se realizan a partir del deseo de tener un hijo sano a lo largo del proceso del embarazo; y por el contrario, es necesario entender las reacciones emocionales que tienen los padres en caso de que estas expectativas no se lleguen a cumplir a la hora del nacimiento, o al momento de recibir la noticia de la discapacidad de su hijo.

Así pues, se puede entender que la maternidad es un tema que ha sido abordado desde diversos enfoques para su explicación, la han retomado la religión, la literatura, la ciencia y ha sido tomada en cuenta en diversas investigaciones bajo los enfoques biológicos, psicológicos y sociales para poder exponer una explicación profunda.

Se tiene que desde la historia de la humanidad, la maternidad ha sido ligada con el rol femenino, el cual denota actividades propias relacionadas con la reproducción y la crianza de los hijos. Esto le faculta a la mujer el ser madre, y el impacto que trae consigo dicho rol ante los demás y la percepción de sí misma (Asebey, 2004).

A su vez Catalán (citada en Asebey, 2004) manifiesta que la naturaleza femenina, su biología concretamente, le posibilita la entrega, la gravidez, el parto y la crianza; y por tanto la maternidad es una actividad y rol propiamente de la mujer, pues las características corporales manifiestan dicha capacidad que posee.

A parte de describir la importancia biológica de la maternidad, es necesario comprender que dicho proceso bajo el punto de vista psicológico, pretende



esclarecer el vínculo que se tiene con la protección, afecto, conservación, cuidado, incondicionalidad, sacrificio, entre otras características que hacen denotar a la mamá en nuestra sociedad (Arvelo, 2002).

Con esto, Asebey (2004), expone que la maternidad es considerada un fenómeno maravilloso en la mujer, en la que implica el triunfo de su propia identidad y por la cual tiene importancia y trascendencia su persona; por tal motivo, durante este proceso se establecen y explican los fenómenos biológicos y psicológicos que la respaldan.

Así pues, un dato importante que respalda la prevalencia de este rol en la sociedad mexicana, publicada por el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) en el año 2007, muestra que el índice de natalidad en México, se ubicó aproximadamente en 18.6 niños nacidos vivos por cada mil habitantes.

Es por tal motivo, que es necesario entender la prevalencia que existe de este rol dentro de nuestro país, para poder analizar la situación familiar y personal que vive cada mamá ante la llegada de un bebé en el que se formularon una amplia variedad de expectativas.

2.1.- Esperanza que tienen las mujeres de tener un hijo sano

Ahora bien, una vez comprendida la importancia que tiene la maternidad en la sociedad, es conveniente explicar aquellas expectativas que las mamás formulan durante el proceso de embarazo, el cual manifiesta el deseo de tener un hijo sano.

De antemano, el nacimiento de un niño es un acontecimiento de alegría, esperanza y placer para la familia (Sinason, 1999). Ante esta llegada, los padres crean expectativas acerca del futuro miembro de la familia, fomentando una expectación sobre su sexo, apariencia física y todo lo que pasará después de su nacimiento (Ortega, Torres, Garrido, et.al., 2006).



También Manuchin (1998, en Ortega et.al, 2006) reafirma que la llegada de un hijo representa un cambio radical en la familia, catalogado como un acontecimiento inolvidable, y que implica un ajuste en el espacio físico y emocional de cada uno de los miembros.

Precisamente, para poder comprender el reajuste que implica la llegada de un nuevo miembro a la familia, es conveniente explicar lo que Sinay (2004, en Ortega, Garrido y Salgero, 2005) expone como aquellos aspectos importantes que relatan la llegada de un nuevo miembro a la familia. El primero, refiere que los padres están en la espera de un “hijo normal”, en este paso se formulan ideales que giran en torno al concepto de tener un hijo sano sin defectos; el segundo aspecto retoma la realización personal de los padres ante el nacimiento del niño, pues éste conlleva no solo la creación de un nuevo ser, sino también del sentido de la reproducción de sí mismos. Para la pareja, el tener un hijo sano inspira un sentimiento de virilidad en el caso del hombre y en la mujer un sentido de plenitud, o bien en ambos se puede emplear la necesidad de considerarse como un recurso para mantener la unión y armonía de la familia. Y el tercero, señala la necesidad y deseo que tienen los padres acerca de la descendencia que esperan y el sentimiento de continuidad personal y orgullo.

Así pues, dentro de la sociedad se ha fomentado la necesidad de amar y proteger a los hijos, ayudándolos a que se desarrollen adecuadamente, bajo esta lógica, los papás le proporcionan todas las oportunidades necesarias para que su desarrollo sea lo más completo y adecuado posible, basándose en el precepto de que desean que tengan más de lo que ellos tuvieron y que el hijo no sufra (Ortega, Torres, Garrido y Reyes, 2006).

Por lo tanto la llegada de un hijo que cumpla con las exigencias y expectativas formuladas por los padres, produce sentimientos de alegría y placer, ya que



después del nacimiento, los padres logran ver reflejados y confirmados todos aquellos deseos formulados en el embarazo.

2.2.- Reacciones emocionales de la llegada del hijo discapacitado

Cotidianamente, la llegada de un niño sano a la familia implica sentimientos de felicidad, esperanza y la realización de altas expectativas hechas por los padres, en los que implica el deseo de tener un bebé bello y perfecto. Bavin (1987 en Finnie, 1987), señala que ningún padre desea tener un hijo inválido, pues todos lo esperan sano, hermoso, inteligente, que funja un buen papel en la sociedad y del que se puedan sentir orgullosos por cada mérito y esfuerzo que realicen. También considera que en la última semana de gestación del bebé, los padres tienen cierta preocupación por todos aquellos ideales formados, es decir, por cómo será el hijo que va a nacer, si nacerá de acuerdo a las expectativas formuladas, cabe señalar que también existe latentemente la preocupación sobre la posible existencia de alguna discapacidad en el niño.

Ante esto, autores como Bavin (1987 en Finnie, 1987) y Ortega, Torres, Garrido, et.al. (2006) consideran que la llegada de un bebé con discapacidad a la familia, denota un dolor muy intenso, acompañado de una enorme decepción al enterarse de que tienen un hijo diferente al que idealizaron durante el desarrollo del embarazo.

Tal decepción surge a la hora de que el médico le diagnóstica o informa sobre la prevalencia de alguna anormalidad en el niño, aunado a la percepción de las necesidades evidentes que se pueden observar al momento de nacer o que se van notando en el desarrollo del niño.

De acuerdo con Rodrigo y Palacios (1998 en Ortega, Torres, Garrido y Reyes, 2006), el impacto que produce la llegada de un miembro con un retraso en el desarrollo consta de tres etapas. La primera es nombrada *inicio de la familia*, la



cual denota el fortalecimiento de bases firmes que le ayuden a la pareja, a enfrentar cualquier crisis que se pudiera presentar. Mientas que la siguiente refiere a la *espera del hijo*, donde los futuros padres se preparan ante los nuevos cambios que se avecinan. Y la tercera etapa, comprende el *nacimiento del niño con discapacidad*, donde los padres muestran sentimientos de dolor ante la nueva crisis que tendrán que enfrentar.

Así pues, cada padre de familia responde de diferente manera ante la presencia de la discapacidad del bebé que acaba de nacer, la respuesta para enfrentar la situación está determinada por diversos factores, tales como la manera en que fueron criados, su habilidad y experiencia para enfrentarse a los problemas de este tipo, el tamaño de la familia que se tiene, el grado de retardo en el hijo, el lugar que ocupa el niño, el sexo, el nivel socioeconómico familiar, su nivel de estudios, calidad y naturaleza de los sistemas de apoyo que tuvieron los padres al enterarse de la situación, la forma en que el médico les comunicó la noticia y la estabilidad de las relaciones familiares (Ortega, 2002; en Ortega, Torres, Garrido y Reyes, 2006).

Muntaner (1998; en Ortega, Torres, Garrido y Reyes, 2006), describe que los padres de niños discapacitados sufren una fuerte conmoción al recibir tal noticia, pues de antemano se rompen todas las expectativas e ilusiones formuladas durante el embarazo y por tal los padres se sienten con una sensación de desconcierto y preocupación, por todo aquello que tendrá que ir transformándose en función de las necesidades especiales del niño, con la finalidad de que aquellos sentimientos vayan desplazándose y cambiando su impacto en los padres.

Recordando lo que reitera Bavin (1987) sobre los sentimientos que tienen los padres ante la llegada del hijo discapacitado; se toma en consideración aquellos más frecuentes que prevalecen ante esta situación, tales como la tristeza, desesperación, vergüenza, culpa, miedo, compasión, rabia, asco y en algunos casos amor.



Así pues, al inicio de este proceso, les acompaña una gran tristeza, un sentimiento de desolación y aislamiento, así como de nostalgia al perder el hijo normal que fue anhelado por varios meses. Sin embargo mientras los padres pasan por el duelo de perder al ideal del hijo sano, el niño real requiere de cuidados adecuados.

Por ello, es fundamental para los padres, el llevar consigo un proceso de asimilación y aceptación de la situación, ya que cambiará definitivamente la vida del hijo con discapacidad y la de la familia. A veces, resulta contradictorio el hecho de que algunos padres tengan sentimientos ambivalentes con respecto a su hijo, pues a veces sienten amor por él, y en otros momentos se vuelven a sentir afligidos, angustiados y hasta rechazantes.

Ante estas reacciones y actitudes que toman los padres Hutt y Gwyn (1988), consideran que existen diversas formas de reaccionar emocionalmente ante la existencia de un hijo con discapacidad en la familia. Tales varían desde la aceptación realista del trastorno hasta un rechazo o negación de éste.

Así pues estos autores manifiestan tres formas de reaccionar que tienen los padres ante esta situación: 1) el padre que acepta, 2) el padre que oculta y 3) los padres que niegan.

La primera refiere a la aceptación que tienen los padres, pues se consideran como personas maduras, constructivas, adaptables que reconocen y aceptan la realidad del problema del niño. Bajo esta manera, ellos manejan la situación de un modo que se apega a la realidad y no se esclavizan en sus relaciones con el niño. Así también, asumen sus responsabilidades que parten del cumplimiento de funciones dentro de la sociedad (como padres, esposos, compañeros y sustentadores del hogar). Se puede considerar que este tipo de padres manifiestan la capacidad que tienen de resolver los problemas que acontecen a esta situación, es decir, tienden a buscar apoyo psicológico y alternativas de tratamiento.



Mientras que los padres que ocultan el estado de salud del niño, emplean la estrategia de ocultar al hijo para que los demás no estén enterados de los pormenores y con ello evitar cuestionamientos. Sin embargo, muy a pesar de esconder al hijo, este tipo de padres tratan de examinar y buscar diferentes diagnósticos, con la esperanza de encontrar y corregir aquello que le provoca el retraso.

Y por último, los padres que niegan muestran una reacción emocional grave, pues les produce estrés la situación que presenta la discapacidad del hijo, ya que logran negar la realidad que se encuentra latentemente en sus vidas.

Así pues, los sentimientos y reacciones prevalecientes ante la discapacidad del niño, influirán considerablemente en la relación que se tenga entre los padres y los profesionales. Con esto, se puede decir que el vínculo que los papás tengan con algún profesional, será factible para reorientar de forma positiva el proceso que conlleva la transformación de aquellas emociones presentes, tales como amenaza, culpa y ansiedad (Cunningham y Davis, 1994; en Ortega, Torres, Garrido y Reyes, 2006).

Ortega, Torres, Garrido y Reyes (2006) explican la presencia de un proceso por el que los padres tienen que pasar para aceptar la discapacidad de su hijo. Éste está configurado por tres etapas o fases que a continuación se presentarán.

La primera es la “*fase de shock*”, en la que los padres sufren una conmoción y un bloqueo, se muestran psicológicamente desorientados, irracionales y confusos; estas manifestaciones pueden durar minutos, horas o días, durante los cuales los padres buscan comprensión y ayuda. Ante esta situación, presentan sentimientos de ansiedad, amenaza y posiblemente culpa.



La fase que sigue, es nombrada “*reacción*”, en ésta los padres presentan reacciones de enfado, rechazo, resentimiento, incredulidad y sentimientos de pesar, pérdida, ansiedad, culpa y proteccionismo. Durante el inicio de esta fase, los padres pudieran dirigir su enojo hacia los profesionales que atienden a su hijo, a las personas que están a su alrededor y a sí mismos.

Y la última fase es la “*adaptación*”, la cual expresa que los papás empiezan a replantear la situación, comenzando a preguntar ¿qué puedo hacer?, lo que implica un nuevo conjunto de necesidades y adopción de ideas que les permiten entenderse a sí mismos, la situación y valorar las posibilidades de acción. Ante esto, los padres necesitan información y ayuda psicológica, médica, pedagógica, entre otros; que en conjunto muestren el apoyo y compañía multidisciplinaria ante esta situación.

Las fases expuestas, denotan el proceso de adaptación que la familia pasa al enterarse de la discapacidad del hijo. Las etapas radican en el desarrollo de la capacidad que tienen los papás a la hora de enfrentarse a la realidad, así como aceptar la discapacidad del niño y los problemas que pudieran acarrearle de ésta; a partir de lo analizado, los padres emprenden esfuerzos positivos para ayudarlo y por último enfocar toda su atención para buscar las soluciones adecuadas que le permitan favorecer el desarrollo del hijo y de la familia.

2.2.1.- Depresión en madres con hijos discapacitados

Una vez comprendidas las reacciones por las que la familia pasa ante la llegada del hijo discapacitado, es necesario centrar la atención en las mamás y en lo que acontece a nivel de su salud mental.

Así pues, por los roles asumidos en la pareja, se considera que el rol femenino impuesto hacia la madre le reitera la función de ser cuidadora del niño



discapacitado. Por lo que aparte de la atención que debe de tener hacia éste, la mamá se encarga de las interacciones que se deben de establecer dentro de la familia; y en determinadas ocasiones, los roles que le corresponde cubrir, se ven absorbidos por el cuidado del hijo con discapacidad, a lo que esto le produce una profunda perturbación psicológica (Limiñana y Patró, 2004).

Cabe señalar, que ante este acontecimiento la mamá presenta una inestabilidad que persiste durante largo tiempo y a la que le es difícil aprender a enfrentar.

Así pues, Limiñana y Patró (2004), explican que ante la llegada del hijo discapacitado, la madre se siente y revive cada día durante el resto de su vida el momento del trauma que le conlleva una vivencia dolorosa y grave, es decir, que constantemente la mamá vive en la culpa de tener un hijo discapacitado, pues está en juego su estabilidad emocional, donde se muestra inestable su valía como persona y por la capacidad de ésta para poder gestar un hijo sano.

Ante la prevalencia de la discapacidad en un hijo, la madre muestra mayor posibilidades de presentar algunos problemas psicológicos, tal es el caso de la existencia de un trastorno del estado de ánimo, como lo es la depresión

La presencia de este trastorno, se debe a todos los cambios que se producen en la vida diaria de la mamá; pues es de considerarse que los índices que reflejan la prevalencia de depresión en la mujer son el doble a comparación que en los hombres (Cruz, 2005).

De acuerdo con la situación por la que pasa la mamá, es necesario comprender lo expuesto por Lara (1996), el cual explica que la mujer esta latente a padecer este tipo de trastornos emocionales, determinados por diversos factores como lo son los biológicos, sociales, emocionales y acontecimientos que se presentan en la vida diaria, a lo que éstos últimos vienen a comprobar la existencia de este



trastorno, como una respuesta natural ante todo el proceso que se efectúa para la aceptación de la discapacidad del hijo.

Por ello, es necesario brindar atención psicológica a las mamás con hijos discapacitados, pues pocos estudios han demostrado la importancia de la atención en esta población. Tal es el caso de Ballesteros et.al (2006) en un “estudio sobre la calidad de vida en familias con niños menores de dos años afectados por malformaciones congénitas, perspectiva del cuidador”, viene a demostrar el poco abordaje y el gran interés que se le debe de dar a la investigación sobre esta población vulnerable, ya que tiene la necesidad de buscar ayuda para resolver sus necesidades.

Por tanto, este capítulo trató de comprender el valor importante del rol materno dentro de la sociedad, así como de aquellas reacciones emocionales que pudieran tener las mamás cuando tienen un hijo discapacitado; y sobre todo la importancia de brindar una atención oportuna a este sector vulnerable.



METODOLOGÍA

OBJETIVOS

Objetivo General

Disminuir las manifestaciones de la depresión en una madre con un hijo discapacitado, por medio del Tratamiento Cognitivo-Conductual.

Objetivo Específico

Describir las sesiones empleadas durante la intervención con el modelo cognitivo conductual.

Describir el estado emocional de la mamá antes, durante y después del proceso de intervención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que surge a partir de distorsiones cognitivas, es decir, la existencia de pensamientos erróneos y dolorosos que tiene la persona acerca de sí y que además cree que son correctos (Beck, 1983). El incremento de este trastorno se ve reflejado en México, de acuerdo a las estadísticas de la Secretaría de Salud del año 2005, informan que prevalece entre el 12 y el 20% de la población en rangos de edad de 18 a 65 años (equivalente a 10 millones de individuos), considerando que la prevalencia en mujeres es el doble en comparación a los hombres (Cruz, 2005).

Ante estas cifras, se identifica que en la población femenina hay más prevalencia a padecerla, pues tienen mayor cantidad de agentes desencadenantes que las dirigen al padecimiento de este trastorno, como es el caso de la presencia de factores biológicos, sociales, emocionales y acontecimientos que se presentan en



la vida (Lara, 1996). Estos últimos expresan cambios trascendentales en la vida de la mujer; un ejemplo de ello es la maternidad, pues de acuerdo con Jiménez, González y Morgado (2005; en Pizzinato y Calesso, 2007), es un proceso que implica adaptarse a las transiciones que impactan en la esfera emocional, física y social implicando cambios y generando dificultades.

Bavin (1987), refiere que durante el embarazo surgen preocupaciones sobre el estado de salud y formación del bebé, en especial aquella que se tiene por la presencia de alguna discapacidad en el niño que se espera, pues la madre durante este proceso genera expectativas en torno al deseo de tenerlo bonito, sano, inteligente, que asuma un rol de alta competencia en la sociedad. Sin embargo, cuando la discapacidad se vuelve una realidad y las expectativas realizadas no se cumplen, surge en la madre un dolor que le genera un choque emocional con sentimientos de culpa, vergüenza, negación, enojo, deseos de muerte del hijo y la propia, hasta llegar a un momento de aceptación y adaptación de las nuevas circunstancias; y ante todo este proceso, la presencia de la depresión es una respuesta natural.

Por tal motivo es fundamental encontrar un modelo de atención psicológica para el tratamiento oportuno de la depresión, ante esto Freyberger (1991), enuncia que las mujeres son educadas para expresar sus emociones y sentimientos de depresión, generando en ellas la necesidad de buscar ayuda y tratamiento. A lo cual la psicología posee diversas teorías o modelos de intervención encaminados a atender las necesidades de cada persona, tomando en cuenta la atención a este trastorno.

Sin embargo ante las diferentes perspectivas, el modelo cognitivo conductual es uno de los enfoques terapéuticos que brinda intervención a los trastornos como la depresión, a partir de la atención en el cambio de cogniciones y comportamientos; partiendo de la identificación de qué y cómo piensa la persona, así como de sus respuestas reflejadas en las conductas y emociones, que de cierta manera están



distorsionadas y propician la activación de este trastorno; y el segundo paso se centra en la corrección de éstas. Este proceso conlleva un aprendizaje para desarrollar la habilidad de convertir los pensamientos y conductas distorsionadas a asertivas, tomando en cuenta el aprender a pensar con claridad y hacer algo diferente que eleve la calidad de vida (Yapko, 2006).

Por lo que ante este planteamiento se buscó responder a la interrogante ¿La terapia cognitiva conductual permitirá disminuir las manifestaciones de depresión de una madre con un hijo discapacitado?

SUJETO

María es una paciente de 19 años de edad, casada desde hace 3 años con Arturo cuya edad es de 21 años; es ama de casa y tiene un hijo de 1 año y tres meses de edad, cuyo diagnóstico es Síndrome Hipotónico; éste último acude al Centro de Neurodesarrollo, Psicomotricidad y Rehabilitación (CENEPRE) Atlacomulco para recibir terapia. A ella le fue aplicado el inventario de depresión de Beck, para constatar el nivel de depresión que tenía y poder invitarla a intervención en caso de padecer tal trastorno.

INSTRUMENTOS

Para los fines de esta investigación, la depresión fue medida por medio del **inventario de depresión de Beck** y el **CES-D** (escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos); se analizaron los resultados que arrojaron dichas pruebas psicológicas, manifestando el nivel de depresión y la frecuencia en el que se presentaron los síntomas de la depresión en la última semana.

El **inventario de depresión de Beck** determinó el grado de este trastorno. Éste se comprende de 21 categorías de síntomas, cada uno posee opciones de respuestas con un valor, que al finalizar se cuantifica y se logra obtener el nivel de depresión.



Los síntomas que se enuncian son: tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, autodesagrado, autoacusaciones, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, separación social, indecisión, cambios en la imagen corporal, retardo laboral, insomnio, fatiga, anorexia, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido; cada reactivo tiene opciones de respuesta de 0 a 3 (donde el 0 refleja la ausencia de las manifestaciones mencionadas y el 3 representa la prevalencia en un nivel muy alto de éstas). La sumatoria final indica el nivel de depresión como por ejemplo de 5 a 9 hay existencia de altibajos que se consideran normales, de 10 a 18 se ubica entre leve y moderada, en rangos de 19 a 29 es considerada entre moderada y severa, mientras que de 30 a 63 es severa; y cuando se obtienen puntuaciones inferiores a 4 existe la posibilidad de que se esté negando la existencia de este trastorno o se finja estar bien. Estos últimos indican una puntuación que está por debajo del promedio obtenido por personas normales o “no deprimidas”. Y cuando se presentan puntuaciones por encima de los 40, reportan que son más altas que las que suelen tener depresión severa, a lo cual refieren una posible exageración de la depresión (ver anexo 1).

El inventario de Beck ha sido empleado por Jurado, et.al (1998) en población mexicana (1508 personas) con edades de entre 15 y 65 años, dónde se obtuvo la confiabilidad con un alpha de Cronbach de 0.87, $p < .000$; por lo que manifiesta un adecuado uso para la presente investigación.

El CES-D (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos), permite evaluar en población adulta, la gravedad de los síntomas depresivos manifiestos durante la última semana que presentó la paciente, consta de 20 reactivos que informan el número de días que los presentó. Las opciones de respuesta varían en función a los días (0, 1 a 2, 3 a 4 y 5 a 7), están codificados con valores de 0 a 3 respectivamente. El puntaje total obtenido en la escala manifiesta los niveles de depresión en los que se sitúa el paciente, reflejando que una puntuación mayor a 22 es considerada un nivel de depresión mayor, mientras que de 15 a 21 se ubica



entre media o moderada y los puntos obtenidos de 0 a 15 manifiestan la ausencia de este trastorno en la persona. Esta escala también fue empleada en población adolescente mexicana por Aguilera, Carreño, y Juárez en el 2001; obteniendo una consistencia interna de 0.76 (ver anexo 2).

Lo que manifiesta que ambos instrumentos psicológicos son aptos para aplicarse en población mexicana y sobre todo para fundamentar el soporte de esta investigación.

Otros elementos empleados fueron:

Entrevista Inicial: permitió identificar los datos generales del paciente, así como reconocer su realidad en función de sus diversas áreas de desarrollo (información general, salud, relaciones familiares y afectivas, información sobre el trabajo actual y tiempo de ocio, estrategias de autocontrol, motivación hacia la intervención e información sobre posibles recursos terapéuticos). Con base en esto, se establece la dinámica del proceso terapéutico (ver anexo 3).

Historia Clínica: Es una herramienta que permite recolectar y valorar los datos que fundamenten el diagnóstico, da una idea de la evolución, orienta a una terapia y a los estudios necesarios para efectuar un seguimiento del caso, así como para confirmar o cambiar el diagnóstico y la misma terapia.

Así pues, como herramientas permitieron recolectar información para describir la situación presente de la persona en la esfera personal, social, afectiva, educativa, laboral, entre otras; que en conjunto explicaron la situación, a fin de complementar el diagnóstico y formular el objetivo terapéutico, para establecer una intervención oportuna.



Durante la terapia se utilizó:

Registros Cognitivos y Conductuales: Estos registros dieron la pauta a analizar las tareas que se le dejaron a la paciente a lo largo de las sesiones terapéuticas, así también se logró establecer una evaluación hacia los avances que se generaron durante la intervención. Cada sesión terapéutica contempló como tarea aquella evaluación de su estado de ánimo (mediante un termómetro), con ésta se calificó cómo se sintió durante el día (Ver Anexo 4). Este formato de evaluación permitió analizar los cambios anímicos, para poder constatar si la intervención impactó en su persona. Así también, se utilizó un formato de evaluación de la sesión, donde la participante manifestaba sus niveles de relajación y el estado de ánimo al inicio y al final de cada una; así como la calificación emitida hacia la misma (Ver Anexo 5).

PROCEDIMIENTO

Diseño de la Investigación

Para la presente investigación, se empleó un diseño A-B-A, este procedimiento permite elegir a los sujetos, aplicarles una evaluación previa a la administración de algún estímulo y por último realizar una segunda evaluación (Kazdin, 2001).

En este caso, el diseño operó bajo la selección de la paciente, a partir de la evaluación realizada con el inventario de depresión de Beck a todas las mamás que acudían por atención al CENEPRE; una vez identificada la participante, se le invitó a iniciar la intervención para disminuir las manifestaciones de la depresión con el Modelo Cognitivo-Conductual. Una vez terminada, se le realizó una segunda evaluación, en la que se permitió analizar el efecto del tratamiento de acuerdo con la disminución de los síntomas manifiestos.



Fases

Fase “A” (Pre-evaluación)

En ésta se aplicó el inventario de depresión de Beck a las mamás de hijos con discapacidad, para poder identificar los indicios significativos de depresión en alguna de ellas, cabe señalar que para no predisponerlas a dicha evaluación, se procedió a omitir el nombre del instrumento; una vez aplicado éste, se identificó que María se encontraba en un nivel de depresión entre moderada y severa (23 puntos), se prosiguió a invitarla a participar en un programa de intervención cognitivo-conductual.

Después de invitar a la paciente, se procedió a evaluarla con el CES-D (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos), para identificar la intensidad de los síntomas de la depresión y el nivel prevaleciente de este trastorno, en la última semana que presentó.

Así también, con el uso de la entrevista inicial se recolectó información acerca de la sintomatología y el motivo de la prevalencia de la depresión en María, para que en conjunto se estructurara su historia clínica.

Fase “B” (Intervención)

Descripción Genérica de la Persona

La paciente María cuya edad es de 19 años, reporta que es casada, ama de casa, cuyo nivel de estudios es de secundaria y el lugar de su residencia se ubica en un poblado perteneciente al municipio de Atlacomulco.

Comentó que su esposo Arturo tiene 21 años de edad con escolaridad de preparatoria y actualmente llevan 3 años con su matrimonio. Tienen un niño (César) con edad de un año tres meses con diagnóstico de Síndrome Hipotónico,



y asiste a recibir atención terapéutica al Centro de Neurodesarrollo Psicomotricidad y Rehabilitación (CENEPRE) Atlacomulco.

María en la entrevista, expresó que desde que se casó tuvo problemas con su marido y que en los últimos tres meses se ha acentuado más esta situación conflictiva entre ellos; debido a que él se ha quedado sin trabajo, sus ingresos se han reducido cada vez más y se hacen más frecuentes los problemas entre ellos. Comenta que su esposo trabaja en un local de su suegro y que todo el día está pendiente de ella; pues Arturo piensa que lo engaña con un amigo que tiene ella y esto incrementa los problemas a raíz de los celos, llegando a presentarse dos eventos de violencia, la última que presentó fue 4 meses previos a la fecha de inicio de la intervención, en la que él le ha llegado a dar cachetadas y a pegar con el pie, dejándole moretones; a lo que la paciente menciona que después de esas peleas, su esposo se disculpa y le pide perdón. Ante estos eventos, ella se siente triste, enfadada, siente que ya no la quiere y que se muestra distante.

Con esta situación presente en la relación, menciona que ya no le importa salvar la relación, pero se detiene por su niño, así como por el dinero, pues piensa que será difícil por el pago de las terapias, y por lo que ella nunca ha trabajado, debido a que su esposo no la deja trabajar, ya que él tiene el concepto de que “la mujer debe de estar en su casa atendiendo al marido”.

En lo que respecta a su maternidad, María comenta que tuvo problemas para embarazarse, cuando se enteró que estaba embarazada le dio mucho gusto; sin embargo, el primer pensamiento que tuvo al recibir la noticia de que el niño tenía discapacidad era: “tanto tiempo esperándolo para que esté así” y pensó que no era justo para ella y el bebé.

Ella se sintió desprotegida y sin apoyo de Arturo, pues menciona que solo le daba dinero para los estudios y cuando le informaba de los diagnósticos, él le decía “yo no creo, hay que ver con otros doctores”.

Después de conocer los diagnósticos de la enfermedad de su hijo, se sentía muy culpable porque los doctores le decían que la discapacidad del niño se pudo haber originado por la administración de medicamentos cuando ella estaba embarazada, a lo cual María menciona que en el sexto mes de embarazo le dio una infección en las vías urinarias y estaba a punto de abortar, por lo que la tuvieron que internar dos días; así también le dijeron que pudo deberse por la presencia de otra situación, en la que explica que ella y su esposo son familiares de tercera generación. Por tanto, el primer pensamiento que tuvo cuando recibió los diagnósticos, estaba ligado a que el niño no iba a caminar; pero hasta este momento ella se alegra, pues con la terapia que recibe en el CENEPRE y los avances obtenidos, aún tiene la esperanza de que logre caminar y que sea como cualquier niño normal.

Es por tanto, que los problemas centrales que presenta la paciente al inicio de la intervención refieren a la relación que mantiene con su esposo y a la discapacidad de su hijo.

Descripción Genérica del Problema:

María es una paciente que ingresa a la intervención, mostrándose poco abierta a las temáticas que le generan problemas en su vida diaria, en específico al hablar de la relación que mantiene con su esposo. Ella se expresa con tristeza e impotencia en algunos momentos donde se aborda su matrimonio y la discapacidad de su hijo.

La paciente se define como una persona que se siente insatisfecha en su relación de matrimonio, por la prevalencia de los problemas que existen debido a los celos que tiene su esposo; ante esto, ella se manifiesta triste, enojada, indiferente, confundida y poco tolerante a la situación.

Por otro lado, la discapacidad que tiene su hijo, le ha permitido sentirse triste, agobiada y desesperada; sin embargo actualmente ella tiende a formarse nuevas

creencias, respecto a la posibilidad de mejoría que su hijo pueda tener, con el apoyo de las terapias que recibe y el trabajo realizado por ella misma en casa.

Por lo tanto, la presencia de estos problemas centrales en la vida de María, hacen confirmar la prevalencia de las manifestaciones de depresión, expresadas en la primera evaluación con el inventario de depresión de Beck, en la que a grandes rasgos muestra una autoestima baja, sentimientos de tristeza, minusvalía, incapacidad para tomar decisiones y la existencia de problemas físicos; en dicha evaluación se obtiene un nivel de depresión entre moderada y severa, mostrándose un puntaje de 23.

Descripción de los resultados de la 1ª evaluación:

Para poder identificar las manifestaciones de depresión, se le aplicaron dos instrumentos psicológicos: el inventario de depresión de Beck y el CES-D. En la primera prueba aplicada a María, se obtuvo un puntaje de 23, en la que se identifica a la paciente en un nivel de depresión entre moderada y severa. Los síntomas prevaletentes de acuerdo con esta prueba, manifiestan que ella sintió que no tenía perspectiva del futuro, que existían muchas fallas en su pasado, no disfrutaba las cosas como antes, se sentía muy culpable la mayor parte del tiempo, lloraba más que antes, se encontraba molesta o se irritaba más fácil, había perdido el interés en otra gente, tenía mayor dificultad para tomar decisiones, poseía la creencia de que se veía fea, le costaba esfuerzo extra empezar a hacer algo, no podía dormir tan bien, se cansaba más fácilmente, su apetito no era tan bueno, había intentado perder peso, estaba muy preocupada por sus problemas físicos, le era difícil pensar en otras cosas y estaba menos interesada en el sexo (ver anexo 6).

Mientras que el CES-D, permitió evaluar la gravedad de los síntomas depresivos manifiestos que presentó la paciente en la última semana. En la primera evaluación, ella obtuvo un total de 40 puntos (la cual indica que posee una

depresión mayor), manifestando que los síntomas más frecuentes que se presentaron todo el tiempo (de 5 a 7 días) fueron aquellos como: cosas que le molestaron y que usualmente no le molestaban, sentía que no podía quitarse de encima la tristeza aún con la ayuda de su familia o amigos, pensó que su vida había sido un fracaso y sentía que no le caía bien a la gente; los que se presentaron de 3 a 4 días refieren a que tenía dificultad para mantener su mente en lo que estaba haciendo, se sentía triste, sola, deprimida, con miedo; percibía que la gente no era amistosa, que todo lo que hacía era un esfuerzo, pasaba ratos llorando y no tenía ganas de hacer nada. Así también los síntomas presentes de 1 a 2 días manifestaban que se sentía poco optimista sobre el futuro, su sueño era inquieto, estaba poco contenta y disfrutaba poco de la vida. Y el único síntoma que prevaleció una vez a la semana fue el que refería a sentirse que era buena como cualquier persona (ver anexo 7).

Así, pues ambos instrumentos en la primera evaluación, permitieron identificar el nivel de depresión que manifestaba la paciente y la gravedad de cada síntoma; con la finalidad de poder contrastar el impacto de la intervención, mediante los datos de las evaluaciones manifiestos antes y después de la misma.

Descripción Cognitiva:

Para poder comprender la situación de la paciente previa a la intervención, es conveniente analizar su estructura cognitiva y la situación que vive, en función de las cuatro áreas de atención que fueron medulares a lo largo del proceso terapéutico: 1) los pensamientos, 2) las actividades, 3) las relaciones personales y 4) la salud. A continuación se presentan éstas cogniciones:

- Los pensamientos que María tiene antes de la intervención, se relacionan con los problemas recurrentes que tiene con su esposo y a su baja autoestima: “ya no me quiere”, “ya no me importa salvar la relación”, “me veo fea y gorda”, “nos la pasamos peleando todo el tiempo”, “ya no me



hace caso, es distante”, “a él no le interesa nada sobre la discapacidad del niño”. Y los pensamientos positivos que tiene, están relacionados con el deseo de que su hijo sea un niño normal, sin dejar de recalcar la negación que tiene hacia la discapacidad.

- Las actividades que la paciente realiza con mayor frecuencia, están relacionadas con los quehaceres del hogar y la atención a la familia. Y en cuanto a actividades agradables, a María le gusta ir a ver el futbol y le agrada estar con su esposo e hijo; sin embargo por el tiempo dedicado al hogar, no le llama la atención salir sola a visitar otros lugares, porque su esposo no le permite salir.
- Por otro lado, las relaciones personales que ha establecido son significativas, debido a que mantiene muy buena relación con su mamá, hermana, tías y abuela; mientras que por las constantes peleas que tiene con su esposo, su relación con él es poco favorable. Por otro lado, la paciente comenta que la relación con su papá era buena, sin embargo hace 3 años se separó de su mamá, generando un distanciamiento con ella, llegando a afectarle emocionalmente. María comenta que solo tiene una amiga con la que frecuentemente establece comunicación, ya que a los demás amigos que tenía en la preparatoria les ha dejado de hablar por que su marido tiene celos y le restringe las salidas, por lo que ella se limita a solo mantener comunicación con la familia y con su amiga.

También se considera que ante la presencia de discapacidad en su hijo, ella se llegó a sentir afectada por lo que la gente pudiera hacer o decir respecto a César, pues señala que las personas los miraban diferente y les preguntaban sobre su situación, por lo que ella se sentía incomoda ante los comentarios; sin embargo la paciente refiere que actualmente se ha acostumbrado a las diversas opiniones que realizan en su población.

- Y en lo que respecta a su salud, María comenta que desde pequeña ha tenido dolores en los huesos cuando hace frío, pero últimamente se ha



acostumbrado a este malestar. También menciona que hay ocasiones que le duele la espalda, no duerme bien y por lo tanto no se levanta descansada, ante esto comenta que ya no vuelve a dormir durante el día. Asimismo cuando presenta dolor en el cuerpo, se pone de malas, le da flojera para hacer las cosas, no puede estar acostada y se siente incómoda.

Todos estos aspectos, vienen a reafirmar la prevalencia de depresión en la paciente, además se puede explicar a grandes rasgos los síntomas manifiestos.

TRATAMIENTO (AGENDA DE SESIÓN)

El Modelo Cognitivo Conductual propone el trabajo durante la terapia de dos elementos primordiales de intervención, el primero hace referencia a las cogniciones o pensamientos y el segundo recalca la modificación de aquellas conductas que se originan a partir de creencias irracionales.

Una vez obtenida la información sobre la paciente, se procedió a explicarle la dinámica de intervención, en la cual se le proporcionó un cuaderno de trabajo (basado en el Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión, Aprendiendo a Manejar su Realidad Personal, Muñoz et.al, 2003.); éste contempló cuatro áreas de intervención 1) los pensamientos, 2) las actividades, 3) las relaciones personales y 4) la salud (ver anexo 8).

El primer módulo denominado “los pensamientos” pretendió que la paciente identificara aquellos que son saludables y dañinos, con la finalidad de corregir los últimos e incrementar los primeros. Mientras que en el segundo módulo se hizo referencia a “las actividades”, en éste María conoció la relación que se tiene entre éstas y el estado de ánimo, así como permitió el incremento de aquellas que le fueron agradables. El tercero nombrado “las relaciones personales” tuvo la finalidad de identificar la influencia que existe de éstas con el estado de ánimo, así como de determinar aquellas alternativas para mejorar la comunicación con las

demás personas. Y la última área refiere a “la salud”, en la que se pudo establecer la relación entre ambos elementos y la reorganización del estilo de vida.

Cabe señalar que al inicio de las sesiones de intervención, se procedía a aplicar a la paciente diversas técnicas de relajación, constituidas desde la relajación progresiva, de respiración, de imaginación, por mencionar algunas; con la finalidad de obtener una mejora en la conciencia corporal de la paciente, pues Jacobson (1987) menciona que las sensaciones de tensión y de relajación están siempre conectadas con el proceso de atención.

Así pues, la intervención tuvo una duración de 13 sesiones, asignadas dos veces por semana, de una hora cada sesión, las cuales se describirán a continuación:

Sesión 1.- En la primera sesión, el terapeuta se presentó con la paciente, le explicó el procedimiento de la intervención y le entregó dos formatos que avalaron la aceptación, autorización para la terapia y la grabación de cada sesión (ver anexos 9 y 10). Se procedió a entrevistar a María, para recopilar los datos más relevantes en función de su vida (información general, relaciones familiares, sociales y afectivas, trabajo, tiempo de ocio, entre otros apartados). Se le aplicó el CES-D y a continuación se le presentó el manual de intervención bajo el formato del cuaderno del participante. Y por último, se asignaron dos tareas para casa, donde se debía evaluar diariamente el estado de ánimo en un formato nombrado “Termómetro del Estado de Ánimo” y la otra tarea se refirió a contestar el cuestionario sobre pensamientos dañinos y positivos.

Sesión 2.- En esta sesión, el terapeuta le aplicó a la paciente la técnica de relajación nombrada “combatir el estrés”, se procedió a que María leyera el nombre y mensaje de la sesión, para posteriormente proporcionarle información del módulo sobre “**los pensamientos**” (saludables y dañinos) y la realidad (interna y externa). Se le pidió que identificara dentro de una lista aquellos pensamientos saludables y dañinos que pudiera haber tenido. Luego se le presentó la información en una presentación de power point. Al finalizar la sesión, el terapeuta comenzó a revisar la tarea y el termómetro del estado de ánimo, así



como a proporcionarle un formato de evaluación de la sesión; y se le asignó la tarea “los pensamientos” en la que identificaría aquellos que tuvo recientemente y cómo se sintió respecto a ellos.

Sesión 3.- El inicio fué con la técnica de relajación “vacía tu mente”, se prosiguió a revisar la tarea “los pensamientos” y el termómetro del estado de ánimo. De la misma manera María explicó el mensaje de la sesión y el terapeuta le presentó información sobre las “3 maneras para disminuir los pensamientos dañinos que nos hacen sentir mal” y sus posibles “remedios”, a lo cual la paciente aportaba ejemplos; y por último se le proporcionó el formato “balancear el pensamiento”. Y al finalizar la hora, se evaluó la intervención del día.

Sesión 4.- Durante ésta, el terapeuta y el paciente trataron de hacer un repaso de toda la información, así como de aquellas actividades que fueron proporcionadas durante las sesiones anteriores. Posteriormente, se le dio información sobre el aumento de los pensamientos saludables, se le dirigió un ejercicio de relajación con imaginación en la que trató de visualizar su pasado y futuro; después evaluó la sesión y se le asignó tarea para casa.

Sesión 5.- Se inició el módulo II “**las actividades**”. Durante ésta, el terapeuta le aplicó una técnica de relajación, revisó la tarea y empezó a mostrarle información, donde María analizó y ejemplificó algunas situaciones respecto al tema “lo que hago afecta cómo me siento” y contestó un formato donde evaluó una actividad que estuvo relacionada con su estado de ánimo, con el objetivo de incrementar las actividades agradables. Y al finalizar, calificó la intervención, mientras que el terapeuta le asignó tareas para casa (el termómetro del estado de ánimo y una lista de actividades agradables).

Sesión 6.- La sesión comenzó por la revisión de la tarea, asimismo el terapeuta expuso la información correspondiente a las actividades agradables y los pasos para incrementarlas. Prosiguió a dirigir el ejercicio de relajación “tensión-relajación” y le asignó como tarea, la elaboración de una agenda con aquellas actividades del agrado de la paciente.



Sesión 7.- El terapeuta inició con la técnica de relajación “la nube”, para proseguir con la revisión de la tarea y del estado de ánimo. Se le presentó a la participante una serie de pasos para resolver los problemas y vencer los obstáculos que le impedían realizar actividades saludables, en la cual manifestó ejemplos de cómo resolver algunos. María estableció algunas actividades que le gustaría realizar “hacer cosas a mi gusto”, a su vez se le explicó los beneficios de mantener el equilibrio entre el estrés y su estado de ánimo. Al término, la paciente procedió a evaluar la sesión y a recibir las instrucciones de las tareas “cosas que quiero y tengo... que hacer”.

Sesión 8.- En esta intervención, primero se revisó la tarea, se retroalimentó la información obtenida en estas sesiones y se analizó su termómetro del estado de ánimo. La información que se le proporcionó a María radicaba en los “pasos para establecer metas alcanzables”, prosiguió con un ejercicio de relajación dirigida con visualización y al finalizar la intervención, ella procedió a evaluar la sesión.

Sesión 9.- Correspondiente al tercer módulo “**las relaciones personales**”, fue desarrollada con la revisión de la tarea y el análisis de los módulos anteriores, donde María retroalimentó toda la información obtenida. Se prosiguió a realizar una técnica de relajación guiada con imaginación; y se le explicó sobre las relaciones personales y el apoyo social. Después el terapeuta le asignó la tarea “personas importantes en mi vida y cómo me apoyan”; y al último evaluó la sesión.

Sesión 10.- El terapeuta le aplicó a María, la técnica de “relajación mental”; se le pidió que retroalimentara la información de la última sesión. Escuchó atentamente sobre “las relaciones interpersonales y los cambios drásticos”, “desacuerdos y desavenencias”, en las cuales la paciente participó activamente y propuso ejemplos. Se le asignó la tarea “escuche atentamente”, donde tenía que contestar un formato para indicar en qué momento ella había escuchado atentamente en la última semana; y al último evaluó la intervención.



Sesión 11.- Al inicio de ésta, el terapeuta dirigió la relajación “vacía tu mente”, juntos revisaron la tarea, el termómetro del estado de ánimo y el módulo III “**las relaciones**”. María participó en un psicodrama donde se realizó el ejercicio “escuchar atentamente”, posteriormente, se le otorgó el formato “asertividad” para contestar algunas preguntas referentes a cómo ella expresaba sus sentimientos y en cómo pedía las cosas. La tarea asignada, consistió en que ella debería escuchar atentamente a por lo menos una persona y que describiera lo que pensó, cómo se sintió y qué hizo. Al último, ambos repasaron los puntos principales del módulo y se procedió a evaluar la sesión.

Sesión 12.- En ésta, se aplicó el módulo IV, donde se tocó el tema de “**la salud**”. Comenzó con una técnica de relajación, se le proporcionó información al paciente sobre la relación entre “salud y el estado de ánimo”, así como “los problemas” que giran en torno a ésta y que propician la reestructuración de metas; de la misma manera, se abordó el tema “sueño, salud y problemas para dormir”; en cada temática, se le pidió a María que contestara algún ejercicio en el que manifestara la situación actual de su salud. Al finalizar, el terapeuta realizó un repaso general sobre toda la intervención, con la finalidad de retroalimentar los puntos principales y de analizar el estado de ánimo. Y por último, se le asignó la última tarea “modificación de metas para la salud” y se evaluó la sesión.

Sesión 13.- En esta última sesión, el terapeuta procedió a revisar la tarea que le dejó al paciente correspondiente al módulo IV; al término, le aplicó el inventario de depresión de Beck y el CES-D, con la finalidad de llegar a confrontar la primera con la última evaluación y poder considerar el impacto de la intervención.

Fase “A” (Post-evaluación)

Una vez concluida la intervención, se procedió a aplicar una segunda evaluación con los mismos instrumentos, tomando en consideración el Inventario de Depresión de Beck y el CES-D. Ésto con la finalidad de poder contrastar ambas evaluaciones y poder analizar el efecto de la intervención en la paciente.

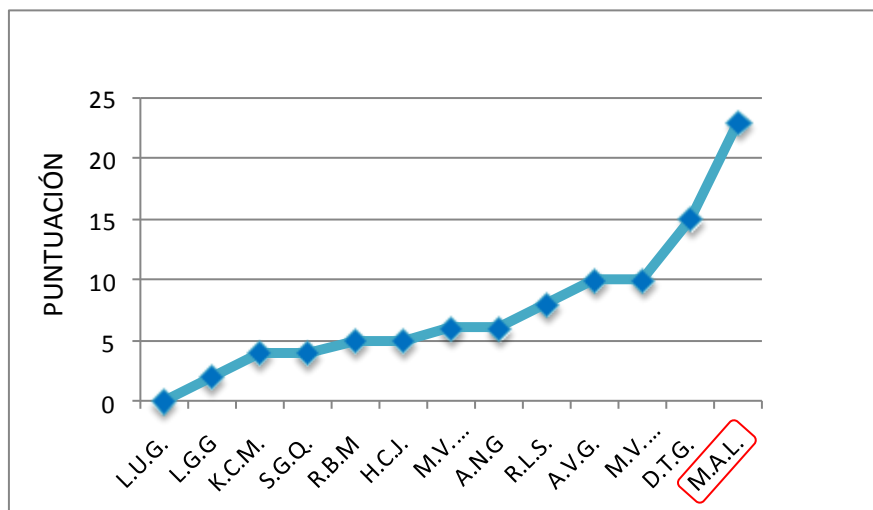
RESULTADOS

TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE LA INTERVENCIÓN COGNITIVO- CONDUCTUAL

El proceso de intervención constó de 13 sesiones, configurado por 4 módulos (los pensamientos, las actividades, las relaciones personales y la salud). En la intervención, participó una madre que tiene un hijo discapacitado.

La intervención partió con la aplicación del Inventario de Depresión de Beck a todas las madres de familia que asistieron al CENEPRE, para poder identificar a la candidata a la intervención; dentro de ellas, la mamá [M.A.L. (María)] presentó manifestaciones de depresión, obteniendo un nivel de depresión entre moderada y severa (23 puntos) (Veáse Grafica 1).

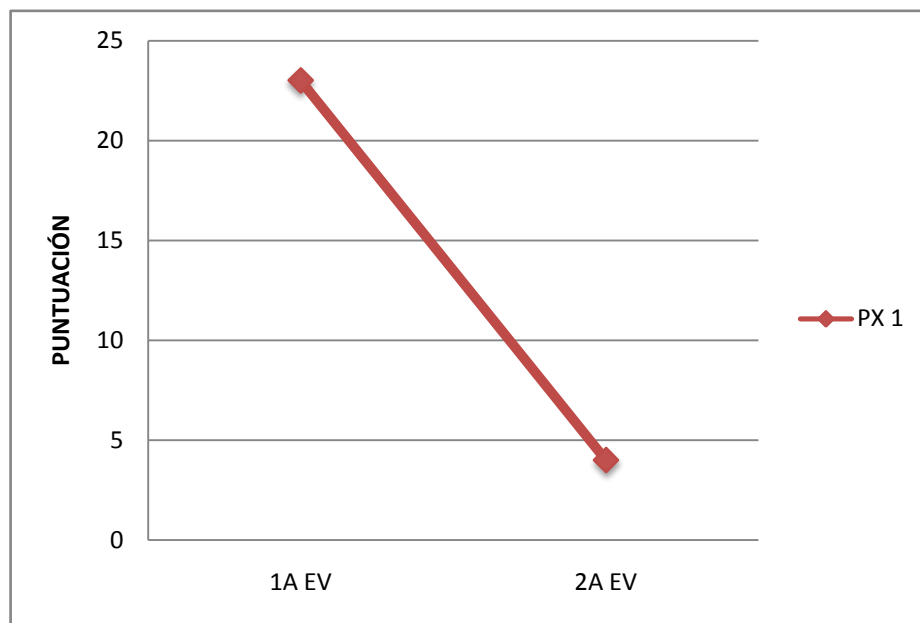
Gráfica 1.- Aplicación del Inventario de Depresión de Beck a las mamás que acuden al CENEPRE Atlacomulco.



A continuación, se presentan los resultados obtenidos antes y después de la intervención.

En la Gráfica 2, se puede observar los puntajes obtenidos en las aplicaciones del Inventario de Depresión de Beck, antes y después de la intervención. En ésta se puede observar que en la primera aplicación, la mamá obtuvo 23 puntos (depresión entre moderada y severa) y al finalizar se logró ubicar en un puntaje de 4 (ausencia de manifestaciones de depresión), obteniendo una disminución de 19 puntos (Véase la Gráfica 2).

**Gráfica 2.- Primera y Segunda
Aplicación del Inventario de Depresión de Beck**



Cabe señalar que en la primera evaluación, los síntomas que se manifestaron hacen referencia a que ella sentía que no tenía perspectiva del futuro, que existían muchas fallas en su pasado, no disfrutaba las cosas como antes, se sentía muy culpable la mayor parte del tiempo, así como molesta o irritada más fácilmente, lloraba más que antes, había perdido el interés en otra gente, tenía mayores dificultades para tomar decisiones en esos momentos, tenía la creencia de que se veía fea, le costaba esfuerzo extra empezar a hacer algo, no podía dormir tan



bien, se cansaba más fácilmente, su apetito no era tan bueno, había intentado perder peso, estaba muy preocupada por sus problemas físicos, le era difícil pensar en otras cosas y estaba menos interesada en el sexo.

Y en la segunda evaluación realizada después de la intervención, los síntomas que aún se mantuvieron describían que se sentía culpable buena parte del tiempo, estaba menos interesada en otra gente, le preocupaba verse vieja o poco atractiva y presentó disminución en el interés por el sexo.

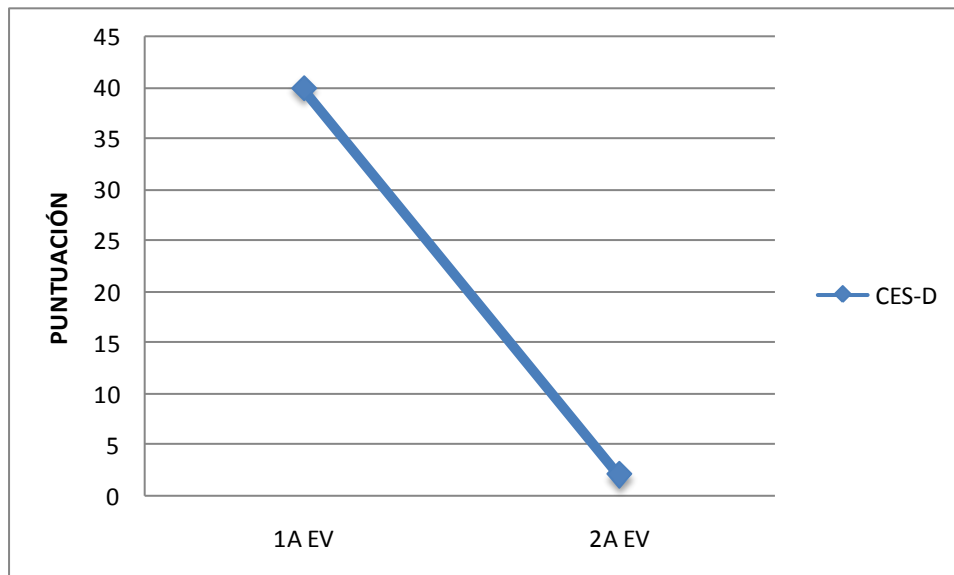
En el CES-D, la paciente manifiesta la presencia de síntomas de depresión en la última semana correspondiente a la primera aplicación (40 puntos), mientras que se puede analizar que después de la intervención, dicha frecuencia de los síntomas, disminuyó a 2 puntos (Véase Gráfica 3).

Esto permite explicar que en la primera evaluación, la paciente se ubicó en el nivel de depresión mayor, manifestando síntomas que se presentaron todo el tiempo (de 5 a 7 días) aquellos como: cosas que le molestaron y que usualmente no le molestaban, sentía que no podía quitarse de encima la tristeza aún con la ayuda de su familia o amigos, pensó que su vida había sido un fracaso, sentía que no le caía bien a la gente; otros síntomas manifiestos de 3 a 4 días fueron: tenía dificultad para mantener su mente en lo que estaba haciendo, se sentía deprimida, triste, sola, con miedo, sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo, sentía que la gente no era amistosa, pasaba ratos llorando y no tenía ganas de hacer nada. Así también los síntomas que se presentaban de 1 a 2 días eran que se sentía poco optimista sobre el futuro, su sueño era inquieto, estaba poco contenta y disfrutaba poco de la vida. Y el único síntoma que prevaleció una vez a la semana fue el que refería a sentirse que era buena como cualquier persona.

Mientras que en la segunda evaluación se puede notar que se redujo la frecuencia de la presencia de estos síntomas que retroalimentan a la depresión e incrementaron aquellos que mantienen un adecuado estado de ánimo; pues la

paciente manifestó que en la última semana que presentó antes de la segunda aplicación del instrumento, tuvo la mayor parte del tiempo (5-7 días) sentimientos como optimismo hacia el futuro, estuvo contenta y disfrutó de la vida; de 3 a 4 días sentía que era buena como cualquier persona, algunas veces (1 a 2 días) se sintió sola; y rara o ninguna vez se presentaron los demás síntomas.

Gráfica 3.- Primera y Segunda Aplicación del CES-D



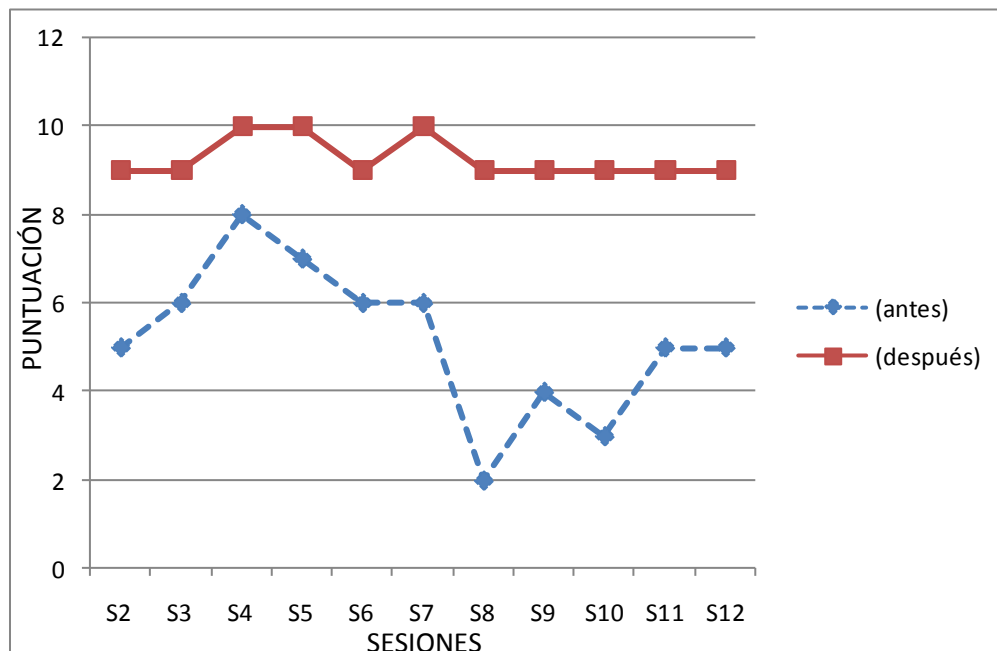
En la Gráfica 4, se pueden observar los cambios obtenidos en el estado de ánimo de la paciente antes y después de cada sesión de intervención. Al inicio de las sesiones (línea punteada), se analiza que la paciente llega con un estado de ánimo fluctuante entre el peor y regular estado de ánimo (de 2 a 8 puntos) y que después de haber recibido la intervención correspondiente a la sesión (línea continua), su estado de ánimo se ubica en un nivel excelente, lo que manifiesta que las sesiones de intervención tuvieron impacto en ella.

Por ejemplo, en la sesión 8 “Las metas como parte de su realidad” (correspondiente al modulo II “Las actividades”), la paciente consideró como peor su estado de ánimo al inicio de la sesión (2 puntos), mientras que al finalizar ésta se obtuvo una calificación de 9 (excelente estado de ánimo). De la misma manera

se puede vislumbrar en las sesiones siguientes (9, 10 y 11) correspondientes al módulo “Las relaciones personales”; al ingresar la paciente tiene un estado de ánimo que oscila entre 3 y 5 puntos (entre peor y regular estado de ánimo), y al término de éstas, su estado de ánimo es excelente (9 puntos).

Se puede comprender que ante estas sesiones de intervención, la paciente tuvo temáticas que le impactaron, pues se retomaron aquellas relacionadas a la relación de pareja, con sus familiares y demás personas; lo cual aunado a la presencia de problemas con la pareja, marca la explicación de las fluctuaciones en el estado de ánimo.

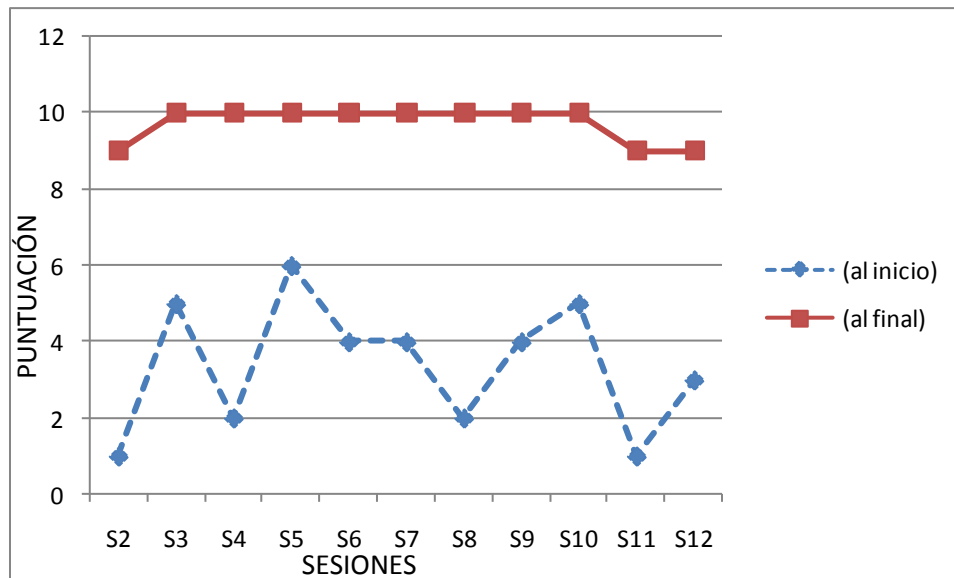
Gráfica 4.- Evaluación del Estado de Ánimo en las Sesiones



Durante la intervención con el manual de depresión, se aplicaron técnicas de relajación previas a las actividades destinadas a la sesión; al ingreso a las sesiones, la mamá manifestó que llegaba con un grado considerable de tensión o bien con poca relajación (1 a 6 puntos), mientras que después de aplicársele las

técnicas correspondientes para disminuir la tensión, considera que alcanzó la relajación, al evaluarlo entre 9 y 10 (véase Gráfica 5).

Gráfica 5.- Nivel de relajación antes y después de las sesiones de intervención



Tal es el caso de la sesión 2 “Sus pensamientos y su estado de ánimo” correspondiente al módulo I “Los Pensamientos”, donde la paciente evalúa con 1 su nivel de relajación, a lo que comenta que llegaba un poco tensa, debido a que se sentía nerviosa y por que tuvo una discusión con su esposo durante el trayecto de su casa al centro de rehabilitación; posterior a la técnica de relajación “*combatir el estrés*”, se volvió a evaluar su nivel de relajación, obteniendo así una calificación de 9.

De la misma manera, en las sesiones 4 “Aumentar los pensamientos saludables para alcanzar la vida que usted quiere”, 8 “Las metas como parte de su realidad” y 11 “Mejorar las relaciones y su estado de ánimo”; la paciente evaluó su nivel de relajación con puntuaciones de 1 a 2, considerando que al ingreso a la sesión se encontraba poco relajada debido a problemas que tuvo un día anterior a la sesión

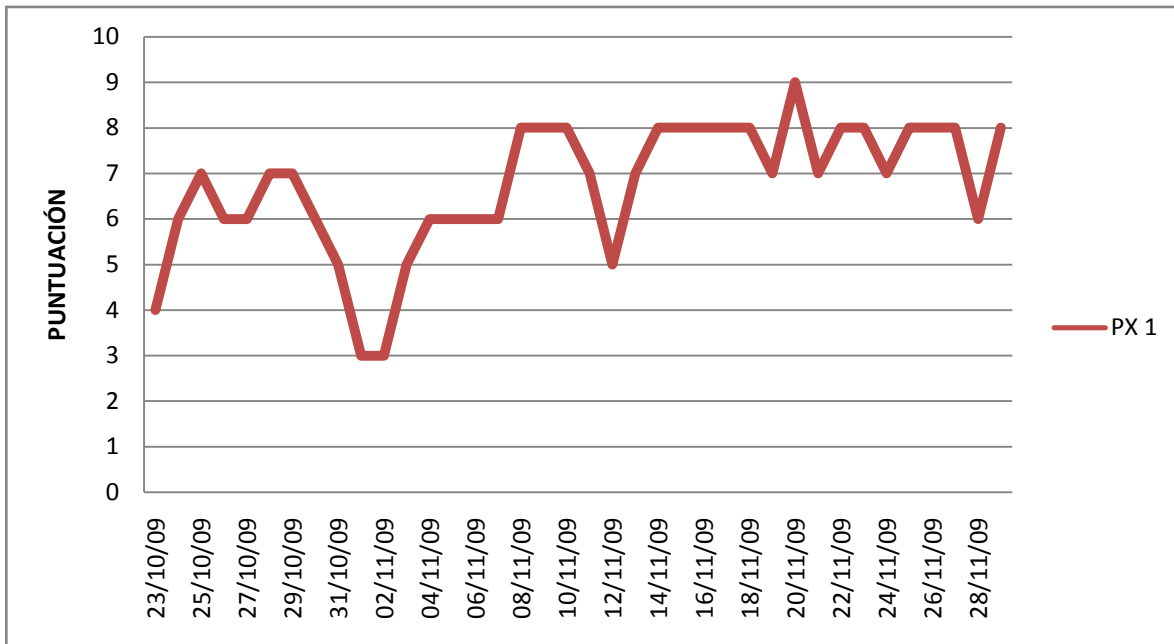


con su marido y familiares, o bien a su estado de ánimo fluctuante. Así pues, se le aplicó las técnicas de relajación *“Pensando en el pasado por venir”* (sesión 4), *“Ejercicio de relajación dirigida con visualización: Mis metas”* (Sesión 8) y *“Vacía tu mente”* (sesión 11); después de los ejercicios de relajación, la paciente procedió a evaluarlos en puntajes de 9 y 10, lo cual manifestó que dichas técnicas tuvieron impacto en ella.

Cabe señalar que en las primeras sesiones, la paciente se mostraba muy tensa, pues durante las técnicas de relajación tenía movimientos repetitivos en sus manos, se tocaba la cara y algunas veces abría los ojos, lo que indica que se mostraba nerviosa e insegura ante las técnicas; después de la tercera aplicación, la paciente se mostraba tranquila al realizar la actividad sin movimientos y siguiendo detenidamente las instrucciones; lo cual permite analizar en las evaluaciones que emitía la paciente sobre su nivel de relajación, el impacto que tuvieron éstas en su persona.

A lo largo del proceso de intervención, se estuvo monitoreando el estado de ánimo de la paciente mediante el termómetro; en el cual se puede explicar que la paciente tuvo fluctuaciones, perfilándose en una puntuación más baja en los primeros días de noviembre con un estado de ánimo regular (3), debido a la presencia de problemas en su relación de pareja y a que presentaba diversos pensamientos negativos relacionados a una posible ruptura en su matrimonio; a partir del 14 de noviembre empezó a mostrar mejorías en rangos de 7 a 9 puntos, considerándose satisfactorio (9 puntos) el 20 de noviembre y un ligero descenso a 6 puntos, el día 28 del mismo mes debido a la presencia de circunstancias estresantes familiares (Véase Gráfica 6).

Gráfica 6.- Termómetro del Estado de Ánimo



Durante el primer módulo de intervención, la paciente pudo darse cuenta que sus pensamientos estaban inclinados a ser negativos o dañinos para sí misma, logrando así identificar que poseía pensamientos con pesimismo y exageración, ignoraba lo positivo, se culpaba de los acontecimientos que sucedían en casa, no valoraba los esfuerzos que realizaba, trataba de adivinar los pensamientos de los demás y tenía incertidumbre sobre el futuro; se considera que las fluctuaciones prevalecientes en las primeras sesiones se debieron al comienzo de la intervención de aquellos pensamientos que le agobiaban en función de su matrimonio y a la relación que se establece entre la identificación de sus pensamientos negativos y su estado de ánimo.

Así pues, a partir de la sesión 4 “aumentar los pensamientos saludables para alcanzar la vida que usted quiere” se visualiza una estabilidad en el rango regular



de su estado de ánimo, donde se manifiesta el comienzo del trabajo de la paciente, al evaluar sus propios pensamientos en función de la realidad.

De la misma manera, en el módulo II “Las actividades”, la paciente incrementa su estado de ánimo a 8 puntos, lo cual manifiesta que el objetivo del anterior y presente módulo, llegaron a fomentar el cambio de aquellas cogniciones distorsionadas y que retroalimentaban actividades que reforzaban su depresión; algunas de éstas refieren a que la paciente cuando se encontraba deprimida comía en repetidas ocasiones, descuidaba su arreglo personal, no salía, descuidaba a su hijo y no realizaba algunos de sus quehaceres. Así pues durante la intervención del segundo módulo, se trabajó con el cambio de actividades desagradables, el registro de actividades que realizaba la paciente diariamente, la resolución de situaciones conflictivas que impedían la realización de actividades agradables y la planeación de metas a cumplir. Dentro de estos rubros relevantes, la paciente manifestó que dentro de aquellas que fomentaban su depresión estaban vinculadas por la constante pelea con su marido, logrando resaltar que ella no salía de casa para no molestarlo y que cada vez que se sentía triste por la situación descuidaba su arreglo personal.

En el transcurso de la intervención, la paciente mostró mejorías para incrementar actividades agradables, como salir con su marido, ir a ver el fútbol, estar con su familia, jugar con su hijo, salir a caminar, comer fuera de casa, platicar con su amiga, cantar, ver paisajes, entre otros. Al inicio de este módulo se le sugirió a la paciente, empezar a premiarse aquellas actividades que le hacían sentirse feliz, es decir, empezar a darse palmaditas por aquellos quehaceres que le costaban más trabajo, esto con la finalidad de revalorar los esfuerzos realizados, sin embargo hasta la sesión 7 fue cuando reporta que empieza a premiarse con un chocolate y con otras actividades que le agradaban.

A su vez, la paciente identificó aquellos obstáculos que le impedían lograr actividades agradables y buscó solución a cada uno; resaltando algunos como el



no tener dinero, tiempo, una persona con quien dejar al niño y el permiso de su marido. Por otro lado, dentro de la planeación de sus metas estableció la necesidad de hacer ejercicio, la que puso en práctica un par de días después, pues señaló que se levantaba a las 7:00 am para salir a caminar una hora y que durante el día se sentía bien consigo misma y cuando no podía salir en las mañanas, buscaba una hora durante la tarde para salir a caminar con su marido.

Es importante identificar que a partir de la sesión 9, la paciente empezó a mostrar cambios en su arreglo personal, tales como en el peinado, el maquillaje, el combinado de los colores de ropa y el uso de anillos y pulseras.

En tanto que en el módulo III “Las relaciones personales”, la paciente presentó ligeras fluctuaciones en su estado de ánimo (de 7 a 9 puntos), lo cual indica que los altibajos se deben a situaciones estresantes dentro de su familia y que a pesar de la circunstancias, procuraba mejorar al día siguiente. Así pues, el contenido de este módulo le permitió identificar su sistema de apoyo y la importancia de las personas en su vida diaria; tomando en consideración que durante la intervención de estas sesiones, la paciente se mostró más tranquila al hablar sobre su relación de pareja, para buscar las soluciones a los problemas y para comenzar por comunicarse asertivamente con su marido; a lo cual durante este tiempo, reporta que la comunicación con su esposo tuvo mejoría, haciéndolo denotar en una técnica de relajación guiada con imaginación, en la cual manifiesta que en las primeras sesiones que se le aplicaban técnicas similares, ella no incluía a su esposo y sin embargo después de modificar sus pensamientos respecto a una posible separación, ya lo tomaba en consideración para buscar soluciones y mejorar su matrimonio.

Y en el último módulo “La salud” tuvo una connotación informativa, en la que se le manifestó el impacto que tiene el estado emocional en la salud, a lo cual reportó que en las últimas semanas no mostraba indicios de enfermedad o alguna molestia. Sin embargo puede visualizarse que un día después de la sesión 12, la paciente evaluó su estado de ánimo con un 6, reportando que durante ese día



tuvo problemas familiares; y a pesar de esta disminución al otro día regresó a la estabilidad que mantenía (ver anexo 11).

La Gráfica 7, refleja la evaluación que manifiesta la paciente durante las sesiones, por medio de un instrumento. En ésta, la paciente califica con un 10 los rubros como explicación y participación del terapeuta durante la intervención, revisión de tareas y termómetro del estado de ánimo; mientras que con un 9.9 evalúa aspectos encaminados a la presentación y explicación de la información; por otro lado las técnicas empleadas y la música de relajación se posicionan en una calificación de 9.8; con un 9.7 fueron asignados aspectos como la sesión en general, estructura de la misma, información proporcionada y el uso de cuestionario u hojas de trabajo; el espacio fue evaluado con un 9.6, mientras que proporcionó un valor de 9.5 a los recursos o materiales empleados, con un 9.4 la paciente asignó calificación a las hojas impresas proporcionadas, evaluó la distribución del tiempo con un 9.3 y el tiempo en general con un 9.2. Y la calificación que se considera baja es la que refiere al uso del psicodrama en algunas sesiones (8.9).

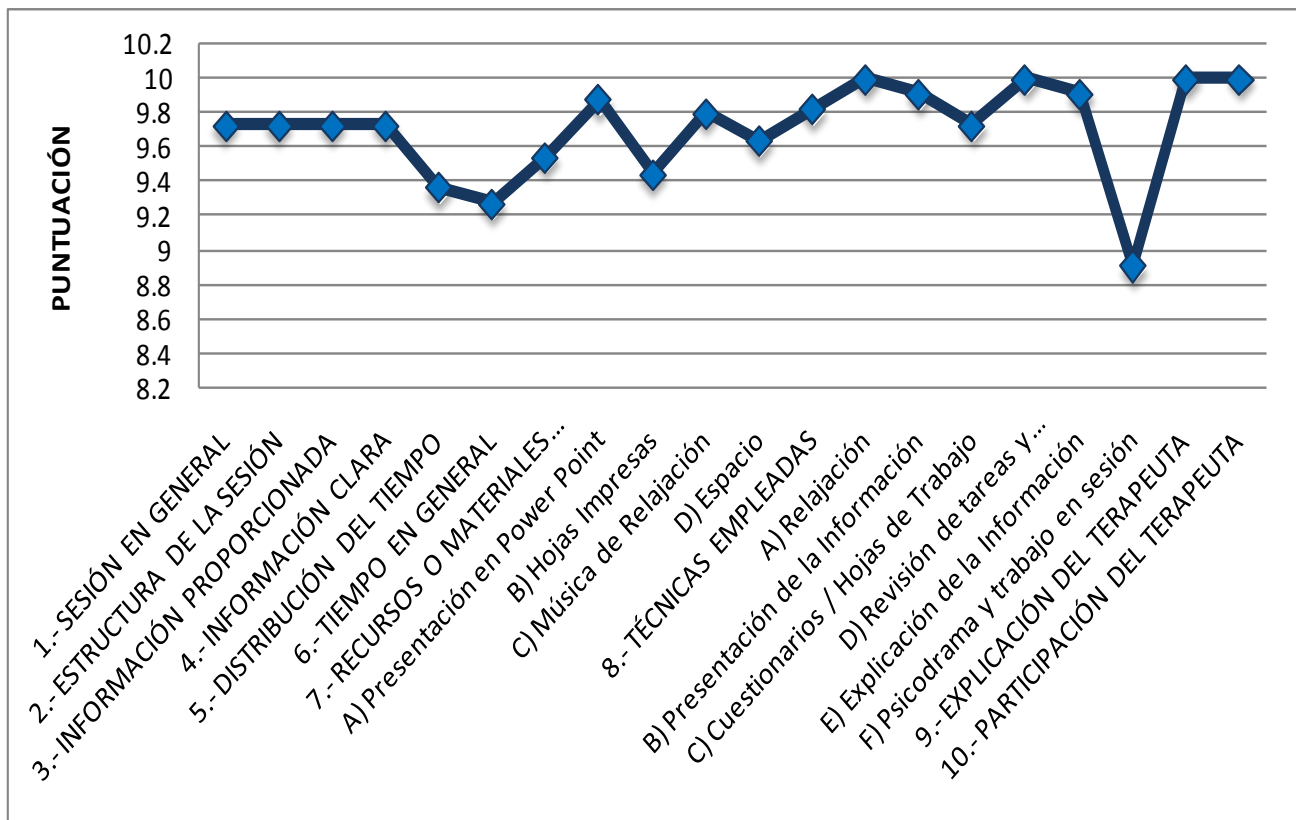
Cabe señalar, que las calificaciones bajas que emite la paciente están relacionadas con el tiempo, pues en las sesiones 2, 3 y 11 manifestó que el tiempo que tuvo con la terapeuta fue muy corto y que le hubiese gustado que el tiempo de la intervención en la sesión hubiese sido mayor al ocupado.

También dentro de los recursos empleados, tanto las hojas impresas como la música de relajación fueron evaluadas en calificaciones de 9 e inclusive cero, debido a que en determinadas sesiones no se ocuparon por la estructura del programa planteado.

De la misma manera, el psicodrama fue evaluado con una puntuación promedio de 8.4 debido a que en sesiones como la 3 no se empleó tal técnica.

Así pues, es importante destacar la predominancia que tuvieron las técnicas de relajación dentro de la intervención, pues de acuerdo con la evaluación que emitió la paciente puede visualizarse el agrado e impacto que tuvo para ella. De la misma manera el registro del estado de ánimo viene a ser una técnica que permitió analizar el impacto durante la intervención.

Gráfica 7.- Evaluación de las Sesiones





DISCUSIÓN

La relevancia de haber abordado la depresión en madres con hijos discapacitados, proviene del propósito de averiguar si la intervención con el MCC permite la disminución de las manifestaciones presentes en este trastorno y que prevalecen en ésta población estudiada.

Como primer resultado, se puede analizar la prevalencia de depresión que existe en la población estudiada; la cual manifiesta que al evaluar con el instrumento de depresión de Beck, a las madres de familia que acuden al CENEPRE Atlacomulco, se reportan presentando este trastorno, cuatro de las nueve mamás evaluadas. A su vez como antecedente, el “estudio descriptivo para determinar el grado de depresión que presentan las madres con un hijo que asistan a la Unidad Básica de Rehabilitación”, propuesto por Ríos (2000), viene a reafirmar la prevalencia de depresión en la población estudiada, debido a la presencia del hijo discapacitado.

De la misma manera, ante este primer dato, se puede considerar la aportación que hace Bavin (1987), que manifiesta que ante la presencia del hijo discapacitado, la depresión se convierte en una reacción natural en los padres de familia, en especial de la madre.

Por tanto, al considerar la prevalencia de manifestaciones de depresión, se consideró la oportunidad de intervenir con el Modelo Cognitivo-Conductual, a la madre que presentó un nivel significativo de depresión.

Se puede observar que hubo efecto en la intervención, debido a que en la pre y post-evaluación del instrumento de Beck y del CES-D, se manifestaron disminución en los síntomas presentados. La medición con el inventario de depresión de Beck refleja que en la primera evaluación, la mamá tiene un puntaje de 23 y en la segunda se obtuvo 4 puntos (observando una disminución de 19 puntos); mientras que en el CES-D se determinó y confirmó la gravedad de los



síntomas depresivos manifiestos en la última semana, reportando en la pre-evaluación una puntuación de 40 (lo que indica un nivel de depresión mayor) y 2 puntos correspondientes en la post-evaluación, considerándose una reducción de 38 puntos.

Ante esto, Beck (1983) ha sido considerado uno de los principales aportadores dentro de este modelo de intervención, pues ha proporcionado diversas pautas de tratamiento a los diversos trastornos, como es el caso de la depresión. Es por tal motivo que ésta investigación, se suma a la lista de trabajos que permiten evidenciar la efectividad de la intervención Cognitivo-Conductual. Para respaldar esto, se puede considerar que este modelo terapéutico se ha empleado en la atención de trastornos de la personalidad, como la esquizofrenia (Muñoz, 2007), ansiedad (Orgilés, Rosa, Inglés y Mendez, 2003), agresividad (Pérez, Fernández y Rodríguez, 2005), depresión (Pérez y García, 2001), por mencionar algunos.

Una vez constatada la efectividad del MCC en la atención de este caso, se procede a analizar los datos obtenidos en algunas técnicas cognitivo-conductuales como es el caso de la evaluación del estado de ánimo. Pues al comienzo de las sesiones de intervención, éste oscila entre un nivel peor y regular (2 a 8); mientras que al finalizar cada sesión, se llegó a considerar un excelente estado de ánimo (9 a 10).

Se puede notar que en las sesiones 8, 9 y 10, la paciente presenta un estado de ánimo entre peor y regular (2 a 4 puntos) al ingreso a la sesión; manifestando que días previos a las sesiones presentaba problemas familiares que le afectaban emocionalmente; aunado a que en el módulo III, se trabajó temáticas relacionadas con la formulación de metas y los problemas que giran en torno a las relaciones personales.



A esto, Beck (1983) explica que el paciente tiene cambios en su estado de ánimo, a partir de las cogniciones que modifica cuando el soporte de éstas no son lo suficientemente sólidos para mantenerse.

Cabe señalar que durante la intervención, se retomó el *cuaderno del participante del Manual de Terapia de Grupo para el tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión* propuesto y aplicado por Muñoz et.al. (2003). La importancia de aplicar un manual y/o programa que dirija las sesiones de intervención, radica en la estructuración de las sesiones por parte del terapeuta, donde se permita abarcar diversos objetivos afines, encaminados al cambio de la calidad de pensamientos, conductas y emociones del paciente con depresión, haciendo uso de las técnicas apropiadas a la intervención (Lewinsohn, Sullivan y Grosscup, 1980; en Caballo, 1998).

Por lo tanto, el manual de intervención que se implementó durante el proceso terapéutico, abarcó cuatro áreas de intervención: 1) los pensamientos, 2) las actividades, 3) las relaciones personales y 4) la salud. Ante esto, Caballo (1998) reitera la importancia que tiene la corrección de pensamientos, el aumento de actividades agradables, la modificación del inadecuado ejercicio de las habilidades sociales y la disminución del estado de tensión en los pacientes con depresión durante la intervención con la terapia Cognitivo-Conductual; por lo que dicho manual permitió el cumplimiento de tales objetivos.

Así pues, durante el proceso de intervención efectuado, se considera importante el uso del Termómetro del Estado de Ánimo como técnica, pues permite ayudar y promover el control que debe de llevar a cabo el terapeuta a lo largo de éste; ante esto Beck y Ellis (citado en Beck, 1983) respaldan que durante la intervención, el terapeuta debe de considerar importante el trabajo que se realiza con las emociones a partir del cambio de cogniciones, ya que es fundamental mitigar todas aquellas alteraciones emocionales que prevalecen, por tal motivo todos los medios que se empleen deberán estar centrados en aquellas interpretaciones que



tenga el paciente, la conducta contraproducente y las actitudes inadecuadas que emanen de la presencia de este trastorno.

Bajo esta característica, se puede comprender que a lo largo de la intervención, la paciente tuvo altibajos considerables durante las dos primeras semanas y en las últimas dos, lográndose mantener en un estado de ánimo ubicado entre “regular” y “excelente”, presentando pequeñas fluctuaciones debido a situaciones incómodas para ella.

Es preciso identificar que durante la intervención del módulo I y comienzo del II, la paciente presentó fluctuaciones; debido a que presentaba problemas dentro de su matrimonio, a lo cual generaba un cambio del estado de ánimo. Asimismo, durante los módulos II, III y IV, pudo mantenerse en rangos de 8 a 9 (entre regular y excelente), presenciando algunos pequeños altibajos debidos a la presencia de situaciones estresantes.

A lo que Beck (1983) explica que durante la intervención, el paciente puede experimentar una fuerte bajada de ánimo después de varios días buenos, debido a los cambios en las cogniciones y la presencia de situaciones estresantes. Y ante estas últimas, Fernández (1988) señala que las situaciones estresantes para el individuo reafirman la presencia de depresión y suelen entenderse a partir de la interacción dada entre el sujeto y el ambiente. A lo cual, éste último presenta cambios, generando tensiones emocionales y alteraciones en el actuar de la persona (Garnezy, 1986; en Fernández, 1988).

Por otro lado, las aportaciones de Méndez, Olivares y Moreno (1998; en Sánchez, Rosa y Olivares, 1999) y Beck (1983) referentes al curso de la intervención; manifiestan que las técnicas Cognitivo-Conductuales permiten la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, el mantenimiento y modificación de la conducta. Por lo que durante esta intervención se emplearon técnicas tales como programación de actividades, técnicas de dominio y agrado,



tareas graduales, práctica cognitiva, role playing y tareas para casa. Lo que en conjunto permitieron que durante este proceso se obtuvieran cambios tanto en las cogniciones y comportamientos de la paciente con depresión. Esto se puede notar en el módulo I, en el cual se trabajaron las cogniciones de la paciente para que en los módulos siguientes pudiera verse el impacto de la intervención, por medio de las técnicas conductuales.

Además, como coadyuvantes de las técnicas cognitivas y conductuales empleadas en el proceso de intervención, se manejaron técnicas de relajación progresivas y dirigidas con visualización. Tal es el caso de las sesiones 2, 4, 8 y 11; las cuales manifiestan que la paciente ingresa con tensión (con 1 y 2 puntos) y al finalizar la técnica fue evaluado su nivel de relajación en puntajes de 9 y 10; indicando que éstas lograron su objetivo en la paciente.

Ante los datos obtenidos, se puede explicar que mientras la persona se encuentre relajada, incrementará o mantendrá un excelente estado de ánimo; a lo que afirman Farré et.al (2005) y Jacobson (citado en Caballo, 1998) que tales técnicas permiten enseñar al paciente a relajarse mediante ejercicios de tensión, relajación y respiración; pues éstas logran el manejo y atención a sensaciones corporales desagradables y situaciones que provocan ansiedad. A lo que una vez atendidas dentro de la terapia Cognitivo-Conductual permiten que los pacientes con trastornos del estado de ánimo tengan la facilidad de concentrarse en el cambio de cogniciones y conductas, pues los niveles de tensión en su persona son disminuidas.

A su vez Remh (1977, citado en Caballo 2006), rescata la importancia de emplear técnicas encaminadas a enseñar al paciente a que pueda autoevaluarse, autoregistrarse y autoreforzarse mediante actividades que impliquen el registro diario, graficar y/o anotar las experiencias del día y evaluar su propio estado de ánimo, con la finalidad de que el paciente se permita vislumbrar el cambio que obtiene durante el proceso de intervención.



En conjunto, esto permite comprender la importancia que tiene el empleo de técnicas que se deben de emplear estratégica y planeadamente por el terapeuta a la hora de intervenir (Beck, 1983). Cabe señalar, que las técnicas que se emplearon durante todo el proceso, fueron el termómetro del estado de ánimo y el formato de evaluación de la sesión; las cuales permitían comprender el impacto de la intervención en la paciente.

Así pues, la importancia que tiene la evaluación como técnica tanto para el paciente como para la sesión en la que participa, permite el vínculo existente entre el paciente y terapeuta, por lo que a lo largo de las sesiones de intervención se evaluaron las sesiones con los siguientes aspectos: tiempo, información, recursos materiales empleados, técnicas, explicación y participación del terapeuta. Dentro de éstos rubros, el tiempo fue evaluado con una calificación de 9.2, mientras que el psicodrama con un 8.8; ante estas evaluaciones se puede especificar que el segundo fue evaluado en función de las actividades planeadas para determinadas sesiones, es decir, que ésta técnica no fue empleada en la totalidad de las sesiones. Por lo que el tiempo puede considerarse como un elemento evaluado por la paciente como “deficiente”, es decir que demandaba más tiempo para atender sus conflictos personales, dentro de la planeación del manual establecido para las actividades de intervención.

Con respecto a lo anterior, investigaciones realizadas que ofertan intervención bajo este mismo modelo hacia otros trastornos, muestran que el procedimiento terapéutico no debe de ser regido por un manual de intervención, pues se limita al paciente en la atención a los problemas que plantea (Salinas, 1998). Sin embargo autores como Lewinson, Sullivan, Grosscup, Becker, Heimberg, Bellack, Hautzinger, Stark, Treiber, por mencionar algunos (citados en Caballo, 1998), plantean una propuesta acerca del trabajo terapéutico con el Modelo Cognitivo-Conductual por medio de la planeación de manuales y programas de intervención que proporcionen la efectividad y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.



Es importante señalar, que esta investigación presenta como limitaciones importantes de subrayar, aquellas que manifiestan el trabajo con un número reducido de personas para poder comprobar la efectividad en la atención a ésta población. Finalmente, esta investigación sugiere un abordaje a la intervención de la depresión en las madres con hijos discapacitados con el MCC; pues es evidente que ante la situación personal-familiar, la depresión se convierte en un trastorno prevaleciente en esta población. De esta manera, se logra vislumbrar el panorama del trabajo del psicólogo en la atención a los trastornos como la depresión, en aquellas poblaciones poco estudiadas y que demandan una oportuna intervención.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en la aplicación del inventario de depresión de Beck, se puede confirmar que en este caso en particular, la mamá con un hijo discapacitado presentó indicios de depresión. Estas manifestaciones prevalentes, se deben posiblemente a la presencia del hijo discapacitado y a los problemas inmersos que se efectúan en el cumplimiento del rol de la mamá (Bavin, 1987).

Así pues, de acuerdo a la evolución satisfactoria obtenida durante la intervención con el MCC, se puede demostrar que el proceso terapéutico tiene un impacto en la atención a las manifestaciones de depresión que presentó la paciente bajo estas características, basándose en la intervención de pensamientos irracionales para poder incrementar actividades y emociones agradables. A lo que de acuerdo con Beck (1983), se cumple con el objetivo de la intervención, al modificar las cogniciones irracionales que anteceden a los comportamientos que fomentan la presencia de la depresión.

Así también, cabe señalar que las técnicas planteadas, como es el caso de las tareas, registros conductuales y técnicas de relajación, fueron las principales técnicas que proporcionaron un soporte a dicha intervención. Pues es necesario que el terapeuta deba de elegir las técnicas adecuadas para proveer la efectividad de la intervención (Beck, 1983).

Bajo este rubro, puede considerarse que las técnicas de relajación permitieron que la paciente lograra disminuir sus niveles de tensión y por tanto incrementaba su estado de ánimo después de la aplicación de éstas. Logrando así contemplar y cumplir durante esta intervención, las premisas de Farré et.al (2005), que manifiestan el aprendizaje para un adecuado manejo de sensaciones corporales desagradables y de situaciones que le provocan ansiedad al paciente. Por tanto, se puede considerar que estas técnicas facilitan una participación importante hacia la efectividad de la intervención.



De la misma manera, los autoregistros y autoevaluaciones permiten identificar el estado de ánimo, pues son técnicas que plantean una alternativa para mantener el control y el seguimiento del paciente a lo largo de las sesiones de intervención (Rehm, 1977; en Caballo 1998).

Así pues, de acuerdo con todo lo realizado, se puede concluir que se cumple con el objetivo propuesto, el cual considera el impacto que tiene la intervención con el MCC, en la disminución de las manifestaciones de depresión en una mamá con un hijo discapacitado.



SUGERENCIAS

Para las futuras investigaciones acerca de esta temática, se sugiere:

- 1) Aplicar el manual de intervención a un número mayor de personas que presenten las mismas condiciones y diagnóstico.
- 2) Realizar esta intervención a grupos de madres con hijos discapacitados, en varios centros de rehabilitación.
- 3) Intervenir con este modelo terapéutico a los diversos trastornos que presenten las madres con hijos discapacitados.
- 4) Atender las manifestaciones de depresión con este modelo terapéutico a madres con hijos que presenten diferentes discapacidades.
- 5) Abordar un módulo dentro del manual de intervención destinada a la autoestima.
- 6) Intervenir con este modelo terapéutico a este trastorno, atendiendo las demandas personales que posea la paciente, al momento de la consulta.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera, R., Carreño, M. y Juárez, F. (2001). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*. Vol. 21 número 006, pp. 57-66.
- Alvarado, K. (2005), Concepciones Acerca de la Maternidad. Revista por Internet de la Universidad de Costa Rica Facultad de Educación Instituto de Investigación en Educación <http://revista.inie.ucr.ac.cr/articulos/1-2005/articulos/concepciones.pdf>, revisada el día 7 de febrero de 2009.
- Arvelo, L. (2004). Maternidad, Paternidad y Género. Redalyc. Diciembre, año/vol. 4, número 002 Pp. 92-98
- Asebey, A. (2004). ¿Maternidad versus Sexualidad?. Revista electrónica de Psicología “La Misión” de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/p_sociales5.html
- Bavin, J. (1987). Problemas de los Padres. En Finnie, N. (Comp.). Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral. México: Ediciones Copilco.
- Ballesteros, B., Novoa, M., Muñoz, L, Suárez, F. y Zarante, I. (2006). Calidad de vida en familias con niños menores de dos años afectados por malformaciones congénitas. Perspectiva del cuidador principal. *Universitas Psychologica*. Vol. 5, Núm. 003, Pp. 457-473.
- Beck, A. (1983). Terapia Cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Bello, M., Puentes, E., Medina, M. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud pública de México*. Vol. 47, 1, Pp. S4-S11.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología. Vol. 2. 1ª Ed. España: Mc Graw Hill.



- Berezon, S. (2004). Estudio de las rutas asistenciales seguidas por mujeres reclusas y no reclusas. *La psicología social en México*. Vol. VI, Pp. 507-512.
- Bragado, C., Hernández, M., Sánchez, M. y Urbano, S. (2008). Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. *Psicothema*. Vol. 20, Núm. 003, Pp. 413-419.
- Bragado, C. (1992). Metodología e investigación en la práctica del psicólogo clínico. Dpto. Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica, Fac. Psicología, UCM. Revista Electrónica Papeles del Psicólogo. Junio, no. 53, 1992. ISSN 0214-7823. Revisado el día 16 de abril de 2009, de la página de internet <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=538>.
- Caballo, V. (1998). Manual de tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1. España: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2006). Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. España: Ediciones Pirámide.
- Cruz, A. (2005). La depresión, enfermedad del siglo XXI, afecta en México a 10 millones. Extraído el 15 de marzo de 2009, de la página de internet <http://www.jornada.unam.mx/2005/02/23/a02n1cie.php>.
- Dio, E. (1999). La depresión en la mujer. Madrid: Temas de Hoy.
- Espinosa, A., Caraveo, J., Zamora, M., Arronte, R., Krug, E., Olivares, R., Reyes, H., Tapia, R. García, J., Doubova, S. y Peña, A. (2007). Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en adultos mayores. *Salud Mental*. Vol. 30, Núm. 006, Pp. 69-80.
- Farré, J., Soler, P., Gascón, J. y Fuilana, M. (2005). Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual. Barcelona. Ars Médica.



Fernández, A. (1986). Cuatro dimensiones de la depresión. Revisado el día 7 de febrero de 2009 de la página de internet www.depresion.psicomag.com/.

Fernández, F. (1988). La depresión y su diagnóstico. Nuevo Modelo clínico. Barcelona: Labor.

Finnie, N. (1987). Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral. México: Ediciones Copilco.

Freyberger, H. (1991). La depresión. España: Ediciones Mensajero

Garza, F. (2004). Depresión, Angustia y Bipolaridad. Guía para pacientes y Familiares. México: Trillas.

Gavino, A. (2002). Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual. 2ª Ed. España: Ediciones Pirámide.

Hutt, M. y Gwyn, G. (1988). Los niños con retrasos mentales. *Desarrollo, aprendizaje y educación*. México: Fondo de Cultura Económica.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2007). Extraído el 20 de febrero de 2010 de la página de internet <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/español/acerca/inegi324.asp?c=324>.

Jacobson, E. (1987). Aplicación de técnicas corporales al tratamiento de problemas psicológicos. Revisado el día 6 de agosto de 2009, de la página de internet http://www.cop.es/colegiados/m-00451/tecnicas.html#relajación_progresiva.

Jurado, S., Villegas, M.E., Mendez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. Vol. 21, número 3, pp. 26-31.

Kazdin, A (2001). Métodos de investigación en Psicología Clínica. México: Pearson Education.



- Lara, M., Mondragón, L. y Rubí, N. (1999). Un estudio de factibilidad sobre la prevalencia de la depresión en mujeres. *Salud mental*. Vol. 22, Núm. 4, Pp. 41-48.
- Lara, M. (coord.).(1996). ¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión. México: Editorial Pax.
- Lara, M., Narvino, C. y Navarrete, L. (2004). Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud pública de México*. Vol. 4, Núm. 5, Pp. 378-387.
- Limiñana, R. y Patró, R. (2004). Mujer y Salud: trauma y cronificación en madres de discapacitados. *Anales de Psicología*. Redalyc. Universidad de Murcia. Junio, año/vol. 20, número 001, Pp. 47-54.
- Maldonado, M. y Salgado, N. (1994). Características psicométricas de las escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud pública en México*. Vol. 36, Núm. 2, Pp. 200-209.
- Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P. y Valdivia, M. (2008). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica*. Vol. 26, Núm. 001, Pp. 59-69.
- Muñoz, F. y Ruiz, S. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*. Vol. XXXVI núm. 001, Pp. 98-100.
- Muñoz, R., Ghosh-Ippen, Ch., Valdes, E., Rao, S. y Le, H. (2003). Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de la depresión. *Universidad de California, San Francisco*
- O'Connor, K. y Schaefer, C. (1997). Manual de terapia de juego. Vol. 2. 1ª ed. México: Manual Moderno.



- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A. e Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*. Vol. 19 núm. 002, Pp. 193-204.
- Ortega, P., Garrido, A. y Salguero, A. (2005). Expectativas y maneras de vivir la paternidad con niños discapacitados. *Psicología y Salud*. vol. 15, número 002, Pp. 263-269.
- Ortega, P., Torres, L., Garrido, A. y Reyes, A. (2006). Actitudes de los padres en la sociedad actual con hijos e hijas con necesidades especiales. *Psicología y Ciencia Social*. Vol. 8, Núm. 001, Pp. 21-32.
- Palacios, X. y Jiménez, K. (2008). Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en psicología latinoamericana*. Vol. 26, Núm. 2, Pp. 195-210.
- Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y Depresión. *Revista Colombiana de Psicología*. Núm. 003, Pp. 17-32.
- Pérez, M. y García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. Vol. 13 núm. 003, Pp. 493-510.
- Pérez, V., Fernández, A., Rodríguez, J. y Barra, F. (2005). Evaluación del efecto de una intervención conductual en la agresividad escolar. *Terapia Psicológica*. Vol. 23, núm. 001, Pp 91-98.
- Pizzinato, A. & Calessio M. (2007). Identidad, maternidad y femineidad: Retos de la contemporaneidad. *Revista Phsico*. V. 38, n. 3, pp. 224-232, set./dez.
- Quinn, B. (2003). Todo sobre la depresión. Aprenda a controlarla. (2ª ed). México: Mc Graw-Hill.



- Ríos M. (2000). "Estudio Descriptivo del grado de depresión que presentan las madres cuyo hijo asiste a la Unidad Básica de Rehabilitación de Ixtlahuaca". Tesis de licenciatura de la Universidad Autónoma del Estado de México. FACICO.
- Rivera, B., Corrales, A., Cáceres, O. y Piña, J. (2007). Validación de la escala de depresión de Zung en persona con VIH. *Terapia Psicológica*. Vol. 25, Núm. 002, Pp. 135-140.
- Salinas, J. (1998). La aplicación de técnicas cognitivo y conductuales para el tratamiento de la depresión: un caso. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. V.1, núm. 1, pp.1-17.
- Sánchez, J., Rosa, I. y Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*. Vol. 11, núm. 3, Pp. 641-654.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*. Vol. 10, Núm. 002, Pp. 303-308.
- Sinason, V. (1999). *Comprendiendo a tu hijo discapacitado*. 1ª ed. México: Paidós.
- Shreeve, (1984). Citado en Ríos M. (2000). "Estudio Descriptivo del grado de depresión que presentan las madres cuyo hijo asiste a la Unidad Básica de Rehabilitación de Ixtlahuaca". Tesis de licenciatura de la Universidad Autónoma del Estado de México. FACICO.
- Valadez, A. (2002). Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de problemas familiares: reestructuración cognitiva, asertividad y manejo de contingencias. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. Vol. 5, Núm. 2.



Vinaccia, S., Milena, A., Atehortúa, L., Martínez, P., Trujillo, C. y Quinceno, J. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del “Child Depression Inventory” –CDI-. *Diversitas*. Vol. 2, Núm. 002, Pp. 217-227.

Yankura, J. y Dryden, W. (1999). *Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT) Casos ilustrativos*. Barcelona: Desclée de Brouwer.

Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México: Pax.



ANEXOS



(ANEXO 1)

INVENTARIO DE BECK

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____

INSTRUCCIONES: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

- | | |
|--|--|
| <p>A) 0 No me siento triste
1 Me siento triste
2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer
3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar</p> <p>B) 0 No estoy particularmente desilusionado(a) del futuro
1 Estoy desilusionado (a) del futuro
2 Siento que no tengo perspectiva del futuro
3 Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará</p> <p>C) 0 No siento que fallé
1 Siento que fallo más que una persona normal
2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado
3 Siento que una falla completa como persona</p> <p>D) 0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre
1 No disfruto de las cosas como antes
2 No encuentro satisfacción real de nada
3 Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) de todo</p> <p>E) 0 No me siento particularmente culpable
1 Me siento culpable buena parte del tiempo
2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo
3 Me siento culpable todo el tiempo</p> | <p>F) 0 No siento que he sido castigado (a)
1 Siento que podría ser castigado (a)
2 Espero ser castigado (a)
3 Siento que he sido castigado (a)</p> <p>G) 0 No me siento desilusionado (a) de mi
1 Estoy desilusionado (a) de mí
2 Estoy disgustado (a) conmigo
3 Me odio</p> <p>H) 0 No tengo pensamientos de suicidarme
1 Tengo pensamientos de muerte, pero no los realizaría
2 Me gustaría matarme
3 Me mataría si pudiera</p> <p>J) 0 No lloro más de lo usual
1 Lloro más que antes
2 Lloro ahora todo el tiempo
3 Podía llorar antes pero ahora, aunque quiera, no puedo</p> <p>K) 0 No soy más irritable de lo que era antes
1 Me siento molesto (a) o irritado (a) más fácil que antes
2 Me siento irritado (a) todo el tiempo
3 No me irrito ahora por las cosas que antes sí</p> <p>L) 0 No he perdido el interés en otra gente
1 Estoy menos interesado (a) en otra gente que antes
2 He perdido mi interés en otra gente
3 He perdido todo mi interés en otra gente</p> <p>M) 0 Tomo decisiones igual que siempre
1 Evito tomar más decisiones que antes
2 Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora
3 No puedo tomar decisiones por completo</p> |
|--|--|



- N)** 0 No siento que me vea peor que antes
1 Me preocupa verme viejo (a) o poco atractivo (a)
2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo (a)
3 Creo que me veo feo(a)
- O)** 0 Puedo trabajar tan bien como antes
1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo
3 No puedo hacer nada
- P)** 0 Puedo dormir tan bien como siempre
1 No puedo dormir tan bien como antes
2 Me despierto 1 ó 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir
3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir
- Q)** 0 No me canso más de lo usual
1 Me canso más fácil que antes
2 Me canso de hacer casi cualquier cosa
3 Me siento muy cansado (a) de hacer cualquier cosa
- R)** 0 Mi apetito es igual de lo usual
1 Mi apetito no es tan bueno como antes
2 Mi apetito no es mucho más peor ahora
3 No tengo nada de apetito
- S)** 0 No he perdido peso
1 He perdido más de 2.5 kg
2 He perdido más de 5 kg
3 He perdido más de 7.5 kg
He intentado perder peso comiendo menos SI ___ o NO ___
- T)** 0 No estoy más preocupado (a) por mi salud que antes
1 Estoy preocupado (a) por problemas físicos como dolores y molestias
2 Estoy muy preocupado (a) con mis problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas
3 Estoy tan preocupado (a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más
- U)** 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo
1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes
2 Estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora
3 He perdido completamente el interés por el sexo

(ANEXO 2)

CES-D

INSTRUCCIONES: Le voy a leer unas frases que describen como usted se podría haber sentido. Por favor dígame con que frecuencias usted se ha sentido de esta manera durante la semana pasada: raramente o ninguna vez, alguna o pocas veces, ocasionalmente o buena parte del tiempo; o la mayor parte del tiempo.

Durante la semana pasada, es desde ____ al ____ (fecha).	Raramente o ninguna vez (menos de 1 día)	Alguna o pocas veces (1 a 2 días)	Ocasionalmente o buena parte del tiempo (3-4 días)	La mayor parte o todo el tiempo (5-7 días)
1.- Le molestaron cosas que usualmente no le molestan.	0	1	2	3
2.- No se sentía con ganas de comer; tenía mal apetito.	0	1	2	3
3.- Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza aún con la ayuda de su familia o amigos	0	1	2	3
4.- Sentía que Ud. era tan buena como cualquier persona.	3	2	1	0
5.-Tenía dificultad a mantener su mente en lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
6.- Se sentía deprimida.	0	1	2	3
7.- Sentía que todo lo que hacia era un esfuerzo.	0	1	2	3
8.- Se sentía optimista sobre el futuro.	3	2	1	0
9.- Pensó que su vida había sido un fracaso.	0	1	2	3
10.- Se sentía con miedo.	0	1	2	3
11.- Su sueño era inquieto.	0	1	2	3
12.- Estaba contenta	3	2	1	0
13.- Habló menos de lo usual	0	1	2	3
14.- Se sintió sola	0	1	2	3
15.- La gente no era amistosa	0	1	2	3
16.- Disfruto de la vida.	3	2	1	0
17.- Pasó ratos llorando	0	1	2	3
18.- Se sintió triste.	0	1	2	3
19.- Sentía que no le caía bien a la gente	0	1	2	3
20.- No tenía ganas de hacer nada.	0	1	2	3



(ANEXO 3)

ENTREVISTA

1.- Datos Personales

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____
Estado Civil: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Lugar y tiempo de Residencia: _____
Ocupación: _____
Diagrama de las personas con las que vive (Familiograma):

2.- Motivo de la Consulta

¿Qué le ha llevado a acudir a la consulta? _____

3.- Información General:

3.1.- Información sobre su salud:

1.- ¿Cuál es su estado de salud actualmente? _____
¿Padece alguna enfermedad física? _____
¿Qué tratamiento sigue? _____
¿Ha sufrido algún tipo de accidente o intervención quirúrgica? _____

2.- Información sobre la paciente mujer

¿Sus menstruaciones son dolorosas? _____
¿Son regulares? _____
¿Cada cuánto tiempo? _____
¿Cuánto suelen durarle? _____
¿Le afectan de alguna manera? _____ ¿Cómo? _____

¿Esta tomando anticonceptivos orales? _____



3.- ¿Es fumador habitualmente? _____
¿Qué cantidad de cigarrillos consume al día? _____
¿Consume otro tipo de drogas? _____
¿Suele haber situaciones que favorecen tal consumo? _____
¿Cuáles? _____ ¿Por qué? _____

4.- ¿Consume habitualmente bebidas alcohólicas? _____
¿Qué cantidad? _____ Tipo de Bebida: _____
¿Suele beber en alguna situación más frecuentemente que en otras? _____
¿Por qué? _____

5.- ¿Considera que su dieta alimenticia es equilibrada? _____
¿Cuántas veces al día come y en qué cantidades? _____
Ejemplifique un día cualquiera:

6.- ¿Habitualmente cuántas horas duerme? _____
¿Suele levantarse descansado? _____
En caso negativo ¿Por qué? _____

7.- ¿Tiene relaciones sexuales? _____
En caso afirmativo, ¿está satisfecho con sus relaciones sexuales? _____

8.- ¿Está satisfecha, en general, con su salud física? _____

3.2.- Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas:

1.- ¿Tiene un grupo de amigos estable? _____
¿Cómo son sus relaciones con ellos? _____

2.- ¿Cómo son sus relaciones con sus compañeros de trabajo? _____
¿Y con sus superiores? _____

3.- ¿Cómo son sus relaciones con su familia? _____

¿Con quién se lleva mejor? _____

¿Tiene problemas con algún miembro de su familia? _____

4.- En caso de tener pareja estable _____

¿Desde cuando conoce a su pareja? _____

¿Cómo la describiría? _____

¿Qué puntos comunes tienen? _____

¿En qué son diferentes? _____

¿Está satisfecho con esa relación y con su pareja? _____

5.- ¿Cómo son las relaciones con la familia de su pareja? _____



6.- En caso de que no tenga pareja estable ¿Por qué? _____

En caso de que haya habido separación o divorcio:

¿Qué sucedió? _____

¿Cuánto tiempo hace de ello? _____

¿Cómo le afectó en su vida? _____

¿Qué cambio produjo? _____

¿En qué medida le afecta actualmente? _____

7.- En caso de tener hijos:

¿Cómo es su relación con ellos? _____

¿Los podría describir? _____

¿Existe algún problema en concreto en relación con ellos? _____

8.-¿Está satisfecho en general con sus relaciones sociales, familiares y personales? _____

9.- ¿Existe alguna persona con la que le gusta estar particularmente?

¿Porqué? _____

3.3.- Información sobre el trabajo actual y el tiempo de ocio

1.- ¿Cuáles son sus ocupaciones actuales? _____

¿Qué horario tiene? _____

2.- ¿Qué es lo que más le gusta de estas ocupaciones y lo que menos? _____

De 0 a 5, ¿cómo las puntuaría respecto a su agrado y respecto a su dominio? _____

¿Qué cambiaría de ellas? _____

3.- En general, ¿está satisfecho con las mismas? _____

4.- ¿Le gustaría trabajar en otra cosa? _____ ¿Cuál?

¿Por qué no lo hace? _____

5.-¿Cuáles son sus ambiciones profesionales futuras? _____

¿Qué expectativas de conseguirlas tiene? _____

6.- ¿Tiene tiempo de ocio? _____

En caso negativo ¿Por qué? _____

En caso positivo ¿Qué tipo de actividades suele realizar en este sentido? _____

¿Cuánto tiempo semanal le dedica? _____

¿Con quién realiza estas actividades? _____

¿Hay algo que le gustaría hacer y no hace? _____

¿Por qué? _____

3.4.- Estrategias de Autocontrol

1.- ¿Ha intentado alguna vez utilizar estrategias de autocontrol para resolver situaciones conflictivas? _____



En caso afirmativo, ¿Consiguió resolverlas? _____

En caso negativo, ¿Por qué? _____

2.- ¿Se considera capaz de controlar situaciones problemáticas cotidianas? _____

¿Puede poner ejemplos de esas situaciones y cómo suele resolverlas?

3.- En general, ¿se considera satisfecho con su capacidad de controlarse a sí mismo?

3.5.- Motivación hacia la intervención

1.- ¿Qué espera de esta intervención? _____

2.- ¿Está animada para colaborar activamente en la consecución de esta mejoría?

3.6.- Información sobre posibles recursos terapéuticos

1.- ¿Qué cosas y actividades le gustan mucho? _____

¿Las realiza? _____

En caso afirmativo ¿Con qué frecuencia? _____

En caso negativo ¿por qué? _____

2.- ¿Cree que hay alguna persona en su entorno que puede colaborar en su vida y atención hacia su persona? _____

(ANEXO 4)

TERMÓMETRO DEL ESTADO DE ÁNIMO

DIA							
MEJOR ESTADO DE ANIMO	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6
ESTADO DE ANIMO REGULAR	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2
PEOR ESTADO DE ANIMO	1	1	1	1	1	1	1

Número de actividades agradables _____

- Trate de considerar todos los números, no solamente 1, 5, ó 9.
- Hemos encontrado que lo más fácil es guardar el *Termómetro del Estado de Animo* cerca de su cama. Al final del día, antes de acostarse, puede pensar en su día y marcar su estado de ánimo.
- Mientras más practique usar el *Termómetro del Estado de Animo* más natural lo sentirá.
- Solo(a) Ud. sabe cómo se ha sentido durante el día. El número que escoja solo refleja como se sintió. No hay una respuesta correcta.
- Si quiere seguir anotando su estado de ánimo podría ser útil marcarlo en un calendario.

(ANEXO 5) EVALUACIÓN DE LA SESIÓN _____

INSTRUCCIONES: A continuación se le presentan una serie de aspectos sobre la sesión, a los que se le pide califique del 0 al 10 cada uno de ellos de la manera más honesta, recuerde que no hay respuestas correctas, incorrectas, buenas o malas.

ASPECTOS A EVALUAR	CALIFICACIÓN										
1. Sesión en General	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Estructura de la sesión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Información proporcionada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Información clara (entendí la información)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Distribución del tiempo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Tiempo en general	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Recursos o materiales empleados	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a) Presentación en Power Point	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b) Hojas Impresas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c) Música de Relajación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d) Espacio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Técnicas empleadas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a) Relajación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b) Presentación de la Información	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c) Cuestionarios / Hojas de Trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d) Revisión de tareas y termómetro de estado de ánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e) Explicación de la información (ejemplos)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f) Psicodrama y trabajo en sesión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Explicación del terapeuta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Participación del Terapeuta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	Peor					Excelente					
11. Marque el nivel de estado de ánimo con el que llegó.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Cómo se sintió al final de la sesión (marque el nivel del estado de ánimo)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	-										+
13.- Indique el nivel de tensión (con el que llegó)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14.- Evalué el nivel de relajación (después de la relajación)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(Anexo 6)

Síntomas manifiestos de la paciente en el Inventario de Depresión de Beck (Primera y Segunda Evaluación)

1) Primera Evaluación: 23 puntos (Depresión entre moderada y severa) y 16 síntomas presentes

PENSAMIENTOS	CONDUCTAS	SENTIMIENTOS	RELACIONES PERSONALES	SALUD
B Siento que no tengo perspectiva del futuro. N Creo que me veo fea C, E	D No disfruto de las cosas como antes I Lloro más que antes M Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora O Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo L, P, Q, R, S, T, U	B C Siento que existen muchas fallas en mi pasado E Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo K Me siento molesta o irritada más fácil que antes.	L He perdido mi interés en otra gente	P No puedo dormir tan bien como antes. Q Me canso más fácil que antes. R Mi apetito no es tan bien como antes. S No he perdido peso (he intentado perder peso comiendo menos) T Estoy muy preocupada con mis problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas. U Estoy menos interesado en el sexo que antes.

2) Segunda Evaluación: 4 puntos (Ausencia de manifestaciones de depresión) y 5 síntomas presentes

PENSAMIENTOS	CONDUCTAS	SENTIMIENTOS	RELACIONES PERSONALES	SALUD
E N Me preocupa verme vieja o poco atractiva	L	E Me siento culpable la mayor parte del tiempo	L Estoy menos interesada en otra gente que antes.	S No he perdido peso (he intentado perder peso comiendo menos) U Estoy menos interesado en el sexo que antes.

(Anexo 7)

Intensidad de los síntomas de la paciente manifestados en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

1) Primera Evaluación: 40 puntos (Depresión severa) y 14 síntomas de la depresión presentados de 4 a 7 días

	5-7 días	3-4 días	1-2 días	Menos de 1 día
PENSAMIENTOS	4 Sentía que era tan buena como cualquier persona 9 Pensó que su vida había sido un fracaso	7 Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	8 Se sentía optimista sobre el futuro	
CONDUCTAS		5 Tenía dificultad para mantener su mente en lo que estaba haciendo. 17 Pasó ratos llorando 20 No tenía ganas de hacer nada	16 Disfrutó de la vida	2 No se sentía con ganas de comer; tenía mal apetito. 13 Habló menos de lo usual.
SENTIMIENTOS	1 Le molestaron cosas que usualmente no le molestaban 3, 4	6 Se sentía deprimida 7 10 Se sentía con miedo 14 Se sintió sola 18 Se sintió triste	8 12 Estaba contenta.	
RELACIONES PERSONALES	3 Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza aún con la ayuda de amigos o familia 19 Sentía que no le caía bien a la gente	14 15 La gente no era amistosa		
SALUD			11 Su sueño era inquieto	

2) Segunda Evaluación: 2 puntos (Ausencia de depresión) y 15 síntomas de la depresión presentados en menos de 1 día.

	5-7 días	3-4 días	1-2 días	Menos de 1 día
PENSAMIENTOS	8 Se sentía optimista sobre el futuro	4 Sentía que era tan buena como cualquier persona		7 Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo 9 Pensó que su vida había sido un fracaso
CONDUCTAS	16 Disfrutó de la vida			2 No se sentía con ganas de comer, tenía mal apetito. 5 Tenía dificultad para mantener su mente en lo que estaba haciendo. 13 Habló menos de lo usual. 17 Pasó ratos llorando 20 No tenía ganas de hacer nada
SENTIMIENTOS	12 Estaba contenta		14 Se sintió sola	1 Le molestaron cosas que usualmente no le molestaban 6 Se sentía deprimida 10 Se sentía con miedo 18 Se sintió triste
RELACIONES PERSONALES				3 Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza aún con la ayuda de amigos o familia 15 La gente no era amistosa 19 Sentía que no le caía bien a la gente
SALUD				11 Su sueño era inquieto



(ANEXO 8)

MANUAL DE INTERVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN DE MADRES CON HIJOS DISCAPACITADOS

(Retomando el Manual de Terapia de Grupo para el tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión de Muñoz, R., Ghosh-Ippen, C., Dwyer, E., et.al. y traducido al español por Gálvez, S. y Muñoz, R.; 2003)

OBJETIVO:

Reducir los síntomas de la depresión en las madres con hijos discapacitados mediante el uso del Modelo terapéutico Cognitivo-Conductual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Identificar las manifestaciones de la depresión de las madres con hijos discapacitados.
- ✓ Identificar los pensamientos saludables y dañinos
- ✓ Contrarrestar los pensamientos dañinos para fortalecer y aumentar los pensamientos saludables.
- ✓ Incrementar las actividades agradables
- ✓ Mejorar las relaciones personales y sociales.
- ✓ Fomentar una buena salud emocional y física.
- ✓ Disminuir las manifestaciones de la depresión.

DIRIGIDO A:

Madres con hijos discapacitados que manifiesten la presencia de depresión.

DURACIÓN:

+ 13 sesiones con duración de 1 hora cada una, tres veces por semana (5 semanas)

AREAS DE ATENCIÓN:

- 1) Pensamientos Saludables y Dañinos
- 2) Actividades Agradables
- 3) Relaciones Personales y Sociales
- 4) Mejorar la Salud Física y Emocional



PROPÓSITO: Mejorar el estado de ánimo de las personas a partir del adecuado manejo de las emociones que están dirigidas por los pensamientos y acciones.

BENEFICIOS DE LA TERAPIA PARA EL PACIENTE:

- ✓ Entender los factores que provocan la depresión.
- ✓ Identificar los factores detonantes de la depresión y cambiarlos para mejorar su estado de ánimo.
- ✓ Manejo asertivo de los problemas en su vida diaria.

REGLAS DE LA TERAPIA:

- ✓ Asistencia a todas las sesiones.
- ✓ Puntualidad
- ✓ Compromiso para acudir a las sesiones terapéuticas.
- ✓ Disposición para realizar las actividades durante la sesión y fuera de ella.

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES:

Actividades Previas: Aplicación del instrumento de Beck (Inventario de Depresión)

Sesión 1.- “Presentación del paciente - terapia - terapeuta”

Módulo I.- “Los Pensamientos”

Sesión 2.- “Sus pensamientos y su estado de ánimo” e “Identificación de pensamientos saludables y dañinos”

Sesión 3.- “Disminución de los pensamientos negativos para mejorar el estado de ánimo”

Sesión 4.- “Aumentar los pensamientos saludables para alcanzar la vida que usted quiere”

Módulo II.- “Las Actividades”

Sesión 5.- “Las actividades y el estado de ánimo”

Sesión 6.- “Actividades Agradables y Relajación”

Sesión 7.- “Identificando y cambiar actividades desagradables”

Sesión 8.- “Las metas como parte de su realidad”

Módulo III.- “Las Relaciones Personales”

Sesión 9.- “Las relaciones personales e interpersonales en la vida diaria”

Sesión 10.- “Problemas que se presentan en las relaciones personales”

Sesión 11.- “Mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo”

Módulo IV.- “La Salud”

Sesión 12.- “La salud y el Estado de Ánimo”

Sesión 13.- 2ª Aplicación del Inventario de Beck y del CES-D

MODULO	SESIÓN	OBJETIVO	TÉCNICAS
I	1	Presentar el Modelo de Intervención Cognitivo-Conductual para el paciente.	-Aplicación del inventario de Beck y el CES-D
	2	Informar al paciente sobre los pensamientos saludables, dañinos y la relación con el estado de ánimo.	-Relajación -Registro de pensamientos -Estrategias de cambio cognoscitivo -Autoevaluación -Tarea para casa
	3	Aprender a identificar y controlar los pensamientos dañinos.	-Relajación -Autoafirmaciones de enfrentamiento
	4	Incrementar los pensamientos saludables para tener una vida emocional sana.	-Relajación -Estrategias de cambio cognoscitivo. -Tarea para casa
II	5	Aprender cómo lo que hacemos propicia la forma en que nos sentimos.	-Relajación -Estrategias de cambio cognoscitivo -Registro de actividades -Tarea para casa
	6	Formular un plan para realizar más actividades saludables y aprender a relajarse.	-Relajación -Autoafirmaciones de enfrentamiento -Asignación de tareas graduales -Técnicas de dominio y agrado.
	7	Identificar y vencer los obstáculos que impiden realizar actividades agradables y mejorar el estado de ánimo	-Relajación -Autoafirmaciones de enfrentamiento -Técnicas de dominio y agrado -Tareas para casa
	8	Fijar metas alcanzables a corto y a largo plazo.	-Relajación -Programación de Actividades -Asignación de tareas graduales -Tarea para casa
III	9	Comprender que las relaciones con personas influyen en el estado de ánimo.	-Relajación -Práctica cognitiva -Tarea para casa



	10	Establecer nuevas formas de comunicación para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo.	-Relajación -Psicodrama -Tarea para casa
	11	Identificar alternativas para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo.	-Relajación -Psicodrama -Tarea para casa
IV	12	Identificar la relación existente entre el Estado de ánimo y la salud.	-Relajación -Programación de Actividades. -Autoafirmaciones de enfrentamiento -Tareas para casa
	13	Medir el grado de depresión al concluir con la intervención.	-Aplicación del inventario de Beck y el CES-D



(ANEXO 9)

Atlacomulco, Estado de México, a ____ de ____ de ____

Carta de Autorización

Yo _____hago constatar que doy mi autorización para participar en las sesiones de psicología, en la que se me aplicará el “Manual de Intervención de la Depresión” en el lapso de dos meses, en las instalaciones del Centro de Neurodesarrollo, Psicomotricidad y Rehabilitación (CENEPRE) Atlacomulco; dichas sesiones serán bajo la supervisión de la Estudiante en Psicología del Centro Universitario UAEM Atlacomulco María Azucena Hernández Silva.

Así mismo asisto con la confianza y seguridad de que la información proporcionada durante las sesiones, serán utilizadas con confidencialidad para fines educativos y no lucrativos; a fin de que se cuide mi integridad.

Autorizó

Nombre y Firma



(ANEXO 10)

CARTA DE CONSENTIMIENTO

El propósito de éste documento es obtener su consentimiento para poder grabar las sesiones que se desarrollarán en las instalaciones del Centro de Neurodesarrollo, Psicomotricidad y Rehabilitación CENEPRE Atlacomulco.

La finalidad de grabar las sesiones, será para analizar mejorar la información y el procedimiento proporcionado durante las sesiones.

La información revelada en las grabaciones no será difundida o utilizada para algún otro propósito.

Si usted está conforme con lo anteriormente dicho, firme por favor donde se le indica.

Consentimiento:

Yo, el interesado, doy permiso por este medio para que las sesiones sean grabadas para los propósitos enunciados arriba.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

(ANEXO 11)

ESQUEMA DE SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE ANIMO

FECHA	SESIÓN	RELAJACION		EDO. DE ANIMO		TERMOMETRO DEL ESTADO DE ANIMO
		Inicio	Final	Inicio	Final	
19/10/09	1	--	--	--	--	--
20/10/09						--
21/10/09						--
22/10/09						--
23/10/09						4
24/10/09						6
25/10/09						7
26/10/09	2	1	9	5	9	6
27/10/09						6
28/10/09						7
29/10/09						7
30/10/09	3	5	10	6	9	6
31/10/09						5



1/11/09										3
2/11/09										3
3/11/09										5
4/11/09	4	2	10	8	10					6
5/11/09										6
6/11/09	5	6	10	7	10					6
7/11/09										6
8/11/09										8
9/11/09	6	4	10	6	9					8
10/11/09										8
11/11/09	7	4	10	6	10					7
12/11/09										5
13/11/09	8	2	10	2	9					7
14/11/09										8
15/11/09										8
16/11/09	9	4	10	4	9					8
17/11/09										8



18/11/09	10	5	10	3	9	8
19/11/09						7
20/11/09						9
21/11/09						7
22/11/09						8
23/11/09						8
24/11/09						7
25/11/09	11	1	9	5	9	8
26/11/09						8
27/11/09	12	3	9	5	9	8
28/11/09						6
29/11/09						8
30/11/09						--
1/12/09						--
2/12/09	13	--	--	--	--	--