

UNIVERSIDAD LA SALLE



CARRERA DE PSICOLOGIA

TESIS DE GRADO

**“PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR EL GRADO DE
DEPRESIÓN EN PACIENTES DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y SALUD
MENTAL SAN JUAN DE DIOS EN LA CIUDAD DE LA PAZ”**

ESTUDIO DE CASO

Por:

Victoria Alejandra Urtaza Nava Morales

Profesor Guía:

Mag. María Ximena Borda de Bravo

**Tesis de Grado presentado al Departamento de Psicología como requisito para la
obtención del Título de:**

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

**La Paz - Bolivia
2014**

DEDICATORIA

La presente investigación va dedicada con mucho cariño a mi madre que me dio la vida y. Estoy y estaré agradecida siempre por todo su apoyo brindado.

A mi hermosa familia:

A mi tía Sonia Nava Morales por estar siempre conmigo en todos los acontecimientos de mi vida.

A mi tía Cynthia Nava Morales por todo el cariño, apoyo emocional, guía en mi formación como persona, cariño constante y por sobre todo por el amor que me has brindado.

A mi tía Patricia Nava Morales que nunca se olvida de mí y a pesar de la distancia me demuestra su cariño constantemente.

A mi tía Silvia Nava Morales que me quiere muchísimo y siempre ha sido tan buena conmigo.

A mi tío Federico Nava Morales que quiero un montón.

Por supuesto que también a todas mis primas y primos que siempre han estado conmigo, son un apoyo constante y fuente de alegrías en mi vida.

A mi mejor amiga y hermana del alma Mariana Barrón por apoyarme y estar conmigo en todo momento.

A mí querida tutora Mag. Ximena Borda que más que una maestra ha sido un apoyo constante en mi formación desde que entre a la universidad y en el trayecto de este trabajo me ha ayudado infinitamente en mi vida personal.

Y por supuesto a mí querida Mag. Elizabeth Salazar que es como una madre para mí, que con su inspiración constante y aliento me motivo durante todos estos años hasta el día de hoy en la culminación de mi carrera.

Ustedes son IMPORTANTES Y MUY ESPECIALES para mí sigan siendo las personas increíbles que son iluminando el camino por donde pasan.

AGRADECIMIENTOS

Quiero empezar agradeciendo a mi madre Norah Rossana Elizabeth Nava Morales Ortiz por todo su apoyo y cariño por permitirme dar este paso tan importante en mi vida. Apoyarme siempre con mi decisión al estudiar esta carrera que amo tanto, gracias mama lo conseguimos es el mejor regalo que pudiste darme te amo.

A mi hermano Sebastián por ser mi sujeto experimental durante todo el proceso y hacerme reír tanto.

A mis tías por todo el cariño y apoyo constante desde que vine a este mundo.

A mis primos que quiero tanto y admiro que son profesionales: Valeria Díaz, Marcela Díaz, Valentina Arteaga, Silvia Salazar y que ahora me uno a ustedes.

A mis primos que están en formación y quiero muchísimo por brindarme momentos infinitos de alegría y diversión: Ignacio Arteaga, Eliana Arteaga y Laura Díaz.

A mis abuelos que desde arriba deben estar orgullos Norah y Federico.

A mi querida tutora Mag. Ximena Borda por todo su apoyo constante, dedicación, paciencia y sabiduría que sin ella no hubiéramos logrado esta investigación te quiero infinitamente.

Al Dr. Marcelo de la Quintana que ha sido un referente importantísimo durante toda mi formación fue un lujo tenerlo de docente, sus consejos y apoyo constante lo adoro.

También quiero agradecer a la Doctoranda María Elizabeth Salazar por la formación que me dio, por su cariño, total entrega su paciencia y predisposición a ayudarme es como una madre para mí.

A Mag. Christian Alfredo Ferreira Alarcón por todo su apoyo, guía constante consejos increíbles la buena predisposición, cariño y buen espíritu que siempre has tenido te quiero mucho.

A la Dr. María Nela Paniagua por ser fuente de inspiración y guía en mi formación.

Al Lic. Erick Fernandez por toda su guía y recomendación sin usted no lo hubiera conseguido, gracias por su paciencia e infinita dedicación.

Gracias a todos ustedes mis docentes por siempre estar conmigo no solo en la formación académica si no que en lo personal con su apoyo y constante cariño.

Son personas inspiradoras que estarán siempre en mi corazón los quiero muchísimo.

A mi terapeuta Mag. Leonardo Prado Rivas por ayudarme a reconstruir mi vida y ser una persona increíble. Lo admiro demasiado no solo es un docente excepcional si no un excelente psicoanalista. Siga ayudando a los demás para esto nació.

También agradezco al Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan De Dios, por abrirme las puertas y permitirme realizar esta investigación.

A los pacientes que formaron parte de la investigación espero puedan ver el mañana con otros ojos, les deseo lo mejor.

Al Dr. Ernesto Málaga por toda la buena predisposición y confianza depositada en mi persona. Su ayuda fue muy importante.

A la Lic. Yanett Alanoca por todo su apoyo y colaboración.

Al Dr. López por toda la buena predisposición.

Por último pero no menos importante:

A mis compañeras de curso que me han apoyado un montón durante estos cuatro años con sus consejos y apoyo para llegar hasta aquí, las quiero muchísimo chicas: Stefanie Galias Pastor y María Fernanda Mazuelo.

Agradezco a la vida por cada uno de ustedes los llevare siempre en la memoria. Ya estoy aquí y no pude visualizarlo mejor. Todo se puede en la vida es cuestión de dedicación.

Así que puedo ser feliz. Pero sé que esto no termina aquí esto es un peldaño más en la gran escalera que me falta recorrer para llegar a mi sueño....**GRACIAS POR SER PARTE DE ESTE PASO TAN IMPORTANTE PARA MI...!!!!**

Camino por este camino solitario

El único que he conocido

No sé a dónde va, pero es un hogar para mí

Camino por esta calle vacía, en el boulevard de los sueños rotos

Leo entre líneas lo que está mal, pero todo está bien

Camino sobre el borde que divide mi mente en algún lugar

Reviso mis signos vitales, para saber si aún sigo vivo.

Camino solo...

“Billie Joe Armstrong”

Green Day - Boulevard of broken dreams

RESUMEN

En la presente investigación se aplicó un programa de enfoque cognitivo conductual para reducir el grado depresivo en cuatro pacientes del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan De Dios, dos pacientes designados para el grupo experimental y dos pacientes para el grupo control.

La metodología utilizada fue del tipo descriptiva, se utilizó un diseño cuasi experimental con pre prueba y post prueba Inventario de Depresión de Beck II. (Aaron T. Beck, 2011)

Se aplicaron en el transcurso del programa autoregistros para evidenciar los pensamientos positivos y negativos, las actividades agradables y los contactos con la gente junto a los cuadernos de trabajo donde se realizaban actividades según el módulo de trabajo.

La intervención consto de 12 sesiones, de tres módulos cada una, compuesta por cuatro sesiones.

Una vez aplicado el programa, los resultados de la post prueba mostraron que los grados de depresión se redujeron.

El inventario de depresión de Beck (B.D.I II) fue sometido a la prueba de hipótesis McNemar, fue aplicado sobre un grado de error del 5%, teniendo una puntuación de 12.07 a comparación con la chi cuadrado χ^2 de un grado de libertad a 3.84 por lo que el programa resulta con un 95% de confiabilidad lo que significa que hubo cambios entre la pre prueba y post prueba debido al decremento del grado depresivo.

Por lo que se comprobó la hipótesis planteada, al reducir el grado de depresión al aplicar el programa cognitivo conductual en los pacientes.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
RESUMEN.....	v
CAPITULO I INTRODUCCION.....	5
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.2. JUSTIFICACIÓN	9
1.3. OBJETIVOS	13
1.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
CAPITULO II	14
MARCO TEORICO.....	14
2.1. DEPRESIÓN.....	14
2.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DEPRESIÓN:.....	16
2.2.1. Trastornos depresivos.....	17
2.2.5. Los grados en la depresión	19
2.3. PRINCIPALES TEORÍAS PSICOLÓGICAS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.....	23
2.3.1. Teorías psicodinámicas	24
2.3.2. Teorías conductuales	26
2.3.3. Teorías interpersonales.....	28
2.3.4. Teorías cognitivas	29
CAPITULO III.	43
MARCO METODOLOGICO	43
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	43
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.3. SUJETOS DE ESTUDIO.....	44
3.4. CONTEXTO	46
3.5. HIPÓTESIS.....	47
3.6. VARIABLES	48
3.6.1. Identificación de Variables	48
3.6.2. Definición Conceptual de Variables	48

3.6.3. Operacionalización de las Variables	49
3.6.4. Descripción del programa cognitivo conductual individual	52
3.6. 5 Técnicas e instrumentos	52
IV.3.Procedimiento	57
CAPITULO IV	58
DESCRIPCION DEL PROGRAMA	58
CAPITULO V	62
RESULTADOS	62
CAPITULO VI.....	77
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	77
VII. BIBLIOGRAFIA	85
VII.I. Referencias:	85
GLOSARIO	88
ANEXOS	91

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Trastornos depresivos.....	17
Tabla 2: Errores cognitivos en el procesamiento de la información en la depresión según la teoría de Beck (1983):	41
Tabla 3: V I: Programa cognitivo conductual individual	49
Tabla 4:Estructura de las sesiones.....	50
Tabla 5: V D: Grado de depresión.....	51
Tabla 6: Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck.....	56
Tabla 7:Programa cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión.....	60
Tabla 8: Comparación de la pre prueba y post prueba	62
Tabla 9: Resultados de la pre prueba y post prueba del grupo experimental y del grupo control	63
Tabla 10: Resultados del autoregistró termómetro del estado de ánimo resultado	64
Tabla 11: Resultados del autoregistró termómetro del estado de ánimo resultado	65
Tabla 12: Lista de pensamientos positivos y negativos resultados del autoregistro	66
Tabla 13: Pensamientos positivos y negativos del sujeto R.P. (S1)	67
Tabla 14: Semana 1: Pensamientos positivos y negativos del sujeto R.P. (S1)	68
Tabla 15: Semana 2: Pensamientos positivos y negativos del sujeto R.P. (S1)	69
Tabla 16: Pensamientos positivos y negativos del sujeto V.G. (S2)	70
Tabla 17: Semana 1: Pensamientos positivos y negativos del sujeto V.G. (S2).	71
Tabla 18: Semana 2: Pensamientos positivos y negativos del sujeto V.G. (S2).	72
Tabla 19: Resultados del autoregistro: Lista de actividades agradables de R.P. (S1).....	73
Tabla 20: Resultados del autoregistro: Lista de actividades agradables de V.G. (S2).....	74
Tabla 21:Puntuación obtenida de la pre prueba y post prueba del inventario de Beck.....	75
Tabla 22:resultado del test de McNemar.....	76
Tabla 23: Pre prueba.....	77
Tabla 24: Post prueba.....	78

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA 1: Resultados pre prueba y post prueba del Inventario de Depresión de Beck II (Aaron T. Beck, 2011).....	63
GRAFICA 2: Resultados del autoregistró termómetro del estado de ánimo.	64
GRAFICA 3:Resultados del autoregistró termómetro del estado de ánimo.	65
GRAFICA 4: Semana 1: Pensamientos positivos y negativos del sujeto R.P. (S1).....	68
GRAFICA 5: Semana 1: Pensamientos positivos y negativos del sujeto R.P. (S1).....	69
GRAFICA 6:Semana 1: Pensamientos positivos y negativos del sujeto V.G. (S2).....	71
GRAFICA 7:Semana 2: Pensamientos positivos y negativos del sujeto V.G. (S2).....	72
GRAFICA 8:Cantidad de actividades agradables de R.P. (S1).....	73
GRAFICA 9:Cantidad de actividades agradables de V.G. (S2).....	74

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Aplicación del programa cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión.....	46
---	----

CAPITULO I

INTRODUCCION

La depresión está cobrando actualmente una gran importancia a nivel mundial, esta enfermedad para el año 2020 según datos de la O.M.S, se convertirá en la primer causa de incapacidad laboral y la primera causa de morbilidad antes que las enfermedades cardíacas y accidentes automovilísticos, lo que la pone como una necesidad bastante alta dentro de los centros, hospitales de salud mental y la sociedad en general.

El estudio propuesto en esta investigación, pretende evaluar el efecto de la aplicación del programa cognitivo conductual para reducir el grado de depresión en pacientes depresivos, en los casos estudiados. Comparando de manera sistemática los dos casos experimentales en los que se aplicó el programa para evidenciar los resultados basados en la hipótesis planteada, con los dos casos del grupo control.

La terapia cognitiva es un modelo psicoterapéutico a corto plazo, activo, directivo, estructurado. Desarrollado por Aaron T. Beck. (Beck A. T., 1967).

El principal centro de interés de los modelos cognitivo-conductuales consiste en ayudar al paciente a examinar la manera en que construye y entiende el mundo (cogniciones) y a experimentar con nuevas formas de respuesta (conductual). Ayudando al paciente a comportarse de manera adaptable. (Reinecke, 1995).

El modelo de terapia cognitiva fue aplicado con pacientes internados en centros y con pacientes externos y puede ser un tratamiento psicoterapéutico, junto con la conveniente farmacoterapia.

La premisa central de la psicoterapia cognitiva conductual establece que existe en el paciente un mal procesamiento de la información, lo que produce sesgos cognitivos y predispone a los individuos a la depresión clínica.

De esta manera es que el enfoque cognitivo conductual es un perfecto aliado para tratar la depresión, su sintomatología que es vivida por el individuo que la padece con un intenso sufrimiento. Que de no ser intervenido a tiempo, podría volverse crónico, incrementando el grado depresivo predisponiendo al suicidio del enfermo. Estos aspectos se desarrollan ampliamente en el capítulo que corresponde al Marco Teórico.

Es por ello que esta investigación de corte psicológica, es de vital importancia para integrar el tratamiento que los pacientes con depresión reciben, optimizando los resultados y en el mejor de los casos dependiendo del grado depresivo en el que se encuentre el paciente lograr la remisión de esta enfermedad o proveer de estrategias de afrontamiento al individuo que padece y de esta manera brindarle un apoyo psicológico permanente.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la sociedad actual la depresión es bastante frecuente afecta a las personas en los distintos ciclos de su vida, ya sea en la niñez, adolescencia, adultez y ancianidad. Por depresión clínica se entiende como una categoría psicopatológica y enfermedad psiquiátrica que puede adoptar la forma de síntoma que es la vivencia subjetiva anómala de sentirse deprimido, de síndrome el cual es un estado accesible al diagnóstico clínico y como enfermedad por su nosología y etiopatogenia es decir el curso propio (Vidal, 1988). Esta se encuentra dentro de los trastornos afectivos en el D.S.M IV (Manual Estadístico de los trastornos Mentales IV revisión), afectan el estado de ánimo del individuo, porque a diferencia de la tristeza que es un estado de ánimo que se experimenta de ordinario y es de corta duración, la depresión altera la conducta y causa un deterioro marcado en una o varias áreas del individuo como ser el área laboral, familiar y social. Personas que están cursando algún tipo de depresión que se encuentran incapaces de reaccionar ante su entorno por lo que la depresión causa en estas personas., como ser que pierdan la capacidad de disfrutar actividades que antes disfrutaban, empiezan a ensimismarse, aislándose de familiares, amigos o conocidos al no tener una información adecuada de lo que padecen estas personas hay tendencias a estigmatizar los síntomas por los que la está cursando y hay una tendencia a ignorar la gravedad de la enfermedad por parte de la familia y el entorno en general. Si tenemos en cuenta las repercusiones laborales como el ausentismo a causa de la anhedonía (falta de sentimientos de placer en actividades que previamente disfrutaban), problemas familiares, conflictos de pareja por decir un ejemplo y psicológicos como la falta de concentración constituyen hoy un tema importante dentro de la psicopatología y la psiquiatría.

En el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión, un trastorno mental que altera sus vidas. Sin embargo, debido a la estigmatización que todavía existe de este trastorno, muchos de los afectados no reconocen su enfermedad y no buscan tratamiento (OMS, 2012). Según datos de la Organización Mundial de la Salud se estima que en 2020 la depresión será la primera causa de incapacidad laboral. Además, para esa fecha se convertirá en la tercera causa de morbilidad, tras las enfermedades coronarias y los accidentes de tráfico.

Debido a la sintomatología que cursan estas personas es que dependiendo del tipo de depresión por la que cursen puede haber una alta ideación suicida la cual podría llegar a la

culminación del acto, teniendo así un elemento fundamental dentro del riesgo en el que se necesita una valoración rápida de esta problemática y su necesidad de ser abordada.

Es por ello que una atención rápida, practica y correcta a la hora de tratar la depresión se presenta como una alternativa ideal para hacer frente a la enfermedad que es una entidad nosología definida por su etiopatogenia y curso propio.(Vidal, 1988).

Tradicionalmente la depresión es abordada en primera línea por el tratamiento farmacológico antidepresivo es en la década de 1950 se producen los descubrimientos que derivarían en la creación de la farmacología de la depresión como de las hipótesis bioquímicas(Vidal, 1988). Debido a que el modelo bioquímico de la depresión plantea esta interacción psicobiológica de la depresión de la siguiente manera: “los estados depresivos son el resultado de la interacción de múltiples factores, genéticos, bioquímicos e interpersonales, cuyos efectos convergen en el sistema límbico y originan una alteración funcional reversible de los mecanismos cerebrales de gratificación y refuerzo”(Vidal, 1988).

Debido a referencias en distintas investigaciones actuales, existe hoy otra tendencia donde los abordajes psicoterapéuticos son la manera de abordar la depresión en primera línea o en conjunto a la farmacológica., potenciando su efecto, especialmente utilizando la terapia cognitiva conductual., la siguiente investigación que se menciona plantea que: 8 de cada 10 pacientes depresivos abandonan la terapia farmacológica(Catalina Serna, 2003). Hizo mención de lo siguiente: “El 78% de los pacientes con depresión abandona el tratamiento farmacológico antes de tiempo. Ésta es una de las conclusiones de un estudio publicado en la revista EuropeanPsychiatry y realizado en España, con una muestra de 7.525 pacientes. Una tasa de abandono tan elevada cuestiona gravemente, además, la pertinencia de esta estrategia de intervención (el tratamiento farmacológico) como el abordaje de primera línea para la depresión. Si tenemos en cuenta que existen otras alternativas, como el tratamiento psicológico y, en concreto, la terapia cognitivo-conductual, que ha demostrado una eficacia igual o superior para el tratamiento de la depresión y que supone menos riesgos para la salud y menos efectos secundarios”(Catalina Serna, 2003). Otro estudio que lleva por título: La terapia cognitivo-conductual es más eficaz para la depresión y la ansiedad menciona lo siguiente: “En contrapartida, y si tenemos en consideración la evidencia científica de los últimos años, la terapia psicológica y, específicamente, la terapia cognitivo-conductual, ha demostrado ser una

alternativa más eficaz y económica que los fármacos para el tratamiento de la ansiedad y de la depresión y, a diferencia del tratamiento farmacológico, no supone ningún riesgo para la salud y no presenta ningún efecto secundario adverso”(Psicolatina, s.f.).

“El tratamiento psicológico es aconsejable por encima del farmacológico cuando el problema de salud mental que presenta el paciente está complicado por otras condiciones médicas, como abuso de alcohol o drogas”(Psicolatina, s.f.).

Como se conoce la terapia cognitivo conductual en la depresión es referida como un método eficaz para el tratamiento de la depresión es por ello que la necesidad de implementar y estudiar metódicamente esta técnica de tratamiento es de vital importancia. No por ello se plantea remplazar el tratamiento farmacológico, si no el de integrar la intervención en la depresión.

Desde el enfoque cognitivo conductual de procesamiento de la información propuesta a partir de triada cognitiva propuesta por Aaron Beck (1967): que en esencia postula que las personas con depresión existiría una percepción negativa de sí mismo, del mundo que le rodea y del futuro. Éstos postulados conformarían la triada cognitiva negativa en la depresión, que desde este enfoque mantendrían la depresión. Y con ello el resto de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan a estas perturbaciones afectivas (Beck, 1986, 1989 en Lara 2010).

Con el aumento de la población que padece o padecerá depresión como lo anuncia la O.M.S para la proyección del 2020, como primera causa de incapacidad laboral es que se ve la necesidad de sistematizar a través de estudios sobre intervenciones o alternativas terapéuticas psicológicas que atiendan este problema actual de la depresión, proponiendo el enfoque cognitivo conductual.

En la sociedad actual por mencionar uno de los tantos factores, existe un nuevo estilo de vida, en el cual las personas viven aceleradas, con trabajos, compromisos, etc. causando un estilo de vida ajetreado el cual predispone al estrés que se genera en las actividades cotidianas que al no ser resueltas en un tiempo de adaptación es decir de búsqueda de homeostasis del propio organismo debido a las demandas del diario vivir y que no son resueltas dichas demandas, producen el distres el cual pone en una posición de vulnerabilidad a la persona a padecer

depresión, así mismo otros factores predisponentes para la aparición posterior de la depresión. Según Freeman y Beck, se debe tomar en cuenta que la interacción el entorno, la crianza, la sensibilidad al rechazo, el abandono o a la frustración suelen desarrollar miedos y creencias intensas sobre el significado catastrófico de esos hechos. Y con estos nuevos estilos de vida es como estos factores se presentan en nuestra sociedad, en nuestro contexto se está realizando una atención primaria con campañas para la detección de la depresión, que sin embargo es conveniente el estar preparados y contar con profesionales de la salud eficaces tanto médicos psiquiatras como psicólogos que atiendan integralmente este problema.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La depresión es un tema de primordial para la salud pública, es una de las seis patologías primordiales del plan de salud mundial por lo que la mejora y empleo de técnicas psicológicas destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen depresión son cada vez más necesarios y demandados.

Por ello, la necesidad de implementar un programa cognitivo conductual que atienda estas necesidades es de valiosa importancia en tanto permitirá entender este malestar humano que requiere un tratamiento adecuado. “La depresión constituye la mayor fuente humana de infortunio y sufrimiento. Su frecuencia es muy alta y todo parece que va en aumento”(Vidal, 1988). Siguiendo a este dato uno de los síntomas más peligrosos dentro de los trastornos depresivos es la ideación suicida criterio mencionado en sistemas de clasificación como: el DSM IV (Manual Diagnostico y Estadístico de las enfermedades mentales cuarta revisión). y el CIE 10 (Clasificación internacional y estadística de las enfermedades mentales decima revisión). Que predispone a la población que sufre este trastorno en riesgo de muerte no natural. “El 15% de los deprimidos graves terminan suicidándose”(Vidal, 1988). Es por ello que debido a la incidencia de pacientes depresivos en la población en general es que se efectúan campañas de detección temprana de la depresión para prevenir la exacerbación de los síntomas y la detección temprana de esta enfermedad, con el peligro que conlleva como se mencionó anteriormente.

En la ciudad de la Paz, Bolivia se implementó en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios una primera campaña gratuita de detección de la depresión efectuada entre el 11 y 22 de marzo de 2013 sugiriendo que del 100% de los participantes el 45% presentaba algún tipo de depresión. Este dato nos informa de lo actual y contextualizada que es esta problemática en el departamento. En el mismo hospital se encuentran internos pacientes con este cuadro afectivo depresivo, y es por ello que esta incidencia de pacientes en la comunidad de adicciones del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan De Dios es que se piensa que existe la necesidad de implementar un programa cognitivo conductual, en cada uno de los casos, que se propone estudiar en la comunidad para intervenir, y de esta manera complementar e integrar el trabajo clínico implementado en el hospital. Cabe resaltar que: los síntomas depresivos pueden también ser secundarios a problemas importantes por ejemplo el abuso de sustancias.(Wilson, 1995). Es decir estos problemas pueden venir enmascarados por otro problema secundario. Seguido a esto es importante aclarar que la visión que se tiene pensada para implementar el programa parte de un enfoque Bio-psico-social, en el cual se pretende integrar junto con el trabajo multidisciplinario recibido por estos pacientes en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan De Dios. De esta forma es que a través de un control semanal y un trabajo conjunto entre el paciente y el experimentador se podrá evidenciar la mejoría de la sintomatología depresiva teniendo sesiones estructuradas en base al manual de terapia individual cognitivo-conductual de depresión.(Ricardo F.Muñoz., 1995).

Solo por señalar algunos aspectos importantes., es que uno de ellos es el de pensar en los familiares y personas allegadas a estos pacientes que sufren de depresión, señalar que estos sufren directa o indirectamente durante la enfermedad y desarrollo de los síntomas del paciente, es por ello que es importante contar con el apoyo profesional necesario que garantice un tratamiento completo e integral.

Justificación Científica-Psicológica.

La necesidad de abordar la problemática desde el enfoque cognitivo-conductual en el cual se establecen metas claras ya que la eficacia ha sido demostrada en el tratamiento de la depresión en distintas investigaciones anteriores y es una de las terapias más utilizadas en este trastorno (Maria Azucena, 2010). No solamente desde la parte médica, psiquiátrica sino desde un abordaje psicológico. Proporcionando en el entorno inmediato una serie de estrategias y recursos en el paciente para afrontar la enfermedad de la mejor forma posible y brindando bienestar al núcleo familiar y social. Es por ello la importancia de implementar un programa cognitivo conductual para la depresión. (Ricardo F. Muñoz., 1995), de esta forma brindar a los pacientes un tratamiento adecuado a las necesidades en base a su sintomatología depresiva.

La depresión está cobrando actualmente suma importancia a nivel mundial como se mencionó esta enfermedad para el año 2020 según datos de la O.M.S se convertirá en la primer causa de incapacidad laboral y la primera causa de morbilidad antes que las enfermedades cardíacas y accidentes automovilísticos, lo que la pone como una necesidad bastante alta dentro de los centros, hospitales de salud mental, la sociedad, es por ello lo importante de contar con programas específicos que aborden esta problemática, siendo así validados y demostrados a partir de investigaciones como la que se propone en este trabajo, en el contexto del departamento La Paz, para contar con estos instrumentos a la hora de intervenir brindando al paciente depresivo un soporte profesional adecuado y verificado.

Es por esto que la sociedad se beneficiaría del estudio planteado dirigido a pacientes que presentan depresión. Planteando una alternativa terapéutica., dentro de la ciencia psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual, para su tratamiento con el aporte brindado, ya que esta necesidad ira en crecimiento como lo menciona la O.M.S, y el que reciban un tratamiento integro en el hospital a parte de la medicación, es de vital importancia brindando a este segmento de la sociedad, estrategias a la hora de afrontar esta enfermedad

Además el aporte para la ciencia de plantear una alternativa terapéutica bajo un estudio de caso ya que este seria, sistematizado próximo a la población de estudio cómo se puede brindar dentro de un estudio de caso, el cual tiene las siguientes ventajas: que permiten el estudio de

muestras con grupos pequeños por lo que tienen un mayor grado de control, exigen poco tiempo dentro de su ejecución, son relativamente baratos y por lo tanto accesibles que los estudios de cohorte, brindando datos objetivos, estos datos proporcionan medidas de O.R: odds ratio (razón o probabilidades), que es usado y definido en epidemiología., como la posibilidad de que una condición de salud o enfermedad se presente en un grupo de población frente al riesgo de que ocurra en otro, estos tendrían una medida de tamaño o efecto, lo cual permitiría brindar datos confiables en el proceso de la aplicación del programa cognitivo conductual para la depresión, de esta manera se demostraría el efecto del programa y se estimaría un resultado posterior, para poder aplicarlo en otros casos de pacientes depresivos, garantizando de alguna manera el efecto del programa cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión.

Desde el punto de vista metodológico es importante la investigación de una alternativa terapéutica, el objetivo sería el de estudiar el comportamiento observable y el cambio conductual en la depresión que se daría en los casos estudiados, al observar y sistematizar el proceso llevado a cabo de esta manera se especificarían las etapas, como el proceso a seguir. Para que de esta manera sea accesible, claro y sistemático a la hora de posteriores repeticiones, lo cual serviría como una herramienta comprobada, garantizada y verificada para el uso de posteriores profesionales en el área de la salud, que necesitaran implementar el programa cognitivo conductual propuesto, así al emplearlo nuevamente en la población que presente depresión, brindaría un método válido. Según Beck importante teórico del modelo cognitivo de la depresión: Las técnicas específicas utilizadas se sitúan en el marco del modelo en psicopatología., siendo que la terapia cognitiva no podría aplicarse con efectividad si no se tiene un conocimiento de la teoría(Beck A. T., 1967). Es por ello la importancia de desarrollar un trabajo de investigación que haga una revisión teórica exhaustiva para su futuro uso en la replicación por profesionales de la salud mental., además de brindar la sistematización en su proceso de aplicación a través de estudio de caso, animando a posteriores investigaciones sobre la intervención cognitiva conductual de la depresión.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Aplicar un programa cognitivo conductual individual para reducir el grado de depresión en dos pacientes depresivos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan De Dios en la ciudad de La Paz.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el grado de depresión según el inventario de Beck II en dos momentos pre-prueba y post- prueba.
- Determinar el grado y clasificación de depresión de cada caso estudiado.
- Aplicar el programa cognitivo conductual de terapia individual para el tratamiento de depresión desarrollado por la investigadora.
- Comparar los resultados del grupo experimental con aquellos obtenidos por el grupo control.

1.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Se reducirá el grado en depresión de los casos seleccionados, del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan De Dios aplicando un programa cognitivo conductual individual que cause una mejoría en los pensamientos y sentimientos que tiene de sí mismo, mejore las actividades y contactos (relaciones interpersonales) del paciente depresivo?

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. DEPRESIÓN

Los sentimientos de abatimiento o depresión son viejos compañeros de la raza humana y seguramente, en sus formas menos graves, tienen una funciones filogenéticas adaptativas como, por ejemplo, recabar la atención y el cuidado de los demás (Gilbert, 1992).

Etimológicamente la palabra depresión proviene del latín *depressio* que significa: opresión, encogimiento o abatimiento. Es el diagnóstico psiquiátrico que pertenece a los trastornos del estado de ánimo descritos en el DSM IV.

La depresión como condición clínica tiene una serie de signos y síntomas que caracterizan a estos trastornos, una cosa es la tristeza que es un estado de ánimo experimentado ante situaciones adversas de la vida cotidiana, es de corta duración y no altera la conducta.

“A diferencia la depresión es una categoría psicopatológica que puede adoptar la forma de síntoma (vivencia anómala de sentirse deprimido), de síndrome (un estado accesible al diagnóstico clínico) y de enfermedad (entidad nosológica definida por su etiopatogenia y curso propio)”(Vidal, 1988).

La diferencia fundamental entre la depresión clínica y la tristeza común es que la depresión altera la vivencia de la persona que la padece en distintas esferas de su vida: laboral, familiar, actividades cotidianas del individuo. Delimitándolo y hasta dificultando su ejecución normal.

El estado depresivo o disforico ha sido estudiado desde hace bastante tiempo atrás conocido en sus inicios con el nombre de melancolía (del griego;melan, "negro" y colia, "bilis"), la depresión aparece descrita o referenciada en numerosos escritos y tratados médicos de la Antigüedad.

El origen del término se encuentra en Hipócrates medico griego (siglo iv a.c). para Hipócrates la melancolía se debe a desequilibrios en la secreción de la bilis negra o a una mala

combustión dentro del organismo que daría restos tóxicos, esta concepción de los trastornos humorales se mantendría intacta hasta el siglo XIX.(Belloch, Manual de psicopatología volumen II, 1997).

La palabra depresión se empieza a utilizar en el siglo XIX y a principio del siglo XX se emplea como termino diagnóstico. El cambio conceptual es hecho por el psiquiatra alemán Kraepelin el diferencio la enfermedad maniaco depresiva de la demencia precoz en su manual de psiquiatría en 1896. El término maniaco depresivo de Kraepelin incluía cuadros que hoy se conocen como distimia, depresión mayor, trastorno bipolar y ciclotimia. En sus palabras incluían cuadros por excesos de la afectividad. Pero las clasificaciones actuales no se restringen solo a las depresiones graves y severas como las melancólicas que describe el autor. Para Kraepelin las causas de la enfermedad maniaco depresiva eran innatas e independientes de causas sociales o psicológicas. Posición que fue ampliamente discutida por otros autores de la época. Como Freud en su obra Duelo y Melancolía, 1917.

Las distintas posturas han sido ampliamente discutidas por más de 50 años que están al parecer amortiguadas por el consenso clasificatorio que se determinó por la A.P.A (Asociación Psiquiátrica Americana) y la O.M.S (Organización Mundial de la Salud).Con sistemas clasificatorios como el DSM IV:(Manual Diagnostico y Estadístico de las enfermedades mentales cuarta revisión)., y el CIE 10 (Clasificación internacional y estadística de las enfermedades mentales decima revisión).Los síntomas o características que acompañan a los trastornos depresivos son desadaptativos bien sea por su frecuencia, intensidad o aparente autonomía que interfieren con la capacidad adaptativa de la persona llegando a ser patológicos.(Belloch, Manual de psicopatología volumen II, 1997).

2.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DEPRESIÓN:

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM V) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association, o APA).

Contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones de las categorías diagnósticas. Los trastornos depresivos en el DSM IV., se encuentran en el capítulo de los trastornos del estado de ánimo, definimos como los trastornos cuya característica principal es una alteración del humor. El DSM-IV define, por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo disforico), o maníaco, (estado de ánimo anormal o y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Episodios que combinados generan diversos episodios o características diagnósticas, constituyendo así los diferentes trastornos del estado de ánimo.

“La clave para comprender el sistema diagnóstico de los trastornos de ánimo es el concepto de episodio. A partir de esto se edifica el árbol nosológico de los trastornos afectivos”(Belloch, Manual de Psicopatología volumen II, 1997)

-Episodio depresivo mayor

-Episodio maníaco

-Episodio mixto

-Episodio hipomaníaco.

2.2.1. TRASTORNOS DEPRESIVOS

Los trastornos depresivos son categorías diagnósticas, en las que dependiendo de la gravedad de los síntomas se clasifican en depresión: leve, moderada o grave.

Tabla 1: Trastornos depresivos

TRASTORNO	CODIGO	DESCRIPCION	SINTOMAS
1-Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante.	F32, F33	Se da en pacientes que tienen uno o más episodios depresivos mayores.	cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas: -Estado de ánimo triste, disfórico o irritable. -Anhedonía o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales. -Disminución o aumento del peso o del apetito -Insomnio o hipersomnia -Enlentecimiento o agitación psicomotriz -Astenia -Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa -Disminución de la capacidad intelectual -Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas
2-Trastorno distímico	F34.1	Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte del tiempo, durante un mínimo de dos años.	Deben aparecer dos o más de estos síntomas: -Variaciones del apetito -Insomnio o hipersomnia -Astenia -Baja autoestima -Pérdida de la capacidad de concentración -Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza -Durante esos 2 años, no ha habido un periodo de más de 2 meses libre de los síntomas.
3-Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias		Se produce en una intoxicación o abstinencia de sustancias.	1. estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades 2. estado de ánimo elevado,

			expansivo o irritable
4-Trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad medica	F06	Prolongada y acusada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica	1. estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades 2. estado de ánimo elevado, expansivo o irritable
5-Trastorno depresivo no especificado	F32.9	Situaciones en que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos depresivos.	1. trastorno disfórico premenstrual: (síntomas depresivos sistematizados que se presentan en la última semana del ciclo menstrual y remiten en los primeros días de menstruación.) 2-depresion post-psicótico en la esquizofrenia:(Es sensible la presencia de un episodio mayor durante la fase residual). 3-depresión menor: (se cumple el criterio de dos semanas como en el episodio mayor pero no llega a más de 5 síntomas requeridos.). 4-trastorno depresivo breve recurrente: (caracterizado por cortos episodios depresivos con una duración de 2 días o dos semanas. Presentándose una vez al mes durante 12 meses.)

Fuente: (Lopez-Ibor Aliño, 2002)

Cabe resaltar la diferencia entre una depresión normal que es definida por periodos cortos de tristeza que no alteran de manera significativa el comportamiento del individuo, de la depresión clínica en la cual hay un deterioro global de la actividad del individuo además en la depresión clínica aunque su gravedad no sea diferente mientras que el estado de ánimo de ambos grupos es parecido. Los que acuden donde un profesional presentan una sintomatología vegetativa y somática (cambios en el sueño, apetito, cansancio.)

De esta manera es que los síntomas físicos son considerados como una línea importante divisoria entre la depresión normal y la clínica.(Depue, 1978).

Además de los diversos trastornos depresivos deben tomarse en cuenta en el diagnóstico la distinción entre depresiones primarias o secundarias., las primarias son aquellas en que en el cuadro afectivo existe aisladamente sin la presencia de otro cuadro distinto al afectivo, y en las secundarias son “pacientes con un trastorno médico o psiquiátrico preexistente diferente a la depresión o a la manía”(Goodwin, 1989).

2.2.5. LOS GRADOS EN LA DEPRESIÓN

Desde el C.I.E 10 esta clasificación se encuentra en la sección de trastornos del humor (afectivos) del F30 al 39: la depresión se divide en tres categorías: leve (F32.0), moderada (F32.1) y grave (F32.2 Y F32.3). El F32.3 está reservado para la depresión grave con síntomas psicóticos. La diferencia entre los grados leves, moderados y graves, se basa en una valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas presentes. Como son el nivel de actividad social y laboral cotidiana esto suele ser una guía general útil para ver la gravedad del episodio aunque existen factores sociales, culturales y personales que influyen en la relación de la gravedad de los síntomas y la actividad social, son lo suficientemente frecuentes e intensos que no sería prudente incluir el funcionamiento social entre las pautas esenciales de gravedad (Salud, CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento, 1992).

2.2.5.1. F32 EPISODIOS DEPRESIVOS

En los episodios depresivos el enfermo sufre de un humor disfórico, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas que antes disfrutaba (Anhedonía), disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado (astenia), que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

Manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) disminución de la atención y concentración.
- b) pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) ideas de culpa y de ser inútil (incluso en episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) pensamientos (ideación suicida), actos suicidas y autoagresiones.

f) trastornos del sueño (insomnio, hipersomnia).

g) pérdida del apetito.

La depresión en el estado de ánimo varía escasamente de un día a otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos": Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

F32.0 Episodio depresivo leve pautas para el diagnóstico

Presencia de ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar las actividades que antes realizaba o le producían placer, el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto

de los síntomas enumerados anteriormente en F32. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático

Se satisfacen completamente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síntomas somáticos o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síntomas somáticos (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede utilizarse esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres pero preferiblemente cuatro de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un individuo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.10 Sin síntomas somáticos

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síntomas somáticos

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos pautas para el diagnóstico

Durante un episodio depresivo grave, el individuo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos es necesaria una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede ser necesario hacer el diagnóstico a pesar de la duración menor a dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el individuo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o cotidiana estará limitado y sumamente deteriorada su actividad.

Incluye:

Episodios depresivos aislados de agitación.

Melancolía.

Depresión vital sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el individuo enfermo se siente responsable. Alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o de carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Incluye: Episodios aislados de:

Depresión mayor con síntomas psicóticos.

Depresión psicótica.

Psicosis depresiva psicógena.

Psicosis depresiva reactiva.

2.3. PRINCIPALES TEORÍAS PSICOLÓGICAS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Habiendo explicado y descrito lo que se entiende por trastornos de ánimo depresivos revisando de esta manera las clasificaciones diagnósticas, síntomas y características de estos cuadros afectivos, se procederá a examinar las teorías psicológicas más representativas que se han propuesto a lo largo de los años para explicar los trastornos depresivos pero se pondrá

mayor énfasis en las teorías cognitivas. Debido a que son terapias efectivas y de corta duración que se proponen para abordar la problemática de la depresión.

2.3.1. TEORÍAS PSICODINÁMICAS

Las primeras formulaciones psicológicas sobre los trastornos depresivos vinieron del psicoanálisis. Freud había trabajado en hipótesis respecto a la depresión pero fue su discípulo Karl Abraham entre los años 1911 y 1924 el primero en desarrollar articulando una teoría psicodinámica. Karl Abraham se vio influido por la teoría psicosexual de Freud y por su experiencia en la clínica, donde encontró que había una relación fuerte entre depresión y obsesión, fundamentada en la ambivalencia de amor-odio que se produce en estos trastornos. El concibe que la depresión es: una exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral. La persona depresiva que experimenta frustraciones repetidas en relación con los objetos de sus deseos libidinales-los padres típicamente- dentro de la fase preedipica, anterior a la resolución del complejo de Edipo, es entonces que se produce una asociación permanente de sentimientos libidinales junto a deseos destructivos de hostilidad.

Por ello es que Abraham entendió la pérdida de apetito que con frecuencia forma parte del cuadro depresivo como una defensa del paciente contra sus deseos hostiles de incorporar el objeto de amor. Es entonces que Sigmund Freud unió las hipótesis de Abraham para construir el núcleo del modelo psicodinámico en la depresión. Lo que diferenciaba al duelo y la melancolía es que esta última tenía la característica por una inmensa disminución de autoestima lo que llevaba a reproches excesivos y a expectativas irracionales de castigos inminentes, además de la vaga noción que el melancólico presentaba acerca de la naturaleza de su pérdida, no pudiendo a si reconocer la causa original de su tristeza.

De esta manera para minimizar el fuerte impacto de la pérdida de este objeto amado es que el niño en lo que respecta a Freud., interioriza una representación del objeto es decir lo introyecta como un mecanismo de defensa.

En general los postulados teóricos psicoanalistas recientes afirmarían que personas con depresión desde que son niños y por la pérdida de un objeto amado o por cualquier circunstancia de: muerte, rechazo, separación o abandono se volvieron demasiado sensibles a sensaciones de pérdida o abandono estas sean imaginarias o reales. Es por ello que su

autoestima y valoración como personas dependan en exceso de la aprobación y afecto en los demás, factores que predisponen a que estos sean incapaces de tolerar la frustración, en cuanto a cualquier circunstancia donde estas personas sean abandonadas, criticadas o rechazadas real o imaginariamente. De esta manera estar perdidas en el periodo de la primera infancia son un factor de vulnerabilidad, de diátesis que después en la edad adulta, conllevan a la presentación de cuadros depresivos si es que esta persona experimenta una nueva pérdida real o simbólica..(Belloch, Manual de psicopatología volumen II, 1997). El problema que se suscitó con estas teorías es el de no poder ser demostradas empíricamente ya que estas hablan de un proceso inconsciente y de estructuras subyacentes, entonces estas dificultades metodológicas presentaban serios problemas de irrefutabilidad y por ello la comprobación empírica de estas teorías. La teoría de la ira interiorizada por tomar un ejemplo se podría examinar sueños de personas depresivas pero algunos teóricos psicoanalistas al no ver evidencias en cuanto al contenido hostil en dichos sueños de las personas depresivas argumentarían sobre ciertos mecanismos de defensa que impide el contenido manifiesto verdadero del sueño, en relación con la hostilidad Beck en 1967 realizó estudios de esta naturaleza a lo cual en las propias palabras de Beck argumento lo siguiente: Los resultados iniciales de mis estudios empíricos parecían apoyar mi fe en los factores psicodinámicos específicos sobre la depresión, a saber, la hostilidad vuelta hacia sí mismo, expresada como “necesidad de sufrimiento”. Sin embargo, experimentos posteriores presentaron algunos resultados inesperados que parecían contradecir esta hipótesis. Tales inconsistencias me llevaron a evaluar de un modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y, finalmente, toda la estructura del psicoanálisis.(Beck A. T., 1967). Volviendo a las bases de los sueños masoquistas que constituían su estudio original no encontró evidencia alguna en el relato de sus pacientes además de ello como se había centrado en las experiencias de sí mismos y sus propias descripciones observo que estos adoptaban una visión global y negativa de sí mismos y sus experiencias en la vida. Este tipo de visiones en realidad similares a las imágenes de los sueños eran de otra manera, formas distorsionadas de interpretar la realidad. La idea de que el depresivo distorsiona sistemáticamente la realidad hacia un rumbo negativo. Encontrándose que en realidad tiene una visión negativa de sí mismo, del mundo y el futuro, lo que ahora es conocido como la triada cognitiva negativa que se explicara más adelante en la teoría cognitiva de Beck del procesamiento de la información. La formulación de la teoría psicoanalista que hace mención Beck en términos de diátesis-

estrés tiene puntos en común con teorías de corte cognitivas, haciendo de esta manera más factible su conversión de las diferentes teorías psicológicas. Algunos teóricos psicodinámicos como Blatt 1947, y Bowlby en 1980, han postulado la existencia dos tipos de depresión.

- A) Anaclítica, dominada por el otro o dependiente.
- B) Introyectiva, dominada por las metas o autocrítica.

Estos dos tipos de depresión fueron postulados en teorías cognitivas, especialmente en la de Beck (1983). Aunque hay diferencias entre teóricos psicoanalíticos o cognitivos ambos coinciden al menos en estas dos depresiones a nivel descriptivo. Ambos enfoques coinciden en la incidencia de sucesos vitales de causas próximas o distantes remotas en el tiempo como factores que han causado a los individuos a su estado depresivo. En el primer caso en factores interpersonales y en el segundo como sucesos que han amenazado su autoestima.

De la misma manera estos autores están de acuerdo y coinciden en que existen ciertos patrones de pensamiento e interpretación de las situaciones o acontecimientos, ciertas estructuras “cognitivo-afectivas” que influyen en el desarrollo de la personalidad y son instrumentos para causar y mantener el cuadro depresivo.(Belloch, Manual de psicopatología volumen II, 1997).

2.3.2. TEORÍAS CONDUCTUALES

El enfoque conductual en la depresión comparte la misma base teórica que las teorías del aprendizaje con énfasis en el condicionamiento operante. Estas teorías hacen énfasis en la idea original de Skinner (1953) en la que la principal característica en la depresión es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas.

Charles Fester (1965,1973) fue el primer psicólogo en estudiar la depresión dentro de un marco experimental-clínico y es por ello que los enfoques conductuales parten de su trabajo. Para Fester la principal característica en la depresión es la reducción en la frecuencia de conductas reforzadas positivas que sirven para el control del medio externo. Por decir un ejemplo la reducción extrema de contactos sociales. En tanto en contra se produce demasiadas conductas de evitación o escape ante estímulos adversivos. Como se presenta en algunos depresivos el hecho de permanecer en cama todo el día y el no poder enfrentar sus actividades

diarias. Es entonces que Fester indica los siguientes cuatro procesos que combinados o solos., darían una explicación a la depresión:

- a) Cambios inesperados súbitos y rápidos en el entorno que sean pérdidas de fuentes de refuerzo o estímulos discriminativos.
- b) Programas de refuerzo de gran coste que necesiten grandes cambios en la conducta para lograr consecuencias en el entorno.
- c) Imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales por el surgimiento de espirales patológicas en las cuales hay poco refuerzo positivo lo que surge es una mala adaptación al entorno y provoca un decremento en las conductas, lo que produciría a su vez una decremento conductual y por ende menor refuerzo positivo para el individuo.
- d) Surgimiento de repertorios de observación limitados que conducirían a distorsionar la realidad y a conductas reforzadas en limitadas ocasiones(Belloch, Manual de psicopatología volumen II, 1997).

Fester también opinaba que estas conductas en la depresión de evitación, aislamiento, etc., lograban que el individuo evite estímulos adversivos o situaciones no agradables que predispongan a un nuevo decremento de refuerzos positivos así que de esta manera las conductas depresivas se mantienen por reforzamiento negativo. Continuando a Fester es que Peter Lewinsohn desarrollo un programa completo en este enfoque conductual. Para Lewinsohn la depresión es entendida como una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta. Es decir que el reforzamiento es insuficiente en los principales y vitales dominios en el individuo lo llevaría a un trastorno del estado de ánimo deprimido y con ello a la reducción en las conductas, lo cual serian para este autor los fenómenos primarios dentro la depresión. Demás síntomas como la desesperanza, baja autoestima serian una consecuencia lógica en la reducción de la actividad. Resumiendo en tres aspectos aislados que junto para Lewinsohn la falta de contingencia en la conducta sería suficiente para la causa de la depresión:

- a) Un entorno que no proporcione el reforzamiento suficiente.
- b) Una falta en habilidades sociales para obtener reforzamiento en un ambiente dado.
- c) La incapacidad de no poder disfrutar los refuerzos, debido a la ansiedad social al no poseer habilidades sociales, le impiden al individuo acceder a estos refuerzos.

Por último Lewinsohn enfatiza en ciertos aspectos mantenedores de la depresión.

A corto plazo: la conducta depresiva al generar en el entorno simpatía, atención y apoyo actuaría como reforzador social positivo lo que mantendría la depresión.

A largo plazo: la conducta depresiva se convertiría en aversiva para el entorno social lo que llevaría a la evitación del individuo por parte de las personas que eran sus reforzadores, lo que exacerbaría o mantendría los síntomas depresivos convirtiéndose en una espiral patológica.

Continuando con las teorías conductuales tenemos a Charles Costello que a diferencia de los anteriores autores mencionados, menciona que la característica principal de la depresión es la falta de interés general por el entorno que les rodea. Por decir, una falta de apetito, actividad agradable o pérdida del deseo sexual. Esto se explica por lo que Charles menciona: la pérdida general en la efectividad en los reforzadores. Es entonces que los siguientes dos factores combinados o solos serían los responsables:

- a) Cambios endógenos o bioquímicos y neurofisiológicos.
- b) La pérdida de uno o varios estímulos discriminativos condicionados.

2.3.3. TEORÍAS INTERPERSONALES

Este enfoque recalca la importancia de factores sociales y familiares como etiológicos, mantenedores de la depresión. La base conceptual está en la escuela interpersonal de Harry Sullivan, el hace énfasis en la teoría general de sistemas y como la interrelación de todos los elementos componen dicho sistema: por ejemplo una familia. Por mencionar a James Coyne el menciona que la depresión sería el resultado de las rupturas en las relaciones interpersonales donde estas personas recibían apoyo y por ende las respuestas significativas de su medio sirven para exacerbar o mantener la depresión. Cuando esta persona deprimida comienza a darse cuenta de las reacciones negativas en su entorno empieza a emitir conductas sintomáticas lo que crea un círculo vicioso que prosigue hasta quedar solo y de esta manera confirmaría la visión negativa que tiene de sí mismo. Hay factores que predisponen a la vulnerabilidad de estas personas Gotlib y Hammen comentan que estos factores son adquiridos durante la infancia por eventos familiares adversos. Hammen en 1992 señala que estas experiencias interpersonales adversas en la niñez como ser la pérdida de padres o

separación, negligencia emocional, rechazo o abuso, llevan al desarrollo de esquemas cognitivos negativos acerca del mundo y de sí mismos, características en la personalidad que tienden a la dependencia y repertorios inadecuados en habilidades para resolver problemas y por ende conseguir y mantener relaciones sociales gratificantes.

Para Gotlib y Hammen el comienzo de la depresión es debido a la aparición de un estresor que debido a factores de vulnerabilidad cognitivos que se mencionaron son interpretados para el depresivo como acontecimientos que minimizan su valía personal sin poder conseguir otras maneras de gratificación y poder sustentar su auto valía. al no poder enfrentar la situación estresante produce el incremento de la sintomatología depresiva lo cual exacerbará los patrones desadaptativos en su relacionamiento. Esta capacidad es en función de su habilidad para resolver la situación estresante y la naturaleza como su manera de afrontamiento tanto conductual como cognitiva, esto sugiere que uno de los primeros síntomas en la depresión es la autofocalización o autoconciencia y que el exceso de las mismas interviene en las habilidades de resolución del sujeto y por ende aumentarían las rumiasiones cognitivas acerca del estresor. Esto causaría un sesgo cognitivo en el cual percibirían y prestarían atención a los aspectos negativos estos sean distorsiones o reales. Lo cual incrementaría su autopercepción negativa que incrementaría o exacerbaría los síntomas depresivos lo que también aumentaría los patrones de relación desadaptativos, y de esta forma se mantendría el círculo vicioso de la depresión.

2.3.4. TEORÍAS COGNITIVAS

Este modelo teórico surge como reacción ante el conductismo, este subraya una vertiente explicativa en la conciencia del comportamiento humano, criticando que esta solo sea una respuesta como propone el modelo conductista. Este modelo tiene como supuesto que entre el estímulo y respuesta existe un procesamiento mental de la información, no aludiendo a un inconsciente si no a que existen unas estructuras mentales que lo posibilitan.(Salazar, 2013).Estas teorías comparten un supuesto básico en el que ciertos procesos cognitivos son de vital importancia en el inicio, curso y o remisión de la depresión. Estas se podrían subdividir en tres clases de teorías: teorías cognitivo-sociales, teorías del procesamiento de la información y teorías conductuales-cognitivas estas explicarían la depresión, las cuales

utilizan antecedentes conceptuales de donde se derivan, pero que a su vez reflejan diferentes supuestos cognitivos en un interés de unidades cognitivas diferentes en sus análisis.

2.3.4.1. TEORÍAS COGNITIVO SOCIALES

Estas teorías nacen dentro de la psicología social entre ellas tenemos la teoría de la desesperanza, la teoría de la indefensión aprendida y la teoría reformulada de la indefensión aprendida.

La teoría de la indefensión aprendida fue planteada por Martin Seligman en 1975 este autor a partir de principios ortodoxos de condicionamiento clásico e instrumental estudio el efecto de choques eléctricos en animales en la que eran situaciones inescapables, en el cual se descubrió que los animales desarrollaban conductas y cambios neuroquímicos parecidos en la depresión, fenómeno al cual se conoce con el nombre de desamparo o indefensión aprendida. Es entonces que Seligman bajo una perspectiva cognitiva explica que estas conductas son desarrolladas cuando el animal no tiene esperanza de poder controlar nunca la situación aversiva. Aplicando este modelo experimental animal es que lo aplica al estudio de la conducta humana y postula que la perdida de autocontrol o expectativa en el ambiente refiriéndose a un aprendizaje por el sujeto de que existe una independencia entre sus respuestas y las consecuencias ambientales, es entonces que esto produciría una causa suficiente para la aparición de una respuesta depresiva humana y que esta expectativa es resultado de cualquier de estos dos factores:

1-un historial que contenga una serie de fracasos anteriores en el manejo de las situaciones.

2-una serie de reforzamientos sobre una base no contingente que no permitió que el sujeto aprenda una serie de aptitudes para controlar su ambiente. Este modelo genero interés e investigación ya que era susceptible de poder ser estudiado empíricamente, pero pronto se encontró notables dificultades: ya que se la veía como una buena teoría de los síntomas en la depresión pero no así de los problemas complejos que la constituían. Es por ello que se reformulo la teoría de la indefensión aprendida ya que esta presentaba al menos cuatro problemas, no explicaba la baja autoestima, las ideas de culpa, ni la generalidad ,cronicidad de la depresión y tampoco la alteración del estado de ánimo deprimido como síntoma depresivo. Por esto Abramson y sus colaboradores en 1978 basado en la teoría de las atribuciones sociales de la psicología social postula que las situaciones incontrolables no bastan para

explicar la depresión.(Belloch, Manual de Psicopatología volumen II, 1997) Abramson y Cols resaltan la importancia del tipo de atribución que los individuos hacen acerca de la causa de su indefensión, y sugieren que dichas atribuciones pueden variar en diversas dimensiones: personal-universal., global-específica., estable-inestable. En general cuanto más personales, estables y globales son estas atribuciones acerca de hechos negativos, es mas probable que se trate de un depresivo con baja autoestima. A lo que la teoría cognitiva de Beck en 1979 argumentaba que la depresión tiene lugar como el resultado negativo de distorsiones cognitivas y en la forma en la que el individuo aprende los acontecimientos y situaciones a las que afronta(Wilson, 1995).

Pasando ahora a la teoría social cognitiva de la desesperanza de la Depresión propone que el estilo atribucional descrito actúa como factor de vulnerabilidad al interactuar con acontecimientos estresantes. De esta manera, cuando una persona experimenta circunstancias vitales adversas, tales como un suspenso o un rechazo por parte del grupo, interpretará causas y consecuencias muy negativas para dichas circunstancias, poniéndose en riesgo de desarrollar depresión(Esther, 2013). Esta teoría resuelve una de las deficiencias postulado en la teoría de la indefensión aprendida la cual es la de no incorporar los hallazgos en psicopatología descriptiva acerca de la heterogeneidad en la depresión. Y es por ello que postula una nueva categoría nosológica de los trastornos depresivos, la depresión por desesperanza definida así primordialmente por su causa. La cual permite explicar el aumento de prevalencia de depresión en la adolescencia, ya que algunas de las características claves de esta teoría, tales como la vulnerabilidad cognitiva y los sucesos estresantes, experimentan un considerable aumento en esta etapa evolutiva. Así mismo, se ha propuesto que el estilo atribucional de la desesperanza podría ser útil para entender el hecho de que las mujeres muestren un mayor número de síntomas depresivos que los hombres, ya que las mujeres tienden a mostrar en mayor medida dicho estilo cognitivo y, por tanto, serían más vulnerables ante ciertas circunstancias estresantes (Hankin y Abramson, 2001). Una adición a esta teórica es que además de las atribuciones se plantea que la desesperanza deviene de las conclusiones a que dicha persona haga sobre el suceso negativo. En este sentido es que en la teoría de Abramson y colaboradores los procesos atribucionales negativos son sesgos, pero no necesariamente

distorsionadores por esto que los autores descubrieron a su parecer que los depresivos pudieran ser más precisos que los que no lo están en su visión de la realidad, fenómeno que se ha denominado realismo depresivo. Comparando con la teoría de Beck la desesperanza no es un elemento de causa tan central más bien formaría uno de los demás síntomas que componen la triada cognitiva negativa y de esta manera podría jugar algún papel en la mantención o exacerbación en el resto de síntomas depresivos (Belloch, Manual de Psicopatología volumen II, 1997).

2.3.4.2. TEORÍAS COGNITIVO CONDUCTUALES

Estas teorías enfatizan en el control externo situacional y de conductas externas, por lo tanto su énfasis en la varianza personal de la interacción Persona x Situación e incluyen los procesos cognitivos subyacentes y de estructuras cognitivas en la conceptualización en la depresión. Se empezara con la teoría del autocontrol de Lynn Rehm 1977, esta estaría basada en el aprendizaje social e integraría elementos de las teorías de Beck y Seligman dentro de un marco en el modelo de autocontrol de Kanfer 1970 este describe el control de la conducta propia en un proceso de tres fases, autoobservación, autoevaluación y autoreforzamiento. “Son teorías del comportamiento humano que se centran en los procesos de regulación de la propia conducta que implican la manipulación de aspectos situacionales y la disposición de contingencias y consecuencias alternativas para así obtener metas a largo plazo” (Belloch, Manual de Psicopatología volumen II, 1997). Ej.: Como el dejar de fumar o conseguir el peso deseado si se tuviera obesidad. Estos modelos enfatizan en mecanismos de adaptación y readaptación conductual a las constantes y cambiantes circunstancias del ambiente. Aquí volviendo al ejemplo de los cigarrillos la persona se fijaría en las conductas relevantes y su ambiente, ej.: el número de cigarros que fuma actualmente, a través de esta información que es obtenida por la autoobservación se pasa a comparar con estándares internos para el comportamiento que se quiere lograr y se realiza algún juicio como el de que fuma demasiado y es perjudicial en su salud juicio que se consigue a través de una atribución interna es decir propia del individuo, en la fase final están implicados refuerzos positivos o negativos autoadministrados. Ya que los teóricos conductuales como Rehm parten de la idea de que la depresión es consecuencia de la pérdida de algún recurso externo de reforzamiento es entonces que el control interno asume importancia y en consecuencia el control de estos

modelos es imprescindible. A lo que el autor expresa de que en la depresión estas personas están desesperanzadas en cuanto a sus metas a largo plazo y el la sensación de no poder controlar la propia conducta. Es entonces que esta teoría puede entenderse como un modelo de diátesis- estrés por lo que plantea un déficit en el repertorio de conductas en autocontrol factor que predispone a la vulnerabilidad este está conjunto a la perdida de reforzadores externos factor estresante el cual desencadenaría un episodio depresivo. Según Rehm estos factores se concretan en las siguientes áreas:

1-deficit en las conductas de autoobservación: la persona vulnerable a la depresión tienen la tendencia a prestar mayor atención a sucesos negativos, lo que explica la visión negativa que manifiestan una vez deprimidos, prestan mayor atención a la conducta inmediata que a la consecuencia a largo plazo, por lo que no miran mas allá de los aspectos negativos cuando tomaron una decisión conductual.

2-Deficit en las conductas de autoevaluación: las personas con tendencias depresivas suelen tener estándares muy altos de autoevaluación en conseguir lo que a menudo al no alcanzar estos estándares tienden a evaluarse de manera negativa, la percepción de auto atribución suele ser interna, estable y global., y para los sucesos positivos esta suele ser externa, inestable e inespecífica de esta manera siendo más propensas o vulnerables a presentar depresión.

3-Deficit en las conductas de autoreforzamiento: de esta manera por el déficit en los anteriores procesos mencionados, esta persona con tendencias depresivas tendrá a autocastigarse en vez de reforzarse debido como se mencionó a sus estándares altos de auto evaluación y como en la autoobservación solo prestara atención en mayor frecuencia a los sucesos negativos habrá una tendencia mayor al castigo que al refuerzo positivo, este punto podría explicar en parte el bajo nivel de actividad y el exceso de inhibición de los individuos deprimidos.

De esta manera Rehm emplea la habilidad de autocontrol en todos los dominios de la vida en un individuo para alcanzar metas y como de esta manera se generaliza esta falta de control en el depresivo a las distintas áreas de su vida, ej., la familia, el trabajo, los amigos, etc.

Ahora pasando a la teoría de autofocalización de Lewinsohn a pesar de ser este autor genuinamente conductual, el dio un giro radical a sus planteamientos conductuales desde la psicología social intentando integrar e ampliando con el enfoque cognitivo sobre el fenómeno

de la autoconciencia: aumento transitorio y situacional en la autofocalización que el individuo hace en sí mismo y no en su ambiente este transitorio y situacional. Este aumento se presentaría por los esfuerzos del individuo de enfrentar y así resolver acontecimientos estresantes que le ocurren. No desconoce los efectos del ambiente como los primarios en la conducta, como en el modelo conductista más bien ahora reconoce que habría efectos cognitivos que mediarían en el efecto del ambiente. Según Lewinson y colaboradores existe una cadena de acontecimientos que conducen a la aparición de un episodio depresivo, esta cadena comienza como un suceso antecedente A que son lo que en literatura se conocen como estresores estos sucesos incrementan la aparición de la depresión, estos inician el proceso depresógeno en cuanto interrumpen patrones importantes adaptativos en la conducta del individuo, el cual el individuo no puede desarrollar otros patrones conductuales que replacen a los anteriores B, estos patrones conductuales que quedaron interrumpidos son necesarios para el individuo en cuanto a sus interacciones del diario vivir en su ambiente como son las relaciones personales, el trabajo, actividades cotidianas, etc. Esta presencia de estresores junto a la interrupción de actividad lleva a una reacción emocional negativa o estado de ánimo deprimido B, cuya intensidad dependerá de la importancia y nivel en los acontecimientos interrumpidos en la vida cotidiana. Como en su anterior teoría esta interrupción y malestar emocional provoca un desequilibrio negativo con su ambiente en cuanto a las habilidades del sujeto que no ha podido prevenir, esto se concreta en la reducción de refuerzo positivo y un aumento en las experiencias aversivas C, y el no poder prevenirlo se debe a fracasos ambientales como de disposición G, esta respuesta emocional negativa desencadena el factor cognitivo en el incremento de autoconciencia D. Este factor media en las alteraciones cognitivas, atribuciones internas, autodepreciación, culpa propia, expectativas negativas, inhibición sociales intensificando las reacciones negativas anteriores. El incremento de autoconciencia junto a las emociones negativas sirve para la intensificación de emociones negativas y destrucción de autopercepciones positivas del individuo. Esto conduce a los cambios cognitivos y conductuales que seguirían la cadena de acontecimientos que predisponen a la depresión. Y resaltar que estos cambios exacerbarán el nivel de autoconciencia que serían parte del mantenimiento y agravamiento de la depresión. Tales cambios cerrarían un círculo vicioso al sesgar de manera negativa la interpretación de los acontecimientos previos y actuales en su experiencia aumentando este estado de ánimo

depresivo. Esta teoría contiene bucles cognitivos que se retroalimentan y determinan el nivel de gravedad en el episodio depresivo. Al cambiar alguno de los componentes de la teoría, la depresión se vería reducida de manera progresiva.

Es decir que se produce algún cambio en la manera de procesar la información.

2.3.4.3. TEORÍAS COGNITIVAS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

Estas teorías del procesamiento de la información están derivadas en la psicología experimental cognitiva de ahí saca los elementos centrales en su conceptualización de la depresión. Estas teorías se basan en la metáfora del hombre como un sistema de procesamiento de la información donde existen una serie de cambios que demandan las capacidades adaptativas del individuo en el que este construye la realidad activamente mediante la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de la información, en el presente medio(Belloch, Manual de Psicopatología volumen II, 1997) procesos como son la atención, percepción, memoria, razonamiento y finalmente el proceso final que es el pensamiento, este es entendido como la cognición que es cualquier elemento accesible a la conciencia sea en palabras o imágenes que pueda ser verbalizado(Vazquez, 2003). Debido a esto es que la información que tiene el individuo sobre sí mismo y el mundo, estas informaciones experimentan procesos cognitivos y afectan a las respuestas emocionales y conductuales del individuo, que por lo tanto produce una interdependencia entre cognición, emoción y conducta. Dentro de estas teorías la mas conocida es la propuesta por Aaron Beck en base a su experiencia clínica es que Beck adopta este paradigma del procesamiento de la información. Es entonces que surgen términos como sesgos, esquemas, activación o sesgos atencionales son comunes en los ámbitos experimentales y clínicos pero que difieren en su significado clínico y el estrictamente experimental.

“En el sentido clínico un sesgo es una tendencia de respuesta mantenida sistemáticamente en prácticamente cualquier situación”(Vazquez, 2003). Las distorsiones cognitivas esta implicaría dos elementos se apela a una desviación objetiva de la realidad y la existencia de un referente objetivo(Vazquez, 2003), es decir que la información es de alguna forma distorsionada por no verla en su integralidad. Estos son los llamados errores en el procesamiento de la información son puntos externos de referencia de los que se puedan derivar errores. En este sentido la

aplicación de este término en la psicología clínica estaría limitada a estudios experimentales donde existiría un referente objetivo de comparación. La idea de aplicarlo a la cognición social serian decisiones que trajeron consecuencias equivocadas(Vazquez, 2003).

Como menciona Albert Ellis, se trata de desarticular cogniciones desadaptativas, independiente de su grado de desajuste a la realidad en esto se basa la T.E.R: que es la terapia racional emotiva en donde utiliza el método A-B-C-D: siendo A (efecto activante), B (creencia y pensamientos sobre A y C), C (consecuencias emocionales) (Salazar, 2013). Estas creencias irracionales fueron planteadas como 11 son planteas como ideas irracionales básicas:

1. Es una necesidad extrema, para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno
2. Para considerarme a mí mismo/a como una persona válida debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga
3. Las personas que no actúan como deberían son malvadas, y deberían ser castigadas por su maldad
4. Es terrible que las cosas no funcionen como a uno/a le gustaría
5. La desgracia y el malestar humano están provocados por las circunstancias externas, y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones
6. Si algo es (o puede ser) peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto/a por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra, para estar preparado/a
7. Es más fácil evitar responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente. Así viviré más tranquilo/a
8. Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte que yo en quien confiar
9. Lo que me ocurrió en el pasado seguirá afectándome siempre
10. Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás
11. Existe una solución perfecta para cada problema, y debemos hallarla siempre

(Salazar, 2013)

Luego estas once ideas irracionales fueron resumidas por Ellis más adelante, reduciéndolas a tres ideas irracionales básicas, las exigencias absolutistas o necesidades perturbadoras en forma de “deberías“, “tengo que“, etc. con respecto a:

1. Uno/a mismo/a: tengo que hacer las cosas bien siempre, y así ser querido/a por los demás.
2. Otras personas: las personas deben estimarme y siempre ser agradables conmigo. Me lo merezco.
3. La vida: las personas consiguen lo que se proponen, siempre y cuando trabajen para ello. Quien no consigue todo lo que se proponga es porque no se esforzó“(Psicología en red, 2011).

Aunque hay modelos cognitivos en muchas patologías como ser la ansiedad, trastornos alimenticios., de consumo, de personalidad, depresión, etc., estos modelos plantean que:

- a) estas cogniciones son las vías causales para la existencia de un trastorno.
- b) Estas no excluyen la coexistencia por otros factores que pudieran explicar por otras vías., el mismo trastorno en este caso la depresión por tomar un ejemplo el modelo psicobiológico de la depresión., que debido a una alteración endocrinológica, aun déficit de neurotransmisión serotoninérgica explicarían la causa(Belloch, Manual de Psicopatología volumen II, 1997). En otras palabras los modelos cognitivos en psicopatología no son planteados como explicaciones necesarias del trastorno depresivo, pues admite que otras vías o en combinación con los factores cognitivos en errores en el procesamiento de la información, podrían producir dicho trastorno(Vázquez, 2003).

En la teoría de Aaron Beck la premisa básica es que en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Tras un suceso en la vida que represente una pérdida o un fracaso es normal y frecuente la aparición de sentimientos de tristeza. Sin embargo debido al sesgo en las personas que padecen depresión tienden a interpretar la información de los sucesos que impliquen una pérdida o privación.

La triada cognitiva negativa

Las personas depresivas valoran excesivamente estos sucesos considerándolos globales, frecuentes e irreversibles, generando lo que se conoce como la triada cognitiva negativa la cual implica tres patrones en la visión idiosincrática del individuo: una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.

1-la visión negativa acerca de si mismo: tendencias a subestimarse a si mismo y críticas en base de atribuciones negativas.

2-Interpretacion de sus experiencias de manera negativa: la visión del mundo es caracterizada por obstáculos insuperables y demandas exageradas, sintiéndose derrotado y frustrado.

3-La visión negativa acerca del futuro: este anticipa que las dificultades y sufrimientos que se le presenten y los actuales continuaran indefinidamente (Baringoltz, 2009).

Esta triada resulta de la intensidad y frecuencia de modo que afecta en la capacidad adaptativa del individuo que la padece. Este procesamiento de la información para Beck conduce a la aparición de los síntomas y características en la depresión. Sin embargo este tipo de procesamiento además de los síntomas podría ser debido a muchos factores, es asique: “la etiología de la depresión pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos”(Belloch, Manual de Psicopatología volumen II, 1997). Sin embargo este procesamiento distorsionado de la información es importante en el mantenimiento de la depresión. Las cogniciones tienen un papel causal en la depresión, el propio Beck renuncia a esta idea de causalidad fuerte, para defender que las cogniciones desempeñan un papel importante en la depresión y puede ser necesario intervenir en estas para la promover un cambio integral en el paciente depresivo(Vazquez, 2003).en el caso de la terapia cognitiva conductual lo que se produciría es una desactivación en la cantidad de esquemas negativos y una activación mayor en esquemas positivos(Vazquez, 2003). Según Beck “los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior”(Beck A. , 1988).estas estructuras cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del entorno. Los estímulos que activan ciertas categorías en los esquemas se procesan mientras que la información inconsistente se olvida este procesamiento de la información de arriba abajo de

carácter simplificador, sacrifica eventualmente una parte de la información por un principio llamado economía cognitiva en el cual esta información pasa por un filtro y es eventualmente distorsionada lo que produce una interpretación sesgada de la realidad (Belloch, Manual de Psicopatología volumen II, 1997) . A diferencia los errores cognitivos tienen la cualidad de no ser sistemáticos ni continuos el sesgo es entonces una tendencia de respuesta sistemática y mantenida es decir generalizada en cualquier momento o situación (Vazquez, 2003).

Es por ello que Beck afirma que la etiología de la depresión a parte de estas estructuras cognitivas: sesgos, distorsiones cognitivas, errores cognitivos, creencias irracionales, esquemas cognitivos., la depresión tendría además relación en la interacción de tres factores: 1) la presencia de creencias o actitudes disfuncionales sobre el significado de ciertas experiencias que impregnan la construcción de la realidad., 2) una alta valoración de estas experiencias que resulta de la estructura de la personalidad del individuo., 3) y que suceda es decir ocurra un estresor específico en los anteriores factores, que el individuo considere importante e influya en sus actitudes.

Por la presencia de esquemas disfuncionales, el procesamiento de la información será, distorsionado y su interpretación de la realidad del individuo depresivo estará sesgada de manera desadaptativa.

Los esquemas disfuncionales en los depresivos se diferencian en los esquemas de individuos normales tanto en su estructura como en el contenido de la información que almacenan.

Contenido:

Los esquemas disfuncionales, contienen reglas, creencias fijas, y actitudes estables del individuo acerca de si y del mundo que son inapropiadas para determinar la propia valía que suele ser sencillo que en los acontecimientos de la vida cotidiana, estos esquemas obstaculicen los intentos del individuo por cumplir estas reglas o contingencias autoimpuestas. Es a menudo que estas creencias y actitudes estén conectadas a recuerdos importantes en su desarrollo.

Estructura:

Estos esquemas disfuncionales tienden a hacer rígidos, concretos es decir simples e impenetrables que en los individuos normales.

Antes que suceda su activación de estos esquemas la teoría cognitiva propone que se mantienen latentes así que no influyen de manera directa en las cogniciones del individuo es decir en su proceso y tampoco en su estado de ánimo, y tampoco se encuentran de manera necesaria accesibles en la conciencia(Belloch, Manual de Psicopatología volumen II, 1997). Para Beck en 1987, postula que hay un tipo de estresor específicos, que está relacionado con las diferencias individuales en la conformación de la estructura de la personalidad.

Personalidad y estructura en psicología cognitiva

En el enfoque cognitivo, rasgo de personalidad se entiende como el orden jerárquico de esquemas cognitivos unos superiores a otros esquemas. Es entonces que la teoría cognitiva propone dentro de la personalidad dos dimensiones., expuestos como factores de vulnerabilidad en la depresión.

- 1) Personalidad sociotrópica: caracterizada por actitudes y creencias que implica una consideración elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar la propia valía (Belloch, Manual de Psicopatología volumen II, 1997).
- 2) Personalidad autónoma: caracterizada por actitudes y esquemas que van desde la independencia, libertad en la acción, la vida privada y la autodeterminación(Belloch, Manual de Psicopatología volumen II, 1997).

En consecuencia habría un estresor específico para cada personalidad que contiene estos esquemas. Esta distinción es similar a la propuesta en las teorías psicoanalíticas entre depresiones anaclíticas o dependientes y depresiones introyectivas: dominadas por las metas o autocriticas(Belloch, Manual de Psicopatología volumen II, 1997).

Es entonces que cuando se activan los esquemas depresógenos actuando como filtros donde es procesada la información. La activación de estos esquemas queda reflejada en ciertos errores

sistemáticos en la manera de procesar la información Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983(Belloch, Manual de Psicopatología volumen II, 1997)

Tabla 2: Errores cognitivos en el procesamiento de la información en la depresión según la teoría de Beck (1983):

1-Inferencias arbitrarias	Proceso de llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye o con evidencia contraria a la conclusión.
2-Abstraccion selectiva	Valoración de una experiencia centrándose en un detalle específico fuera de su contexto e ignorando otros elementos más relevantes de la situación.
3-Generalizacion excesiva	Proceso de extraer una conclusión o elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarla tanto a situaciones relacionadas con el hecho en cuestión como no relacionadas.
4-Magnificacion y minimización	Errores cometidos al evaluar la magnitud o la significación de un acontecimiento incrementando o aumento su significación.
5-Personalizacion	Tendencia y facilidad para atribuirse sucesos externos sin base firme para realizar esta conexión.
6-Pensamiento absolutista y dicotómico	Tendencia a clasificar todas las experiencias en una o dos categorías opuestas, seleccionando las categorías del extremo negativo para describirse a si mismo.

Fuente:(Belloch, Manual de Psicopatología volumen II, 1997).

Los procesamientos cognitivo erróneos están presentes en cierta medida en todos los individuos, pero en la depresión ocurren con mayor grado siendo congruentes con el contenido disfuncional de los esquemas depresógenos. De esta manera es que se atiende selectivamente magnificando la información negativa, y de esta manera se ignora o minimiza la información positiva, los errores y fallos en el procesamiento de la información se personalizan y los efectos negativos se exacerbarán y sobre generalizarán. De esta manera aparecen cogniciones que conformarían la triada cognitiva negativa. A diferencia de los

esquemas o estas actitudes disfuncionales, estas cogniciones correlacionadas objetivamente son expresadas de manera:

- 1) Pensamientos o imágenes voluntarias: la persona controla el momento, frecuencia e intensidad de estas cogniciones.
- 2) Pensamientos automáticos o imágenes involuntarias: la persona no controla el momento, lugar e intensidad, son estereotipados, aparecen repentinamente y repetida.

Estos dos tipos de pensamiento forman parte del dialogo interno del individuo, siendo relativamente accesibles a la conciencia, en el paciente depresivo debido al contenido depresógeno es dañino psicológicamente ya que interfiere en su actividad cotidiana y su estado de ánimo. Ya que estos productos cognitivos activan esquemas que giran en torno a temas de pérdida, desesperanza, rechazo e incompetencia. Activando la triada cognitiva negativa que actuaría como un elemento de mantenimiento de la depresión. Esto en un continuo intercambio con el medio, al recoger información del mismo que debido a los errores en el procesamiento de la información y a la activación de esquemas se puede ver en la depresión la aparición de círculos viciosos o espirales cognitivas depresivas que mantienen la certeza de las creencias negativas del individuo depresivo sobre sí mismo, el mundo y su futuro(Belloch, Manual de Psicopatología volumen II, 1997).

CAPITULO III.

MARCO METODOLOGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptiva, se desarrollará bajo el enfoque de la investigación cuantitativo ya que tomara como centro de su proceso de investigación a las mediciones numéricas a partir de la tabulación del Inventario para la depresión de Beck II, de esta manera el grado de depresión que se tabule de cada caso con la prueba estarán relacionados con los pacientes que presentan la etiología depresiva. y se evidenciara el cambio a través del seguimiento semanal, se utilizara la observación del proceso en forma de recolección de datos en base a auto registros, tareas administradas al paciente y se analizara la información obtenida para llegar a responder la pregunta de investigación. Para comprobar o descartar las Hipótesis establecida previamente.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación corresponde a un estudio de casos, aplicando un diseño cuasi experimental con pre prueba y post prueba a cuatro pacientes a los cuales se aplicara el inventario para la depresión de Beck II, para evidenciar el grado de depresión: leve, moderado o grave.

Dos pacientes recibirán el tratamiento cognitivo conductual individual constituyendo el grupo experimental y los otros dos serán el grupo control.

La investigación es descriptiva porque se describirá si hubo cambio en el grado de depresión en los pacientes con sintomatología depresiva a partir de la aplicación del programa cognitivo-conductual individual.

El tipo de investigación responde a un diseño cuasi experimental del tipo descriptiva.

Dónde: G1 = Grupo Experimental, G2= Grupo Control, X 1 = Pre-Test

O = Programa cognitivo conductual individual, X 2 = Post-Test.

G1	X1	O	X2
G2	X1		X2

3.3. SUJETOS DE ESTUDIO

La población con la que se realizó este estudio estuvo conformada por cuatro pacientes mujeres internadas en el centro de rehabilitación y salud mental San Juan de Dios ubicado en la zona de Irpavi II. Una característica importante para la selección de los sujetos fue que estuvieran diagnosticados con depresión independiente de otra patología concomitante. Lo que realmente importaba para este estudio es que la depresión fuese primaria al trastorno comorvido diagnosticado. En este caso la selección de pacientes fue designado por el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan De Dios de acuerdo a los criterios solicitados.

A continuación se describen los cuatro casos de estudio:

Grupo experimental

SUJETO-R.P. (S1)

-19 años de edad.

-Diagnosticado con depresión mayor primaria F 32 en el eje I. Diagnosticado con bulimia en el eje II.

-Grado de depresión grave sin síntomas psicóticos F 32.2

-medicado con Alplax.

-Ocupación estudiante de enfermería

-Educación bachiller.

-vive con el padre.

-tiene tres hermanos por parte de la madre.

-la posición que ocupa, hija mayor.

SUJETO-V.G. (S2)

-36 años de edad.

-Diagnosticado con depresión mayor primaria F 32 en el eje I. Diagnosticado con trastorno bipolar tipo II, en el eje II.

-Grado de depresión moderado F 32.1

-medicado con Alplax y litio.

-Ocupación ama de casa.

-Educación universitaria licenciada en relaciones exteriores

-vive con la madre y su hija de 3 años.

-tiene tres hermanos por parte de la madre.

-la posición que ocupa, hija mayor.

Grupo control

SUJETO- L.C. (S3)

-26 años de edad.

-Diagnosticado con depresión mayor primaria F 32 en el eje I. Sin trastorno concomitante.

-Grado de depresión moderado F 32.1

-medicado con Alplax.

-Ocupación ama de casa.

-Educación bachiller

- vive con el esposo.
- tiene una hermana.
- la posición que ocupa, hija mayor.

SUJETO-M.L. (S4)

- 39 años de edad.
- Diagnosticado con depresión mayor primaria F 32 en el eje I. Diagnosticado por abuso de sustancias, en el eje II.
- Grado de depresión grave sin síntomas psicóticos F 32.2
- medicado con Alplax.
- Ocupación ama de casa.
- Educación bachiller
- vive con el esposo.
- tiene tres hermanos.
- la posición que ocupa, hija mayor.

3.4. CONTEXTO

La presente investigación se llevo a cabo en un consultorio de 1.30 x 2 metros, de la comunidad de agudos mujeres del Centro de Rehabilitación y salud mental San Juan de Dios ubicado en Irpavi 2 Calle Chicani N° 50.



Figura 1: Aplicación del programa cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión.

3.5. HIPÓTESIS

Hipótesis de Investigación

Si se aplica un programa cognitivo conductual individual, que cause una mejoría en los pensamientos que tiene de sí mismo, las relaciones interpersonales y las actividades cotidianas se logrará reducir el grado de depresión.

Hipótesis Nula

-Si se aplica un programa cognitivo conductual que cause una mejoría en los pensamientos y sentimientos que tiene de sí mismo, las relaciones interpersonales y las actividades cotidianas de los pacientes depresivos, no se logrará reducir el grado de depresión en ellos.

-Si no se aplica un programa cognitivo conductual que cause una mejoría en los pensamientos y sentimientos que tiene de sí mismo, las relaciones interpersonales y las actividades cotidianas de los pacientes depresivos, se evidenciarán modificaciones en el grado de depresión en ellos.

Prueba de hipótesis McNemar

Es una prueba no paramétrica para dos variables dicotómicas relacionadas que contrasta los cambios en las respuestas utilizando la distribución de chi-cuadrado χ^2 .

La prueba fue utilizada con un 5% de margen de error con un 1% de grado de libertad.

(Ver anexo: Distribución Chi Cuadrado χ^2).

Para la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba McNemar para decidir si puede o no aceptarse que el programa cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión indujo un cambio en los grados depresivos de los sujetos del grupo control sometidos al programa en los dos casos de estudio: SUJETO-R.P. (S1) y SUJETO-V.G. (S2).

Para de esta manera poder establecer los niveles de significancia estadística, validando la hipótesis de estudio (S.A, 2012).

3.6. VARIABLES

3.6.1. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

En la investigación se estudiarán las siguientes variables:

VI: Programa cognitivo conductual individual

VD: Grado de depresión

3.6.2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

1-Variable Independiente: Grado de depresión

Se entiende por grado de depresión a la cantidad y severidad de los síntomas, dentro de un trastorno afectivo.

2. Variable Dependiente: Programa cognitivo conductual individual

Es un programa psicológico que está bajo el enfoque cognitivo conductual, el cual consta de 12 sesiones dividido, en tres módulos. Una sesión inicial y una sesión final para el cierre de la presente investigación.

1-mejorar los contactos con la gente en relación a su estado de ánimo. (4 sesiones)

2-mejorar los pensamientos de sí mismos, en relación a su estado de ánimo. (4 sesiones)

3-mejorar las actividades de los pacientes en relación a su estado de ánimo. (4 sesiones)

3.6.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 3: V I: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL INDIVIDUAL

Modulo	Sesión	Indicador	Instrumento	Pasos	Descripción
1-Modulo La manera en que nuestros sentimientos afectan nuestro estado de ánimo.	1-4	Los autoregistros tareas	Programa cognitivo conductual Autorregistros. Tareas: Fichas: 1-13	1-10	Primera sesión
				1-4	segunda sesión
				1-7	tercera sesión
				1-4	cuarta sesión
2-Modulo Trabajando con las actividades diarias.	1-4	Los autoregistros tareas	Programa cognitivo conductual Autorregistros. Tareas : Fichas: 16-31	1-8	Primera sesión
				1-7	segunda sesión
				1-6	tercera sesión
				1-5	cuarta sesión
3-Modulo La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo	1-4	Los autoregistros tareas	Programa cognitivo conductual Autorregistros. Tareas : Fichas: 32-43	1-6	Primera sesión
				1-5	segunda sesión
				1-4	tercera sesión
				1-3	cuarta sesión

Tabla 4 Estructura de las sesiones:

SESIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO	PASOS	DESCRIPCIÓN
0-Sesión previa	Programa cognitivo-conductual individual para el tratamiento de la depresión	Consentimiento informado Pre-prueba IDB-II Ficha 0 Cuaderno de trabajo	1-5	1-Se explicara en qué consiste el programa: romper tres ciclos: Actividades bajas, Pensamientos negativos, Pocos y negativos contactos con la gente. 2-las reglas para el tratamiento. 3-Se firmara el consentimiento informado. 4-Se aplicara el IDB-II pre-prueba. 5-Se acordaran los horarios con el paciente y se definirá el tiempo de 45 minutos por sesión.
14-Sesión final de cierre	Programa cognitivo-conductual individual para el tratamiento de la depresión.	Post-prueba IDB-II	1-4	1-Se pasara a revisar la tarea. 2-Se aplicara el IDB-II post-prueba. 3- agradecer y felicitar al paciente por su participación y colaboración con el programa. 4- se incentivara al paciente a continuar con este nuevo esquema de pensamiento.

Tabla 5: V D: GRADO DE DEPRESION

INSTRUMENTO	ÍTEMS	puntuación del test	PUNTUACIÓN	GRADO DE DEPRESION
Inventario de Depresión de Beck II (I.D.B.II)	1- Tristeza	0-1-2-3	14-19	Leve F.32
	2-Pesimismo	0-1-2-3		
	3-Fracaso	0-1-2-3		
	4-Perdida de Placer	0-1-2-3		
	5-Sentimientos de culpa.	0-1-2-3		
	6-Sentimientos de castigo	0-1-2-3		
	7-Disconformidad con uno mismo	0-1-2-3	20-28	Moderada F.32.1
	8- Autocritica	0-1-2-3		
	9-Pensamientos o deseos suicidas	0-1-2-3		
	10- Llanto	0-1-2-3		
	11-Agitación	0-1-2-3		
	12-Perdida de interés	0-1-2-3		
	13-Indecisión	0-1-2-3		
	14-Desvalorización	0-1-2-3		
	15-Perdida de energía	0-1-2-3		
	16-Cambios en los hábitos de sueño	0-1-2-3		
	17-Irritabilidad	0-1-2-3	29-63	Grave F.32.2
	18-Cambios en el apetito	0-1-2-3		
	19-Dificultad de concentración	0-1-2-3		
	20-Cansancio o Fatiga	0-1-2-3		
	21-Perdida de interés en el sexo.	0-1-2-3		

3.6.4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL INDIVIDUAL

El manual consta de 12 sesiones de tratamiento individual para la depresión las cuales se dividen en tres módulos. Cada módulo se divide a su vez en 4 sesiones.

Se iniciara con una sesión previa y al concluir las sesiones de tratamiento se tendrá una sesión final. **(Ver: anexo 15)**

3.6. 5 Técnicas e instrumentos

Para la realización de la investigación se utilizaran los siguientes elementos:

Consentimientos informados

1-Contrato formal con el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios

(Ver: anexo 1)

2-Consentimiento informado paciente **(Ver: anexo 2)**

Hojas de registro

1-Instrucciones para usar el termómetro de ánimo: (ver: anexo 3)

Es un material de apoyo para el paciente, es de una plana y básicamente se especifica cómo debe puntuarse el termómetro del estado de ánimo.

2-Termometro del estado de ánimo: (ver: anexo 3.1)

Es una de las tareas diarias que se le dan al paciente en el transcurso del programa, para que lo llene diariamente se utiliza 12 veces en el transcurso del tratamiento, consta de una plana. Debido a que es un programa cognitivo conductual el termómetro sirve al paciente como reforzador contingente de su estado de ánimo, siendo una herramienta útil dentro del programa

para que el paciente se sienta con mayor control. Sirve como un autoregistró del ánimo. Se llama termómetro porque pretende medir como se auto percibe el paciente respecto de su humor.

3- Lista de pensamientos positivos y negativos: (ver: anexo 4)

Es una técnica cognitiva de autoregistro que consta de dos planas, pretende hacer evidentes los pensamientos positivos y negativos del paciente. De manera que tenga un control y haga un insight de su actividad cognitiva. Se utiliza dentro del programa 5 veces, junto a otras técnicas cognitivas descritas en el programa.

4- Forma de trabajo para el método A-B-C-D: (ver: anexo 5)

Es una hoja de trabajo donde se utiliza la técnica cognitiva de la T.R.E: (Terapia Racional Emotiva) del psicólogo cognitivo Albert Ellis. Es una actividad propuesta dentro del programa para brindar estrategias cognitivas frente a los pensamientos parasitarios del paciente. Consiste en una plana de cuatro cuadrantes. Se utiliza 4 veces dentro el programa, junto a otras técnicas cognitivas descritas.

5-Lista de actividades agradables: (ver: anexo 6)

Es una técnica cognitiva de auto-registro que consiste en tres planas, pretende hacer evidente el grado de actividad del paciente y como esta influye en su estado de ánimo. Para hacer comparaciones objetivas de cuando el paciente realiza actividad o no. Se utiliza dentro del programa 6 veces, combinándose con otras técnicas.

6-Contrato personal: (ver anexo: 7)

Es una técnica conductual que consiste en una plana y se utiliza 1 vez dentro el programa. Como reforzador del compromiso del paciente con el programa incentivándolo a realizar actividades que considere agradables de manera que se recompense con otra actividad agradable por la realización del compromiso. De esta manera se trabaja sobre la anhedonía del paciente depresivo.

7-Instrucciones para predecir cuánto disfrutara de sus actividades: (ver: anexo8)

Es un material de apoyo para el paciente, es de una plana y básicamente se especifica cómo debe puntuar para predecir cuánto disfrutara de sus actividades agradables.

8-Cuánto cree que disfrutara de sus actividades agradables: (ver: anexo 9)

Es una técnica de autoregistro de una plana, donde se trata de focalizar los pensamientos del paciente respecto al disfrute de sus actividades que él considera agradables, se trata de un incentivo a que realice actividades y compare lo que predijo que según disfrutaría y cuanto realmente disfruto. Para de esta manera incentivarlo como un estímulo discriminativo de realizar otras actividades. Se utiliza dentro del programa 2 veces, junto a otras técnicas cognitivas conductuales.

9-Lista de metas: (ver anexo: 10)

Es una técnica de autoregistro de dos planas, que se utilizara dos veces en el programa donde se pide al paciente que plantee sus metas a corto plazo, largo plazo y sus metas en la vida. De esta manera sirve para su automotivación a continuar desempeñando distintas actividades para lograr sus metas posteriores al programa. La idea es movilizar al paciente a su propio deseo de vivir mejor.

10-Programa semanal de actividades: (ver: anexo 11)

Es un autoregistro para volver objetivas las metas del paciente a actividades que él se propone a realizar durante y después del tratamiento, para brindarle un autocontrol en sus decisiones y en su estado de ánimo, consta de una plana y se utilizara 4 veces durante el programa.

11-Inventario de Depresión de Beck (IDB-II) (ver: anexo 12)

En los últimos treinta y cinco años, el Inventario de Depresión de Beck se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados, para evaluar la existencia o severidad de síntomas en la depresión(Aaron T. Beck, 2011). La versión IDB-II perfecciono a la IDB-IA, ya que esta última fue desarrollada para evaluar los síntomas según los criterios de los trastornos depresivos descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), de la American Psychiatric Association.

Se trata de un instrumento de 21 ítems es ampliamente aplicado y se califica en una modalidad de tipo Likert, los puntos de corte se emplean para hacer una categorización del grado de depresión. El estudio de validación al idioma español por primera vez fue realizado en Buenos Aires por Bonicatto y cols. En 1998, determinándose la consistencia interna y la validez concurrente. En el terreno psiquiátrico el IDB-II ha mostrado tener una validez satisfactoria(Manuel Víctor, 2007).

En el uso clínico el BDI-II representa una evaluación de la severidad de la depresión a partir de los 13 años. El BDI-II se desarrolló como un indicador de la presencia y el grado de depresión que coinciden con el D.S.M IV y no como un instrumento para especificar un diagnóstico clínico.

Pautas de administración:

Lugar: Debe ser un lugar iluminado para permitir la lectura, debe ser un entorno tranquilo para facilitar la concentración adecuada.

Tiempo: la toma usualmente lleva entre 10 a 15 minutos.

Consigna: se le pedirá a los examinados que respondan a los enunciados pensando en “La semana pasada, incluso el día de hoy”.

Se hace este resalto de dos semanas para considerar el episodio: depresión mayor DSM-V.

Administración oral

Las siguientes instrucciones para la autoadministración aparecen en el formulario de registro del BDI-II:

Este es un cuestionario. En el cuestionario hay grupos de enunciados. Le leeré un grupo de enunciados., luego me gustaría que eligiera el enunciado de cada grupo que mejor describa la forma en la que se ha estado sintiendo hoy.

Luego entregue una copia del BDI-II al examinado y diga:

Aquí tiene una copia con los enunciados para que puedan seguirlos mientras los leo.

Lea todos los enunciados del primer grupo y diga:

Ahora, ¿Qué enunciado describe mejor la forma en la que se ha estado sintiendo durante las últimas dos semanas incluyendo el día de hoy?

Cuando el examinado indique la opción, hay que volverla a leer para confirmarla.

Si el examinado no está muy seguro de sí una respuesta o otra en cualquier ítem hay que poner el que puntúa más alto.

Una vez concluido hay que verificar que todos los ítems tengan respuesta.

Recomendaciones

Es usual que algunos pacientes con depresión severa presenten un pensamiento dicotómico en el cual todo se categoriza como extremadamente positivo o negativo. Sin embargo este pensamiento negativo extremo es un síntoma cognitivo central en la depresión grave, mas que un esquema de respuesta por si mismo.

Si un paciente repite la misma clasificación a cada uno de los 21 ítems del BDI-II, se recomienda decirle que: “Las personas rara vez experimentan todos los síntomas con el mismo grado de severidad, por lo que quizás quiera volver a considerar algunas respuestas”.

Puntuación: La puntuación del BDI-II se determina mediante la suma de las elecciones para los 21 ítems. Cada ítem es valuado según una escala de cuatro puntos, de **(0-1-2-3)**.

Que al sumarse da como resultado los siguientes grados de depresión:

Tabla 6: Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck

Puntuaciones totales	Rango
0-13	Mínimo (cambios normales del estado de ánimo).
14-19	Depresión Leve F 32.0.
20-28	Depresión moderada F 32.1.
29-63	Depresión grave F 32.2.

12- 43 Fichas del programa cognitivo conductual (ver: anexo 13)

En este apartado se encuentran las fichas que se utilizaron en el transcurso de la aplicación del programa cognitivo conductual, las cuales miden 18,12 cm por 10,53 cm fueron plastificadas.

IV.3.Procedimiento

Esta investigación se llevara a cabo en (7) pasos descritos a continuación

- 1.-Realizar el acuerdo formal con el centro de rehabilitación y salud mental San Juan de Dios.
- 2.-Establecer el consentimiento informado con los casos seleccionados
- 3.-Aplicación del pre-prueba al grupo experimental y control: Inventario de Beck (para determinar el grado de depresión) al inicio del programa.
- 4.-Aplicación de las 12 sesiones a través del programa cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión a dos casos, junto con una sesión previa y otra sesión final de cierre.
- 5.-La duración en la aplicación del programa cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión se realizara durante 2 semanas, 4 días y la duración prevista por sesión será de 45 minutos.
- 6.- finalizadas las 12 sesiones se aplicara el post-test (inventario de Beck) a cada caso en particular y al grupo control.
- 7.- En base a los datos recogidos de la pre- prueba y post- prueba del BDI-II (Inventario de Depresión de Beck) , y los autoregistros de cada módulo se realizara la organización final del trabajo sistemáticamente para la fase final de esta manera se estructuraran los datos obtenidos por la investigación y se organizaran para su presentación en el trabajo final.

CAPITULO IV

DESCRIPCION DEL PROGRAMA

4.1 PLAN DE PROGRAMA

1- Al inicio del programa se coordinó una entrevista con el Dr. Ernesto Málaga director del Centro de Rehabilitación y Salud Mental el día 01/11/2013. Donde se le hizo entrega del programa.

2-Una vez aprobado el programa se coordinó con la licenciada en psicología Yanet Alanoca y se efectuó la asignación de los pacientes basado en los criterios de inclusión y exclusión de la presente investigación.

3- Posteriormente se realizó el consentimiento informado de manera individual con los pacientes. (Anexo 1) y se les explico el tiempo de las sesiones, la duración y los objetivos del programa cognitivo conductual para reducir el grado de depresión.

4- Después de responder a las dudas de los pacientes respecto de la investigación se pasó a tomar la pre prueba I.D.B II Inventario depresión de Beck (ANEXO).

5- Se realizó la aplicación del programa cognitivo conductual para reducir el grado de depresión del 15 de noviembre del 2013 al 2 de diciembre del 2013.

6- En la primera sesión se hizo la entrega a los pacientes de dos cuadernos, uno para trabajar en las actividades durante el tratamiento y otro cuaderno con el fin de establecer una empatía e independencia del investigador donde se les pidió que escribieran cuando algún pensamiento importante les pase por la mente. También se entregó a los pacientes un archivador donde se les fueron administrando los autoregistros.

4.2 DESARROLLO DEL PROGRAMA

1. SESION PREVIA

Actividad: Introducción al programa.

Objetivos: establecer las normas, tiempos, tareas del tratamiento. La presentación del material y explicar en qué consistirán los tres módulos del programa. Tomar la pre prueba Inventario depresión de Beck (I.D.B II).

Tiempo: 25 a 30 minutos

Materiales: ficha 0: sesión previa. Presentación del material 43 fichas y el Inventario depresión de Beck (I.D.B II).

Procedimiento:

- a) El primer encuentro con los pacientes se realizó de la siguiente manera: la investigadora, estuvo vestida con un mandil blanco para marcar la distancia terapéutica. Para que de esta manera el programa fuera percibido con seriedad por los pacientes y establecer un Rapport. Este primer acercamiento se realizó en el consultorio de la comunidad de agudos mujeres. Donde la licenciada en psicología Yanet Alanoca acompañó a los pacientes individualmente al consultorio donde los esperaba la investigadora con el material sobre el escritorio. Y eran presentados por la licenciada Yanet Alanoca a la investigadora.
- b) Individualmente con cada paciente se pasó a explicar en que consistiría el tratamiento, las normas y los tiempos, los tres módulos que constan de cuatro sesiones cada módulo, siendo un total de doce sesiones mas una sesión final de cierre.
- c) Luego se entregó el consentimiento informado a cada paciente, donde se respondieron las dudas que tuviesen al respecto.
- d) Finalmente se tomó la post prueba el Inventario depresión de Beck (I.D.B II) para determinar el grado de depresión en el que se encontraba cada caso para el estudio.

Tabla 7: PROGRAMA GOGNITIVO CONDUCTUAL INDIVIDUAL

	OBJETIVOS:	OBSERVACIONES:
La manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.	1-Que el paciente se dé cuenta de la relación entre sus pensamientos y su estado de animo 2-que desarrolle nuevos esquemas de pensamientos y estrategias de afrontamiento. 3. que pueda controlar sus pensamientos decrementando los pensamientos negativos. 4. de esta manera reducir el tiempo que está deprimido.	Los pacientes cumplieron con las tareas del módulo, (autoregistros y el cuaderno de trabajo).pudieron ver la relación entre su estado de ánimo y sus pensamientos. A través del termómetro del estado de ánimo. Desarrollaron nuevas estrategias de afrontamiento por el decremento observado en los autoregistros de los pensamientos negativos. Por lo tanto redujeron el tiempo en el que están deprimidos.
MODULO 2: SESIONES (1-4)	1-que el paciente se dé cuenta de la relación entre su estado de ánimo y sus actividades diarias. 2-que realice actividades que antes disfrutaba y nuevas. 3-que el paciente este activo, para de esta manera reducir el tiempo que está deprimido.	Los pacientes pudieron evidenciar como al tener un incremento en su actividad diaria, se encontraban con menores tiempos deprimidos. Realizaron actividades agradables y su estado de ánimo mejoro como se evidencio en el termómetro del estado de ánimo. Lograron estar más activos como se evidencia en el autoregistro de las actividades diarias.
Trabajando con las actividades diarias.		
MODULO 3: SESIONES (1-4)	1-que el paciente se dé cuenta de la relación entre su estado de ánimo y los contactos con la gente. 2- que el paciente realice un insight de su actitud cuando esta con otras personas. Que note que tipo de pensamientos le pasan por su mente. 3-que se dé cuenta como los contactos positivos con la gente lo hacen sentirse mejor.	Los pacientes pudieron darse cuenta de la relación entre los contactos con la gente en relación a su estado de ánimo, tal como lo evidencian en el cuaderno de trabajo. Pusieron énfasis en cómo es su actitud y sus pensamientos cuando están deprimidos no les permiten tener contactos positivos. Pudieron darse cuenta y mejorar esta manera de pensar y actuar al respecto.
La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo		

3. SESION FINAL DE CIERRE

Actividad: Cierre del programa cognitivo conductual.

Objetivos: agradecer a los pacientes por su participación en el programa, felicitarlos por su progreso e incentivarlos a seguir utilizando estos nuevos esquemas de pensamiento y estrategias de afrontamiento aprendidas.

Tomar la post prueba Inventario depresión de Beck (I.D.B II).

Tiempo: 20 a 25 minutos

Materiales: Inventario depresión de Beck (I.D.B II).

Procedimiento:

- a) Se procedió agradecer a cada paciente por su participación en el programa cognitivo conductual, y se felicitó por su progreso donde se animó a continuar ejercitando lo aprendido con el programa.
- b) Individualmente con cada paciente se pasó a tomar la post prueba Inventario depresión de Beck (I.D.B II).
- c) Finalmente se recolecto todo el material para la elaboración sistemática del trabajo final.

CAPITULO V

RESULTADOS

En la presente investigación se obtuvieron los siguientes resultados al aplicar el programa cognitivo conductual para reducir el grado de depresión. Se realizó un análisis de cada uno de los cuatro casos individualmente, evidenciando de esta manera los resultados de la investigación para efectuar a continuación un análisis de resultados comparativos entre el grupo control y el grupo experimental.

Tabla 8: Comparación de la pre prueba y post prueba

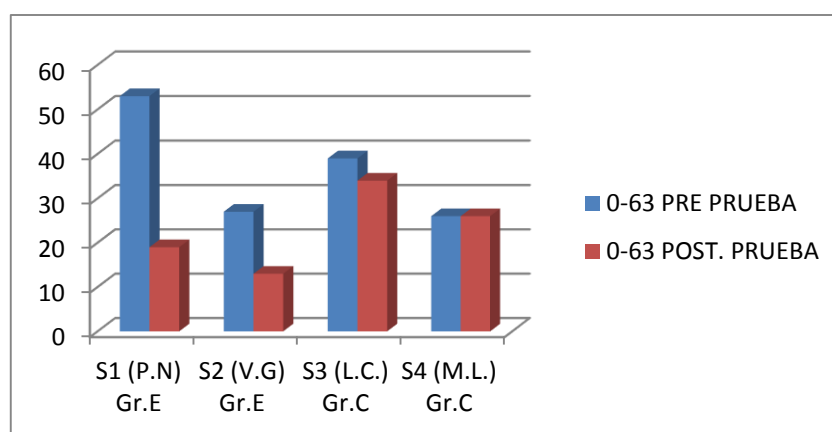
Grupo experimental		Grupo control	
SUJETO-R.P. (S1)	SUJETO-V.G. (S2)	SUJETO- L.C. (S3)	SUJETO- M.L. (S4)
Pre prueba	Pre prueba	Pre prueba	Pre prueba
Puntaje de (53), esto equivale al grado de depresión grave. F 32.2	Puntaje de (27), esto equivale al grado de depresión moderado. F 32.1	Puntaje de (39), esto equivale al Grado de depresión grave F 32.2	Puntaje de (28), esto equivale al grado de depresión moderado F 32.1
Post prueba	Post prueba	Post prueba	Post prueba
Puntaje de (19), esto equivale al grado de depresión Leve. F 32.0	Puntaje de (13), esto equivale al Mínimo (cambios normales del estado de ánimo).	Puntaje de (34), esto equivale al grado de depresión grave. F 32.2	Puntaje de (26), esto equivale al grado de depresión moderado F 32.1

Se observó que antes de la aplicación del programa los sujetos N.P (S1), presentaba un grado de depresión grave F 32.2 y el sujeto V.G (S2), presentaba un grado de depresión moderado F 32.1 ambos sujetos pertenecientes al grupo experimental. En el grupo control se observó que los sujetos L.C. (S3) presentaba un grado de depresión grave F 32.2 y el sujeto M.L. (S4) presentaba un grado de depresión moderado F 32.1, posteriormente a la aplicación del programa cognitivo conductual para reducir el grado de depresión, los sujetos pertenecientes al grupo experimental presentaron una reducción del grado depresivo. Como se observa en la

tabla 6 y los sujetos del grupo control a los que no se les aplicó el programa mantuvieron el mismo grado que inicialmente presentaron.

Tabla 9: Resultados de la pre prueba y post prueba del grupo experimental y del grupo control

SUJETOS	0-63 PRE PRUEBA	0-63 POST. PRUEBA
S1 (P.N) Gr.Experimental	53	19
S2 (V.G) Gr.Experimental	27	13
S3 (L.C.) Gr.Control	39	34
S4 (M.L.) Gr.Control	26	26



Grafica1: Resultados pre prueba y post prueba del Inventario de Depresión de Beck II (Aaron T. Beck, 2011).

5.1 RESULTADOS COMPARATIVOS

Esta sección se llevó a cabo teniendo en cuenta los puntajes de los autoregistros del programa cognitivo conductual para reducir el grado de depresión estos son: el termómetro del estado de ánimo, la lista de pensamientos positivos y negativos y la lista de actividades agradables que se dieron a los pacientes del grupo experimental en el transcurso de la aplicación del programa. La manera de interpretar cada registro se la puede ver en el capítulo III que corresponde al marco metodológico en técnicas e instrumentos.

Tabla 10: Resultados del autoregistró termómetro del estado de ánimo resultado

R.P. (S1)	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3
LUNES		5	6
MARTES		1	5
MIÉRCOLES		5	7
JUEVES		1	8
VIERNES	1	1	8
SÁBADO	4	5	7
DOMINGO	2	9	8

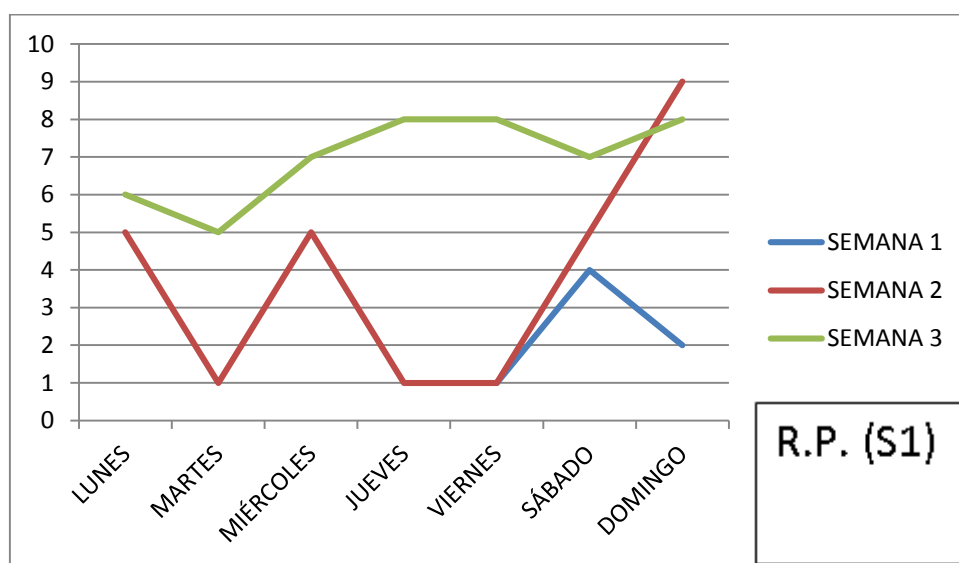
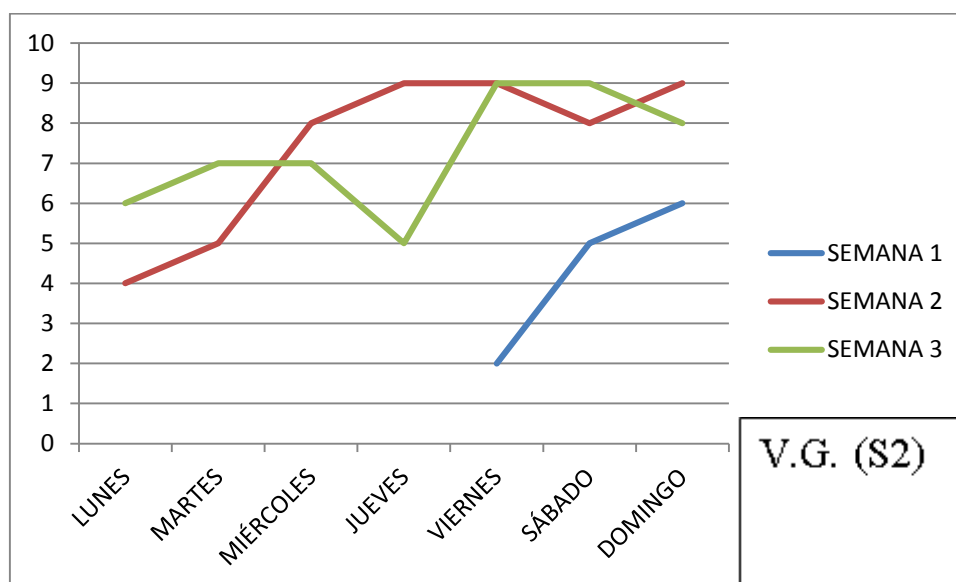
**Grafica2: Resultados del autoregistro termómetro del estado de ánimo.**

Tabla 11: Resultados del autoregistro termómetro del estado de ánimo resultado

V.G. (S2)	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3
LUNES		4	6
MARTES		5	7
MIÉRCOLES		8	7
JUEVES		9	5
VIERNES	2	9	9
SÁBADO	5	8	9
DOMINGO	6	9	8

**Grafica3: Resultados del autoregistro termómetro del estado de ánimo.**

Se observó en los dos pacientes del grupo experimental la mejoría gradual en su estado de ánimo como se puede ver en las gráficas 2 y 2.2 del termómetro del estado de ánimo de la misma manera que en las tablas 2 y 2.2.

Tabla 12: Lista de pensamientos positivos y negativos resultados del autoregistro

SUJETO- R.P. (S1)	Semana 1 18/11/13 al 24/11/13		Semana 2 25/11/13 al 01/12/13	
	Pensamientos positivos	Pensamientos negativos	Pensamientos positivos	Pensamientos negativos
	126	203	190	131
SUJETO- V.G. (S2)	Semana 1 18/11/13 a 24/11/13		Semana 2 25/11/13 a 01/12/13	
	Pensamientos positivos	Pensamientos negativos	Pensamientos positivos	Pensamientos negativos
	126	83	182	75

Se observó a través del autoregistro de pensamientos positivos y negativos, que durante y después de la aplicación del programa una reducción considerable de los pensamientos negativos y un incremento de los pensamientos positivos tal como se observa en la tabla 3.

A continuación se presentaran unas tablas de los autoregistros de pensamientos positivos y negativos de cada día que los sujetos del grupo experimental fueron llenando en el transcurso del programa:

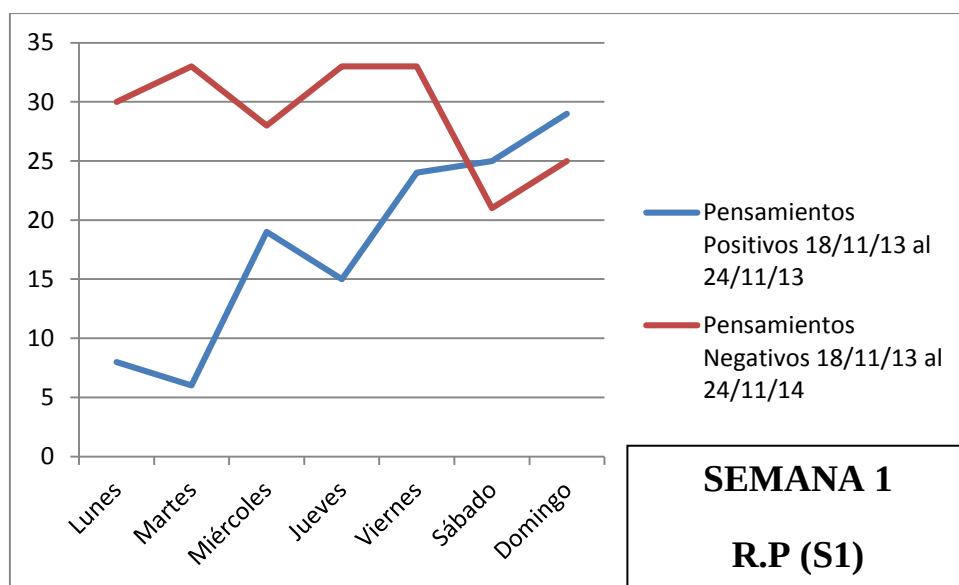
Tabla 13: Pensamientos positivos y negativos del sujeto R.P. (S1)

Sujeto SUJETO-R.P. (S1)	Semana 1 18/11/13 al 24/11/13		Semana 2 25/11/13 al 01/12/13	
	Pensamientos positivos	Pensamientos negativos	Pensamientos positivos	Pensamientos negativos
Lunes	8	30	28	20
Martes	6	33	30	23
Miércoles	19	28	20	18
Jueves	15	33	25	22
Viernes	24	33	29	20
Sábado	25	21	30	15
Domingo	29	25	28	13
Total:	126	203	190	131

Como se puede observar en la tabla 4, en la tabla 4.1 y 4.2 con el sujeto **N.P (S1)** en la **1ª semana**, presento **126** pensamientos positivos y **203** pensamientos negativos. Durante la **segunda semana** de implementación del programa sus pensamientos positivos incrementaron a **190** y sus pensamientos negativos se redujeron a **131** como se observa en la gráfica 4 y 4.1.

Tabla 14: Semana 1: Pensamientos positivos y negativos del sujeto R.P. (S1)

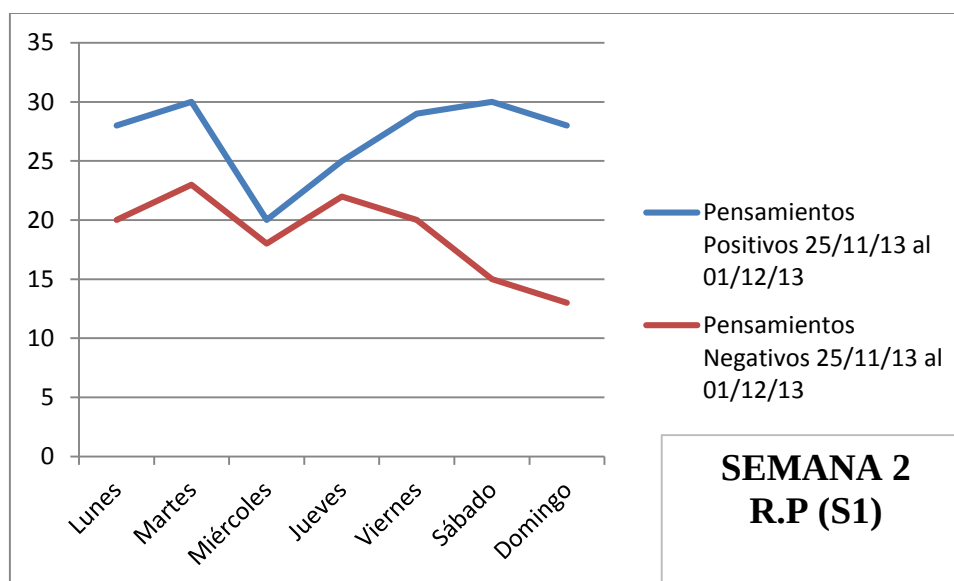
Días	Pensamientos Positivos 18/11/13 al 24/11/13	Pensamientos Negativos 18/11/13 al 24/11/14
Lunes	8	30
Martes	6	33
Miércoles	19	28
Jueves	15	33
Viernes	24	33
Sábado	25	21
Domingo	29	25



Grafica4: Semana 1: Pensamientos positivos y negativos del sujeto R.P. (S1)

Tabla 15: Semana 2: Pensamientos positivos y negativos del sujeto R.P. (S1)

Días	Pensamientos Positivos 25/11/13 al 01/12/13	Pensamientos Negativos 25/11/13 al 01/12/13
Lunes	28	20
Martes	30	23
Miércoles	20	18
Jueves	25	22
Viernes	29	20
Sábado	30	15
Domingo	28	13



Grafica 5: Semana 1: Pensamientos positivos y negativos del sujeto R.P. (S1)

Tabla 16: Pensamientos positivos y negativos del sujeto V.G. (S2)

Sujeto V.G. (S2)	Semana 1 18/11/13 al 24/11/13		Semana 2 25/11/13 al 01/12/13	
Días	Pensamientos positivos	Pensamientos negativos	Pensamientos positivos	Pensamientos negativos
Lunes	20	10	5	21
Martes	23	11	7	20
Miércoles	31	9	10	10
Jueves	12	21	23	7
Viernes	33	15	26	6
Sábado	32	10	22	6
Domingo	31	7	23	5
Total:	126	83	182	75

Como se puede observar en la tabla 5, en la tabla 5.1 y 5.2 con el sujeto **V.G (S2)** en la **semana 1**, presento **126** pensamientos positivos y **83** pensamientos negativos. Durante la **segunda semana** de implementación del programa sus pensamientos positivos incrementaron a **182** y sus pensamientos negativos se redujeron a **75** como se observa en la gráfica 5 y 5.1.

Tabla 17: Semana 1: Pensamientos positivos y negativos del sujeto V.G. (S2).

Días	Pensamientos Positivos 18/11/13 al 24/11/13	Pensamientos Negativos 18/11/13 al 24/11/13
Lunes	20	10
Martes	23	11
Miércoles	31	9
Jueves	12	21
Viernes	33	15
Sábado	32	10
Domingo	31	7

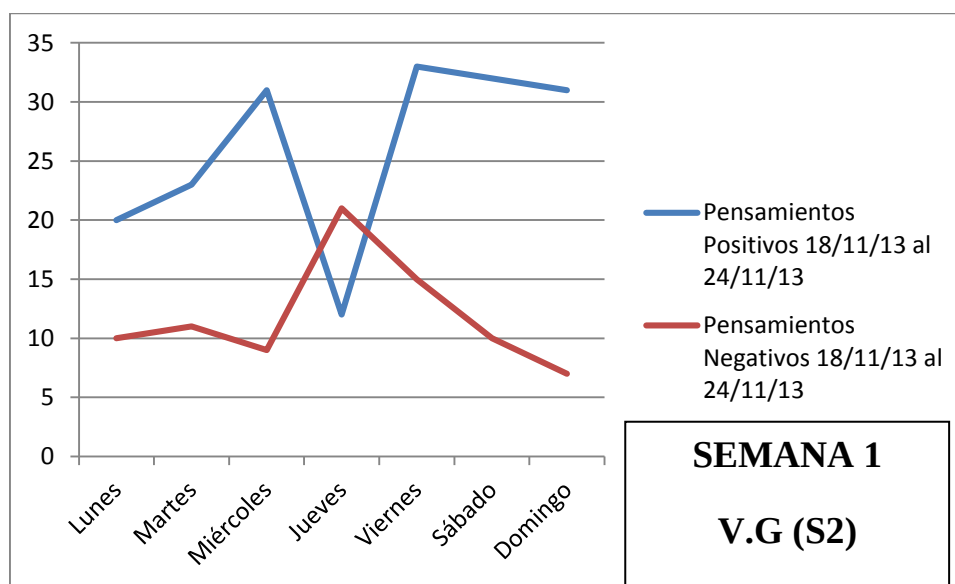
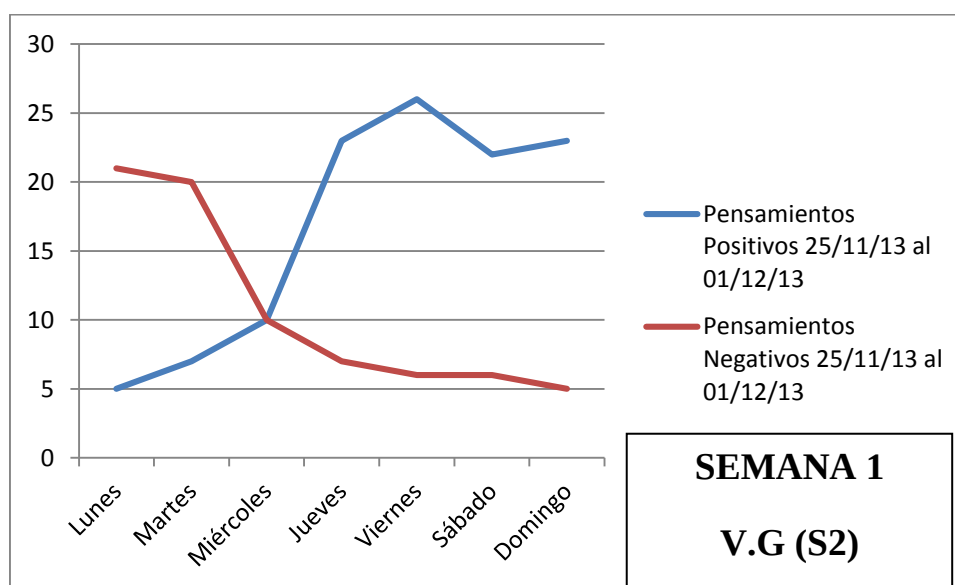
**Grafica6: Semana 1: Pensamientos positivos y negativos del sujeto V.G. (S2).**

Tabla 18: Semana 2: Pensamientos positivos y negativos del sujeto V.G. (S2).

	Pensamientos Positivos 25/11/13 al 01/12/13	Pensamientos Negativos 25/11/13 al 01/12/13
Lunes	5	21
Martes	7	20
Miércoles	10	10
Jueves	23	7
Viernes	26	6
Sábado	22	6
Domingo	23	5

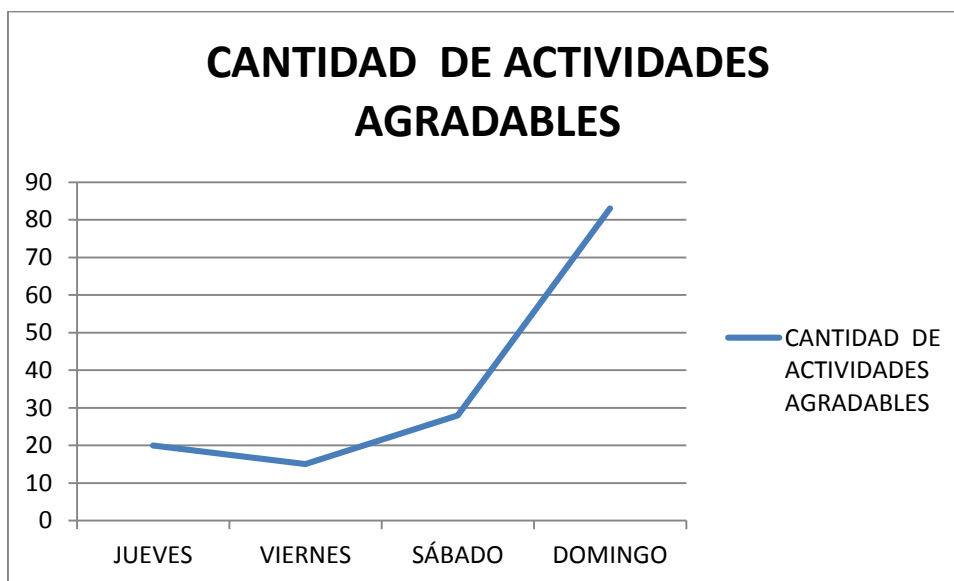
**Grafica7: Semana 2: Pensamientos positivos y negativos del sujeto V.G. (S2).**

Lista de actividades agradables resultados del autoregistro:

Según los resultados obtenidos, se observó que los dos sujetos presentan un incremento en sus actividades agradables, como se evidencia en las tablas 6 y 7. El sujeto R.P. (S1) comenzó con **20 actividades** e incremento a **83 actividades** como se observa en la gráfica 6. Y el **sujeto V.G. (S2) comenzó con 15 actividades e incremento a 56 actividades** como se observa en la gráfica 7.

Tabla 19: Resultados del autoregistro: Lista de actividades agradables de R.P. (S1)

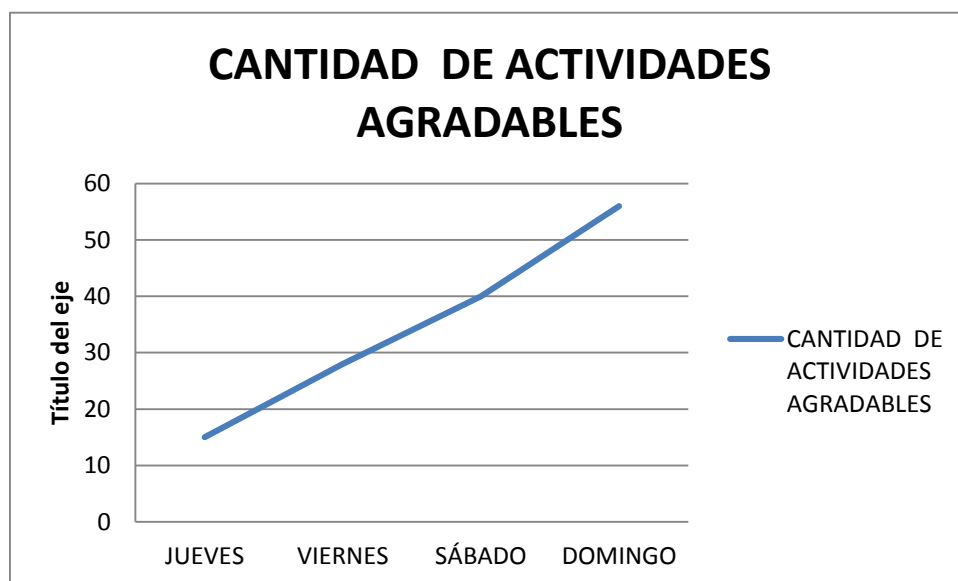
R.P. (S1)	CANTIDAD DE ACTIVIDADES AGRADABLES
JUEVES	20
VIERNES	15
SÁBADO	28
DOMINGO	83



Grafica8: Cantidad de actividades agradables de R.P. (S1)

Tabla 20: Resultados del autoregistro: Lista de actividades agradables de V.G. (S2)

	CANTIDAD DE ACTIVIDADES AGRADABLES
JUEVES	15
VIERNES	28
SÁBADO	40
DOMINGO	56

**Grafica9: Cantidad de actividades agradables de V.G. (S2)**

Prueba de hipótesis McNemar

Como se muestra en la tabla 22 los resultados de la pre prueba y post prueba aplicando el inventario para la depresión de Beck, se pueden observar los 21 ítems y las respuestas de los casos de estudio. Dando en el sujeto R.P (S1) un total de 51 en la pre prueba posterior a la aplicación de la post prueba un total de 19. En el sujeto V.G (S2) un total de 26 en la pre prueba y en la post prueba 13.

Teniendo un promedio de respuestas negativas de 39 puntos en la pre-prueba y un total de 16 en la post-prueba.

Tabla 21: Puntuación obtenida de la pre prueba y post prueba del inventario de Beck(Aaron T. Beck, 2011)

R.P. (S1)	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p20	p21			
Pre prueba	3	3	3	2	1	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	1	3	3	2	0	51		
Post prueba	2	1	1	0	1	0	2	2	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	2	0	19		
V.G. (S2)	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p20	p21			
Pre prueba	1	1	1	2	1	0	0	0	1	3	2	1	1	1	1	3	1	0	2	1	3	26		
Post prueba	0	0	1	1	1	0	1	2	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	1	1	1	13		
promedio	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p20	p21			
Pre prueba	2	2	2	2	1	1	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	1	2	3	2	2	39		negativo
Post prueba	1	1	1	1	1	0	2	2	1	1	1	1	0	1	2	0	1	1	1	2	1	16		positivo

		Post prueba	
		+	-
Pre prueba	+	3	0
	-	14	4

Por lo tanto aplicando el test de Neymarr : $(14-1)^2/14=12.0714$

En el cuadro de entrada de frecuencia se presenta al primero y al segundo conjunto de respuestas de los mismos sujetos s R.P (S1) y V.G (S2). En la tabla se usan + y – para simbolizar respuestas diferentes.

Resultado:

Como se observa en la tabla 23 el valor del test de McNemar es mayor al de chi cuadrada χ^2 ($12,07 > 3,84$) por lo que se rechaza la hipótesis nula y existe evidencia significativa de los cambios entre la pre prueba y la post prueba aceptándose con un 95% de confiabilidad la hipótesis de estudio.

Tabla 22: resultado del test de McNemar

Test de McNemar	12,0714			
Chi-cuadrado χ^2	3,8415	Probabilidad y/o niv. de significancia	5%	Margen de error.
		Grados de libertad	1	(B.D.I II)(Aaron T. Beck, 2011)

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en el transcurso de la investigación se evidencio la relevancia y el beneficio que provoco la aplicación del “Programa cognitivo conductual para reducir el grado depresivo de pacientes con depresión”.

Uno de los aspectos más importantes, es la respuesta positiva que se obtuvo en relación al planteamiento del problema.

Mediante la aplicación del programa, se obtuvo como resultado efectos positivos en los dos pacientes del grupo experimental. Se logró reducir el grado de depresión en cada uno de los casos estudiados, cumpliendo de esta manera con el objetivo general planteado en esta investigación.

El primer objetivo respecto de esta investigación, consistió en evaluar el grado de depresión, con el Inventario de Depresión de Beck II, (Aaron T. Beck, 2011) y determinar la clasificación de los dos casos estudiados. Una vez evaluados ambos casos del grupo experimental se estableció que pertenecían a la clasificación de depresión mayor F.30. Los dos casos del grupo control se encontraban en la misma clasificación de depresión mayor F.30. Sin embargo, el sujeto R.P. (S1) presento el grado de depresión grave F32.2 y el sujeto V.G. (S2) del grupo experimental presentaba el grado de depresión moderada F 32.1 y en el grupo control el sujeto L.C. (S3) presentaba una depresión grave F 32.2 y el sujeto M.L. (S4) presentaba el grado de depresión moderada. F 32.1 como se observa en la tabla 8.

Tabla 23: Pre prueba

Sujetos grupo experimental		Sujetos grupo control	
	Grado de depresión		Grado de depresión
R.P. (S1)	Depresión grave. F 32.2	L.C. (S3)	Depresión grave. F 32.2
V.G. (S2)	Depresión moderada.F 32.1	M.L. (S4)	Depresión moderada.F 32.1

Posteriormente al aplicar la post prueba se obtuvieron los siguientes resultados observados en la tabla 9.

Tabla 24: Post prueba

Sujetos grupo experimental		Sujetos grupo control	
	Grado de depresión		Grado de depresión
R.P. (S1)	Depresión Leve. F 32.0	L.C. (S3)	Depresión grave. F 32.2
V.G. (S2)	(Cambios normales del estado de ánimo).	M.L. (S4)	Depresión moderada. F 32.1

Los sujetos del grupo experimental R.P. (S1) y V.G. (S2) tuvieron un decremento considerable en el grado de depresión comparados con los resultados que obtuvieron en la pre prueba, antes de iniciar el programa.

El sujeto R.P. (S1) pasó de tener el grado de depresión grave. F 32.2 a tener el grado de depresión Leve. F 32.0. Así mismo el sujeto V.G. (S2) paso de tener el grado de depresión moderada. F 32.1 a tener (Cambios normales del estado de ánimo). Lo que significa una remisión de la sintomatología depresiva inicial.

En base a estos resultados se puede evidenciar que la aplicación del programa dio como resultado el decremento del grado de depresión en ambos casos. A los sujetos del grupo control no se les aplicó el programa y se mantuvieron en el mismo grado de depresión. De esta manera se evidencia el efecto del programa sobre los sujetos de estudio.

-Se puede decir que el sujeto V.G. (S2), llego a reducir el grado depresivo al punto de la remisión de la sintomatología depresiva, por los siguientes motivos:

Es muy importante considerar el grado depresivo en el que se encontraba inicialmente el sujeto V.G. (S2), siendo esta una depresión moderada F.32.1.

Se sabe que los grados depresivos leves y moderados tratados con efectividad por la terapia cognitiva conductual tienden a la remisión de manera más rápida que los casos más graves como son la depresión grave F.32.1 y la depresión grave con síntomas psicóticos F.32.2 (Beck A. , Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects, 1967)

-Sin embargo la perseverancia y la continuidad del tratamiento en casos más graves da un buen pronóstico a los pacientes crónicos como es el caso de la depresión grave F.32.2.

.Resultados obtenidos.

Según los resultados obtenidos después de la aplicación del programa se obtuvo una mejoría en cuanto al grado depresivo de ambos casos. Esto se hace evidente en los resultados de los autoregistros, termómetro del estado de ánimo, lista de pensamientos positivos y negativos, lista de actividades agradables y el cuaderno de trabajo donde se brindaron estrategias para tener más contactos positivos con la gente. Los pacientes pudieron darse cuenta de la relación de estos tres aspectos: pensamientos, actividades y relaciones interpersonales. En cuanto a su

estado de ánimo, se observó un incremento diario de pensamientos positivos en estos registros.

El estado de ánimo de estos pacientes mejoro, se pudo observar que aplicaban las estrategias implementadas en el programa y cumplían con las tareas del mismo. Los pacientes declaran en el cuaderno de trabajo sus pensamientos:

Extracto del cuaderno de trabajo del módulo 3, sesión 4. Actividad final:

R.P. (S1)

“Siento que mejore un poco ya no tengo tantos pensamientos negativos como antes los tenía”

V.G. (S2)

“Que es interesante, un poco remueve el pasado y los problemas que uno tiene y puede llegar hacer contraproducente. Pero al final es positivo y sano”

-En las palabras de los sujetos del grupo experimental se puede observar el impacto del programa cognitivo conductual en cuando a su manera de procesar la información y su estado de ánimo.

También pudo evidenciarse a partir de los autoregistros los pensamientos que el programa les ayudo a controlar:

Extracto del cuaderno de trabajo del módulo 3, sesión 1. Actividad uno:

R.P. (S1)

“No verme al espejo y hacerme daño”

V.G. (S2)

“El del suicidio, autoagresiones, lastimar a los demás”

- Se puede observar que ambos pacientes a través de la estrategias implementadas en el programa cognitivo conductual tienen control de sus pensamientos y por lo tanto de sus acciones lascivas lo que produjo una reducción del grado depresivo que presento cada caso estudiado del grupo experimental al inicio del programa.

.Comprobación de hipótesis.

Con respecto a la hipótesis planteada, los resultados manifestaron que la aplicación del programa con los dos casos del grupo experimental genero efectos positivos en cuanto a la mejoría de su estado de ánimo y la reducción del grado depresivo.

A través del test de McNemar tenemos una puntuación de 12.07 a comparación con la chi-cuadrado x 2 de 1 grado de libertad a 0,05% de nivel de confianza a 3.84 por lo tanto el test de McNemar aplicado al programa cognitivo conductual es mayor a la chi cuadrado x2 con un 5% de margen de error que significa que el nivel de significancia estadística es del 95% por lo que el programa cognitivo conductual para la depresión es confiable lo que da como resultado el rechazo de la hipótesis nula.

Este resultado por si solo es de gran importancia para la investigación, pues los estudios de (Baringoltz, 2009)(Beck A. , Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects, 1967) se corroboran.

Conclusión general y aportación a la disciplina.

La salud mental es un tema de relevancia mundial es por ello que enfermedades de toda índole deben ser abordadas con la metodología adecuada, para brindar a la población un asesoramiento y ayuda eficaz.

La O.M.S entiende la salud como el bienestar biopsicologico del individuo(Salud, CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento, 1992). Es por ello que la salud mental es importante para el mantenimiento de la salud integral del individuo.

En el caso de los trastornos del estado de ánimo específicamente la depresión tema que fue ampliamente estudiado durante la presente investigación y desde más de tres siglos donde encontramos información al respecto. Estudios dentro de la disciplina psicológica aportan bastante a la hora de desarrollar programas de intervención eficaces y accesibles para la población como el realizado en el presente estudio.

Como conclusión general se puede inferir que las estrategias cognitivo conductuales tienen un efecto de profundo impacto en la depresión ya que brinda estrategias de afrontamiento, superación de pensamientos negativos y genera el sentirse en control de sí mismo.

La terapia cognitiva conductual aplicada en forma simultánea con la terapia farmacológica para la depresión es un aporte bastante importante en la mejoría del paciente. Este tipo de terapia es fundamental para disminuir las cogniciones negativas y debilitar la triada cognitiva negativa mantenedora y generadora de la depresión.(Beck A. T., 1967)

Se generan nuevos esquemas de pensamiento, mejorando el procesamiento de la información y debilitando estos sesgos cognitivos.

Estos aspectos son muy importantes ya que la utilización de esta terapia cognitiva conductual puede servir como un gran complemento a la terapia farmacológica, mas no como un sustituto

de la misma, si no el de integrar y mejorar el efecto, cuyo resultado incremento la efectividad como se evidencio en los resultados de este estudio.

Este programa estuvo dirigido a trabajar en tres módulos, los pensamientos negativos en relación al estado de ánimo, las actividades en relación al estado de ánimo. También se trabajó con los pocos y negativos contactos con la gente.

A lo largo de la explicación que se efectuó en el capítulo que corresponde al marco metodológico, se hizo hincapié en estos tres aspectos como mantenedores o causantes de la depresión. La terapia cognitiva conductual muestra como esta relación de nuestras cogniciones (pensamientos), actividades y pocos y negativos contactos con la gente (conductuales) se demuestran en la práctica de este estudio al modificar cualquier o mejor aun trabajar en los tres aspectos, módulos llamados en el programa se obtiene un efecto positivo sobre los pacientes con depresión. Demostrando de manera práctica que el abordaje terapéutico sobre estos aspectos con llevan al decremento y en algunos casos más leves la remisión de la depresión clínica.

6.2 RECOMENDACIONES

Con la aplicación del programa, el seguimiento y la obtención de los resultados es que se llegó a las siguientes recomendaciones:

a. Límites y alcances del estudio.

Cabe resaltar que el programa tuvo mejores efectos en el caso del grado de depresión moderada F 32.1, que en el caso del grado de depresión grave F 32.2, en el sujeto **P.N. (S1)**, esto se debe posiblemente al tiempo del tratamiento propuesto. Sin embargo se redujo el grado de depresión con lo cual se comprobó la hipótesis planteada. Sería bueno realizar investigaciones comparativas en cuanto al tiempo de tratamiento. Es fundamental el sistematizar el tratamiento, porque de esta manera se tiene la posibilidad de replicar el cambio cognitivo conductual en pacientes que necesiten de este.

Otro factor interesante sería el de implementar el programa en pacientes ambulatorios y no internos para observar el efecto del programa en este contexto.

También sería interesante aplicar el programa a pacientes con depresión que no se encuentren medicados para poder comparar el efecto del tratamiento cognitivo conductual en el grado de depresión que presenten.

En la presente investigación los pacientes del grupo experimental y del grupo control estaban medicados con Alplaxy el paciente del grupo experimental **V.G (S2)** debido a la patología comorvida esta medicado con litio. Estos aspectos no se tomaron en cuenta porque no estaban

contemplados en los objetivos del presente estudio. Se pudo observar que los sujetos del grupo control **L.C. (S3)** y **(M.L S4)** redujeron unos puntos en el inventario de Beck pero es posible que sea el resultado de la medicación. Pero no se decremento el grado depresivo que inicialmente presentaban si no que se mantuvieron en el mismo grado.

Es evidente que la intervención médica es de gran importancia, pero lo que se trató de comprobar en la presente investigación es la importancia de integrar ambas disciplinas tanto la médica psiquiátrica como la psicológica.

Por motivos de estudio seria enriquecedor realizar las investigaciones propuestas de manera sistemática como en el presente programa para que de esta manera nos brinden mayor información en nuestro contexto.

Existen también puntos metodológicos que deben tomarse en cuenta, como es el hecho de que en esta investigación se utilizaron cuatro participantes. Esto aunque facilito la profundización de los aspectos estudiados, no dio la facilidad de generalizar los datos en poblaciones más grandes.

Un alcance importantísimo es que se llegó a reducir el grado de depresión que presentaban los pacientes al inicio de este estudio como se comprobó en la post prueba y no hubo abandono lo que indica que la terapia cognitiva conductual tuvo aceptación por parte de los pacientes participantes. Lo que la pone como no solo una alternativa eficaz en el tratamiento de la depresión, sino que es conveniente para los pacientes mismos.

Otro alcance fundamental fue el que se logró sistematizar un programa efectivo dirigido a pacientes con depresión, el cual es accesible.

Garantizando su efectividad con la evidencia que se obtuvo en la presente investigación.

Una recomendación relevante sería la de replicar el programa cognitivo conductual para la depresión a futuro con más casos, ya que el estudio se basó en la disponibilidad de pacientes con depresión que designo el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan De Dios.

b. Recomendaciones para la formación.

En principio tiene que haber una buena formación teórica, sobre todo en investigación básica, lo cual implica poseer estudios en psicología comparada, estudios de psicología animal y psicología experimental.

Posteriormente se puede acceder a una formación clínica. Luego de esa formación clínica general, es necesario el entrenamiento. Porque tener una formación teórica y una formación clínica a nivel bibliográfico no implica tener entrenamiento de manejo de procedimientos de evaluación y procedimientos de tratamiento. Luego de tener la formación en tratamientos es

necesario conocer la psicopatología propia de cada trastorno en cuestión. La depresión, en sí misma constituye un área amplia dentro de la psicopatología. Sin el recorrido en las áreas de formación anteriormente descritas sería difícil que el interesado en la formación cognitiva conductual, pueda tener un buen rendimiento en la aplicación de este tipo de abordaje. El aprendizaje incluye tres fases: una primera fase de adquisición de conocimientos, una segunda fase de entrenamiento y una tercera fase de consolidación.

En cuanto a la formación teórica, puntualmente, se debería conocer, en primera instancia, sobre teorías del aprendizaje, modelos de condicionamiento, modelos de procesamiento de la información, condicionamiento encubierto, las bases biológicas del comportamiento, psicología experimental, psicología social, los modelos de psicología de las diferencias individuales, psicología general y neurociencias. Estos paradigmas o disciplinas, son fundamentales para una adecuada formación en psicología cognitiva conductual.

Por lo expuesto el interesado en formarse bajo este enfoque debería realizar maestrías en el área y otros estudios complementarios para poder ejercer de manera ética y adecuadamente la terapia cognitiva conductual aplicada a la clínica psicológica.

c. Recomendaciones para la prevención.

Si bien la investigación responde a un nivel de intervención de atención secundaria, la intervención primaria es sumamente importante. Es por ello que deberían hacerse campañas tempranas de detección de la depresión desde colegios e informar a los padres, amigos y cualquier grupo social al que pertenecen los individuos.

Se sabe que los pacientes suelen subestimar su sintomatología al igual que los familiares y acuden a buscar ayuda cuando el caso es crónico, como se vio en la investigación esta enfermedad es silenciosa y bastante peligrosa ya que puede llevar al suicidio del depresivo.

Por ello se debería hacer bastante énfasis en la información, de cómo detectar esta enfermedad que si no es atendida a tiempo podría ser demasiado tarde.

Por estas actitudes de la sociedad en general lo que se propone no es solo hacer campañas de detección en los hospitales. Si no en otros medios de información ya sea la televisión, la radio y colegios podrían ser algunos de los lugares donde se podría empezar a difundir esta importante prevención.

Otro punto importante es el de difundir el programa cognitivo conductual, para el tratamiento de la depresión en otros centros del departamento y del país para de esta manera contar con un

programa sistemático, útil y efectivo para posteriores aplicaciones en hospitales donde se requiera intervenir a pacientes con depresión.

Para la prevención de la depresión debería utilizarse el inventario de Beck II para detectar a tiempo a personas que estén cursando esta enfermedad. Para que de esta manera la intervención sea rápida y eficaz. Es un instrumento útil que dada su validez tanto interna como externa fue aplicado y validado no solamente con población clínica. (Aaron T. Beck, 2011)

Debería ser utilizado en nuestro departamento con énfasis para prevenir casos graves y el suicidio.(Reinecke, 1995)

d. Recomendaciones para la terapia

Aaron Beck ya hace mención de ello en su libro terapia cognitiva de la depresión(Beck A. T., 1967), es muy importante el conocer la teoría cognitiva conductual a profundidad, para poder implementar las técnicas que se utilizan. Es por esto que el terapeuta que vaya a realizar un abordaje de esta índole este informado y consiente ya que de ello depende el que salve a una persona de este mal procesamiento de la información. Es por ello la importancia de realizar investigaciones sistemáticas bajo el enfoque cognitivo conductual que aborden esta temática tan importante como es la depresión que cada vez está cobrando mayor importancia. Sin embargo hay algunos puntos dentro de la terapia cognitiva conductual sobre la depresión que deben ser tomados en cuenta a la hora de aplicar el programa:

Las tareas para la casa o después de terapia como son los autoregistros, deben irse administrando gradualmente.

Es muy importante fomentar la colaboración o alianza de trabajo, no solo debe limitarse a cumplirse el programa si no que es de vital importancia establecer un rapport adecuado que genere empatía durante el transcurso de la aplicación del programa.

Otro componente de gran importancia es la familia ya que constituyen un complemento importante para la mejora de los pacientes. Al ser su red primaria sería conveniente el de involucrarlos en el programa ya que de esta manera se brindaría a los paciente depresivos un apoyo integral. Y de esta manera como se vio en el marco teórico los pacientes se beneficiarían no solo de las estrategias cognitivas que ya son bastante, sino de un entorno que retroalimente este nuevo comportamiento, mejorando y trabajándolo continuamente en su estado de ánimo.

El seguimiento es fundamental y más aún en este tipo de pacientes depresivos donde se necesita un apoyo constante.

VII. BIBLIOGRAFIA

VII.I. Referencias:

- Aaron T. Beck, R. A. (2011). *BDI-II Inventario de Depresion de Beck*. Buenos Aires: Paidos.
- Abramson, L. Y. (1978). *Learned helplessness in humans: critique and reformulation*. Journal of Abnormal Psychology.
- Baringoltz, S. (3 de Septiembre de 2009). *Terapia cognitiva y depresion*. Recuperado el 8 de Mayo de 2013, de Psiquiatria.com:
<http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/tratamientos/44216/>
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Harper y Row.
- Beck, A. (1983). *Cognitive Therapy of depression: New perspectives*. Nueva York: Raven Press.
- Beck, A. (1988). *Ansiedad y depresion: una informacion sobre la perspectiva del procesamiento*. Madrid.
- Beck, A. T. (1967). *Terapia cognitiva de la depresion* 17ª Edición. Biblioteca de psicologia Desclee De Brouwer .
- Belloch, A. (1997). *Manual de psicopatologia volumen II*. Madrid: McGraw Hill.
- Belloch, A. (1997). *Manual de Psicopatologia volumen II*. Madrid: McGraw Hill.
- Blatt, S. (1974). *Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. The Psychoanalytic Study of the Child*.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Separation and depression*. Buenos Aires: Paidos.
- Catalina Serna, M. C. (25 de noviembre de 2003). *consejo general de psicologia en España*. Recuperado el 8 de junio de 2013, de Infocoponline:
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3388
- Costello, C. (1993). *The advantages of the symptom approach to depression*. Nueva York: Wiley.
- Coyne, J. (1976). *Toward an interactional description of depression*. Psychiatry.

- Depue, R. Y. (1978). The unipolar-bipolar distinction in depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 1001-1029.
- Esther, C. L. (6 de junio de 2013). *la desesperanza factor de vulnerabilidad ante el estrés*. Recuperado el 5 de junio de 2013, de Consejo general de la psicología en España: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2058
- Freud, S. (1917-1972). *Duelo y melancolia. en obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gilbert, P. (1992). *Depression: The evolution of powerlessness*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Goodwin, D. (1989). *Psychiatric Diagnosis*. Oxford university press.
- Gotlib, I. y. (1992). *Psychological aspects of depression. Toward a cognitive-interpersonal integration*. Pergamon: Oxford.
- Kanfer, F. (1970). *Sef-regulation: Research, issues and speculations*. Nueva York: Apleton-Century-Crofts.
- Lewinsohn, P. (1974). *A behavioral approach to depression*. Nueva York: Wiley.
- Lewinsohn, P. (1976). *Activity schedules in the treatment of depression*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.
- Lewinson, P. H. (1985). *An Integrative theory of depression*. Orlando: Theoretical issues in behavior therapy.
- Lopez-Ibor Aliño, J. J. (2002). Manual Diagnostico y estadistico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. En J. J. Lopez-Ibor ALIÑO, *Trastornos del estado de animo* (págs. 387-476). Barcelona: ELSEVIER MASSON.
- Manuel Víctor, V. J.-P. (2007). Depresión en estudiantes de medicina Resultados de la aplicación del inventario de Beck en su versión de 13 ítems. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 86-93.
- Maria Azucena, H. S. (1 de abril de 2010). Tratamiento cognitivo conductual un analisis de caso. *Centro universitario UAEM ATLACOMULCO licenciatura en psicologia*. Atlacomulco, Mexico.
- Psicolatina*. (s.f.). Recuperado el 8 de Junio de 2013, de <http://psicolatina.com/panico-depresion-y-estados-de-animos-la-terapia-cognitivo-conductual-es-mas-eficaz-para-la-depresion-y-la-ansiedad-381.html>
- Psicologia en red*. (29 de Abril de 2011). Recuperado el 8 de Junio de 2013, de <http://psicologiaenred.wordpress.com/2011/04/29/las-ideas-irracionales-segun-albert-ellis/>

- Reinecke, M. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Madrid: Biblioteca De Psicología Desclee De Brouwer.
- Ricardo F. Muñoz., S. A.-G. (1995). *MANUAL DE TERAPIA INDIVIDUAL PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE DEPRESION*. SAN FRANCISCO: PARTNERS IN CARE COMPAÑEROS EN LA SALUD.
- S.A. (29 de Noviembre de 2012). *Blog Estadístico*. Obtenido de <http://elestadistico.blogspot.com/2012/11/test-estadisticos-prueba-de-f-chi.html>
- Salazar, J. E. (2013). *Modulo VII: Bases de la evaluacion neuropsicologica aplicadas a la pedagogia*. Universidad La Salle. La Paz: Cides-Editores.
- Salud, O. M. (1992). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Salud, O. M. (s.f.). *www.who.int*. Recuperado el 12 de Junio de 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- SERRANO, F. (s.f.). *ANALES*. Recuperado el 2 de JUNIO de 2013, de Depresión en enfermedades médicas Depression and medical illness: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple11a.html>
- Skinner, B. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: MacMillan.
- Teasdale, J. (1988). *Cognitive vulnerability to persistent depression. Cognition and Emotion*. Buenos Aires: Paidós.
- Vazquez, C. (2003). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Vidal, G. D. (1988). *Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial L. Médica Panamericana S.A.
- Wilson, P. H. (1995). *Técnicas de entrevista clínica*. Martínez Roca.

GLOSARIO

ANGUSTIA: Es un estado afectivo de carácter penoso que se caracteriza por aparecer como reacción ante un peligro desconocido o impresión. Suele estar acompañado por intenso malestar psicológico y por pequeñas alteraciones en el organismo, tales como elevación del ritmo cardíaco, temblores, sudoración excesiva, sensación de opresión en el pecho o de falta de aire (de hecho, “angustia” se refiere a “angostamiento”). En el sentido y uso vulgares, se lo hace equivalente a ansiedad extrema o miedo.

ANHEDONIA: Es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. Constituye uno de los síntomas o indicadores más claros de depresión.

ASTENIA: Es un síntoma presente en varios trastornos, caracterizado por una sensación generalizada de cansancio, fatiga, debilidad física y psíquica.

COMORVILIDAD: La comorbilidad es un término médico, acuñado por AR Feinstein en 1970, y que se refiere a dos conceptos: La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario o el efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.

DEPRESION:(del latín depressio, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento») es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana.

DISFORIA: Se caracteriza generalmente como una emoción desagradable o molesta, como la tristeza (estado de ánimo depresivo), ansiedad, irritabilidad o inquietud. Es el opuesto

etimológico de la euforia. se refiere sólo a un desarreglo de las emociones y se puede experimentar en respuesta a acontecimientos vitales ordinarios. Además, es un rasgo de muchos trastornos psiquiátricos como los trastornos por ansiedad y los trastornos del estado de ánimo. La disforia se experimenta normalmente durante episodios depresivos, pero las personas con trastorno bipolar pueden también experimentarlo durante los episodios maníacos o hipomaníacos. La disforia, en el contexto de un trastorno del estado del ánimo es un indicador de riesgo elevado de suicidio.

DISTORCIONES COGNITIVAS: Dentro de las terapias cognitivo-conductuales como la TC y la TRE, significa un error en el procesamiento de información. Las distorsiones cognitivas desempeñan un papel predominante en la psicopatología al producir la perturbación emocional.

HIPERSOMNIA: Es uno de los trastornos intrínsecos del sueño. Se caracteriza por somnolencia excesiva diaria, por episodios prolongados de sueño nocturno y por intervalos de sueño diurno, durante al menos un mes.

INSOMNIO: El insomnio es uno de los trastornos del sueño más comunes. Aunque el insomnio únicamente suele concebirse como la dificultad para iniciar el sueño, lo cierto es que la dificultad para dormir puede tomar varias formas:

- 1-Dificultad para conciliar el sueño al acostarse (insomnio inicial, el más común de los tres)
- 2-Despertarse frecuente durante la noche (insomnio intermedio).
- 3-Despertarse muy temprano por la mañana, antes de lo planeado (insomnio terminal).

PENSAMIENTO: El pensamiento es la actividad y creación de la mente; dícese de todo aquello que es traído a existencia mediante la actividad del intelecto. El término es comúnmente utilizado como forma genérica que define todos los productos que la mente puede generar incluyendo las actividades racionales del intelecto o las abstracciones de la imaginación; todo aquello que sea de naturaleza mental es considerado pensamiento, bien sean estos abstractos, racionales, creativos, artísticos, etc.

PESIMISMO: (del latín *pessimum*, "lo peor"), es un estado de ánimo y una doctrina filosófica que sostiene (invirtiendo la tesis leibniziana) que vivimos en el peor de los mundos posibles, un mundo donde el dolor es perpetuo (Schopenhauer) y nuestro destino es tratar de obtener lo que nunca tendremos. El pesimismo niega el progreso de la civilización y de la naturaleza humana. Desde el punto de vista psicológico, constituye uno de los rasgos o síntomas más señalados de la depresión.

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL: Son orientaciones de la terapia cognitiva enfocadas en la vinculación del pensamiento y la conducta, y que recogen las aportaciones de distintas corrientes dentro de la psicología científica; siendo más que una mera fusión, como aplicación clínica, de la psicología cognitiva y la psicología conductista. Suelen combinar técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y de exposición.

TRIADA COGNITIVA NEGATIVA: Es la percepción negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.

IRRITABILIDAD: Es la propensión a irritarse (sentir ira o una excitación morbosa en un órgano o parte del cuerpo). Puede definirse como la capacidad que posee un organismo vivo de reaccionar o responder de manera no lineal frente a un estímulo. La irritabilidad, por lo tanto, permite que un organismo identifique un cambio negativo en el medio ambiente y reaccione ante dicha alteración. Esta respuesta puede tener efectos patológicos o fisiológicos.

TRISTEZA: La tristeza es una de las emociones básicas (no natales) del ser humano, junto con el miedo, la ira, el asco, la alegría y la sorpresa. Estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral. Es la expresión del dolor afectivo mediante el llanto, el rostro abatido, la falta de apetito, etc.

SINTOMA: En medicina, la referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico o enfermedad.

INDECISION: Es la incapacidad de poder decidir al respecto de situaciones que ponen en conflicto al individuo que queda inhibido ante estas.

VIII**ANEXOS**

1- ANEXO: CARTA DE SOLICITUD PARA LA APLICACION DEL PROGRAMA

La Paz, 1 de Noviembre del 2013
CEXT/CO-PSI 028/13

Señor
Dr. Ernesto Malaga
**DIRECTOR DEL CENTRO
DE REHABILITACION Y
SALUD MENTAL "SAN JUAN DE DIOS"**
Presente.-

Estimado Doctor:

A tiempo de saludarlo de manera cordial y deseando éxito en su dirección como en sus actividades personales, dirijo la presente nota para solicitar la realización de la investigación titulada **"PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR EL GRADO DE DEPRESION EN PACIENTES, QUE PRESENTE EPISODIOS DEPRESIVOS" DEL CENTRO DE REHABILITACION Y SALUD MENTAL SAN JUAN DE DIOS DE LA CIUDAD DE LA PAZ** – Estudio de Caso, la misma que será realizada por la alumna Victoria Urtaza Nava Morales para cumplir con los requisitos de trabajo de tesis y titulación de su formación en pregrado.

No dudando de su aceptación, reciba mis consideraciones más distinguidas.

Atentamente,


Mag. María Elizabeth Salazar Jiménez
COORDINACIÓN CARRERA DE PSICOLOGIA

c.c. archs./


Dr. Ernesto Malaga Vasquez
DIRECTOR MEDICO
CENTRO REHABILITACION Y SALUD MENTAL
SAN JUAN DE DIOS

01-11-13

2- ANEXO: CONSENTIMIENTO INFORMADO: PACIENTE

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Programa cognitivo conductual, para reducir el grado depresivo en pacientes con depresión del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de dios en la ciudad de La Paz. Estudio de caso.

Yo,.....

He sido suficientemente informado y he podido hacer preguntas sobre los objetivos y metodología aplicada así como resolver las dudas sobre la investigación arriba citada.

La investigadora Victoria Alejandra Urtaza Nava Morales me explico que la participación es voluntaria. Comprendo igualmente que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que ello repercuta de ninguna forma en mi asistencia médica.

Por todo lo cual, PRESTO LIBREMENTE MI CONSENTIMIENTO para participar en la investigación.

Fecha:

Firma del paciente

3-ANEXO: Instrucciones para usar el termómetro del ánimo diario

Para empezar a ver sus cambios en su estado de ánimo usted anotara, su estado de ánimo diario TODOS LOS DIAS.

Instrucciones:

Justo antes de acostarse, saque el termómetro de ánimo diario. Piense sobre el día y decida cuál fue su estado de ánimo de ese día.

Elija el número que represente según usted como se sintió ese día.

“9”: significa el mejor estado de ánimo que usted se pueda imaginar. (Usara este número solamente en los días que más feliz se encuentre, por lo que no es probable que se utilice frecuentemente.)

“5”: significa un estado de ánimo común (este es el estado de ánimo normal que tiene la gente, la mayoría del tiempo. Es el estado de ánimo que uno tiene cuando no está feliz ni deprimido)

“1”: significa el peor estado de ánimo que usted se pueda imaginar (usara este número solamente en los días más tristes que usted se sienta)

Instrucciones para las sesiones futuras sobre “LOS PENSAMIENTOS”.

Al final del termómetro también hay un lugar donde debe anotar el número de pensamientos que tiene cada día. De esta manera usted puede ver como lo que tratamos de enseñar, cada día afectan a su depresión.

3.1 ANEXO: TERMÓMETRO DEL ÁNIMO

SEMANA: _____

NOMBRE: _____

DIA: _____

E
S
T
A
D
O
D
E
A
N
I
M
O

El mejor	9	9	9	9	9	9	9
Bastante mejor	8	8	8	8	8	8	8
mejor	7	7	7	7	7	7	7
Mejor que regular	6	6	6	6	6	6	6
regular	5	5	5	5	5	5	5
Peor que regular	4	4	4	4	4	4	4
peor	3	3	3	3	3	3	3
Bastante peor	2	2	2	2	2	2	2
El peor	1	1	1	1	1	1	1

Numero de pensamientos:

Lunes - martes- miércoles -jueves - viernes - sábado - domingo

Positivos: _____

Negativos: _____

4-ANEXO: LISTA DE PENSAMIENTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS

Ponga una marca (x) a los pensamientos que tuvo el día de hoy	L	M	M	J	V	S	D
1-Lo puedo hacer mejor							
2-amanecio muy bonito el día de hoy							
3-aprendere a ser feliz con el paso de la vida							
4-la vida es interesantes							
5-merezco que me den las gracias							
6-sé que las cosas mejoraran							
7-yo puedo							
8-realmente me siento muy bien							
9-esto es divertido							
10-tome la mejor solución							
11-soy una buena persona							
12-tengo mucha esperanza en el futuro							
13-tengo un buen auto-control							
14-tengo derecho hacer feliz							
15-esto es interesante							
16-realmente lo hice bien							
17-me gusta leer							
18-me llevo bien con los demás							
19-he trabajado mucho, ahora merezco descansar							
20-soy considerado con otras personas							
21-tengo bastante tiempo para lograr lo que quiero hacer.							
22-me gustan los animales, la gente							
23-siempre encuentro la solución							
24-soy una persona capaz							
25-soy una persona sensible							
26-soy honesto							
27-puedo manejar las crisis como cualquier persona							
28-tengo una buena experiencia							
29-tengo mucha suerte							
30-soy muy responsable							
31-me interesan las cosas de la vida							
32-soy inteligente							
33-soy lindo							
34-todo lleva su tiempo, estaré muy bien pronto							
35-soy una persona autonoma							
Número total de pensamientos positivos:							

Ponga una marca (x) a los pensamientos que tuvo el día de hoy Día:	L	M	M	J	V	S	D
1-estoy confundido							
2-no hay amor en el mundo							
3-estoy echando a perder mi vida							
4-tengo miedo							
5-terminare viviendo solo							
6-la gente ya no considera importante la amistad							
7-no tengo nada de paciencia							
8-qué caso tiene seguir con esto							
9-soy un estúpido							
10-cualquiera que piensa que soy agradable es que no me conoce realmente							
11-la vida no tiene sentido							
12-estoy feo							
13-no puedo expresar mis sentimientos							
14-nunca encontrare lo que realmente quiero							
15-no soy capaz de querer							
16-no valgo nada							
17-no tengo esperanzas							
18-soy un incompetente							
19-no voy a poder resolver mis problemas							

20-todo lo que hago me sale mal							
21-nunca podre cambiar							
22-todo me sale mal							
23-ya no me entusiasma nada							
24-desearia no haber nacido							
25-no voy a poder dormir							
26-soy menos que otros							
27-todo es mi culpa							
28-¿Por qué me pasa tanta cosa mala a mí?							
29-no puedo pensar en nada divertido							
30-la vida no vale la pena							
31-nunca saldré de esta depresión							
32-no tengo suficiente fuerza de voluntad							
33-quisiera estar muerto							
34-la gente me odia							
35-algo está mal en mi							
Número total de pensamientos negativos:							

5-ANEXO: FORMA DE TRABAJO PARA EL MÉTODO A-B-C-D

Forma de trabajo para el método A-B-C-D.

Fecha: _____

Nombre: _____

A-Evento Activante (¿Qué sucedió?)	C-Consecuencia (¿Cómo reacciono usted?)
B-Belief(Creencia) de lo que sucedió. (lo que usted se dijo a usted mismo, acerca de lo que sucedió y que influencio su reacción).	D-Discutir la creencia (Los pensamientos alternativos que podrían ayudarle a reaccionar de una manera más saludable.)

6-ANEXO: LISTA DE ACTIVIDADES AGRADABLES

Ponga una marca (x) a las actividades que tuvo el día de hoy:	L	M	M	J	V	S	D
1-ponerme ropa que me gusta							
2-estar fuera de casa							
3-ayudar a alguien							
4-hablar de deportes							
5-ver o participar en deportes							
6-ir al teatro, concierto, cine							
7-planear viajes o vacaciones							
8-comprar cosas							
9-hacer trabajo manual							
10-leer la biblia							
11-arreglar mi cuarto, casa, etc							
12-leer libros o revistas							
13-escuchar charlas o sermones							
14-manejar auto							
15-pasear							
16-mirar televisión							
17-arreglar cosas							
18-jugar con juegos de mesa							
19-terminar una tarea difícil							
20-solucionar un rompecabezas, crucigrama							
21-tomar un baño							
22-escribir historias, canciones, etc.							
23-viajar							
24-cantar							
25-hacer mi trabajo							
26-ir a la iglesia							
27-asistir a una junta							
28-tocar un instrumento musical							
29-solucionar un problema personal							
30-tomar una siesta							
31-arreglarse, peinarse, maquillaje. Etc							
32-visitar a los enfermos							
33-hacer trabajo al aire libre							
34-sentarse a tomar el sol							
35-ir a una feria, parque							
36-planear o organizar algo							
37-ver, escuchar, oler la naturaleza							
38-escuchar música, radio.							
39-dar regalos							
40-tomar fotografías							
41-recoger objetos naturales, piedras, hojas.....							

42- trabajar en negocios							
43-ayudar o proteger a alguien							
44- escuchar bromas							
45-ver paisajes bonitos							
46-comer							
47- hacer algo por mi salud.							
48- salir a la ciudad							
49-ir al museo o una exhibición							
50-hacer bien un trabajo							
51- prestar algo							
52- ir a un club deportivo							
53-aprender a hacer algo nuevo							
54-estar con mis familiares							
55-debatir sobre un tema							
56-hablar por teléfono							
57- soñar despierto							
58-ir a la peluquería							
59-besar							
60-organizar mi tiempo							
61-cocinar							
62-hacer trabajo domestico							
63-comer afuera: restaurant, patio, etc							
64-recordar							
65-levantarse temprano en la mañana							
66-visitar amigos							
67-escribir en un diario							
68-rezar,orar							
69-meditar							
70-leer el periódico							
71-hacer ejercicio							
72-caminar descalzo							
73-jugar							
74-escuchar a alguien							
75-coser o tejer							

76-hacerme algún tratamiento de belleza							
77-estar con alguien que quiero							
78-hablar con alguien							
79-empezar un proyecto nuevo							
80-ir a la biblioteca							
81-preparar una comida nueva o especial							
82- mirar a la gente							
83- hacer o mirar una fotografía							
84- vender o cambiar algo							
85-reparar cosas							
86-andar en bicicleta							
87-escribir cartas tarjetas o notas							
88-ir al internet							
89-cuidar plantas							
90-salir a caminar							
91-coleccionar cosas							
92-jugar con niños							
93-jugar con animales							
95-hacer trabajo voluntario							
96-dibujar							
97-pintar							
98-recortar							
99-mirarme al espejo							
100- ver mis cosas							
Total de pensamientos cada día:							

7-ANEXO: CONTRATO PERSONAL

Yo, _____ hago este siguiente contrato conmigo mismo:

Objetivo: Durante esta semana, hare la siguiente actividad agradable: (de la lista de actividades agradables.)

_____.

Recompensa:

1: Si cumplo con mi objetivo me premiare con:

2: Me daré esta recompensa no más de dos días después de haber logrado mi objetivo.

Firma: _____ Fecha: _____

Fecha en que lograre mi objetivo: _____

Fecha en que me di mi recompensa: _____

8- ANEXO: INSTRUCCIONES PARA PREDECIR CUÁNTO DISFRUTARA SUS ACTIVIDADES

1. Anote en la primera columna la actividad que planea hacer.
2. Anote en la segunda columna cuanto espera disfrutar de esa actividad. Use un porcentaje. Por ejemplo un 0% significa que no disfrutara esa actividad., un 50% significa que usted disfrutara esta actividad más o menos., un 100% significa que usted disfrutara mucho de esa actividad.
3. Haga la actividad. Esta es la parte más importante.
4. Después de hacer la actividad, piense en cuanto usted realmente disfruto de la actividad. Use un porcentaje para que lo anote.
5. Repita este procedimiento con otras actividades para ver si hay consistencia.

¿Cuánto cree que disfrutara de sus actividades agradables?**Fecha:** _____ **Nombre:** _____

ACTIVIDADES (escoja de 3 a 6 actividades)	PREDICCIÓN: ¿Cuánto disfrutara? % (de 0 a 100%)	RESULTADO: ¿Cuánto realmente disfruto? % (de 0 a 100%)	Comentarios:

9: ANEXO: LISTA DE METAS

Metas individuales

LAS NECESIDADES BASICAS

1. Fisiológica (alimento, sexo, calor).
2. Seguridad (sentirse libre de peligro).
3. Amor (sentido de pertenencia).
4. Autoconfianza (sentirse orgulloso por lo que uno es y por lo que hace).
5. Autorrealización (desarrollar su potencial).

OTRAS NECESIDADES:

1. Estilo de vida
2. Espiritual, religioso, filosófico.
3. Económico.
4. Educación
5. Vocacional
6. Actividad física
7. Recreativa
8. Medico

**ANOTE TODAS SUS METAS QUE USTED CREA SON LAS MAS IMPORTANTES-
ESTAS SON SU FILOSOFIA Y SUS VALORES.**

(Considere las metas escritas arriba además de las que se han discutido en el tratamiento.)

Lista de metas individuales

METAS A CORTO PLAZO (cosas que le gustaría hacer dentro de los próximos 6 meses)

METAS A LARGO PLAZO (cosas que le gustaría hacer en alguna ocasión en su vida.)

METAS DE LA VIDA (¿Qué es lo que a usted le importa más en la vida?)

10-ANEXO: PROGRAMA SEMANAL DE ACTIVIDADES

NOMBRE: _____

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
MAÑANA 8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
TARDE 12-1							
1-2							
2-3							
3-4							
4-5							
5-6							
6-7							
7-8							
8-9							

11-ANEXO: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB-II)**BDI-II¹**

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con Uno Mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

Título original: *Beck Depression Inventory* (Second edition)
 Traducido y adaptado con permiso.
 © 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
 © de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
 Todos los derechos reservados.

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo en apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Subtotal Página 2

Subtotal Página 1

Puntaje total

12-ANEXO: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL INDIVIDUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Sesión previa:

En esta sesión inicial se explicaran las reglas para el tratamiento: en cuanto a la hora, las tareas que se irán dando. Como también se explicara la importancia de la perseverancia y continuidad.

Se procederá a la entrega de un cuaderno, en el cual el paciente podrá escribir lo que desea cuando no se encuentre en compañía por el investigador efectuando el tratamiento. El propósito es crear empatía con el paciente e independencia. Se procederá a informar al paciente sobre la libertad que tiene en compartir o no lo que escribe con el investigador entre sesión y sesión y se pedirá al paciente que ponga la fecha del día que escribió. A su vez se le entregara un cuaderno de trabajo para las tareas durante el tratamiento y un archivador para los anexos de trabajo.

Se explicara al paciente que para llevar a cabo el tratamiento se utilizaran unas: **43 fichas** para explicar al paciente que se entiende por depresión y en qué consiste la terapia cognitivo conductual que recibirá. Y como los pensamientos, actividades y contactos con la gente influyen en su estado de ánimo.

Es aquí donde se hará énfasis en los tres ciclos que mantienen la depresión y como a través del tratamiento lo que se pretende es romper estos ciclos:



(Ricardo F. Muñoz., 1995)

Además se le explicara la estructura del tratamiento, compuesto por 12 sesiones, divididos en tres módulos de 4 sesiones cada módulo.

Para finalizar se agradecerá su participación en la investigación y se le incentivara para que se mantenga en la misma.

Módulos

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

(4 sesiones).

Sesión 1:

Paso 1:

Se realizara un repaso sobre el propósito del tratamiento, como la forma de pensar sobre la depresión y como la tratamos.

Paso 2:

A continuación se explicara las 4 metas del módulo:

Se utilizara una ficha para los objetivos plateados

Ficha 1: objetivos de la sesión de hoy

1-Disminuir la intensidad de nuestros sentimientos de depresión.

2-Acortar el tiempo que estamos deprimidos

3-Aprender formas de prevenir el deprimirse de nuevo

4-Sentirnos más en control de nuestras vidas.

Paso 3:

Pedir al paciente que cuente algo acerca de si mismo, no acerca de sus problemas y que las anote en el cuaderno de trabajo.

(Donde nació y creció, cosas acerca de su familia, que tipo de trabajo ha hecho, cuáles son sus intereses principales, cosas acerca de si mismo que piense que son importantes.)

Paso 4: se procederá a explicar la palabra depresión.

Ficha 2: La depresión

La depresión puede significar: un sentimiento que dura unos cuantos minutos., un estado de ánimo que dura unas horas o unos cuantos días., una condición clínica que dura: al menos 2 semanas, causa un fuerte sufrimiento emocional, y hace difícil que llevemos a cabo nuestros deberes diarios.

Paso 5: se explicara que el objetivo de este tratamiento es tratar la depresión clínica.

Ficha 3: Síntomas de la depresión clínica

-Se explicara los síntomas por los que generalmente pasan, las personas que sufren de depresión clínica.

-sentirse deprimido o decaído casi a diario.

-no estar interesado en cosas o ser incapaz de disfrutar de cosas que antes disfrutaba.

-cambio de apetito y o de peso (comer ya sea más o menos de lo que acostumbra.)

-problemas para dormir (dificultades para quedarse dormido, despertarse frecuentemente, despertarse muy temprano y no poderse dormir de nuevo, dormir mucho.)

-cambios en la rapidez con la que usted se mueve. (Estar muy inquieto o moverse lentamente).

-sentirse cansado todo el tiempo.

-sentirse devaluado o culpable.

-dificultades al pensar, concentrándose, o tomando decisiones.

-pensando a menudo acerca de la muerte, deseando estar muerto, o pensando en herirse a usted mismo (suicidarse).

Paso 6:

Repasar la ficha sobre depresión: como entendemos la depresión, con el cuaderno de trabajo: pedirle que anote esas metas y problemas.

Preguntar al paciente ¿con cuales problemas quiere trabajar?, ¿Cuáles son sus metas para esta terapia?

Paso 7: pedirle al paciente que responda a las siguientes preguntas y las escriba (En esta ocasión incitar a que comparta sus problemas).

1-¿Cómo experimenta su depresión?

2-¿Qué tipos de pensamientos le pasan por su mente cuando se siente deprimido?

3-¿Qué es lo que usted hace cuando se siente deprimido?

4-¿Cómo se lleva con la gente cuando usted se siente deprimido?

5-¿Cuál cree usted que es la causa de su depresión?

-(aquí se podrá evidenciar el insight del paciente y podremos ver sus recursos frente a su enfermedad.)

Paso 8: Explicar al paciente como los pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

Ficha 4: pensamientos que afectan nuestro estado de ánimo.

-el pensar ciertos tipos de pensamientos hacen más o menos probable que usted se deprima.

Por pensamientos nos referimos a “cosas que nos decimos a nosotros mismos.”

-los pensamientos pueden tener un efecto sobre su cuerpo.

-los pensamientos pueden tener un efecto sobre sus acciones.

-los pensamientos pueden tener un efecto sobre su estado de ánimo.

Pasó 9: Se hará un cierre utilizando el último punto tratado. Diciéndole al paciente: una buena forma de pensar acerca de este tipo de tratamiento es que usted aprenderá algunos métodos específicos para cambiar sus pensamientos y sus acciones, de tal forma que su estado de ánimo mejorara.

Pasó 10: Se le pasara una hoja con las instrucciones del uso del termómetro del estado de ánimo, donde se le entregara el archivador, así como el termómetro del estado de ánimo y una explicación por parte del experimentador de la forma en que debe utilizarlo.

-se procederá a pedirle al paciente que realice una tarea, que es que llene el termómetro del estado de ánimo diariamente, para que vea su progreso y le incentive a sentirse mejor al ver su progreso en el tratamiento, durante aquellos días difíciles.

Módulos

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

(4 sesiones).

Sesión 2:

Paso 1:

Repaso: Preguntarle al paciente: ¿Qué es la depresión?

Pedirle la tarea. Del termómetro del ánimo. Se le preguntara al paciente ¿Cómo se sintió llenándolo?, ¿tuvo alguna sorpresa?, ¿Por qué cree que es importante hacer la tarea? (pedir que anote en el cuaderno de trabajo.)

Paso 2: Se utilizan fichas para explicar al paciente la sesión

Ficha 5: 1-¿Por qué los pensamientos afectan nuestro estado de ánimo?

-Diferentes tipos de pensamientos producen un diferente efecto en su estado de ánimo.

-Algunos pensamientos aumentan la probabilidad de que usted se deprima, mientras que otros disminuyen la probabilidad de que usted se deprima.

Ficha 6: 2-¿Qué son los pensamientos?

-Pensamientos son ideas que nos decimos a nosotros mismos.

-Nosotros nos hablamos mentalmente todo el tiempo, pero no todo el tiempo nos damos cuenta.

-Es útil pensar acerca de los pensamientos como “objetos” (“ideas”) que tienen un efecto real sobre nuestras mentes y cuerpos.

Ficha 7: 3-¿Cómo piensan los que están deprimidos?

Inflexible

-Por ejemplo, una persona que está deprimida podría pensar: “Tengo miedo”.

-Un pensamiento flexible que nos podría evitar sentirnos deprimidos podría ser, “a veces tengo miedo, pero también a veces soy valiente”.

Enjuiciador

-Una persona que está deprimida podría pensar: “soy, un fracaso”

-El pensador flexible podría decir, “soy muy miedoso pero eso no quiere decir que soy un cobarde”.

Ficha 8: 4-¿Cómo piensan los que no están deprimidos?

Pueden cambiar su forma de pensar

-Deprimido: “yo siempre he sido y seguiré siendo un cobarde.”

-Flexible: “Me siento con miedo en algunas situaciones a veces”.

Miran lo que hacen, no lo que son:

-El pensador deprimido podría decir: “nacé para sentirme mal.”

-El pensador flexible podría decir, “he estado comportándome de mala manera que ahora me siento deprimido, puedo cambiar”.

Tienen esperanza para el cambio:

-El pensador deprimido diría: “Nunca me ha ayudado nada”.

-El pensador flexible diría, “Nada de lo que he tratado hasta ahora me ha ayudado, pero esto es nuevo y podría ser el tiempo oportuno para empezar a sentirme mejor.”

Ficha 9:5-Aprendiendo a identificar diferentes tipos de pensamientos

A. Pensamientos constructivos versus destructivos

-pensamientos constructivos le ayudan a sentirse mejor y más entero.

Por ejemplo, el pensamiento "yo puedo aprender a controlar mi vida para hacer lo que realmente quiero" es un pensamiento constructivo”.

-pensamientos destructivos lo hacen sentir mal. Por ejemplo usted podría pensar "no sirvo para nada" ó "todo me salió mal" ó "he cometido tantos errores que no puedo salir de mis problemas."

B. Pensamientos necesarios versus innecesarios:

-pensamientos necesarios le recuerdan las cosas que tiene que hacer, tales como "debo acordarme de llenar el termómetro del ánimo esta noche antes de acostarme".

-pensamientos innecesarios no cambian nada, pero pueden hacernos sentir mal. Por ejemplo, podríamos pensar "pronto habrá un terremoto" ó "A lo mejor tengo cáncer".

C. Pensamientos positivos versus negativos

-pensamientos positivos lo hacen sentir mejor, por ejemplo "las cosas parecen estar mal, pero al menos aquí estoy haciendo algo para cambiarlas es útil".

-pensamientos negativos lo hacen sentir mal, por ejemplo "no hay remedio para mi depresión"

Paso 3: Después de cada explicación de los diferentes tipos de pensamiento se pedirá al paciente que de ejemplos a partir de su propia experiencia y los anote en el cuaderno de trabajo.

Ficha 10: Errores en el pensamiento: aprendiendo a reconocerlos

1. Pensamientos de todo o nada:

Es cuando usted mira las cosas como si fueran completamente buenas o malas. Por ejemplo, si usted comete algún error haciendo alguna cosa, usted piensa que todo su trabajo fue inútil. Por ejemplo, usted podría pensar, "Por qué no hice el termómetro del ánimo bien el día de hoy, nunca podré hacerlo bien."

2. Mirando un ejemplo de algo negativo como si todo fuera a resultar mal:

Usted ve un solo evento negativo como una derrota que nunca fuera a terminar. Por ejemplo, "como esta persona no me saludó, entonces nunca podre ser su amigo."

3. Filtro mental sesgo:

Usted toma un solo evento negativo y se fija exclusivamente en él, de tal forma que todo lo demás lo ve negativo. Por ejemplo una paciente vino a tratamiento un día y nos dijo que había visto un pájaro muerto en la acera y que esto la hizo sentirse muy mal. Ella había caminado a través de un área preciosa de árboles con hermosos colores otoñales y todo lo que vio fue el pájaro muerto.

Ficha 10.1: Errores en el pensamiento: aprendiendo a reconocerlos

4. Descontando lo positivo:

Usted no toma en cuenta las cosas positivas que suceden, solo ve lo negativo. Por ejemplo, usted podría creer que no le cae bien a nadie, de tal forma que si alguna persona se porta agradable con usted, usted luego piensa que algo mal debe de haber con esa persona.

5. Haciendo conclusiones erróneas:

Usted hace conclusiones antes de tiempo y le ve el lado negativo a las cosas. Existen dos tipos de formas:

- leyendo la mente: cuando usted ve a alguien que está enojado, usted podría pensar que usted no le cae bien o que está enojado con usted. Bien podría ser que esta persona tiene dificultades consigo mismo.

- leyendo su fortuna: usted siente y predice que solo desastres o tragedias le van a ocurrir en el futuro. Por ejemplo "me pondré peor".

6. Haciendo las cosas más importantes o menos importantes de lo que realmente son:

Usted hace que sus errores parezcan más grandes de lo que realmente son. Al mismo tiempo, usted también hace que las cosas buenas que le suceden parezcan menos importantes de lo que realmente son. Por ejemplo, usted podría pensar "yo cometí un error con mi amiga y ella nunca me lo podrá perdonar. Aunque yo he sido siempre bueno con ella, aun así no lo tomara en cuenta."

7. Tomando sus sentimientos muy seriamente:

Pensando que sus sentimientos son la realidad. Por ejemplo, usted piensa "me siento tan mal, que esto prueba lo terrible que es vivir en este mundo."

8. Deberías:

Usted trata de motivarse con deberías; es decir con lo que usted cree que la gente debe hacer o decir. Por ejemplo, usted podría pensar "yo debo ser una mejor persona" ó "yo debo dejar de comer hasta que pierda peso." cuando usted se dice estos deberías a si mismo usted se siente culpable, cuando usted los dice acerca de otras personas, usted se siente enojado y desilusionado de ellas.

9. Etiquetándose a usted mismo:

Solo porque usted comete un error, usted empieza a pensar que es un perdedor. Por ejemplo, usted podría decirse "porque rompí este vaso, soy un incompetente".

10. Culpándose a usted mismo:

Se culpa a usted mismo de cosas negativas que suceden a su alrededor y de las que no tiene ningún control sobre ellas. Por ejemplo, si algo malo le sucede a alguno de sus familiares o amigos, usted se siente como si fuera su culpa.

Paso 4: Administración de la tarea y explicación al paciente.

1. Se pedirá al paciente que anote cuales errores hace.
2. Se le explicara que deberá hacer para la próxima sesión, se indicara la tarea:
3. ¿Cómo me siento cada día? Continúe llenando el termómetro del estado de ánimo.
4. Lleve un registro de sus pensamientos
5. Llene la lista de pensamientos.
6. Al final del día, saque la lista y póngale una marca a cada pensamiento que tuvo el día de hoy.
7. Sume el número total de pensamientos positivos y el número de pensamientos negativos. Note la conexión que existe entre el número de cada tipo de pensamientos y su estado de ánimo.

Módulos

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

(4 sesiones).

Sesión 3:

Paso 1: repaso

Aquí se hará un recordatorio de todo lo que se ha ido aprendiendo, así mismo alentar al paciente y pedirle las tareas de la anterior sesión.

-el termómetro del estado de ánimo.

-la lista de pensamientos.

-¿cuáles son algunos de los pensamientos que usted tuvo la semana pasada? (que anote en el cuaderno de trabajo).

Paso 2:

En una ficha (11), se procederá a enseñarle al paciente los distintos ejercicios mentales para incrementar pensamientos que producen un mejor estado de ánimo.

Ficha 11: ejercicios mentales para incrementar pensamientos que producen un mejor estado de ánimo.

A. Aumentando pensamientos que producen un mejor estado de ánimo.

Formas de aumentar el número de pensamientos saludables:

1. Aumentando en su mente el número de buenos pensamientos:

Haga listas de los pensamientos buenos que usted tiene acerca de usted mismo y de la vida en general.

2. Felicítese mentalmente usted mismo:

La mayoría de las cosas que hacemos no las notan las otras personas. Por lo tanto, es importante para nosotros reconocerlas y darnos crédito por hacerlas.

3! Pare todo lo que está haciendo ;

Podemos tomar un descanso de ponernos nerviosos a nosotros mismos al darnos mentalmente un "tiempecito".

4! Tómese una pausa ;

Permita que su mente se relaje. Permítale a su mente tomar un descanso. Póngale atención a la habilidad natural de sentirse en paz. Sentirse en paz le puede dar energía.

5. Proyección al futuro:

Imagínese a usted mismo en el futuro, en un tiempo en que las cosas serán mejores.

Pasó 3: en el cuaderno de trabajo se le pedirá que escriba 5 cosas positivas de sí mismo y 5 cosas positivas de la vida en general, donde se le pedira hacer el ejercicio siguiente:

Se le pedirá que lea las listas, anote y explique cómo se siente después de leerlas.

Paso 4: se procederá a enseñar al paciente técnicas de disminución de pensamientos que nos hacen sentir mal.

Ficha 12: técnicas de disminución de pensamientos que nos hacen sentir mal.

B. Disminuyendo los pensamientos que nos hacen sentir mal

1. Interrumpa su pensamiento:

Cuando un pensamiento está arruinando nuestro estado de ánimo, nosotros podemos identificarlo y tratar de interrumpirlo.

Primero, identifique el pensamiento. Después, dígame a usted mismo: "este pensamiento está arruinando mi estado de ánimo; por lo tanto voy a pensar en otro."

2. Tiempo para preocuparse:

Programase un "tiempo para preocuparse" cada día, de tal forma que usted se pueda concentrar enteramente en pensamientos necesarios y dejar el resto del día libre de preocupaciones.

El "tiempo para preocuparse" puede ser de 10 a 30 minutos de duración diariamente.

3. Ríase de los problemas exagerándolos:

Si usted tiene un buen sentido de humor, trate de reírse de sus mismas preocupaciones. Si siente que usted no tiene un buen sentido de humor, trate de hacerlo de cualquier forma. (Algunas veces esto le puede quitar lo doloroso a algunas preocupaciones).

4. Considere lo peor que puede pasar:

A menudo, sucede que algunos miedos que tenemos acerca de lo que podría pasar, nos hacen sentir más deprimidos que el miedo mismo que nos causa analizar las cosas que nos atemorizan y enfrentar las peores posibilidades o consecuencias.

Recuerde que lo peor que puede pasar es solamente una de las muchas posibilidades y solo porque es la peor no significa que es la más probable de suceder.

5. Sea su propio entrenador:

Piensa como tú quieres que la situación se resuelva.

Es el resultado realista?

Piensa que pasos van a ser necesarios para llegar a tu objetivo.

Reconoce que haciendo esto estas tratando de controlar tu depresión.

Paso 5: se pasara a explicarle al paciente que con todo lo visto hasta ahora él es el dueño absoluto de su mente y que está en sus manos el estar bien. Se procederá a enseñar al paciente el método A-B-C-D, mediante una ficha explicativa.

Ficha 13: el método A-B-C-D

C. Hablándole a sus pensamientos

El método A-B-C-D.

Cuando se sienta deprimido, pregúntese a usted mismo lo que está pensando. Entonces trate de hablarle al pensamiento que le está molestando o hiriendo.

A es el evento Activante; es decir lo que sucedió.

B es en inglés el "Belief", (la creencia) o el pensamiento que usted está teniendo; es decir, lo que se dice a usted mismo acerca de lo que está pasando.

C es la Consecuencia de su pensamiento; es decir, el sentimiento que usted tiene como resultado de su pensamiento.

D es la forma que usted Discute o le habla a su pensamiento.

Por ejemplo:

Usted se siente deprimido. Cuando piensa acerca de esto, cree que se siente así porque tiene diabetes.

Con este ejemplo, usted puede usar el método **A-B-C-D** de la siguiente forma:

A: Tengo diabetes (este es un hecho)

B: Algunos de los pensamientos que podría tener acerca de éste hecho son:

"Nadie puede ser feliz si uno tiene diabetes."

"La diabetes va a arruinar mi vida."

"No puedo soportar tener diabetes."

C: La consecuencia de pensar estos pensamientos es sentirse muy deprimido por un tiempo largo.

D: Yo puedo hablarle a estos pensamientos de la siguiente forma:

-"Existen personas que tienen diabetes que son tan felices como otras personas que no tienen diabetes."

-"La diabetes es una carga con la que tengo que batallar, pero no está arruinando necesariamente cada minuto de mi vida."

"Tener diabetes es desafortunado. Sin embargo, muchos seres humanos tienen diabetes. Algunos seres humanos pueden tener vidas satisfactorias aún a pesar de tener diabetes. Yo soy un ser humano y también puedo tener la vida satisfactoria aún a pesar de tener diabetes. En lugar de gastar energías estando enojado y deprimido por tener diabetes, yo puedo utilizar mis energías tratando de ver cuál es la mejor forma de vivir mi vida."

Paso 6: Se le pedirá al paciente que trabaje un pensamiento utilizando el método **A-B-C-D**, para ello se le dará una hoja preparada para la actividad.

Paso 7: Se le dará la tarea para la próxima sesión

1. ¿Cómo me siento cada día? Continúe llenando el termómetro del ánimo.
2. Continúe llenando su lista de pensamientos positivos y negativos cada día.

Módulos

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

(4 sesiones).

Sesión 4:

Paso 1: se hará un repaso, con el paciente de lo aprendido hasta ahora, se revisará la tarea.

1-El termómetro del ánimo.

2-Tarea: el método **A-B-C-D**

3-lista de pensamientos positivos y negativos.

Paso 2: se explicará al paciente con una ficha (14), algunos de los pensamientos irracionales que pueden hacernos sentir deprimidos y que por lo tanto deben evitarse o frenarse mediante las técnicas que se fueron aprendiendo.

Se reflexionará cada pensamiento con el paciente, haciéndole notar lo irracional que es pensar de esta manera.

Ficha 14: lo irracional que es pensar de esta manera.

1. Algunos pensamientos comunes que pueden hacernos sentir deprimidos:

- . "Todos me deben querer"
- . "Yo debo ser capaz de hacer las cosas bien siempre y de trabajar duro todo el tiempo para sentirme bien acerca de mí mismo."
- . "Algunas personas son malas y deben ser castigadas."
- . "Me sentiré muy mal si las cosas no suceden en la forma en que deben suceder."
- . "Otras personas y cosas sobre las que yo no tengo control son las que me hacen sentir infeliz."
- . "Yo debo preocuparme de las cosas malas que pueden suceder."
- . "Nunca podré ser feliz si yo no tengo a nadie que me quiera"
- . "Yo no puedo cambiar mi forma de ser; así crecí y así seré. "
- . "Yo debo sentirme triste cuando la gente que quiero le está yendo mal."
- . "Me debo sentir muy mal si no hago las cosas correctas."

Paso 3: se recomendará al paciente utilizar el método **A-B-C-D** para poder identificar de manera efectiva estos pensamientos parasitarios que nos hacen sentir mal, y nos producen rumiaciones innecesarias.

Ficha 15: 2- Más práctica con el método **A-B-C-D**

Cuando se sienta deprimido, pregúntese a usted mismo lo que está pensando. Entonces trate de hablarle al pensamiento que le está molestando.

Recuerde:

A es el evento Activante; (que sucedió.)

B es en inglés el "Belief", (la creencia) o el pensamiento que usted está teniendo; es decir, lo que se dice a usted mismo acerca de lo que está pasando.

C es la Consecuencia de su pensamiento; es decir, el sentimiento que usted tiene como resultado de su pensamiento.

D es la forma que usted Discute o le habla a su pensamiento.

Paso 4: tarea para la próxima sesión.

1. Continúe llenando el termómetro del ánimo.
2. Continúe trabajando en sus pensamientos.

Módulos

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

(4 sesiones).

Sesión 1:

Paso 1:

Se explicara al paciente el propósito de este módulo donde se le hablara de la importancia que tienen nuestras actividades diarias y como afectan a nuestro estado de ánimo.

Se repasara sobre la forma de pensar del paciente sobre la depresión y como la tratamos.

Se revisara la tarea.

1. el termómetro del ánimo.
2. trabajando en sus pensamientos.

Pasó 2: Se repasara con el paciente los síntomas de la depresión clínica: ¿han cambiado desde que usted empezó el tratamiento?

Para ello se utilizara la **Ficha 3:** Síntomas de la depresión clínica.

Paso 3: mientras el paciente hace una autoevaluación junto al investigador se hará énfasis en hacerle dar cuenta al paciente de su mejora y que lo más importante es que él tiene la solución en sus manos.

Paso 4: con una ficha (16) se procederá a explicar al paciente, como las actividades diarias afectan nuestro estado de ánimo.

Ficha 16: Las actividades que hacemos afectan nuestro estado de ánimo

Entre menos actividades agradables hace la gente, más deprimidos se sienten:

Las preguntas claves son:

.Deja usted de hacer cosas porque se siente deprimido? O ¿Usted se deprime porque deja de hacer cosas?

La respuesta más probable es que son las DOS cosas:

. Entre menos cosas hace, más deprimido se siente.

. Entre más deprimido se siente, menos cosas hace.

Ficha 17: A esto se le llama un "Círculo vicioso."

A. Para romper el círculo vicioso, usted puede aumentar aquellas actividades que lo hagan sentirse mejor.

B. A estas actividades se les puede llamar "agradables", "placenteras", "reforzantes", "inspiradoras", etc. Nosotros les llamaremos "agradables".

Paso 5: después de la explicación sobre lo que entendemos por actividades agradables al paciente, se pasará a incentivarlo a iniciar alguna actividad, mediante la siguiente ficha (18).

Ficha 18:incentivarlo a iniciar alguna actividad

Las actividades agradables “no tienen que ser actividades especiales” (aunque pueden serlo). Por actividades agradables nos referimos principalmente a actividades ordinarias, cotidianas.

Algunas veces es difícil pensar en cosas que nosotros consideramos agradables, especialmente cuando hace mucho tiempo que no las realizamos.

. Cuando estamos deprimidos, es más difícil recordar cosas agradables.

. Para ayudar a encontrar estas actividades agradables que nos hacen sentir bien, usaremos la: "lista de actividades agradables."

Paso 6: se pasara al paciente el cuaderno de trabajo donde se le pedirá que realice el siguiente ejercicio: "Identifique tres actividades que usted considera agradables."; al hacer esto, usted aprenderá algo acerca de como sus actividades diarias influyen en su estado de ánimo.

Paso 7: se procederá a advertir al paciente sobre algunas dificultades que podrían presentarse, que no debe desalentarse a intentarlo ya que su mejora depende de que lo haga.

Ficha 19: Algunos obstáculos para trabajar con actividades agradables son:

A. Sus pensamientos:

. ¿Qué es lo que se dice a usted mismo mientras piensa acerca de cómo las actividades agradables influyen en su estado de ánimo?

. ¿Existen cosas que se dice a usted mismo que disminuyen la posibilidad de que usted pueda trabajar en sus actividades?

B. Gente:

.Existe la posibilidad de que otra gente le dificulte el trabajar en actividades agradables?

Paso 8: se pasara explicar la tarea para la próxima sesión.

1. Llene el termómetro del ánimo.

2. Anote cuantas actividades de la lista de Actividades Diarias hace cada día. Póngale una x al lado de la actividad que usted hace en el día. No incluya las actividades que no hace. Es probable que este ejercicio sea nuevo para usted. Mucha gente lo encuentra muy interesante y

útil. No tiene que hacer nada más de lo que usted hace generalmente. Es bueno que conozcamos cuantas actividades usted hace cada día durante esta semana. Anote al final de la lista, el número de actividades que usted ha hecho cada día.

3. La lista de pensamientos.

Módulos

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

(4 sesiones).

Sesión 2:

Paso 1: Se iniciara la sesión haciendo un repaso y revisando la tarea conjunto al paciente.

1. El propósito de este módulo.
2. Las actividades influyen nuestro estado de ánimo.
3. Los pensamientos afectan nuestro estado de ánimo
4. Tarea: ¿cómo se sintió llenando un registro de sus actividades?

¿Cuántas actividades hizo?

5. Termómetro del estado de ánimo.

Paso 2: se procederá a reforzar la importancia de las actividades diarias y su influencia en el estado de ánimo.

Ficha 20: 1. Más información acerca de las actividades agradables:

A. Como es que las actividades agradables le pueden ayudar a controlar su estado de ánimo:

. No es suficiente con decirse a usted mismo: ¡sientete bien!

. A menudo es más fácil cambiar las cosas que uno hace.

. Si usted cambia las cosas que hace entonces usted también cambiara la forma en que se siente.

Ficha 20.1: B. ¿Que son las actividades agradables?

. Actividades agradables son aquellas cosas que usted puede hacer que lo hacen sentirse contento y que a menudo, lo hacen también sentirse relajado.

. Las actividades agradables no tienen que ser actividades especiales, aunque estas pueden serlo.

. A menudo, las actividades agradables son actividades cotidianas que nos hacen disfrutar. Ejemplos de estas pueden ser el observar una puesta de sol, leer un libro, hablar con un amigo, ir a un parque, oler una flor.

. Las actividades agradables pueden ser diferentes para cada persona en particular. Por ejemplo, algunas personas encuentran que leer un libro a solas es una actividad muy agradable. Otras personas pueden encontrar divertido el estar en un centro comercial ruidoso con mucha gente.

Ficha 21: Para sentirnos saludables emocionalmente

2. Para sentirnos saludables emocionalmente es importante tener un número adecuado de actividades agradables.

. Nuestro estado de ánimo está en lo óptimo cuando nuestras actividades están bien balanceadas entre las cosas que "tenemos que hacer" y las "queremos hacer."

. Como frecuentemente tenemos más control sobre las cosas que queremos hacer, es importante tener estas actividades en mente y hacerlas.

Pasó 3: Haciendo actividades económicas (sin gastar mucho dinero):

Se le dará un ejercicio al paciente, que será el hacer en su cuaderno de trabajo una lista de actividades agradables que pueda realizarlas en su ciudad.

Paso 4: se hará sugerencias que guíen al paciente a programar y planificar actividades para mejorar su estado de ánimo:

Ficha 22: Las actividades agradables no ocurren por sí solas:

- . Es importante planear y programar actividades agradables.
- . Plan y programa: Una forma de obtener control sobre su vida.
- 1. ¿Cómo puede usar sus pensamientos para que le ayuden a planear y disfrutar ciertas actividades?
- 2. ¿Cuáles cree que son los obstáculos que le impiden hacer actividades agradables?

Paso 5: Hacer que el paciente haga un contrato, personal para comprometerse a realizar actividades agradables y resaltar una vez más como estas actividades inciden en su estado de ánimo.

Paso 6: Se incentivara al paciente a que realice mayor actividad, mediante la siguiente ficha.

Ficha 23: Hagamos un contrato:

- . Es importante recompensarse cuando completa sus metas del día.
- . Puede recompensarse por hacer alguna actividad que considera agradable
- Intente hacer algo en la lista de actividades agradables.

Lo que esperamos es que usted aprenda de este experimento:

- A. Que usted no necesite esperar hasta que tenga la energía para hacerlo.
- B. Que usted pueda decidir de hacer algo y hacerlo de verdad.
- C. Que usted pueda disfrutar hasta las actividades que antes creía que no disfrutaría.
- D. Que usted pueda influir en su estado de ánimo con sus actividades.

Entre más practique esto, más control obtendrá sobre su estado de ánimo.

Paso 7: se pasara a explicar al paciente la tarea para la próxima sesión.

Tarea:

1. Termómetro de ánimo diario.
2. Realizar el registro de las actividades diarias
3. Hacer el contrato personal, para realizar actividades agradables.
4. Prediciendo el agrado.

Módulos

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

(4 sesiones).

Sesión 3:

Paso 1:

1-Revisión de la tarea

1. Termómetro de ánimo diario.
2. Realizar el registro de las actividades diarias
3. Hacer el contrato personal, para realizar actividades agradables.
4. Prediciendo el agrado.

-Se explicara al paciente que cada plan para superar la depresión, es personal y debe ser ajustado a sus características propias e individuales.

Ficha 24: Creando su propio plan para superar la depresión:

1. Para superar la depresión:

- . Póngase metas razonables.
 - . Fíjese en las cosas positivas que usted hace.
 - . Recompénsese a usted mismo en su mente y en la "vida real."
2. Cuando estamos deprimidos se nos olvidan nuestras metas frecuentemente.
- . Póngase metas claras y concretas (de tal forma que usted se dé cuenta cuando las haya realizado.)

Ficha 25: metas claras y no claras

METAS NO CLARAS

- . Estar menos deprimido
- . Ser un buen amigo, esposo o padre.
- . Ser un buen profesional, persona feliz

METAS CLARAS

- . Aumentar sus actividades agradables para estar menos deprimido.
- . Pasarse una hora a la semana haciendo cosas agradables con: hijo, amigo o esposo.
- . Pasar horas en la semana: tocando un instrumento, cocinando, haciendo algo concreto que usted considere importante.

Paso 2: después de explicar al paciente que son las metas y como nos ayudan a superar la depresión. Se hará un punteo de parámetros de cómo debe crearse su propio plan de metas.

Ficha 26: Parámetros para su propio plan de metas:

3. Poniéndose metas realistas:
- . A menudo, es difícil determinar por adelantado lo que es realista y lo que no es.

. Lo que no es realista hoy puede ser realista en el futuro. Sin embargo, si usted encuentra que usted no puede realizar la mayoría de sus metas ahora, entonces probablemente sus metas no son realistas por ahora.

. Sin embargo, si usted encuentra que no logra la mayoría de sus metas, entonces probablemente sus metas no son realistas en este momento.

4. Haga un plan para realizar sus metas.

. Divida sus metas grandes en partes pequeñas.

. Asegúrese de que cada parte se puede llevar a cabo sin demasiado esfuerzo.

. Si su meta es aprender a ser un buen jugador de fútbol, usted podría empezar por averiguar en donde se encuentra la cancha más próxima y averiguar a qué horas puede jugar.

. Tal vez sea necesario aprender a disfrutar actividades viejas en formas nuevas.

. Tal vez sea necesario aprender a disfrutar nuevas actividades para remplazar las viejas.

. Usted puede aprender a desarrollar habilidades nuevas.

Pasó 3: en el cuaderno de trabajo se pedirá paciente que escriba;

¿Cuáles son sus metas? Y ¿cuáles son sus obstáculos que le impiden realizarlas?

Paso 4: se explicara al paciente lo que es el manejo del tiempo y se hará una actividad para mejor entendimiento.

Ficha 27: Manejo del tiempo.

. Haga una lista de las metas que a usted le gustaría lograr esta semana.

. Asígneles una prioridad a cada meta:

a. Metas del tipo A, tienen una prioridad mayor.

b. Metas del tipo B, son las que le siguen en prioridad.

c. Metas del tipo C, tienen la prioridad más baja.

. Planee una meta del tipo A para la semana.

a. ¿Hay espacio para otras metas?

b. Si no hay más espacio, entonces haga solamente las metas del tipo A.

. Hágase tiempo para tener actividades agradables durante la semana.

c. ¿Hay un balance entre las cosas que tiene que hacer y las cosas que quiere hacer?

. Practique lo que le resulte mejor a usted.

d. Acuérdesse que mientras más alternativas tiene, más opciones tiene.

Paso 5: mediante otra actividad se colabora con el paciente para que organice sus metas. Hoy día solamente vamos a considerar las metas individuales. Es decir, las metas en las que solo usted está involucrado.

. Ejercicio:

a. Llene la forma "metas individuales."

(Observe las metas que usted ya ha logrado)

Ficha 28: 7. Planear para el futuro

Existen tres tipos de metas:

. Metas a corto plazo: cosas que a usted le gustaría hacer pronto (digamos, dentro de los próximos seis meses).

. Metas a largo plazo: cosas que a usted le gustaría hacer en alguna ocasión en el futuro.

. Metas de la vida: filosofía de la vida: ¿Qué es lo que a usted le importa más en la vida?

Paso 6: se pasara a darle la tarea para la próxima sesión.

1. El termómetro del estado de ánimo diario.

2. La lista de actividades.

3. Su plan para la semana.
4. Termine su lista de metas personales.

Módulos

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

(4 sesiones).

Sesión 4:

Paso 1: hacer un repaso de lo visto hasta ahora y la revisión de la tarea.

. El propósito del tratamiento: obtener un mayor control sobre su depresión.

. Teoría: Usted puede aprender a influir su estado de ánimo.

. Práctica: cambie lo que está bajo su control.

1. Sus pensamientos.

2. Sus acciones.

. Tarea:

1. El termómetro del estado de ánimo.

2. Su lista de actividades agradables.

3. Su programa diario, sus metas.

Paso 2: Explicar al paciente la relación entre depresión y el manejo saludable de la realidad.

Ficha 29: La depresión y el manejo saludable de la realidad.

1. Todos vivimos en dos mundos:

A. El mundo objetivo (o el "mundo de afuera")

. Esto es todo lo que experimentamos, con nuestros sentidos: ver, tocar, escuchar, oler, saborear.

B. El mundo subjetivo: (o el "mundo interno")

. Esto es nuestra percepción de lo que experimentamos.

2. Estos dos mundos son nuestra REALIDAD.

. La clave para sentirse emocionalmente saludable es:

Aprender cómo manejar estas dos partes de nuestra realidad.

3. Nadie controla completamente estos dos mundos.

. Sin embargo, nosotros podemos aprender a obtener un mayor control sobre ellos.

Cuando estamos deprimidos sentimos que no tenemos ningún control.

Paso 3: se le explicaran al paciente, las formas de sentirse más en control.

Ficha 30: Formas de sentirse más en control

A. Alternativas:

. Cambiar el mundo objetivo con:

a. Más actividades positivas.

b. Más contactos sociales.

c. Comunicación asertiva.

. Cambiar el mundo subjetivo:

a. Más pensamientos útiles y saludables.

b. Menos pensamientos insoldables y destructivos.

B. Piense que la vida está hecha de pequeños trozos de tiempo.

"El tiempo es la moneda de su vida. Es la única moneda que usted tiene, y solamente usted puede determinar cómo gastarla. Tenga cuidado de que otras personas la gasten por usted. "

Carl Sandburg.

. Tenga cuidado también de lo que se dice a usted mismo: " Yo no puedo disfrutar de la vida hasta que esta depresión se termine", ya que usted podría no hacer el tipo de cosas que le podrían ayudar a librarse de la depresión más rápido.

. Por otro lado, es probable que se termine su depresión más pronto si usted empieza a llenar su " mundo interno" con más cosas saludables, agradables y significantes para usted.

Paso 4: se realizara un ejercicio en el cuaderno de trabajo al paciente, sobre lo visto en la sesión. (Después de escribir sus respuestas se pasara a una discusión.)

- a. ¿Qué siente usted que le impide disfrutar su vida?
- b. ¿Cómo ha tratado usted de confrontar esto? ¿Le ha ayudado? Porque
- c. ¿Cuáles son algunas opciones o alternativas que usted podría tomar?

Ficha 31: actividades agradables

5. Las actividades agradables hacen que los trozos de su tiempo se vuelvan más satisfactorios.

. Mientras que la manera que pasa su tiempo se vuelve más satisfactorio, también su vida se volverá más satisfactoria.

. Integre sus actividades agradables dentro de su plan de vida.

. Si las actividades le ayudan a sobrepasar su depresión, también le ayudarán a volverse más saludable emocionalmente.

. Entre mejor se sienta, más podrá ayudarse a usted mismo y a los demás.

Pasó 5: Tarea para la próxima sesión:

1. El termómetro del estado de ánimo.
2. Llene la lista de actividades.

Módulos

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

(4 sesiones).

Sesión 1:

Paso 1: revisar la tarea.

Paso 2: en el cuaderno de trabajo se pedirá al paciente que responda las siguientes preguntas.

Actividad

1. ¿Qué pensamientos usted está controlando cuando se encuentra deprimido?

Paso 3: se trabajara con el paciente en como los contactos con otras personas afectan su estado de ánimo.

Ficha 32: La depresión está relacionada con los siguientes factores:

- . Menos contactos con otras personas.
- . Sentirse incómodo, tímido o enojado respecto a otras personas.
- . Ser menos asertivo, es decir, no expresar lo que a uno le agrada o desagrada.
- . Ser más sensible por que uno se siente, ignorado, criticado o rechazado.

Ficha 33: ¿Es la depresión la que causa que las personas sean menos sociables?, o bien, ¿El ser menos sociable causa que las personas se depriman?

- . La respuesta más probable es que la depresión y la falta de contacto con otras personas se influyen mutuamente.
- . Por ejemplo, la gente que emigra deja lejos a muchos seres queridos. Esto causa que las personas se sientan tristes. Si al sentirse triste, uno no hace el esfuerzo de conocer a gente nueva, la tristeza puede convertirse en larga e intensa. Al sentirse deprimido uno tendrá menos

ganas de convivir con otras personas, lo que causara el estar más deprimido hasta que uno pase la mayor parte del tiempo solo y triste.

Paso 4: se explicara al paciente la importancia del apoyo social, como estrategia para prevenir y superar la depresión.

Ficha 34: La importancia del apoyo social

. El apoyo que recibimos al estar en contacto con otras personas es muy importante para nuestra salud. Los contactos que tenemos con nuestra familia y amigos crean una especie de red social protectora o "red de apoyo social."

. En general, entre más fuerte sea el apoyo social que recibimos, más capaces seremos para enfrentar situaciones difíciles. El sistema o "red de apoyo social." se refiere a la gente cercana a nosotros y con la cual usted comparte información importante o momentos importantes de su vida. Esta gente pueden ser familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos.

Dos principios importantes para tenerlos en mente para el futuro:

. Si su red de apoyo social es demasiado pequeña, agrándela. Su red es demasiado pequeña si usted no tiene alguien de confianza con quien platicar y decirle sus cosas, si no tiene alguien a quien acudir si necesitara ayuda, o si no tiene conocidos o amigos con quien hacer cosas juntos.

. Si su red es adecuada y de un buen tamaño, apréciela y trate de mantenerla sana y fuerte. Mejor dicho, no deje que disgustos o desacuerdos causen divisiones con los que forman parte de su red. Pero, ¿Cómo puede lograr esto? Las cuatro sesiones de este módulo, se enfocaran en como agrandar y mantener su red de apoyo social.

Ficha 35: Conociendo a otras personas

¿Cómo hacer amistades? La forma más fácil de conocer a otros es hacer algo que a usted le guste hacer, pero en compañía de otras personas.

. Cuando usted está haciendo algo que le gusta, es más probable que este de buen humor y así será más fácil ser más amistoso con otros.

. Aunque usted no encuentre a nadie en particular que le gustaría conocer mejor, usted estará haciendo una actividad placentera y no la sentirá como pérdida de tiempo.

. Como el enfoque principal estará en la actividad que usted estará haciendo y no en conocer a otras personas, es más probable que usted sienta menos presión que la que sentiría si el único propósito fuera conocer a otras personas.

. Si se encuentra con personas que le gustaría conocer mejor, sería probable que estas fueran personas que tienen cosas en común con usted.

Paso 5: Ejercicio, pedirle al paciente que en el cuaderno de trabajo anote sitios y actividades donde uno puede conocer a otras personas.

Ficha 36: Manteniendo sana su red de apoyo social

. El contacto con otros es muy importante: ya sea por teléfono o en persona. Sugerir una actividad para compartir con otras personas.

. Pensamientos que pueden bloquear esto:

- "Me van a rechazar"

- "Me aceptaran solo porque son amables"

- "No querrán salir conmigo después de conocerme"

Manteniendo buenas relaciones: sea asertivo.

. ¿Cuáles son las diferencias entre ser pasivo, asertivo y agresivo?

. Ser asertivo significa ser capaz de decir las cosas positivas y negativas sin sentirse mal.

. Uno no tiene que decir siempre lo que piensa, pero es importante sentir que uno tiene esa alternativa.

Paso 6: Tarea para la próxima sesión.

1. El termómetro del estado de ánimo.

Módulos

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

(4 sesiones).

Sesión 2:

Paso 1: Repaso de la terapia.

Las ideas principales: los pensamientos, acciones y sentimientos se influyen mutuamente.

Al aprender como tener más contactos con la gente, usted aprenderá a controlar más sus sentimientos.

Paso 2: revisar la tarea en conjunto al paciente.

1. El termómetro del estado de ánimo.

2. Programa de Actividad Semanal.

Paso 3: comenzar con la sesión.

Ficha 37: aprender a como sentirse mejor

1. Para tratar de aprender a como sentirse mejor, existen tres áreas en las que es bueno enfocarse:

a. Estar solo, b. Estar con otros, c. Sentirse bien con lo que usted hace en la vida.

2. Para cada una de estas áreas, es importante ponerle atención a:

a. Sus pensamientos, b. Sus expectativas, c. Su comportamiento, d. Sus sentimientos.

Ficha 38: Estando con otros.

A. Sus pensamientos

1. Pensamientos que le ayudan a sentirse cómodo con otras personas

En ocasiones, al cambiar su perspectiva usted puede cambiar la forma en que se siente y se comporta. Por ejemplo, en lugar de pensar: "¿Cómo puedo sentirme cómodo en esta situación?" trate de pensar "¿Cómo puedo ayudarle a otros a sentirse cómodos?"

2. Pensamientos que le impiden hacer amigos

Ejemplos: "¿Podrá ser esa persona un buen amigo mío?" vs "¿Podría yo ó (quiero) ser un buen amigo de esa persona?"

Paso 4: se le pedirá al paciente que escriba y responda unas preguntas en el cuaderno de trabajo.

Actividad:

B. Sus expectativas

1. ¿Qué es lo que uno puede esperar de otras personas?

2. ¿Qué es lo que otros pueden esperar de mí?

. Si usted pone muy altas sus expectativas, usted se desilusionara y, quizás se frustrará.

. Si usted pone muy bajas sus expectativas, entonces usted no se estará dando ni le estará dando a otros una oportunidad.

Ficha 39: Sus acciones

¿Cuál es la impresión que usted les causa a otras personas?

. Su cara:

-¿Se sonríe de vez en cuando?

-¿Hace contacto con los ojos?

. Su cuerpo:

-¿Parece que esta decaído?

-¿Parece estar cansado o rendido?

. Su arreglo personal:

-¿Es apropiado para la ocasión y el lugar donde se encuentra?

. Su habla:

- ¿Es muy lenta o tan suave que es difícil escucharlo?

. Su conversación:

-¿Muestra usted interés en lo que dicen las otras personas? O

-¿Usted las ignora o crítica?

. Su actitud:

- ¿Se queja o se lamenta demasiado?

Ficha 40: Sus sentimientos

. Reconozca como se siente.

. Diga lo que usted siente adecuadamente.

. Recuerde, que la asertividad es ser capaz de compartir pensamientos positivos y negativos sintiéndose cómodo al hacerlo.

- Cambiando su punto de vista, puede ayudarle a ser más asertivo en lugar de ser pasivo. Por ejemplo, si usted frecuentemente piensa, "No quiero imponerme o tomar ventaja de otros", trate de pensar "No quiero que otras personas me impongan sus ideas o tomen ventaja sobre mí."

Ficha 41: Aprendiendo como ser más asertivo (técnica cognitiva de imaginación)

A. Practicando en su mente

. Imagínesse la situación como si fuera una fotografía.

. Imagínese empezando la acción (como si fuera una película)

. Imagínese diciendo algo de manera asertiva.

. Imagínese la respuesta que recibe.

B. Aprenda a imitar el estilo de otras personas que a usted le agradan.

C. Busque sugerencias de amigos que le den alternativas de cómo manejar situaciones difíciles.

D. Cuando se sienta listo para ser asertivo, entonces trate de serlo en la vida real. Observe lo que sucede. Manténgase practicando hasta que usted se sienta cómodo.

E. Recuerde: Trate de hacer comentarios positivos y negativos siendo asertivo y vea lo que sucede.

Paso 5: se le dará al paciente la tarea para la próxima sesión.

1. El termómetro del estado de ánimo.

2. lista de actividades.

Módulos

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

(4 sesiones).

Sesión 3:

Paso 1: hacer un repaso con el paciente y revisar la tarea en conjunto.

Repaso

. El propósito de la terapia.

. La forma en que usted piensa acerca de las cosas afecta su estado de ánimo.

- . Su estado de ánimo afecta lo que usted piensa y lo que hace.
- . Usted puede cambiar sus pensamientos y acciones para ayudarse a usted mismo a sobre pasar sus sentimientos de depresión.

Tarea

1. El termómetro del estado de ánimo.
2. Programa de actividades semanales
3. los contactos que tiene con otras personas

Paso 2: iniciar la sesión.

Ficha 42: Los contactos

1. Cuando usted considere sus contactos con la gente también considere:
 - A. Sus pensamientos acerca de otras personas.
 - B. Lo que usted hace con otras personas.
 - C. Como se siente al estar con otras personas.
2. Sus pensamientos acerca de otras personas: Encuentra usted que...
 - A. ¿No puede confiar en otras personas?
 - B. ¿No se siente con ánimo de tolerar a otras personas?
 - C. ¿Se siente atemorizado respecto a otras personas?
 - D. ¿Las otras personas esperan mucho de usted?
3. Su comportamiento al estar con otras personas:
 - A. Considere lo que piensan otras personas acerca de su apariencia.
 - B. ¿Cómo podría ayudar a que otras personas se sientan cómodos con usted?

C. ¿Se comporta usted asertivamente? Recuerde asertividad significa ser capaz de compartir sentimientos positivos y/o negativos con otras personas y sentirse cómodo al hacerlo.

Ficha 43: Sus sentimientos sobre otras personas

A. Antes de estar con otras personas:

. Para cambiar sus pensamientos acerca de otras personas, decida de anticipado que tipo de pensamientos le gustaría tener cuando suceda el encuentro.

. Igualmente, si usted quiere cambiar su comportamiento, decida de anticipado como le gustaría comportarse en ese momento.

B. Después de estar con otras personas:

. Aprenda de sus experiencias: piense acerca de lo que sintió en ese momento que sucedió el encuentro con las personas.

. ¿Con que sentimiento se quedó después de despedirse en su encuentro?

. ¿Podría usted definir que fue lo que le hizo sentir bien o mal?

Paso 3: Incentivar al paciente a que practique lo expuesto hoy.

Paso 4: explicar al paciente la tarea de la próxima sesión.

1. El termómetro del estado de ánimo.

2. Programa de actividades semanales

- Anote los contactos que tiene con otras personas

- Anote un "+" si el contacto fue positivo.

- Anote un "-" si el contacto fue negativo.

3. Practique el pensar y comportarse de una manera diferente, con alguna persona. Y escriba su experiencia en el cuaderno de trabajo, para que la veamos la siguiente sesión.

Módulos

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

(4 sesiones).

Sesión 4:

Paso 1: revisar la tarea en conjunto al paciente y hacer un repaso.

Repaso:

- . El propósito de la terapia.
- . Hasta ahora, hemos aprendido a pensar, sentir y comportarnos de una cierta manera.
- . En algunos momentos de nuestra vida, pueden suceder cosas que nos abrumen.
- . A veces la depresión comienza por este tipo de situaciones.
- . Si las estrategias que estamos utilizando para lidiar con los problemas no son suficientes, entonces será útil adaptarnos y aprender nuevas maneras de pensar y de comportarse, de tal forma que sea mucho menos probable permanecer deprimido.

Tarea

1. El termómetro del estado de ánimo.
2. Programa de actividades semanales
 - contactos que tiene con otras personas
3. Practique el pensar y comportarse de una manera diferente, con alguna persona. Y escriba su experiencia en el cuaderno de trabajo

Paso 2: Iniciar la sesión

Ficha 44: Los contactos con las personas son importantes para el estado de ánimo porque: pueden...

- . Proporcionar experiencias satisfactorias y recomendantes.
- . Apoyar nuestra manera de pensar y nuestros valores.
- . Proporcionar compañía y un sentido de estabilidad.
- . Brindar información acerca de usted que sea importante.

No es útil pensar que algo anda mal con usted mismo o con otros cuando las relaciones no funcionan bien. Es útil lo siguiente:

- . ¿Usted desea las mismas cosas en su relación que la otra persona?
- . ¿Son sus intereses similares?
- . ¿Son capaces de decirse el uno al otro lo que piensan y sienten de manera libre?

Ficha 45: Las relaciones con otras personas valen la pena el cultivar.

- . Sin embargo, las relaciones nunca se acabaran de cultivar.
- . Nada que está vivo se queda estático: Siempre cambia.
- . Por otro lado, no vale la pena sufrir el dolor de comenzar una relación en la cual la única forma en que funcione es que solo una de las dos personas deba hacer grandes cambios.
- . Una vez que la relación se establece, entonces tiene sentido el tratar de cultivarla y mantenerla lo mejor posible.

Ficha 46: Las relaciones le pueden ayudar a mejorar su vida

- . Su ambiente social le puede ayudar a ser lo que se considera "buena persona."
- . La gente le puede ayudar a sentirse como una persona buena, valiosa y de buena estima.
- . Escoja situaciones en las que sienta que otras personas le ayudarán (que no le perjudique.)

5. Una manera de ser asertivo es:

- . Repetir lo que alguien dijo para asegurarse de que usted lo entendió bien.
- La forma más fácil es repetir lo que otros dijeron con nuestras propias palabras.
- Usted puede preguntar directamente si esto es lo que x persona quería decir.
- Muchas veces la gente discute cosas sobre lo que otros dijeron sin saber si eso era lo que las otras personas realmente querían decir.

Paso 3: explicar lo que deberá hacer para la última sesión.

Tarea:

1. El termómetro del estado de ánimo.
2. Anote como sus contactos con la gente afectan su estado de ánimo. Que tenga a la mano algunos ejemplos de contactos agradables y desagradables qué tuvo con algunas personas.
3. escriba en el cuaderno de trabajo como se sintió respecto del tratamiento.

Sesión final de cierre 14:

Paso 1: Se pasara a revisar la tarea

1. El termómetro del estado de ánimo.
2. Anote como sus contactos con la gente afectan su estado de ánimo. Que tenga a la mano algunos ejemplos de contactos agradables y desagradables qué tuvo con algunas personas.
3. como se sientedespués del tratamiento.

Paso 2: agradecer y felicitar al paciente por su participación y colaboración con el programa cognitivo conductual para reducir el grado de depresión en pacientes con depresión del centro de rehabilitación y salud mental San Juan de Dios.

Paso 3: se incentivara al paciente a continuar con este nuevo esquema de pensamiento que el cambio no es estático que necesita de un constante trabajo y que no se queda aquí si no que puede seguir mejorando.

13-ANEXO: DISTRIBUCIÓN CHI CUADRADO χ^2

P = Probabilidad de encontrar un valor mayor o igual que el chi cuadrado tabulado, ν = Grados de Libertad

ν/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3	0,35	0,4	0,45	0,5
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055	2,0722	1,6424	1,3233	1,0742	0,8735	0,7083	0,5707	0,4549
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052	3,7942	3,2189	2,7726	2,4079	2,0996	1,8326	1,5970	1,3863
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514	5,3170	4,6416	4,1083	3,6649	3,2831	2,9462	2,6430	2,3660
4	18,4662	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794	6,7449	5,9886	5,3853	4,8784	4,4377	4,0446	3,6871	3,3567
5	20,5147	18,3854	16,7496	15,0863	12,8325	11,0705	9,2363	8,1152	7,2893	6,6257	6,0644	5,5731	5,1319	4,7278	4,3515
6	22,4575	20,2491	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446	9,4461	8,5581	7,8408	7,2311	6,6948	6,2108	5,7652	5,3481
7	24,3213	22,0402	20,2777	18,4753	16,0128	14,0671	12,0170	10,7479	9,8032	9,0371	8,3834	7,8061	7,2832	6,8000	6,3458
8	26,1239	23,7742	21,9549	20,0902	17,5345	15,5073	13,3616	12,0271	11,0301	10,2189	9,5245	8,9094	8,3505	7,8325	7,3441
9	27,8767	25,4625	23,5893	21,6660	19,0228	16,9190	14,6837	13,2880	12,2421	11,3887	10,6564	10,0060	9,4136	8,8632	8,3428
10	29,5879	27,1119	25,1881	23,2093	20,4832	18,3070	15,9872	14,5339	13,4420	12,5489	11,7807	11,0971	10,4732	9,8922	9,3418
11	31,2635	28,7291	26,7569	24,7250	21,9200	19,6752	17,2750	15,7671	14,6314	13,7007	12,8987	12,1836	11,5298	10,9199	10,3410
12	32,9092	30,3182	28,2997	26,2170	23,3367	21,0261	18,5493	16,9893	15,8120	14,8454	14,0111	13,2661	12,5838	11,9463	11,3403
13	34,5274	31,8830	29,8193	27,6882	24,7356	22,3620	19,8119	18,2020	16,9848	15,9839	15,1187	14,3451	13,6356	12,9717	12,3398
14	36,1239	33,4262	31,3194	29,1412	26,1189	23,6848	21,0641	19,4062	18,1508	17,1169	16,2221	15,4209	14,6853	13,9961	13,3393
15	37,6978	34,9494	32,8015	30,5780	27,4884	24,9958	22,3071	20,6030	19,3107	18,2451	17,3217	16,4940	15,7332	15,0197	14,3389
16	39,2518	36,4555	34,2671	31,9999	28,8453	26,2962	23,5418	21,7931	20,4651	19,3689	18,4179	17,5646	16,7795	16,0425	15,3385
17	40,7911	37,9462	35,7184	33,4087	30,1910	27,5871	24,7690	22,9770	21,6146	20,4887	19,5110	18,6330	17,8244	17,0646	16,3382
18	42,3119	39,4220	37,1564	34,8052	31,5264	28,8693	25,9894	24,1555	22,7595	21,6049	20,6014	19,6993	18,8679	18,0860	17,3379
19	43,8194	40,8847	38,5821	36,1908	32,8523	30,1435	27,2036	25,3289	23,9004	22,7178	21,6891	20,7638	19,9102	19,1069	18,3376

14-ANEXO: FICHAS DEL PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL

PROGRAMA COGNITIVO INDIVIDUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION

PROGRAMA COGNITIVO INDIVIDUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION

Sesión previa:

Ficha 0: LOS 3 MÓDULOS DEL TRATAMIENTO.

1-Las reglas para el tratamiento

2-en que consiste la terapia cognitivo conductual que recibirá



Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

Sesión 1 de 4:

Ficha 1: OBJETIVOS DE LA SESIÓN DE HOY

- 1-Disminuir la intensidad de nuestros sentimientos de depresión.
- 2-Acortar el tiempo que estamos deprimidos
- 3-Aprender formas de prevenir el deprimirse de nuevo
- 4-Sentirnos más en control de nuestras vidas.

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

Sesión 1 de 4:

Ficha 2: LA DEPRESIÓN

La depresión puede significar: un sentimiento que dura unos cuantos minutos., un estado de ánimo que dura unas horas o unos cuantos días., una condición clínica que dura: al menos 2 semanas, causa un fuerte sufrimiento emocional, hace difícil que llevemos a cabo nuestros deberes diarios.

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

Sesión 1 de 4:

Ficha 3: SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN CLÍNICA

- sentirse deprimido o decaído casi a diario.
- no estar interesado en cosas o ser incapaz de disfrutar de cosas que antes disfrutaba.
- cambio de apetito y o de peso (comer ya sea más o menos de lo que acostumbra.)
- problemas para dormir (dificultades para quedarse dormido, despertarse frecuentemente, despertarse muy temprano y no poderse dormir de nuevo, dormir mucho.)
- cambios en la rapidez con la que usted se mueve. (Estar muy inquieto o moverse lentamente).
- sentirse cansado todo el tiempo.

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

Sesión 1 de 4:

Ficha 4: PENSAMIENTOS QUE AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ÁNIMO.

-el pensar ciertos tipos de pensamientos hacen más o menos probable que usted se deprima.

Por pensamientos nos referimos a “cosas que nos decimos a nosotros mismos.”

- los pensamientos pueden tener un efecto sobre su cuerpo.
- los pensamientos pueden tener un efecto sobre sus acciones.

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

Sesión 2 de 4:

Ficha 5:1-¿POR QUÉ LOS PENSAMIENTOS AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ÁNIMO?

Diferentes tipos de pensamientos producen un diferente efecto en su estado de ánimo.

-Algunos pensamientos aumentan la probabilidad de que usted se deprima, mientras que otros disminuyen la probabilidad de que usted se deprima.

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

Sesión 2 de 4:

Ficha 6:2-¿QUÉ SON LOS PENSAMIENTOS?

-Pensamientos son ideas que nos decimos a nosotros mismos.

-Nosotros nos hablamos mentalmente todo el tiempo, pero no todo el tiempo nos damos cuenta.

-Es útil pensar acerca de los pensamientos como “objetos” (“ideas”) que tienen un efecto real sobre nuestras mentes y cuerpos.

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

Sesión 2 de 4:

Ficha 7:3-¿CÓMO PIENSAN LOS QUE ESTÁN DEPRIMIDOS?

Inflexible

-Por ejemplo, una persona que está deprimida podría pensar: “Tengo miedo”.

-Un pensamiento flexible que nos podría evitar sentirnos deprimidos podría ser, “a veces tengo miedo, pero también a veces soy valiente”.

Enjuiciador

-Una persona que está deprimida podría pensar: “soy, un fracaso”

-El pensador flexible podría decir, “soy muy miedoso pero eso no quiere decir que soy un cobarde”.

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

Sesión 2 de 4:

Ficha 8:4-¿CÓMO PIENSAN LOS QUE NO ESTÁN DEPRIMIDOS?

Pueden cambiar su forma de pensar

-Deprimido: “yo siempre he sido y seguiré siendo un cobarde.”

-Flexible: “Me siento con miedo en algunas situaciones a veces”.

Miran lo que hacen, no lo que son: -El pensador deprimido podría decir: “nací para sentirme mal.”- flexible podría decir, “he estado comportándome de mala manera que ahora me siento deprimido, puedo cambiar”.

Tienen esperanza para el cambio:-El pensador deprimido diría: “Nunca me ha ayudado nada”. -El pensador flexible diría. “Nada de lo que he tratado hasta ahora me ha ayudado. pero esto es nuevo y

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

Sesión 2 de 4:

Ficha 9: 5-APRENDIENDO A IDENTIFICAR DIFERENTES TIPOS DE PENSAMIENTOS

- A. Pensamientos constructivos versus destructivos
- B. Pensamientos necesarios versus innecesarios
- C. Pensamientos positivos versus negativos

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

Sesión 2 de 4:

Ficha 10: ERRORES EN EL PENSAMIENTO: APRENDIENDO A RECONOCERLOS

- A. Pensamientos de todo o nada
- B. Mirando un ejemplo de algo negativo como si todo fuera a resultar mal
- C. Filtro mental sesgo
- D. Descontando lo positivo

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

Sesión 2 de 4:

Ficha 10.1: ERRORES EN EL PENSAMIENTO: APRENDIENDO A RECONOCERLOS

E. Haciendo conclusiones erróneas: Usted hace conclusiones antes de tiempo y le ve el lado negativo a las cosas. 2 FORMAS: - leyendo la mente Y leyendo su fortuna

F. Haciendo las cosas más importantes o menos importantes de lo que realmente son:

Tomando sus sentimientos muy seriamente:

G. Deberías

H. Etiquetándose a usted mismo

I. Culpándose a usted mismo

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

Sesión 3 de 4:

Ficha 11: EJERCICIOS MENTALES PARA INCREMENTAR PENSAMIENTOS QUE PRODUCEN UN MEJOR ESTADO DE ÁNIMO.

1-Aumentando en su mente el número de buenos pensamientos

2-Felicítese mentalmente usted mismo

3-! Pare todo lo que está haciendo ;

4-! Tómese una pausa ;

5-Proyección al futuro

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

Sesión 3 de 4:

Ficha 12: TÉCNICAS DE DISMINUCIÓN DE PENSAMIENTOS QUE NOS HACEN SENTIR MAL.

1. Interrumpa su pensamiento
2. Tiempo para preocuparse
3. Ríase de los problemas exagerándolos
4. Considere lo peor que puede pasar
5. Sea su propio entrenador

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

Sesión 3 de 4:

Ficha 13: EL MÉTODO A-B-C-D

Hablándole a sus pensamientos: Cuando se sienta deprimido, pregúntese a usted mismo lo que está pensando. Entonces trate de hablarle al pensamiento que le está molestando o hiriendo.

A es el evento Activante; es decir lo que sucedió.

B es en inglés el "Belief", (la creencia) o el pensamiento que usted está teniendo; es decir, lo que se dice a usted mismo acerca de lo que está pasando.

C es la Consecuencia de su pensamiento; es decir, el sentimiento que usted tiene como resultado de su pensamiento.

D es la forma que usted Discute o le habla a su pensamiento.

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

Sesión 4 de 4:

Ficha 14: LO IRRACIONAL QUE ES PENSAR DE ESTA MANERA.

1. Algunos pensamientos comunes que pueden hacernos sentir deprimidos:

"Todos me deben querer"

"Yo debo ser capaz de hacer las cosas bien siempre y de trabajar duro todo el tiempo para sentirme bien acerca de mí mismo."

"Algunas personas son malas y deben ser castigadas."

"Me sentiré muy mal si las cosas no suceden en la forma en que deben suceder."

"Otras personas y cosas sobre las que yo no tengo control son las que me hacen sentir infeliz."

. "Yo debo preocuparme de las cosas malas que pueden suceder."

. "Nunca podré ser feliz si yo no tengo a nadie que me quiera"

. "Yo no puedo cambiar mi forma de ser; así crecí y así seré. "

Modulo1: la manera en que nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.

Sesión 4 de 4:

Ficha 15:2- MÁS PRÁCTICA CON EL MÉTODO A-B-C-D

Cuando se sienta deprimido, pregúntese a usted mismo lo que está pensando. Entonces trate de hablarle al pensamiento que le está molestando.

Recuerde:

A es el evento Activante; (que sucedió.)

B es en inglés el "Belief", (la creencia) o el pensamiento que usted está teniendo; es decir, lo que se dice a usted mismo acerca de lo que está pasando.

C es la Consecuencia de su pensamiento; es decir, el sentimiento que usted tiene como resultado de su pensamiento.

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

Sesión 1 de 4:

Ficha 16: LAS ACTIVIDADES QUE HACEMOS AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ÁNIMO

Entre menos actividades agradables hace la gente, más deprimidos se sienten:

Las preguntas claves son:

.Deja usted de hacer cosas porque se siente deprimido? O ¿Usted se deprime porque deja de hacer cosas?

La respuesta más probable es que son las DOS cosas:

- . Entre menos cosas hace, más deprimido se siente.
- . Entre más deprimido se siente, menos cosas hace.

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

Sesión 1 de 4:

Ficha 17: A ESTO SE LE LLAMA UN "CIRCULO VICIOSO."

A. Para romper el círculo vicioso, usted puede aumentar aquellas actividades que lo hagan sentirse mejor.

B. A estas actividades se les puede llamar "agradables", "placenteras", "reforzantes", "inspiradoras", etc. Nosotros les llamaremos "agradables".

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

Sesión 1 de 4:

Ficha 18: INCENTIVARLO A INICIAR ALGUNA ACTIVIDAD

Las actividades agradables “no tienen que ser actividades especiales” (aunque pueden serlo). Por actividades agradables nos referimos principalmente a actividades ordinarias, cotidianas.

Algunas veces es difícil pensar en cosas que nosotros consideramos agradables, especialmente cuando hace mucho tiempo que no las realizamos.

. Cuando estamos deprimidos, es más difícil recordar cosas agradables.

. Para ayudar a encontrar estas actividades agradables que nos hacen sentir bien, usaremos la: "lista de actividades agradables."

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

Sesión 1 de 4:

Ficha19: ALGUNOS OBSTÁCULOS PARA TRABAJAR CON ACTIVIDADES AGRADABLES SON:

A. Sus pensamientos:

. ¿Qué es lo que se dice a usted mismo mientras piensa acerca de cómo las actividades agradables influyen en su estado de ánimo?

. ¿Existen cosas que se dice a usted mismo que disminuyen la posibilidad de que usted pueda trabajar en sus actividades?

B. Gente:

.Existe la posibilidad de que otra gente le dificulte el trabajar en actividades agradables?

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

Sesión 2 de 4:

Ficha 20:1. MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE LAS ACTIVIDADES AGRADABLES:

A. Como es que las actividades agradables le pueden ayudar a controlar su estado de ánimo:

- . No es suficiente con decirse a usted mismo: ¡siéntete bien!
- . A menudo es más fácil cambiar las cosas que uno hace.
- . Si usted cambia las cosas que hace entonces usted también cambiara la forma en que se siente.

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

Sesión 2 de 4:

Ficha 20.1:B. ¿QUE SON LAS ACTIVIDADES AGRADABLES?

- . Actividades agradables son aquellas cosas que usted puede hacer que lo hacen sentirse contento y que a menudo, lo hacen también sentirse relajado.
- . Las actividades agradables no tienen que ser actividades especiales, aunque estas pueden serlo.
- . A menudo, las actividades agradables son actividades cotidianas que nos hacen disfrutar. Ejemplos de estas pueden ser el observar una puesta se de sol, leer un libro, hablar con un amigo, ir a un parque, oler una flor.
- . Las actividades agradables pueden ser diferentes para cada persona en particular.

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

Sesión 2 de 4:

Ficha 21: PARA SENTIRNOS SALUDABLES EMOCIONALMENTE

2. Para sentirnos saludables emocionalmente es importante tener un número adecuado de actividades agradables.

. Nuestro estado de ánimo esta en lo óptimo cuando nuestras actividades están bien balanceadas entre las cosas que "tenemos que hacer" y las "queremos hacer."

. Como frecuentemente tenemos más control sobre las cosas que queremos hacer, es importante tener estas actividades en mente y hacerlas.

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

Sesión 2 de 4:

Ficha 22: LAS ACTIVIDADES AGRADABLES NO OCURREN POR SI SOLAS

. Es importante planear y programar actividades agradables.

. Plan y programa: Una forma de obtener control sobre su vida.

1. ¿Cómo puede usar sus pensamientos para que le ayuden a planear y disfrutar ciertas actividades?

2. ¿Cuáles cree que son los obstáculos que le impiden hacer actividades agradables?

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

Sesión 2 de 4:

Ficha 23: HAGAMOS UN CONTRATO

- . Es importante recompensarse cuando completa sus metas del día.
- . Puede recompensarse por hacer alguna actividad que considera agradable
- Intente hacer algo en la lista de actividades agradables.

Lo que esperamos es que usted aprenda de este experimento:

- A.** Que usted no necesite esperar hasta que tenga la energía para hacerlo.
- B.** Que usted pueda decidir de hacer algo y hacerlo de verdad.
- C.** Que usted pueda disfrutar hasta las actividades que antes creía que no disfrutaría.
- D.** Que usted pueda influir en su estado de ánimo con sus actividades.

Entre más practique esto, más control obtendrá sobre su estado de ánimo.

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

Sesión 3 de 4:

Ficha 24: CREANDO SU PROPIO PLAN PARA SUPERAR LA DEPRESIÓN

1. Para superar la depresión:

- . Póngase metas razonables.
- . Fíjese en las cosas positivas que usted hace.
- . Recompénsese a usted mismo en su mente y en la "vida real."

2. Cuando estamos deprimidos se nos olvidan nuestras metas frecuentemente.

- . Póngase metas claras y concretas (de tal forma que usted se dé cuenta cuando las haya realizado.)

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

Sesión 3 de 4:

Ficha 25: metas claras y no claras

METAS NO CLARAS

- . Estar menos deprimido
- . Ser un buen amigo, esposo o padre.
- . Ser un buen profesional, persona feliz

METAS CLARAS

- . Aumentar sus actividades agradables para estar menos deprimido.
- . Pasarse una hora a la semana haciendo cosas agradables con: hijo, amigo o esposo.
- . Pasar horas en la semana: tocando un instrumento, cocinando, haciendo algo concreto que usted considere importante.

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

Sesión 3 de 4:

Ficha 26: PARÁMETROS PARA SU PROPIO PLAN DE METAS

3. Poniéndose metas realistas: A menudo, es difícil determinar por adelantado lo que es realista y lo que no es.

- . Lo que no es realista hoy puede ser realista en el futuro. Sin embargo, si usted encuentra que usted no puede realizar la mayoría de sus metas ahora, entonces probablemente sus metas no son realistas por ahora.
- . Sin embargo, si usted encuentra que no logra la mayoría de sus metas, entonces probablemente sus metas no son realistas en este momento.

4. Haga un plan para realizar sus metas: Divida sus metas grandes en partes pequeñas.

- . Asegúrese de que cada parte se puede llevar a cabo sin demasiado esfuerzo.
- . Tal vez sea necesario aprender a disfrutar actividades viejas en formas nuevas.

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

Sesión 3 de 4:

Ficha 27: MANEJO DEL TIEMPO:

. Haga una lista de las metas que a usted le gustaría lograr esta semana: Asígneles una prioridad a cada meta:

Metas del tipo A, tienen una prioridad mayor. **Metas del tipo B**, son las que le siguen en prioridad.

Metas del tipo C, tienen la prioridad más baja.

. Planee una meta del tipo A para la semana.

a. ¿Hay espacio para otras metas?

b. Si no hay más espacio, entonces haga solamente las metas del tipo A.

. Hágase tiempo para tener actividades agradables durante la semana.

c. ¿Hay un balance entre las cosas que tiene que hacer y las cosas que quiere hacer?

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

Sesión 3 de 4:

Ficha 28: PLANEAR PARA EL FUTURO

Existen 3 tipos de metas:

Metas a corto plazo: cosas que a usted le gustaría hacer pronto (digamos, dentro de los próximos seis meses).

Metas a largo plazo: cosas que a usted le gustaría hacer en alguna ocasión en el futuro.

Metas de la vida: filosofía de la vida: ¿Qué es lo que a usted le importa más en la vida?

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

Sesión 4 de 4:

Ficha 29: LA DEPRESIÓN Y EL MANEJO SALUDABLE DE LA REALIDAD.

1. Todos vivimos en dos mundos: A. El mundo objetivo ("mundo de afuera")

Esto es todo lo que experimentamos, con nuestros sentidos: ver, tocar, escuchar, oler, saborear.

B. El mundo subjetivo: ("mundo interno"): Esto es nuestra percepción de lo que experimentamos.

2. Estos dos mundos son nuestra REALIDAD.

. La clave para sentirse emocionalmente saludable es:

Aprender cómo manejar estas dos partes de nuestra realidad.

3. Nadie controla completamente estos dos mundos.

-Sin embargo, nosotros podemos aprender a obtener un mayor control sobre ellos.

Cuando estamos deprimidos sentimos que no tenemos ningún control.

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

Sesión 4 de 4:

Ficha 30: FORMAS DE SENTIRSE MÁS EN CONTROL

A. Alternativas: Cambiar el mundo objetivo con:

Más actividades positivas, Más contactos sociales, comunicación asertiva.

. Cambiar el mundo subjetivo: Más pensamientos útiles y saludables

Menos pensamientos insoldables y destructivos.

B. Piense que la vida está hecha de pequeños trozos de tiempo.

Por otro lado, es probable que se termine su depresión más pronto si usted empieza a llenar su "mundo interno" con más cosas saludables, agradables y significantes para usted.

Módulo 2: Trabajando con las actividades diarias.

Sesión 4 de 4:

Ficha 31: ACTIVIDADES AGRADABLES

Las actividades agradables hacen que los trozos de su tiempo se vuelvan más satisfactorios.

- Mientras que la manera que pasa su tiempo se vuelve más satisfactorio, también su vida -se volverá más satisfactoria.
- Integre sus actividades agradables dentro de su plan de vida.
- Si las actividades le ayudan a sobrepasar su depresión, también le ayudarán a volverse más saludable emocionalmente.
- Entre mejor se sienta, más podrá ayudarse a usted mismo y a los demás.

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

Sesión 1 de 4:

Ficha 32: LA DEPRESIÓN ESTÁ RELACIONADA CON LOS SIGUIENTES FACTORES

- . Menos contactos con otras personas.
- . Sentirse incómodo, tímido o enojado respecto a otras personas.
- . Ser menos asertivo, es decir, no expresar lo que a uno le agrada o desagrada.
- . Ser más sensible por que uno se siente, ignorado, criticado o rechazado.

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

Sesión 1 de 4:

Ficha 33: ¿ES LA DEPRESIÓN LA QUE CAUSA QUE LAS PERSONAS SEAN MENOS SOCIABLES?, O BIEN, ¿EL SER MENOS SOCIABLE CAUSA QUE LAS PERSONAS SE DEPRIMAN?

. La respuesta más probable es que la depresión y la falta de contacto con otras personas se influyen mutuamente.

Por ejemplo, la gente que emigra deja lejos a muchos seres queridos. Esto causa que las personas se sientan tristes. Si al sentirse triste, uno no hace el esfuerzo de conocer a gente nueva, la tristeza puede convertirse en larga e intensa. Al sentirse deprimido uno tendrá menos ganas de convivir con otras personas, lo que causara el estar más deprimido hasta que uno pase la mayor parte del tiempo solo y triste.

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

Sesión 1 de 4:

Ficha 34: LA IMPORTANCIA DEL APOYO SOCIAL

El apoyo que recibimos al estar en contacto con otras personas es muy importante para nuestra salud. Los contactos que tenemos con nuestra familia y amigos crean una especie de red social protectora o "red de apoyo social."

Dos principios importantes para tenerlos en mente para el futuro: **Si su red de apoyo social es demasiado pequeña**, agrándela. Su red es demasiado pequeña si usted no tiene alguien de confianza con quien platicar y decirle sus cosas, si no tiene alguien a quien acudir si necesitara ayuda, o si no tiene conocidos o amigos con quien hacer cosas juntos.

Si su red es adecuada y de un buen tamaño, apréciela y trate de mantenerla sana y fuerte. Mejor dicho, no deje que disgustos o desacuerdos causen divisiones con los que forman parte de su red.

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

Sesión 1 de 4:

Ficha 35: CONOCIENDO A OTRAS PERSONAS

¿Cómo hacer amistades? La forma más fácil de conocer a otros es hacer algo que a usted le guste hacer, pero en compañía de otras personas.

Cuando usted está haciendo algo que le gusta, es más probable que este de buen humor y así será más fácil ser más amistoso con otros.

Aunque usted no encuentre a nadie en particular que le gustaría conocer mejor, usted estará haciendo una actividad placentera y no la sentirá como pérdida de tiempo.

Como el enfoque principal estará en la actividad que usted estará haciendo y no en conocer a otras personas, es más probable que usted sienta menos presión que la que sentiría si el único propósito fuera conocer a otras personas. Sería probable que estas fueran personas que tienen cosas en común con usted

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

Sesión 1 de 4:

Ficha 36: MANTENIENDO SANA SU RED DE APOYO SOCIAL

El contacto con otros es muy importante: ya sea por teléfono o en persona.

Pensamientos que pueden bloquear esto:

- "Me van a rechazar"

- "Me aceptaran solo porque son amables"

- "No querrán salir conmigo después de conocerme"

Manteniendo buenas relaciones: sea asertivo.

. ¿Cuáles son las diferencias entre ser pasivo, asertivo y agresivo?

. Ser asertivo significa ser capaz de decir las cosas positivas y negativas sin sentirse mal.

. Uno no tiene que decir siempre lo que piensa, pero es importante sentir que uno tiene esa alternativa.

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

Sesión 2 de 4:

Ficha 37: APRENDER A COMO SENTIRSE MEJOR

1. Para tratar de aprender a como sentirse mejor, existen tres áreas en las que es bueno enfocarse:

a. Estar solo, **b.** Estar con otros, **c.** Sentirse bien con lo que usted hace en la vida.

2. Para cada una de estas áreas, es importante ponerle atención:

a. Sus pensamientos

b. Sus expectativas

c. Su comportamiento

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

Sesión 2 de 4:

Ficha 38: ESTANDO CON OTROS

A. Sus pensamientos

1. Pensamientos que le ayudan a sentirse cómodo con otras personas: En ocasiones, al cambiar su perspectiva usted puede cambiar la forma en que se siente y se comporta. Por ejemplo, en lugar de pensar: "¿Cómo puedo sentirme cómodo en esta situación?" trate de pensar "¿Cómo puedo ayudarle a otros a sentirse cómodos?"

2. Pensamientos que le impiden hacer amigos

Ejemplos: "¿Podrá ser esa persona un buen amigo mío?" vs "¿Podría yo ó (quiero) ser un buen amigo de esa persona?"

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

Sesión 2 de 4:

Ficha 39: SUS ACCIONES

¿Cuál es la impresión que usted les causa a otras personas?

- . **Su cara:** ¿Se sonríe de vez en cuando?, ¿Hace contacto con los ojos?
- . **Su cuerpo:** ¿Parece que esta decaído?, ¿Parece estar cansado o rendido?
- . **Su arreglo personal:** ¿Es apropiado para la ocasión y el lugar donde se encuentra?
- . **Su habla:** ¿Es muy lenta o tan suave que es difícil escucharlo?
- . **Su conversación:** ¿Muestra usted interés en lo que dicen las otras personas? O ¿Usted las ignora o crítica?
- . **Su actitud:** ¿Se queja o se lamenta demasiado?

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

Sesión 2 de 4:

Ficha 40: SUS SENTIMIENTOS

. **Reconozca como se siente.**

. Diga lo que usted siente adecuadamente.

. **Recuerde**, que la asertividad es ser capaz de compartir pensamientos positivos y negativos sintiéndose cómodo al hacerlo.

- **Cambiando su punto de vista, puede ayudarle a ser más asertivo en lugar de ser pasivo.**

Por ejemplo, si usted frecuentemente piensa, "No quiero imponerme o tomar ventaja de otros", trate de pensar "No quiero que otras personas me impongan sus ideas o tomen ventaja sobre mí."

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

Sesión 2 de 4:

Ficha 41: APRENDIENDO COMO SER MÁS ASERTIVO (TÉCNICA COGNITIVA DE IMAGINACIÓN)

A. Practicando en su mente

- . Imagínese la situación como si fuera una fotografía.
- . Imagínese empezando la acción (como si fuera una película)
- . Imagínese diciendo algo de manera asertiva.
- . Imagínese la respuesta que recibe.

B. Aprenda a imitar el estilo de otras personas que a usted le agradan.

C. Busque sugerencias de amigos que le den alternativas de cómo manejar situaciones difíciles.

D. Cuando se sienta listo para ser asertivo, entonces trate de serlo en la vida real. Observe lo que sucede. Manténgase practicando hasta que usted se sienta cómodo.

E. Recuerde: Trate de hacer comentarios positivos y negativos siendo asertivo y vea lo que sucede.

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

Sesión 3 de 4:

Ficha 42: LOS CONTACTOS

1. Cuando usted considere sus contactos con la gente también considere:

A. Sus pensamientos acerca de otras personas. Lo que usted hace con otras personas. Como se siente al estar con otras personas.

2. Sus pensamientos acerca de otras personas: Encuentra usted que...

¿No puede confiar en otras personas?, ¿No se siente con ánimo de tolerar a otras personas?, ¿Se siente atemorizado respecto a otras personas?, ¿Las otras personas esperan mucho de usted?

3. Su comportamiento al estar con otras personas: Considere lo que piensan otras personas acerca de su apariencia.

B. ¿Cómo podría ayudar a que otras personas se sientan cómodos con usted?

C. ¿Se comporta usted asertivamente?

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

Sesión 3 de 4:

Ficha 43: SUS SENTIMIENTOS SOBRE OTRAS PERSONAS

A. Antes de estar con otras personas: Para cambiar sus pensamientos acerca de otras personas, decida de anticipado que tipo de pensamientos le gustaría tener cuando suceda el encuentro.

Igualmente, si usted quiere cambiar su comportamiento, decida de anticipado como le gustaría comportarse en ese momento.

B. Después de estar con otras personas: Aprenda de sus experiencias: piense acerca de lo que sintió en ese momento que sucedió el encuentro con las personas.

- . ¿Con que sentimiento se quedó después de despedirse en su encuentro?
- . ¿Podría usted definir qué fue lo que le hizo sentir bien o mal?

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

Sesión 4 de 4:

Ficha 44: LOS CONTACTOS CON LAS PERSONAS SON IMPORTANTES PARA EL ESTADO DE ÁNIMO PORQUE: PUEDEN...

Proporcionar experiencias satisfactorias y recomendantes.

- . Apoyar nuestra manera de pensar y nuestros valores.
- . Proporcionar compañía y un sentido de estabilidad.
- . Brindar información acerca de usted que sea importante.

No es útil pensar que algo anda mal con usted mismo o con otros cuando las relaciones no funcionan bien. Es útil lo siguiente:

- . ¿Usted desea las mismas cosas en su relación que la otra persona?
- . ¿Son sus intereses similares?
- . ¿Son capaces de decirse el uno al otro lo que piensan y sienten de manera libre?

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

Sesión 4 de 4:

Ficha 45: LAS RELACIONES CON OTRAS PERSONAS VALEN LA PENA EL CULTIVAR.

- . Sin embargo, las relaciones nunca se acaban de cultivar.
- . **Nada que está vivo se queda estático: Siempre cambia.**
- . Por otro lado, no vale la pena sufrir el dolor de comenzar una relación en la cual la única forma en que funcione es que solo una de las dos personas deba hacer grandes cambios.
- . **Una vez que la relación se establece, entonces tiene sentido el tratar de cultivarla y mantenerla lo mejor posible.**

Módulo 3: La manera en que los contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo

Sesión 4 de 4:

Ficha 46: LAS RELACIONES LE PUEDEN AYUDAR A MEJORAR SU VIDA

- . Su ambiente social le puede ayudar a ser lo que se considera "buena persona."
- . La gente le puede ayudar a sentirse como una persona buena, valiosa y de buena estima.
- . Escoja situaciones en las que sienta que otras personas le ayudarán (que no le perjudique.)

Una manera de ser asertivo es:

- . Repetir lo que alguien dijo para asegurarse de que usted lo entendió bien.
- La forma más fácil es repetir lo que otros dijeron con nuestras propias palabras.
- Usted puede preguntar directamente si esto es lo que x persona quería decir.

